



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYDEN EDISTÄMISEN NÄKYMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDON VUODEOSASTOPOTILAIDEN HOIDOSSA

Arviointia kirjaamisen perusteella

Anna Pöyry

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2017
Ylempi ammattikorkeakoulu
Terveystieteiden koulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulu
Terveyden edistämisen koulutus

PÖYRY, ANNA

Terveyden edistämisen näkyminen erikoissairaanhoidon vuodeosastopotilaiden hoidossa
Arviointia kirjaamisen perusteella

Opinnäytetyö 58 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Huhtikuu 2017

Terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin kuuluu ihmisarvon kunnioittaminen, ihmiselämän suojelu ja terveyden edistäminen. Kuntien ja sairaanhoitopiirien tulee huomioida strategisessa suunnittelussa ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen. Alueellinen terveyden edistämisen suunnitelma ja kuntien hyvinvointikertomukset ohjaavat toimintaa ja antavat suuntaviivoja päätöksentekijöille. Tutkimusten mukaan terveydenhuollon ennaltaehkäisevä toiminta ja interventiot ovat kustannusvaikuttavaa toimintaa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen painopisteitä ovat tupakkavieroitus, alkoholin riskikäytön tunnistaminen sekä terveellinen ravitsemus.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla toteutettavia terveyden edistämisen toimia. Lisäksi haluttiin kirjausten perusteella kuvata potilaiden saaman ohjauksen sisältöä. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää osastoilla tapahtuvaa terveyden edistämistä ja siten parantaa hoidon laatua ja yhdenvertaisuutta.

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Tutkimusta täydentämään kerättiin myös laadullista aineistoa kirjausten sisällöistä. Aineisto kerättiin retrospektiivisesti potilastietojärjestelmästä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toimialueelta 1, kolmen eri vuodeosaston hoitohenkilökunnan tekemistä kirjauksista. Aineistosta selvitettiin tupakkointiin, alkoholin käyttöön ja ravitsemukseen liittyvien seulojen ja kirjausten toteutuminen, sekä hoitohenkilökunnan antama ohjaus terveyden edistämiseen liittyen.

Tutkimustulosten mukaan sovitut terveyden edistämiseen liittyvät seulonnat ja taustatietojen kirjaaminen toteutuvat vaihtelevasti. Potilaiden taustatiedoista ei löytynyt selittävää tekijää sille, miksi ne toteutuvat tai jäävät toteutumatta. Ohjausta tai jatkosuunnitelmia seulojen jälkeen oli kirjattu vain vähän ja potilastietojärjestelmän eri otsikoiden käyttö terveyden edistämisen kirjauksissa oli kirjavaa.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että seulojen ja taustatietojen kirjaaminen ei riskiryhmilläkään näytä johtavan suunniteltuun ja tavoitteelliseen terveyden edistämisen toimintaan. Hoitohenkilökunnan koulutus potilaan ohjaamisesta ja terveyden edistämisen hyödyistä on tarpeen jatkossa.

Asiasanat: terveyden edistäminen, vuodeosastohoito, kirjaaminen, seulonta, ohjaus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Health Promotion

PÖYRY, ANNA:

Health Promotion of Specialists Working at Inpatient Department
Evaluation based on electronic patient records

Master's thesis 58 pages, appendices 5 pages
April 2017

Ethical principles of healthcare practitioners include promoting health, protecting life and respecting human rights. Health impacts of the decision making should be evaluated in organizational and municipal strategies. Regional health promotion plans deliver guidelines for decision makers. Studies show that preventive care and brief interventions have positive health impacts and are cost-effective. In Pirkanmaa hospital district the main focus areas regarding health promotion are smoking cessation, recognizing alcohol misuse and healthy nutrition.

The purpose of the study was to observe the health promotion activities carried out in the wards, evaluate their implementation according to documentation in patient records and describe the contents of health promotion guidance. The aim was to improve quality of care by raising awareness about hospital-based health promotion.

Quantitative data were collected from electronic patient records. Also supplementary qualitative data concerning patient guidance were used. Information was gathered from nursing documents among three units of Pirkanmaa hospital districts' division 1. The collected data were used to ascertain the actualization of documentation of screenings concerning smoking, alcohol misuse and nutritional status as well as contents of patient guidance delivered by nurses.

According to the results delivering screenings and documentation vary between patients. Patients' background information/variables did not appear to have impact on how often health promotion related information was documented. Patient guidance or follow ups after the screenings were scarcely documented. Results also show that information was documented under various headlines.

Based on the results the screenings and documentation of the background information do not lead to well-planned and goal-directed practices even among risk groups. Results identify the need of further education regarding patient guidance and effectiveness of health promotion activities.

Key words: health promotion, inpatient care, documentation, screening, patient guidance

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	ORGANISAATION ESITTELY	7
	2.1. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri	7
	2.2. Terveyden edistämisen koordinaatio	8
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	9
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	10
	4.1 Terveyden edistäminen	11
	4.1.1 HPH-verkosto.....	13
	4.1.2 Alueelliset suositukset ja suunnitelmat	13
	4.2 Terveyden edistäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.....	15
	4.2.1 Tupakoinnin haitat ja tupakasta vieroittaminen	17
	4.2.2 Alkoholin haitat ja päihdeinterventio.....	19
	4.2.3 Ravitsemushoito ja vajaaravitsemusriskin arviointi.....	20
	4.2.4 Uni ja sen häiriöt	21
	4.2.5 Mielenterveyden edistäminen	23
	4.2.6 Terveyttä edistävä liikunta	24
	4.2.7 Muisti ja terveys	24
	4.3 Hoitajan rooli terveyden edistämässä.....	25
	4.4 Potilaan osallisuus terveyden edistämässä	28
5	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT.....	30
	5.1. Tutkimusmenetelmät	30
	5.2. Aineiston keruu	31
	5.3. Aineiston analysointi	33
6	TULOKSET	35
	6.1 Sovittujen seulontojen toteutuminen	35
	6.2 Ohjauksen ja seurannan toteutuminen	40
	6.3 Ohjauksen sisältöjä	42
7	POHDINTA.....	44
	7.1 Tulosten tarkastelu	44
	7.2 Luotettavuus ja eettisyys	46
	7.3 Jatkotutkimusaiheet	48
	LÄHTEET.....	49
	LIITTEET	54
	Liite 1 Aikaisemmat tutkimukset	54
	Liite 2 Kyselylomake	57

1 JOHDANTO

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää, että jokaisella potilaalla on tasavertainen oikeus asianmukaiseen ja laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveydenhuollon eettisissä periaatteissa keskeistä on, ammattiryhmästä riippumatta, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojelu ja terveyden edistäminen (ETENE 2001). Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan ja sairaanhoidopiirin on päätöksenteossa huomioitava ratkaisujen vaikutukset kuntalaisten terveyteen ja hyvinvointiin. Lisäksi strategisessa suunnittelussa tulee määritellä tarpeisiin perustuvat tavoitteet ja toimenpiteet sekä nimettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot. Yhteistyö kunnan eri toimialojen sekä muiden julkisten ja yksityisten tahojen kanssa on tärkeää.

Terveyden edistäminen vaikuttamalla terveystiloihin sekä vähentämällä sairausriskiä on tärkeä keino hillitä terveydenhuollon menoja ja samalla saavuttaa terveyshyötyjä väestölle. Sosiaali- ja terveysministeriön teettämässä tutkimuksessa arvioitiin vaikutuksia ja kustannusvaikuttavuutta eri terveyden edistämisen osa-alueilta. Tutkimuksen mukaan esimerkiksi tupakointikiellot ja -rajoitukset vähentävät tupakointia, mutta eivät varsinaisesti vähennä tupakkaan liittyvistä sairauksista aiheutuvia kustannuksia. Sen sijaan tupakasta vieroituksella, ohjauksella ja nikotiinikorvaushoidolla todettiin olevan merkittäviä kustannusvaikutuksia. Samoin alkoholin kohtuukäytön edistämässä hoitohenkilökunnan toteuttamat mini-interventiot ovat kustannusvaikuttavaa, mahdollisesti myös kustannuksia säästävää toimintaa. Alkoholin hinnan ja saatavuuden säätelyllä puolestaan ei näyttäisi olevan kustannusvaikutusta, mutta yksilölle siitä toki koituu terveyshyötyä, mikäli se johtaa alkoholin käytön vähentämiseen. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008.)

Myös tuoreessa amerikkalaistutkimuksessa (2017) todettiin ennaltaehkäisevän toiminnan olevan kustannusvaikuttavaa ja tuloksellista. Parhaat tulokset saavutettiin erityisesti nuorison tupakoinnin aloittamisen ehkäisyssä ja aikuisväestön lopettamisen tukemisessa mini-intervention jälkeen. Suurin hyöty väestön terveydelle voidaan saavuttaa vahvistamalla ennaltaehkäiseviä palveluja, jotka kohdistuvat muun muassa tupakointiin, alkoholin väärinkäyttöön sekä ylipainoon ja ravitsemukseen liittyviin toimintoihin. (Maciosek, LaFrance, Dehmer, McGree, Flottesmesch, Xu & Solberg 2017.)

Organisaatioissa ja yksiköissä tehdään suunnitelmia terveyden edistämiseksi, kuitenkin käytännön potilastyössä toteutus voi jäädä joko vaillinaiseksi, tai sitä ei dokumentoida. Esimerkiksi alkoholin ja tupakoinnin suhteen riskikäyttäytymiseen liittyviä tietoja kartoitetaan tutkimusten mukaan melko kattavasti, mutta jatkotoimille ei välttämättä ole varsinaisia ohjeistuksia. Toiminnan tulisi kuitenkin olla tavoitteellista ja dokumentoitua, jotta terveyden edistämisen vaikutuksia yksilölle voidaan arvioida. (Mm. Svane 2015, Haynes & Cook 2008.) Erikoissairaanhoidon yksiköissä orientoidutaan ensisijaisesti sairauksien hoitoon, eikä yksiköissä välttämättä ole riittävästi valmiuksia terveyden edistämisen ohjelmien toteuttamiseen. Kustannustehokkuudestaan huolimatta näihin toimiin ei kohdenneta riittävästi resursseja, mikäli niiden toteuttamiseen vaaditaan henkilöstön lisäkoulutusta tai henkilöstörakenteen muutosta. (Kiiskinen ym. 2008.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri kuuluu Terveyttä edistävien sairaaloiden ja organisaatioiden kansalliseen ja kansainväliseen verkostoon. Sairaanhoitopiiri ja sen työntekijät ovat omalta osaltaan sekä organisaatio- että yksikkötasolla vastuullisia noudattamaan niin kansainvälisesti määriteltyjä standardeja kuin alueellisia terveyden edistämisen suunnitelmia. (Varjonen-Toivonen 2011.)

2 ORGANISAATION ESITTELY

2.1. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on 23 jäsenkunnan omistama kuntayhtymä, joka tuottaa vaativan erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon palveluja sekä luo puitteita terveystieteelliselle tutkimukselle ja koulutukselle. Sairaanhoitopiirin sairaaloiden vuodeosastoilla on yhteensä 1 142 sairaansijaa ja noin 7 000 työntekijää. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella asuu yhteensä yli puoli miljoonaa asukasta. Sairaanhoitopiirissä hoidettiin vuonna 2016 lähes 180 000 eri potilasta. Erikoissairaanhoidon hoitopäiviä kertyi yli 270 000 ja hoitajaksoja lähes 65 000 vuonna 2016. Tampereen yliopistollinen sairaala tuottaa palveluja myös erityisvastuualueensa sairaanhoitopiireille, joita ovat Kanta-Hämeen ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit sekä Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveysyhtymä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri siis tuottaa erityistason sairaanhoidon palveluja yli miljoonalle suomalaiselle. Toiminnan eettiset periaatteet ovat hyvä hoito, ihmisen kunnioittaminen, osaamisen arvostaminen ja vastuullisuus. (PSHP 2017b.)

Tampereen yliopistollisen sairaalan toimialueeseen 1 kuuluvat sisätautien vastuualue sekä keuhko-, iho- ja allergiasairauksien vastuualue. Sisätautien vastuualueeseen kuuluu 5 vuodeosastoa, joista tässä tarkastellaan lähemmin sisätautien ja reumakeskuksen osastoa. Keuhko-, iho- ja allergiasairauksien vastuualueella puolestaan toimii kaksi vuodeosastoa, KEI1 ja KEI2. Vuonna 2015 toimialueella 1 hoitopäiviä oli yhteensä 35 168 ja hoitajaksoja 8326, mikä on noin kymmenys koko sairaanhoitopiirin vastaavista luvuista. Toimialueen 1 vuodeosastoilla on keskimäärin 103 hoitajaksoa kuukaudessa. Osastoille tullaan suunnitellusti läheteellä tutkimuksiin, hoidon aloituksiin tai kontrollikäynnille sekä päivystyksellisesti poliklinikoilta ja ensiapu Acutasta. Potilaiden jatkohoito tapahtuu tarvittaessa aluesairaaloissa, terveyskeskuksissa, muissa erikoissairaanhoidon yksiköissä tai polikliinisesti. (PSHP 2016a, PSHP 2017b)

Keuhkosairauksien vuodeosastolla KEI1 hoidetaan kroonisia hengityselinten sairauksia sairastavia potilaita, erilaisia lihassairaus- ja selkäydinvammapotilaita sekä äkillisesti sairastuneita keuhkopotilaita. Usein myös keuhkosyövän diagnostiikka tapahtuu vuodeosastolla. Potilaspaikkoja on 21, sisältäen myös nelipaikkaisen keuhkovalvontahuoneen. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on neljästä viiteen päivää. (PSHP 2017b.)

Keuhko- ja ihosairauksien vuodeosastolla KEI2 hoidetaan kroonisista sairauksista kärsiviä tai äkillisesti sairastuneita keuhkopotilaita. Lisäksi Pirkanmaan alueen tuberkuloosipotilaat hoidetaan osaston alipaineistetuissa eristyshuoneissa. KEI2:lla hoidetaan myös ihosairauksista tai kroonisista haavoista tai haavauttavista sairauksista kärsiviä potilaita. Osaston sisällä on lisäksi toiminut Pirkanmaan sairaanhoitopiirin haavakeskuksen vuodeosasto vuodesta 2012 alkaen. Haavakeskuksen potilaat ovat pääasiassa diabeetikkoja, jotka tarvitsevat moniammatillista arviointia ja yleensä kirurgista hoitoa. Osastolla on yhteensä 22 potilaspaikkaa, keskimääräinen hoitoaika on kuusi vuorokautta. (PSHP 2017b.)

Sisätautien ja reumakeskuksen vuodeosasto SIRE hoitaa vaativaa sisätautiosaamista tarvitsevia potilaita. Tyypillisiä osastolle tulon syitä ovat elektrolyyttihäiriöt, infektiot, sydämen vajaatoiminta, syömishäiriö tai reumasairauden diagnosointi ja hoito. Osastolla hoidetaan myös diabetes- ja muita endokrinologisia potilaita. Lisäksi osasto vastaa reumaortopedisten toimenpiteiden jälkeisestä vuodeosastohoidosta. Potilaspaikkoja on 20 ja keskimääräinen hoitoaika SIRE-osastolla on neljä vuorokautta. (PSHP 2017b.)

2.2. Terveyden edistämisen koordinaatio

Pirkanmaan alueellisen terveyden edistämisen koordinaation toiminnan perusteena on terveyden edistämisen määritelmän mukainen väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä terveyserojen kaventaminen. Tavoitteena on lisätä yhteistyötä terveydenhuollon eri toimijoiden välillä, toimintatapojen muutos poikkihallinnolliseksi sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ottaminen näkökulmaksi kaikessa alueellisessa suunnittelussa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tulee toteuttaa omalta osaltaan kuntien hyvinvointistrategioita ja tukea perusterveydenhuollon terveyden edistämistyötä omalla asiantuntijuudellaan. Terveyden edistämisen koordinaatio taas tukee osaltaan erilaisten terveyseroja kaventavien ohjelmien toimeenpanoa Pirkanmaalla. Terveyserojen kaventamiseksi on laadittu Pirkanmaan alueellinen terveyden edistämisen suunnitelma, jonka sairaanhoitopiirin hallitus hyväksyi vuonna 2011. (Varjonen-Toivonen 2011, Herrala & Aalto 2010, 172.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella vuodeosastoilla tapahtuvia terveyden edistämisen toimia ja arvioida niiden toteutumista potilastietojärjestelmän kirjausten perusteella. Lisäksi tarkoituksena on kuvata potilaiden saaman terveyden edistämiseen liittyvän ohjauksen sisältöä.

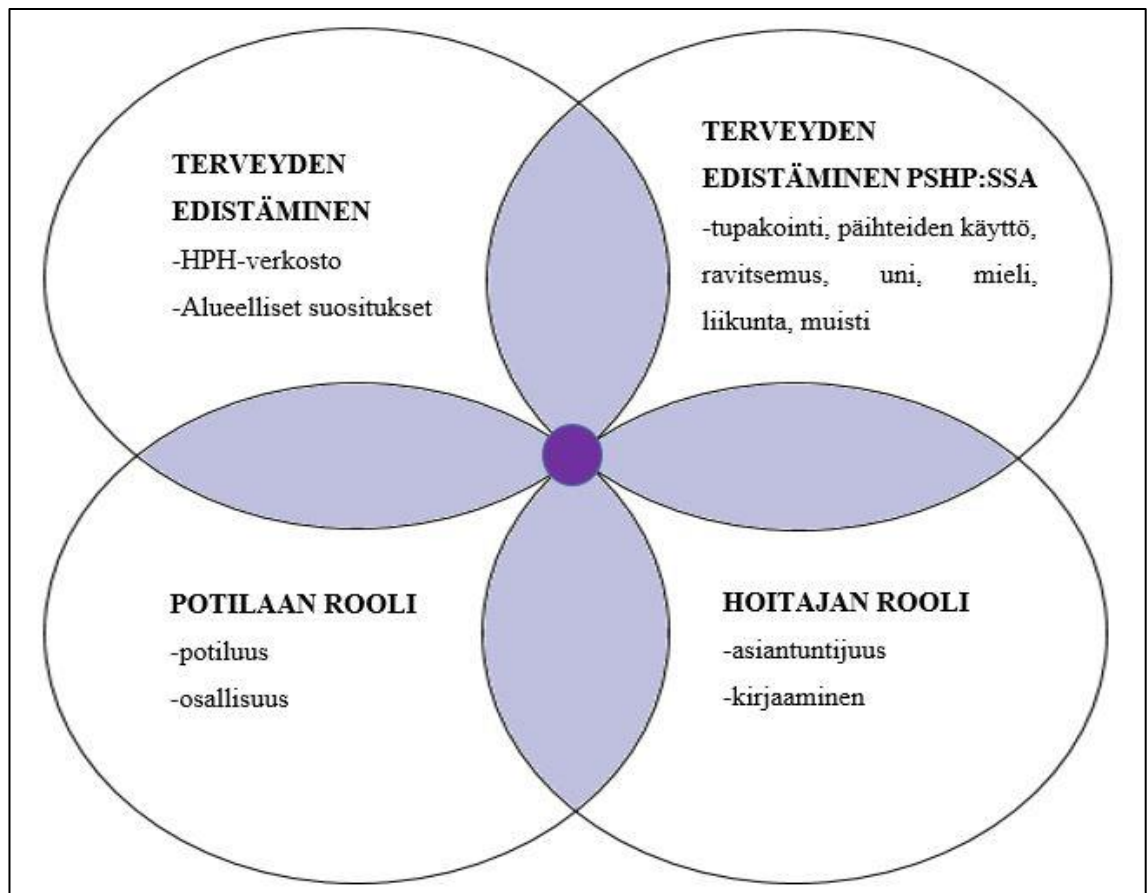
Tutkimustehtävät

1. Kuinka usein osastoilla toteutettiin sovitut seulonnat terveyteen vaikuttavista tekijöistä?
2. Kuinka monen potilaan kohdalla hoitohenkilökunnan antama terveyden edistämiseen liittyvä ohjaus ja seuranta oli kirjattu?
3. Minkälaista ohjausta ja tukea potilas sai vuodeosastolla terveyden edistämiseen liittyen?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa terveyden edistämisestä vuodeosastoilla, jotta sitä voidaan kehittää ja siten parantaa myös hoitotyön laatua. Lisäksi tuloksia voidaan käyttää tukena kehitettäessä yhtenäisiä kirjaamisen malleja potilastietojärjestelmään.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Keskeisin lähtökohta tässä opinnäytetyössä on terveyden edistäminen eri näkökulmista tarkasteltuna. Lisäksi tarkastellaan hoitotyöntekijöiden roolia terveyden edistämässä ja käytäntöjä organisaatiotasolla. Alla olevassa kuviossa 1 on kuvattuna terveyden edistämisen toteutumiseen vaikuttavat tekijät.



KUVIO 1 Terveyden edistämisen eri näkökulmat

Tätä opinnäytetyötä varten tehtiin, aiempien tutkimusten kartoittamiseksi, kirjallisuuskatsaus keväällä 2016. Hakuja tehtiin seuraavista tietokannoista: Medic, Cinahl, Ohtanen ja Theseus. Hakufraaseissa käytettiin seuraavia termejä: terveyden edistäminen, terveyskäyttäytyminen, seulonta, kysely, vaikuttavuus. Haut tehtiin myös vastaavilla englannin kielisillä termeillä: health promotion, health behaviour, screening, questionnaire, outcome, effectiveness. Lisäksi suoritettiin manuaalista hakua lähdeviitteistä ja muualta kirjallisuudesta löytyvistä tutkimuksista. Sisäänottokriteereitä kirjallisuuskatsauksessa oli-

vat: tutkimukset julkaistu aikavälillä 2005–2016, suomen tai englannin kielisenä ja tutkimuksen tuli löytyä joko kokotekstinä verkosta tai Tampereen ammattikorkeakoulun kirjastosta. Theseus-haku rajattiin koskemaan ainoastaan Tampereen ammattikorkeakoulussa tehtyjä ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä. Kirjallisuuskatsauksen perusteella löydettyjä tutkimuksia (liite 1) on käytetty opinnäytetyön teoreettista viitekehystä kirjoitettaessa.

4.1 Terveyden edistäminen

Maailman terveysjärjestö WHO:n (1986) mukaan terveyden edistäminen on prosessi, joka luo ihmisille mahdollisuuksia hallita ja ylläpitää terveyttä sekä siihen vaikuttavia tekijöitä. Terveyden edistämistä voidaan ajatella niin yksilön, yhteisön, kuin yhteiskunnan näkökulmasta. (Ottawa Charter 1986.) Tässä työssä käsitellään lähinnä yksilön terveyden edistämistä sekä terveydenhuollon yksiköiden osallisuutta.

Terveyden edistämisen tueksi ei ole olemassa yhtä yhtenäistä mallia tai teoriaa. Terveyden edistämistä tutkittaessa tulee ensin määritellä mistä näkökulmasta terveys-käsitettä tarkastellaan. Esimerkiksi sosiologian näkökulmasta terveys on kyky selviytyä erilaisissa sosiaalisissa rooleissa, lääketiede taas määrittelee terveyden puhtaasti sairauden puuttumisena, ja siten terveyden edistäminen nähdään sairauden ja kuolleisuuden ehkäisyinä, preventiona. (Lahtinen, Koskinen-Ollonquist, Rouvinen & Tuominen 2003, 22–26.) Vertio (2003) kuvaa terveyden edistämisen olevan mahdollisuuksien ja edellytysten luomista, tässä prosessissa ihminen nähdään aktiivisena toimijana ja osallistujana.

Sairaalat ovat merkittävä tekijä terveyden edistämässä. Terveydenhuollon yksiköissä henkilöstön ajankäyttö painottuu usein enemmän hoitoon ja huolenpitoon, sairauden parantamiseen kuin ennaltaehkäisevään työhön. Terveyden edistäminen onkin sairaaloissa usein olemassa olevan sairauden hallintaa, vaikka potilaat ovat monella muulla osa-alueella, esimerkiksi sosiaalisesti, emotionaalisesti ja henkisesti täysin terveitä. (Naidoo & Wills 2009, 236, 238.)

Potilaille, jotka tarvitsisivat runsaasti ohjausta, saattaa akuutin sairastumisen aiheuttama hoitojakso olla ainoa tai ensimmäinen kontakti terveydenhuollon palveluihin. Tällöin lyhytkin kohtaaminen tulisi hyödyntää, herättää ajatus elämäntapamuutoksesta, jolla olisi

positiivinen vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin. (Sinclair, Haynes & Lee 2010; Lee, Knuckey & Cook 2013.) Hoito on nykyisin entistä enemmän muuttumassa potilaskeskiseksi; painotetaan potilaan osallisuutta ja vastuunottamista hyvinvoinnistaan. Tärkein tekijä elämänmuutoksessa on lopultakin potilas itse. (Naidoo & Wills 2009, 238.)

Sairaanhoitajaliiton (1996) julkaisema Sairaanhoitajan eettiset ohjeet ilmaisee sairaanhoitajan tehtävän olevan väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lieventäminen. Lisäksi näiden ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on suojella ihmiselämää ja edistää potilaiden hyvinvointia, yhdenvertaisesti ja yksilöllisesti potilasta kunnioittaen. Häkkisen (2007, 67) tutkimuksen mukaan sairaalohenkilökunta voi kokea terveyden edistämisen toimet toisten asioihin puuttumisena, arvosteluna tai rajoittamisena. Erityisesti jos sairaalaorganisaation arvoperusta ei kohtaa yksilön omia arvoja, terveyden edistämisen tavoitteet voivat olla vaikeasti saavutettavissa.

Röthlin, Schmied ja Dietscher (2015) kuvaavat organisaation terveyden edistämisen kehittämistä neljällä eri tasolla. Tasolla yksi nähdään ajoittaisia, kohdennettuja terveyden edistämisen projekteja, jotka saattavat toimia alkusysäyksenä koko organisaation terveyden edistämisen koordinoimiselle. Riskinä on, että ellei johdon tuki ole riittävää, organisaation terveyden edistämisen toimet eivät jää pysyvästi käytäntöön ja tavoittavat kohdeyhmän heikosti. Toisella tasolla toteutetaan koko organisaation kattavia ohjelmia ja säännöllisiä projekteja. Tällainen toimintamalli kattaa suuremman yleisön, mutta projektiluonteisuus heikentää pysyvyyttä. Kolmannella tasolla luodaan organisaatioon määriteltä terveyden edistämisen johtamismalli, jossa pysyvyyttä saadaan vaikuttamalla toimintamalleihin organisaatiotason päätöksillä. Neljännellä tasolla olevien organisaatioiden terveyden edistäminen on tuotu systemaattisesti osaksi laatujohtamista ja laadun parantamista. Jotta organisaatiossa saadaan terveyden edistämisen toimintamallit osaksi normaalia toimintaa, se siis vaatii vahvan tuen ja suunnitelmallisuutta organisaation johdolta.

4.1.1 HPH-verkosto

Health Promoting Hospitals- verkosto perustettiin vuonna 1990, nykyisin siihen kuuluu yli 700 sairaalaa tai organisaatiota yli 40 eri maasta (HPH 2016). Suomessa samalla asialla on Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot (STESO)- verkosto, jonka tarkoituksena on ”tukea Suomen sairaaloita ja muita organisaatioita terveyttä edistävän näkökulman sisällyttämisessä päivittäiseen toimintaansa” (STESO 2016). Terveyttä edistävän sairaalaan työkalutuuuriin kuuluu olennaisesti idea potilaiden, läheisten, henkilöstön ja ympäristön terveyden edistämisestä. Organisaatioissa toimintaa ohjaavat HPH-standardit, joista standardit 2 ja 3 määrittelevät erityisesti yksilön terveyden edistämistä sairaaloissa.

Potilaan tilan arviointi. Standardi 2. Terveysalan ammattilaiset arvioivat järjestelmällisesti terveyden edistämisen tarpeita yhdessä potilaiden kanssa.

Potilaan informointi ja interventiot. Standardi 3. Potilaan hoitopolkujen kaikissa vaiheissa potilaalle annetaan tietoa hänen sairauttaan ja terveyden tilaansa koskevista olennaisista tekijöistä. Terveyden edistämistoimet liitetään potilaalle tarjottavien palvelujen kokonaisuuteen. (WHO Eurooppa 2004).

4.1.2 Alueelliset suositukset ja suunnitelmat

Kansallinen terveyden edistäminen on kuntien, erikoissairaanhoidon, julkisen ja yksityisen sektorin sekä kolmannen sektorin kaikkien toimijoiden yhteinen asia. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellään terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen laajasti ja esitetään väestön terveyden edistämistä koskevat tavoitteet. Lain toimeenpanon tueksi päätäjille ja virkamiehille on laadittu alueellisia toimintasuunnitelmia terveyden edistämisen eri osa-alueilta. Pirkanmaan alueellinen **hyvinvointikertomus** on vuosiksi 2017–2020 laadittu strateginen asiakirja, jossa määritellään alueelliset terveyden edistämisen painopisteet ja toimenpiteet. Hyvinvointikertomus uusitaan, kun uusien maakuntien toiminta käynnistyy. (Varjonen-Toivonen 2016.) Pirkanmaan **alueellinen terveyden edistämisen suunnitelma** puolestaan auttaa kuntia ja muita toimijoita päätöksenteossa, hyvinvointikertomuksen toimenpiteiden toteutumiseksi. Suunnitelma vuodelta 2011 on laatuaan ensimmäinen ja se koskee kaikkien kansalaisryhmien terveyden ja hyvinvoinnin edistä-

mistä. Siinä esitetään valtakunnallisten hankkeiden pohjalta rakennetut mallit kuntien väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi kuntien rakenteissa. Toteutuessaan suunnitelma vaikuttaa kunnissa esimerkiksi maankäyttöön, rakentamiseen ja yhteistyöhön kunnan eri hallinnonalojen välillä, kunkin kunnan resurssien mukaisesti. Lisäksi siinä esitellään esimerkkejä yksilön terveyden edistämisen tavoitteista eri osa-alueilta. Suunnitelma kattaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat sekä Pirkanmaan maakunnan kunnat. Erikoissairaanhoidon osalta alueellisen terveyden edistämisen suunnitelman tavoitteena on tukea systemaattisen terveyden edistämistyön käynnistämistä ja sen linkittämistä osaksi alueellista terveyden edistämisen koordinaatiota. (Varjonen-Toivonen 2011.)

Pirkanmaan alueellinen **ravitsemussuunnitelma** vuodelta 2011 on laadittu työvälineeksi päättäjille ja terveydenhuollon ammattilaisille kunnissa sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Suunnitelmassa esitetään vastuutahot, tavoitteet ja toimenpiteet väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ravitsemuksen keinoin. Tavoitteena on kehittää rakenteita ja eri tahojen yhteistyötä, luoda yhtenäisiä toimintamalleja ja vahvistaa ammattialaisten ravitsemusosaamista. Lisäksi tavoitteena on tukea kuntien päätöksentekoa terveydenhuoltolain toteutumiseksi, muun muassa auttamalla kuntia pienentämään väestön ravitsemusongelmista aiheutuvat kustannuksia. Ravitsemussuunnitelman on laatinut moniammatillinen, alueellinen ravitsemustyöryhmä. Tiivistelmä ravitsemussuunnitelmasta on integroitu osaksi Pirkanmaan alueellista terveyden edistämisen suunnitelmaa, joka valmistui samanaikaisesti. (Siljamäki-Ojansuu, Pölönen, Salminen & Varjonen-Toivonen 2011.)

Liikuntaa terveydeksi – Pirkanmaan alueellinen **terveysliikuntasuunnitelma** valmistui vuonna 2014. Se on tarkoitettu tueksi päättäjille uudessa Liikuntalaissa (390/2015) esitettyjen tehtävien toteutumiseksi. Suunnitelmassa esitetään terveysliikunnan tavoitteet, toimenpiteet, vastuutahot ja seuranta, eri ikäryhmät ja erityisryhmät huomioiden. Sen tarkoitus on lisätä yhteistyötä eri toimijoiden välillä ja tukea terveysliikunnan suunnittelua. Useissa Pirkanmaan kunnissa on jo laadittu oma terveysliikuntasuunnitelma. Näin ollen eri toimijat hahmottavat helpommin oman roolinsa ja vastuunsa terveysliikunnan edistämiseksi. Terveysliikuntasuunnitelman toimeenpanoa koordinoi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin lisäksi myös UKK-instituutti ja Hämeen Liikunta ja Urheilu. (Liikuntaa terveydeksi 2014.)

Pirkanmaan **mielenterveys- ja päihdestrategia** 2013–2016 tarjoaa suuntaviivoja alueelliseen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen. Strategian perustana ovat arvot: ihmisten kunnioittaminen, tasa-arvoisuus, asiakaslähtöisyys ja osallisuus. Tavoitteena on tukea palvelujen käyttäjien osallisuutta, vahvistaa peruspalvelujen roolia palvelujen toteuttamisessa sekä tukea eri tahojen yhteistyötä mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteuttamiseksi alueellisten hoitoketjujen mukaisesti. Tavoitteiden saavuttamiseksi strategia mm. ohjaa vahvistamaan varhaista tunnistamista ja puuttumista ongelmiin koko palvelujärjestelmässä. Lisäksi matalan kynnyksen palveluja ja ehkäisevää mielenterveys- ja päihdetyötä tulee painottaa ja hyödyntää palvelujen käyttäjien palautteita palvelujen suunnittelussa. (PSHP 2013.)

4.2 Terveyden edistäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri liittyi STESO-verkostoon vuonna 2007. STESO-verkostoon liittymisen jälkeen sairaanhoitopiirissä on otettu käyttöön terveyden edistämistä tukevia toimintaohjelmia, esimerkiksi tupakoimattomuuden tukemiseen on panostettu myös organisaatiotasolla. Sairanhoitopiiri on jäsen myös Euroopan savuttomassa terveydenhuoltoverkostossa. (PSHP 2017b, PSHP 2015b.)

Savuton sairaala- toimintaohjelma otettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä käyttöön vuoden 2005 alusta. Euroopan savuttoman terveydenhuoltoverkoston jäsenenä, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on sitoutunut savuttomuutta edistävään toimintaan. Tavoitteena on henkilökunnan ja potilaiden tupakoinnin vähentämisen sekä lopettamisen tukeminen. Ohjelman käyttöön ottamisen jälkeen Tays Keskussairaalasta ja Valkeakosken aluesairaalasta on poistettu tupakkahuoneet, sekä tupakkatuotteiden myynti on kielletty myyntipisteissä. Henkilökunnan avuksi on luotu työkaluja ja järjestetään koulutuksia helpottamaan savuttomuutta edistävää toimintaa. Myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin henkilöstö on sitoutunut noudattamaan savuttomuutta edistäviä tavoitteita, ja toiminaan esimerkkinä potilaille ja vierailijoille. Henkilöstölle tarjotaan tarvittaessa vieroitushoitoa työterveyshuollosta sekä harkinnan mukaan lääkkeellistä korvaushoitoa. (PSHP 2015b.)

Tupakoimattomana leikkaukseen- toimintamalli on kehitetty Taysissa toimivan Savuton leikkaus-työryhmän toimesta. Mallia kokeillaan Tays Keskussairaalassa sekä Vammalan

ja Valkeakosken aluesairaaloissa. Toimintamalli ohjeistaa, kuinka potilaan tupakkavieroitus tulisi järjestää hoitopolun eri vaiheissa. Keskeinen sanoma on, että tupakointi tulisi lopettaa heti, kun leikkausta suunnitellaan. (PSHP 2016c)

Potilas on motivoitunein elämäntapamuutokseen ollessaan sairas. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tulisi sisällyttää jokaiseen terveydenhuollon palvelukokemukseen, myös erikoissairaanhoidossa. Hoidon tavoitteena on potilaslähtöinen, toiminnallinen kokonaisuus, myös terveyden edistämisen näkökulmasta. Onnistumisen kulmakiviä ovat tunnistaminen, varhainen puuttuminen ja yksilön tarpeesta lähtöisin oleva ohjaus. Terveyttä edistävän toiminnan varmistamiseksi tarvitaan henkilöstön osaamista muun muassa puheeksi ottamisen malleista, elämäntapoihin liittyvistä seuloista ja näiden tuloksista sekä systemaattisista kirjaamiskäytännöistä (Varjonen-Toivonen 2011, 28.)

Vuodeosastoilla tehdään, osana välitöntä potilastyötä, erilaisia kyselyjä ja noudatetaan sovittuja toimintamalleja ohjauksen suhteen. Käytössä oleva potilastietojärjestelmä tarjoaa valmiita otsikoita riskikyselyjen kirjaamiseen (kuva 1).

- Terveysteen vaikuttavat tekijät
 - Audit-C
 - Audit
 - Diabetesriski
 - Fagerströmin nikotiiniriippuvuus
 - Vajaaravitsemuksen riski

KUVA 1 Potilastietojärjestelmään kirjattavat seuloimat ja kyselyt

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon strategian 2016–2025 yhtenä painopisteenä on potilaiden turvallinen hoito ja arvostava palvelu. Se tarkoittaa aitoa ja tasa-vertaista yhteistyötä potilaan ja tämän läheisten kanssa, potilaan parhaaksi. Tavoitteena on kokonaisvaltainen, ”kerralla kuntoon” toimintamalli. Potilaita opastetaan hoitamaan omaa terveyttään sekä osallistetaan ottamaan vastuuta hoidostaan. (PSHP 2015a.)

Terveyden edistämisen toimintaa ohjaa ohjausryhmä, joka koostuu toimialuejohtajista. Piiritason terveyden edistämisen toimintaa koordinoi TED-koordinaattori, joka toimii yhteistyössä toimialueiden vastuuhenkilöiden kanssa. Kullakin toimialueella laaditaan terveyden edistämisen toimintasuunnitelma, jossa määritellään HPH-standardien mukaiset

tavoitteet ja toimenpiteet. Toimintasuunnitelmat päivitetään kahden vuoden välein. Vuosille 2016–2017 on asetettu painopisteiksi savuttomuuden tukeminen, alkoholin käytön vähentäminen ja terveyttä edistävä ravitseminen. (Helander 2016.)

Toimintasuunnitelmassa kuvataan standardien mukaisten tavoitteiden lisäksi suunnitellut toimenpiteet, vastuut sekä seuranta ja mittarit. Toimialueen 1 terveyden edistämisen toimintasuunnitelmassa määritellään, että vastuu terveyden edistämisen arvioinnista ja toteutuksesta (taulukko 1) kuuluu kaikille potilaan hoitoon osallistuville, oman tehtäväkuvansa mukaisesti. (PSHP 2016b.)

TAULUKKO 1 Terveyden edistämisen tavoitteet ja toimet

TAVOITE	ARVIOINTI	TOIMENPITEET
Tupakasta vieroitus	nikotiiniriippuvuus, Fagerströmin testi	tupakoiville tarjotaan nikotiinikorvaushoitoa ja annetaan jatkohoito-ohjeet
Alkoholin riskikäytön tunnistaminen	alkoholin riskikäytön arviointi, Audit-C	alkoholin riskikäytön puheeksi ottaminen
Terveellinen ravitseminen	vajaaravitsemuksen riskin arviointi, NSR-2002	kannustetaan potilaita hyvään ravitsemukseen, yksilöllinen ruokatilaus tarvittaessa, annetaan jatkohoito-ohjeet

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen asiantuntijaryhmä on määritellyt terveyden edistämisen osalta seitsemän osa-aluetta (tupakointi, päihteiden käyttö, ravitseminen, uni, mieli, liikunta ja muisti), joihin tulee kiinnittää huomiota hoitotyössä. Näihin liittyvää ohjausta tarjotaan myös sairaanhoitopiirin internetsivuilla. (PSHP 2017b.)

4.2.1 Tupakoinnin haitat ja tupakasta vieroittaminen

Vuonna 2014 työkäisistä miehistä 17 % ja naisista 14 % tupakoi päivittäin. Tupakoivien miesten määrä on vähentynyt tasaisesti vuodesta 1978 alkaen, tupakoivien naisten määrä lisääntyi aina 80-luvulle asti, ja kääntyi laskuun vasta 2000-luvun alussa. (Helldán, Helakorpi, Virtanen & Uutela 2015, 12–13.)

Suomessa tupakointiin liittyviä kuolemantapauksia on vuosittain noin 5000. Tupakka aiheuttaa joka viidennen kuoleman aikuisiällä. Kolmasosa syöpäkuolemista liittyy tupakkaan ja viidesosa sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista on tupakoinnin aiheuttamia.

Muita tupakoinnin aiheuttamia haittoja ovat muun muassa erilaiset suusairaudet, hedelmällisyyteen ja raskauteen liittyvät haitat, haavojen paranemisen hidastuminen ja yleensäkin toipuminen sairauksista on hitaampaa. (Käypä hoito 2012.)

Suomi on ratifioinut Maailman terveysjärjestön kansainvälisen tupakkasopimuksen vuonna 2005 ja siten sitoutunut myös panostamaan tupakoinnista vieroitukseen (Suomen ASH). Tupakasta vieroitus on myös kiinteä useiden sairauksien hoitoa kansallisten Käypä hoito-suositusten mukaan. Paikallisella tasolla panostaminen tupakoinnista vieroitukseen on nopea ja vaikuttava tapa edistää väestön terveyttä ja pienentää terveyseroja. Yksilön näkökulmasta tupakoinnin lopettamisen hyödyistä on kiistatonta näyttöä sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen, sairauksien hoidon että elinajan odotteen kasvun suhteen (taulukko 2). Tupakoinnin lopettamisen tukemista tulisikin ajatella ennaltaehkäisyn lisäksi myös potilaan hoitona. (Simonen 2012, BTS 2013.)

TAULUKKO 2 Tupakoinnin lopettamisen hyödyt (BTS 2013)

20 minuuttia	verenpaine laskee, pulssi hidastuu ja ääreisosien lämpötila alkaa normalisoitua
48 tuntia	haju- ja makuaisti alkavat parantua
72 tuntia	nikotiini on poistunut elimistöstä, hengittäminen helpottuu
2 viikkoa- 3 kuukautta	sydäninfarktin riski laskee ja keuhkojen toiminta parantuu
1 vuosi	sydän- ja aivoinfarktin riski puolittuu tupakoiviin verrattuna
5 – 15 vuotta	AVH:n riski sama kuin ei-tupakoivan
10 vuotta -	riski sairastua tai kuolla keuhkosityöpään laskee lähes puoleen siitä, jos jatkaisi tupakointia
15 vuotta -	koronaaritaudin riski samalla tasolla kuin henkilön joka ei ole koskaan tupakoinut

Päivittäinen tupakkatuotteiden käyttö on merkki vahvasta nikotiiniriippuvuudesta. Terveydenhuollon henkilöstön tehtävänä on tunnistaa riippuvuus ja tukea vieroituksessa. Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti on helppo ja nopea tapa mitata riippuvuuden määrä. Testistä on olemassa laajempi FTND (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)- kysely ja lyhyempi kahden kysymyksen malli HSI (Heaviness of Smoking Index). Mitä suuremmat pisteet potilas saa testistä, sitä vahvempi on nikotiiniriippuvuus. Satunnaisesti tupakoiville ja erityisesti nuorille suunnattua HONC- kyselyä (Hooked On Nicotine Checklist) voi myös käyttää apuna riippuvuuden määrittämisessä (Käypä hoito 2012.)

Jokaisella tupakoivalla potilaalla on oikeus vieroitushoitoon, joten jokaisessa yksikössä tulee olla ohjeistus, kuinka hoidetaan omien potilaiden tupakasta vieroitus ja ohjaus. Taysissa on käytössä kolme erilaista interventiomallia. Yksiköihin on valittu mitä mallia käytetään, riippuen hoitoajoista ja yksikön luonteesta. Tupakasta vieroituksen onnistumisen edellytyksenä on hyvä hoitotyön kirjaaminen ja suunnittelu. Jokaisen potilaan tupakointitottumukset, nykyinen ja aiempi tupakointi askivuosina, sekä lopettamisyrittäjänsä kirjaataan potilastietojärjestelmään. Annetun ohjauksen sisältö ja jatkosuunnitelma kirjataan hoitotyön yhteenvetoon, jonka potilas saa mukaansa kotiin tai jatkohoitoon. (PSHP 2015b.)

4.2.2 Alkoholin haitat ja päihdeinterventio

Päihdehuoltolaissa (41/1986) määritellään päihteeksi alkoholijuoma tai muu päihtymystarkoituksessa käytettävä aine. Tässä työssä käsitellään päihteistä pääasiassa alkoholin haitallista käyttöä, koska se on nostettu asiantuntijaryhmän toimesta yhdeksi terveyden edistämisen painopisteitä.

Suomalaisen aikuisväestön alkoholin kulutus on kasvanut yli kolminkertaiseksi viimeisen neljän vuosikymmenen aikana, mutta kääntynyt hienoiseen laskuun viime vuosikymmenen ajan. Vuonna 2010 alkoholiperäiset taudit ja tapaturmat olivat 15–65-vuotiaiden miesten yleisin kuolinsyy, ja naisilla rintasyövän jälkeen toiseksi yleisin kuolinsyy. (Suomen virallinen tilasto 2010.. Vuonna 2014 miehistä 13 % ja naisista 14 % ilmoitti, ettei ole käyttänyt lainkaan alkoholia viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vuonna 2014 alkoholia kulutettiin sataprosenttiseksi alkoholiksi muutettuna 11,2 litraa jokaista 15 vuotta täyttäneestä asukasta kohti. Kuitenkin on arvioitu, että eniten kuluttava väestö, noin kymmenes osa, kuluttaa noin puolet kaikesta kulutetusta alkoholista. (Helldán ym. 2014, THL 2016.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kuntien on järjestettävä tarpeellinen päihdetyö, jonka tarkoituksena on vähentää tai poistaa päihdeidenkäytön terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Päihdetyöstä säädetään myös Päihdehuoltolaissa (41/1986) seuraavasti: ”Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihdeiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihdeiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta.”. Ehkäisevä päihdetyö on tavoitteellista toimintaa terveyden, turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Sillä

pyritään vaikuttamaan asenteisiin, tietoihin ja käyttötapoihin. Korjaava päihdetyö puolestaan on päihteiden ongelmakäytön ja/tai päihderiippuvuuden hoitopalvelut, haittojen vähentäminen ja pahanemisen ehkäisy. (PSHP 2013.)

Päihdeintervention tarkoituksena on taata potilaiden hoidon onnistuminen ja päihteiden käytöstä aiheutuvien sairauksien tai tapaturmien uusiutuminen. Potilaan tullessa hoitoon, hoitohenkilökunnan tulee tunnistaa ja ottaa puheeksi mahdollinen päihteiden käyttö, ohjata potilas jatkohoitoon hänen niin halutessaan, tai estää vieroittuneiden potilaiden päihteiden käytön uudelleen käynnistyminen. Apuna interventiossa voidaan käyttää erilaisia kyselyitä. Alkoholin liikakulutusta kartoittava kolmen kysymyksen AUDIT-c -kysely annetaan potilaalle täytettäväksi tämän tullessa hoitoon. Jos potilaan AUDIT-c:n tulos on 6 tai enemmän, annetaan potilaalle täytettäväksi alkoholin suurkulutuksen mittari AUDIT. Lomakkeiden pisteet kirjataan potilastietojärjestelmään. Lisäksi hoitokertomukseen tulee kirjata hoitohenkilökunnan antama ohjaus ja neuvonta, sekä potilaan kanssa sovittu jatkosuunnitelma. (PSHP 2017c.)

4.2.3 Ravitsemushoito ja vajaaravitsemusriskin arviointi

Finravinto 2012-tutkimuksen mukaan suomalaisten ruokatottumuksissa on tapahtunut muutoksia myönteiseen suuntaan viimeisen viiden vuoden aikana, esimerkiksi kasvisten käyttö ruokavaliossa lisääntyi. Toisaalta muutosta on tapahtunut myös huonompaan suuntaan kovan rasvan ja suolan käytön lisääntyttä. (THL 2013.)

Oikeanlainen ruokavalio paitsi edistää terveyttä, myös auttaa pienentämään useiden eri sairauksien riskiä. Valtion ravitsemusneuvottelukunta julkaisi vuonna 2014 uudet ravitsemussuositukset suomalaisille. Suositukset perustuvat pohjoismaisen asiantuntijaryhmän laajoihin tieteellisiin selvityksiin. Suositukset on tarkoitettu erityisesti ruokapalvelujen ja terveydenhuollon henkilöstön, tai viranomaistahojen käyttöön toiminnan ohjauksiksi. Niitä voi hyödyntää niin seurannassa, suunnittelussa, viestinnässä kuin poliittisessa ohjauksessakin. Uudet suositukset painottavat erityisesti terveyttä edistävän ravitsemuksen merkitystä. Yleisten ravitsemussuositusten lisäksi on tehty eri väestöryhmille, esimerkiksi ikääntyneille tai lapsiperheille, kohdennettuja suosituksia. Ravintoaineiden tarve ja sopiva ruokavalio voivat vaihdella terveydentilan mukaan. Sairaala-, laitos ja

kuntoutushoidossa oleville on tehty erillinen suositus ravitsemushoidosta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Ravitsemushoidolla tarkoitetaan terveyden edistämistä ja sairauden hoitoa ja ehkäisyä ruokavalion avulla. Sairaaloissa ravitsemushoito on olennainen osa potilaiden hoitoa. Siihen kuuluu ravitsemustilan ja ravinnon tarpeen arviointi, tavoitteiden asettelu, ohjanta, toteutus ja vaikuttavuuden arviointi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 16.) Tavoitteena on vajaaravitsemuksen tunnistaminen sekä ravitsemushoidon asianmukainen käyttö osana sairauksien hoitoa ja ehkäisyä. Keskeistä hoidossa on tunnistaa vajaaravitsemuksen riskipotilaat heti hoidon alussa. (Varjonen-Toivonen 2011.)

Vajaaravitsemuksen riskin seulontamenetelmät terveydenhuoltoon ovat luotettavia sekä helppo- ja nopeakäyttöisiä. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ohjeistuksen (2010) mukaan sairaaloissa tulisi jokaiselle potilaalle tehdä vajaaravitsemusriskin seulonta viimeistään toisena hoitopäivänä ja ryhtyä riskiluokan mukaisiin toimenpiteisiin. ESPEN'in (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) suosituksen (2003) mukaisesti sairaaloissa tulisi käyttää NRS-2002 (Nutritional Risk Screening) seulontamenetelmää. Seulonta on luotettava, nopeakäyttöinen ja hyvin toistettavissa. MNA-menetelmän (Mini Nutrition Assessment) seulontaosaa tulisi käyttää yli 65-vuotiaiden vajaaravitsemusriskin arviointiin. MNA-menetelmässä on lisäksi ravitsemustilan arviointiosio. Suoritetut ravitsemusseulonnat ja potilaalle annettu ravitsemusohjaus tulee kirjata potilastietojärjestelmään. Lisäksi ravitsemushoidon tavoitteet ja mahdollinen jatkoseuranta täytyy kirjata ja ohjelmoida. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010.)

4.2.4 Uni ja sen häiriöt

Uni on tarkkaan säädelty aivotoiminnan tila, jolla on tärkeä merkitys ihmisen aivoille. Unen aikana varastoidaan energiaa ja poistetaan valveen aikana aivoihin kertyneitä haitallisia aineenvaihduntatuotteita. Lisäksi unen aikana tapahtuu hermosolujen muovautumista, joka vaikuttaa muistiin ja oppimiseen. (Unettomuus: Käypä hoito-suositus 2015.) Nukkuminen ja uni ajatellaan osana laajempaa vuorokausirytmää, joka perustuu elimistön sisäisen, aivoissa sijaitsevan keskuskellon mukaan. Ilman häiriötekijöitä ihminen nukkuu oman vuorokausirytmensä mukaisesti. Valveilla ollessa kertyvä unentarve sekä sisäinen

vuorokausirytmii määrittelevät unen rakenteen ja ajoittumisen. Näistä syntyy käyttäytymisen tasolla näyttäytyvä yksilöllinen uni- ja valverytmi. (Partonen 2016.)

Uni-valverytmin häiriöistä yleisin on unettomuus. Aikuisväestöstä 30–35% on kokenut tilapäistä unettomuutta ja lyhytkestoista unettomuutta kärsii vuosittain 15–20% väestöstä. Pitkäaikaisesta unettomuudesta Suomessa kärsii lähes 12 % aikuisväestöstä. Unettomuus voi aiheutua useista eri tekijöistä. Taustalla voi olla esimerkiksi elämäntilanteeseen tai sen muutokseen liittyvät syyt, geneettiset tekijät, alkoholin, piristeiden tai lääkkeiden käyttö, tai huonot nukkumisolot. Lisäksi unettomuus voi johtua terveydentilan muutoksista tai sairaudesta. (Unettomuus: Käypä hoito-suositus 2015).

Unettomuus paitsi lisää tapaturmariskiä, se myös voi johtaa depressiivisyyteen sekä päihdeiden käyttöön. Pitkäkestoinen univaje yöuni on tutkimusten mukaan myös yhteydessä useisiin kansanterveydellisiin ongelmiin, esimerkkeinä metabolinen oireyhtymä, tyyppi 2 diabetes, sepelvaltimotauti ja infektioalttius. (Unettomuus: Käypä hoito-suositus 2015).

Termillä väsymys voidaan tarkoittaa useita eri tilanteita, joita ihminen kokee. Sillä voidaan tarkoittaa fyysistä lihasväsymystä tai psyykkistä väsymystä, kyllästymistä tai uupumusta. **Uneliaisuus** puolestaan viittaa lisääntyneeseen nukahtelu-alttiuteen. Uneliaisuus voi johtua mm. pitkään valvomisesta, unen puutteesta, uniapneasta, sairauden heikentämisestä vireystasosta, alkoholista tai väsyttävien lääkkeiden käytöstä. (Partinen 2012.)

ESS (Epworth Sleepiness Scale) uneliaisuustestiä voidaan käyttää apuna uneliaisuuden selvittelyssä, esimerkiksi uniapneaa epäiltäessä. Testissä pyydetään vastaajaa arvioimaan, kuinka todennäköisesti torkahtaisi tietyissä tilanteissa. Testi ei kuitenkaan ole objektiivinen mittari, eikä vähäinen pistemäärä automaattisesti sulje pois vireystilan heikkenemistä. (Uniapnea: Käypä hoito-suositus 2010.) Tärkein apuväline väsymyksen ja uneliaisuuden selvittelyssä on potilaan haastattelu. Uni-valverytmin häiriön syiden selvittely ja hoidon suunnittelu vaativat aktiivista otetta ja aikaa. (Partonen 2016.)

4.2.5 Mielen terveyden edistäminen

Mielen terveyden erilaiset häiriöt ovat yleisiä, ikäryhmästä riippumatta. Noin 20–25% suomalaisesta aikuisväestöstä kärsii jostain mielen terveyden häiriöstä. Yleisimpiä työikäisten mielen terveyden häiriöitä ovat masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt. Ikääntyvillä tavallisimpia mielen terveyteen liittyviä ongelmia ovat edellä mainittujen lisäksi psykoosit ja elimelliset mielen terveyden häiriöt. Terveys 2000-tutkimuksessa todettiin, että suomalaisista naisista 8,2 % ja miehistä 4,5 % oli viimeisen 12 kuukauden aikana kärsinyt jonkinasteisesta masennushäiriöstä. (PSHP 2013.)

Potilaan kuntoutuminen ja sairaudesta toipuminen saattaa heikentyä masennusoireiden vuoksi. Tämän vuoksi myös somaattisen vuodeosaston hoitohenkilökunnan tulee osata tunnistaa masennusoireet. Varhaisella tuella ja puheeksi ottamisella voidaan ehkäistä masennuksen kehittyminen ja parantaa potilaan ennustetta. Masennuksen tunnistamiseksi on luotu helppokäyttöisiä ja luotettavia menetelmiä. Suomessa kehitetty DEPS- kysely sisältää kymmenen väittämää. Potilaista, jotka saavat yli 12 pistettä DEPS-testistä, lähes puolet kärsivät depressiosta. Testi ei siis osoita suoraa diagnoosia, mutta ohjaa tunnistamisessa. Kyselyn tulokset ja niiden mukainen toiminta kirjataan potilastietojärjestelmään. (PSHP 2017c.)

GDS-15 (Geriatric depression scale) kysely on tarkoitettu erityisesti myöhäisiän (yli 65-vuotiaat) masennuksen tunnistamiseksi. Kysely koostuu 15 kysymyksestä, joihin on kyllä-ei vastausvaihtoehdot. Mikäli potilas saa kyselystä yli 6 pistettä, on syytä epäillä depressiota. Testi näyttäisi olevan uskottava ikääntyneen potilaan masennuksen tunnistamisessa, pois lukien muistihäiriöiset tai alentuneesta kognitiosta kärsivät potilaat. (de Craen, Heeren, Gussekloo 2003.)

Terveyden edistämiseen kuuluu olennaisena myös mielen terveyden edistäminen ja ongelmien ennaltaehkäisy. Mielen terveytyötä on paitsi siihen erikoistuneiden mielen terveyspalvelujen tarjoama hoito, myös kaikissa muissa terveydenhuollon yksiköissä tapahtuva mielen terveyden edistäminen, hoito, kuntoutus. (PSHP 2015c.)

4.2.6 Terveyttä edistävä liikunta

Liikuntalain (390/2015) tarkoituksena on edistää liikuntaa ja siihen liittyvää kansalaistoimintaa sekä edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä. Yleisten edellytysten luominen liikunnalle on valtion ja kuntien tehtävä. Kunnan tulee luoda edellytyksiä kuntalaisten liikunnalle kehittämällä terveyttä edistävää liikuntaa, tukemalla kansalaistoimintaa ja tarjoamalla liikuntapaikkoja. (Varjonen-Toivonen 2011.)

Suomalaisten vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt, mutta työmatkaliikunta puolestaan vähentynyt viime vuosikymmeninä. Naiset harrastavat vapaa-ajan liikuntaa yleisemmin kuin miehet. Terveyden kannalta riittämättömästi liikkuvia suomalaisia on kuitenkin miehistä noin 68 % ja naisista 59 %. Riittämätön liikunta on fyysisen passiivisuuden, ylipainon, kohonneiden verenpaineen ja veren rasva-arvojen kautta yhteydessä useisiin eri sairauksiin. Ainakin sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen tiedetään olevan yhteydessä liikkumattomuuteen. (Kiiskinen ym 2008, 31.)

Terveydenhuoltokäynnin yhteydessä lyhyt interventio terveyttä edistävän liikunnan suhteen sekä liikunnan terveyshyödyistä tiedottaminen on varsin kustannusvaikuttavaa toimintaa (Kiiskinen ym. 2008). Terveysliikunnan edistämässä pyritään yksilön toimintatapojen muuttamiseen niin, että he saavuttaisivat riittävän fyysisen aktiivisuuden tason. Esimerkiksi UKK-instituutin kehittämiä terveystuoksia, eri ikäryhmille kohdistettuja liikuntapiirakoita voi käyttää apuna terveystuoksesta tiedottamisessa ja potilaan ohjaamisessa. (UKK-instituutti 2016.)

4.2.7 Muisti ja terveys

Suomessa noin 14 500 ihmistä vuosittain sairastuu muistisairauteen. Maailmanlaajuisesti muistisairauksista kärsii noin 36 miljoonaa ihmistä. Arvioiden mukaan määrä voi jopa kolminkertaistua vuoteen 2050 mennessä. Muistisairauksille altistavat mm. korkea ikä, sukurasite, vähäinen henkinen ja fyysinen aktiivisuus, ylipaino, korkea verenpaine sekä runsas alkoholinkäyttö ja tupakointi. Suomalaisen FINGER-tutkimuksen mukaan muistihäiriöitä voidaan ehkäistä hallitsemalla niiden riskitekijöitä. Tehostettu ruokavalio-oh-

jaus, fyysinen aktiivisuus, muistiharjoitukset sekä tarkka sydän- ja verisuonitautien seuranta ja hallinta vähensivät riskiä muistitoimintojen heikkenemiseen huomattavasti. (THL 2015.)

Mini-Mental State Examination (MMSE)- testin avulla voidaan arvioida onko potilaalla kognition alenemaa tai merkkejä muistisairaudesta MMSE-testi ei edellytä tekijältään erillistä koulutusta, mutta riittävä perehdytys sen tekemiseen on kuitenkin tarpeen. Tekijällä on syytä olla ymmärrys testauksen syistä ja tavoitteista. Testistä suoriutumiseen vaikuttavat testaustilanne ja -ympäristö. Lisäksi on huomioitava, että sekavuus, psyykinen ahdistus tai huono motivaatio vaikuttavat heikentävästi testin tulokseen. Testi ei yksinään riitä dementia-diagnoosin tekemiseen, mutta sen avulla voidaan arvioida lisäselvitysten tarvetta ja arjessa selviämistä. Hoitotyön arjessa testistä saadaan informaatiota ja hyötyä esimerkiksi vuorovaikutuksen laatuun. Sen avulla voidaan myös arvioida potilaan hoidon tarvetta ja kykyä noudattaa annettuja ohjeista. (Sulkava, Vuori & Ylikoski 2007.)

4.3 Hoitajan rooli terveyden edistämisessä

Terveyden edistämisen tulee olla osa jokapäiväistä toimintaa ja jokaisen potilaskontaktin yhteydessä voidaan ajatella olevan mahdollisuus ohjata potilasta terveellisiin valintoihin. Erikoissairaanhoidossa terveyden edistämisen toiminnot voidaan kokea lähinnä perusterveydenhuollon tehtäväksi. Erikoissairaanhoidon toimijoilla on kuitenkin tietynlainen erikoisasema potilaan näkökulmasta, ja se tarjoaa sopivan tilaisuuden herättää ajatus riskikäyttäytymisen tai elämäntapojen muutoksesta. (Kotisaari 2010.)

Terveyden edistämisen toimien tulisi perustua WHO:n suosituksiin sekä organisaation päättävien tahojen ohjeistuksiin. Kuitenkin tutkimusten mukaan hoitajat eivät joko tunne näitä suosituksia ja ohjeita tai eivät osaa tuoda niitä käytäntöön. Sairaalan johto on vastuussa siitä, onko terveyden edistäminen suunniteltu strategiaan, mielletäänkö se tärkeäksi toiminnoksi ja onko koko organisaation työkuulttuuri terveyttä edistävä. Tutkimusten mukaan koulutus edistää terveydenhuoltohenkilöstön terveyden edistämisen taitoja. Lisäksi erilaiset projektit toimivat ponnahduslautana terveyden edistämisen tuomisessa käytäntöön. Suurin este terveyden edistämisen toteutukselle on ajan ja potilaan ohjaukseen käytettävän materiaalin puute. (Kempainen, Tossavainen & Turunen 2012.)

Oikein tehtynä terveyden edistämällä voidaan saavuttaa positiivinen muutos potilaan elämänlaadussa ja elämän hallinnassa. Hoitajat, erikoisalasta ja sektorista riippumatta, ovat avainasemassa potilaan terveyden edistämässä. Perinteisesti hoitotyöntekijöiden rooli terveyden edistämässä on ollut sairauksien ennaltaehkäisyä ja terveiden elämäntapojen tukemista. Hoitotyöntekijöiden osaaminen ja kokemus on monialaista, joten hoitajien roolia terveyden edistäjinä tulisi vahvistaa. (Kemppainen ym. 2012.)

Terveyden edistämisen, kuten muidenkin toimintojen tulee perustua näyttöön. Hoitoalan ammattilaisen tehtävänä on arvioida vastaavako potilaan tiedot ja kokemukset parasta ajantasaista tietoa, sekä ovatko hoidon suunnitelmat tai tavoitteet realistisia. Hoitajilta kuitenkin edellytetään näyttöön perustuvan tiedon lisäksi kykyä tunnistaa potilaiden yksilölliset ominaisuudet ja valmius muuttaa toimintatapojaan erilaisissa tilanteissa. Potilaan sitoutuminen hoidon tavoitteisiin paranee, kun hän osallistuu päätöksentekoon tasa-arvoisessa vuorovaikutussuhteessa. Potilaan kokemukseen perustuva näyttö on myös tärkeä huomioida. Potilaan kokemaan näyttöön kuuluu kokemus potilaan oma kokemus terveydestä, sairauden hoidosta ja siitä, kuinka terveyden edistäminen ja ylläpito toteutuvat. (Sarajärvi 2011, 70–74.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) määrittelee potilastietojärjestelmän olevan: ”sosiaali tai terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä varten toteutettu ohjelmisto tai järjestelmä, jonka avulla tallennetaan ja ylläpidetään asiakas- tai potilasasiakirjoja ja niissä olevia tietoja”. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) määrittelee ketkä saavat tehdä merkintöjä ja mitä potilasasiakirjoihin saadaan kirjata. Terveydenhuollon ammattihenkilöt, tai heidän ohjauksensa mukaisesti muut hoitoon osallistuva henkilöt, kirjaavat potilasasiakirjoihin hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Osastohoidossa potilaskertomukseen tulee kirjata hoitajaksokohtaisesti, päivittäin merkintöjä potilaan tilasta, tehdyistä tutkimuksista ja annetusta hoidosta sekä ohjauksesta.

Pirkanmaan alueellinen terveyden edistämisen suunnitelma (2011) sisältää toimintaohjeen kirjaamisesta. Tavoitteena on, että systemaattiset kirjaamiskäytännöt otetaan käyttöön sähköisissä potilaskertomuksissa. Potilastietojärjestelmän tulee tarjota rakenteellinen kirjauskohta terveyden edistämisen toiminnoista ja toteutetuista seulonnoista. Poti-

lastietojärjestelmään kirjataan sovittujen ohjeiden mukaisesti terveyden edistämiseen liittyvät esitiedot, tavoitteet ja suoritettavat hoitotoimet, sekä jatkohoidon suunnittelu (taulukko 3).

TAULUKKO 3 Potilastietojärjestelmän otsikot ja sisällöt terveyden edistämiseen liittyen (PSHP 2017a)

Otsikko	Alaotsikko	Sisältö
Pysyväistiedot	Terveyteen vaikuttavat tekijät	Vajaaravitsemusriski, diabetesriski, tupakointi ja alkoholin käyttö (Fagerströmin testi ja Audit)
Keskeiset tiedot	Hoito- ja/tai kuntoutusjakson tavoitteet ja keinot	Potilaan kanssa yhdessä asetettavat tavoitteet eri osa-alueilla sekä keinot, joilla tavoitteeseen päästään
Hoitopäivä/käynti Hoidon suunnittelu	Hoito/kuntoutussopimukset	Päivittäiset potilaskohtaiset sopimukset ja sisältö
Hoitopäivä/käynti Hoidon toteutus	Ravitseminen	Ravitsemuksen turvaamiseen liittyvä seuranta ja toteutus, päivittämisen ravitsemusohjelman suunnitelma
	Mielenterveyttä edistävä hoitotyö	Mielenterveyden muutoksiin ja oireisiin liittyvä seuranta, avustaminen ja hoidon toteutus
	Potilaan/läheisen ohjaus	Toteutettu ohjaus ja sisältö, sisältää myös ennalta ehkäisevän ohjauksen (terveyden edistäminen)
	Potilaan/läheisen tukeminen	Tuen sisältö, konkreettinen ja emotionaalinen tuki
Yhteenveto	Hoidon tavoitteet	Hoitojakson tavoitteet, tietoa saadaan hoitokertomuksen merkinnöistä, ks. keskeiset tiedot

	Hoitotoimet	Annettu hoito, tietoa saadaan hoitokertomuksen merkinnöistä, ks. hoitopäivä/käynti
	Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot	Kuvataan suunnitelman jatkumista kotona tai jatkohoitopaikassa, potilaan saama ohjaus ja sopimukset jatkohoidon turvaamiseksi, sovitut kontrollit

4.4 Potilaan osallisuus terveyden edistämisessä

Tässä tutkimuksessa ei tutkita yksittäisiä potilastapauksia, eikä potilas varsinaisesti ole tarkkailun kohteena. Koska tutkimus kuitenkin koskee potilaisiin kohdistuvia terveyden edistämisen toimia, tulee myös käsitettä avata kohteena olemisen, potilisuuden näkökulmasta. Torkkola (2009) toi ensimmäisenä suomen kieliseen tutkimukseen termin **potilisuus**, joka on käänös englanninkielisen termistä ”patienthood”. Torkkola määrittelee potilisuuden olevan potilaaksi asettautumisen raameja ja käyttäytymissäännöistä sekä potilaana olemisen kulttuurisia ja yhteiskunnallisia ehtoja. Se viittaa potilaana olemisen rajoihin, odotuksiin, vastuihin ja velvollisuuksiin.

Potilas-termi sisältää aina suhteen terveydenhuollon yksikköön, ihmisestä tulee potilas vasta kun hän on jonkin terveydenhuollon palvelun asiakkaana. Termi sisältää myös jonkin toiminnan kohteena olemisen. Se voi tarkoittaa tarkkailua, sairauden hoitoa, tutkimuksia, mutta myös neuvontaa, ohjausta ja ennaltaehkäisyä. Potilaana oleminen ja potilisuus on aikaan sidottua. Oletuksena on, että potilisuus päättyy aina jossain vaiheessa. (Lämsä 2013, 18.)

Osallisuus- käsitteellä on erilaisia merkitysisältöjä käyttötarkoituksen ja -paikan sekä puhujan mukaan. Käsite onkin varsin moniulotteinen ja vaikeasti rajattava. Yksilön näkökulmasta osallisuus on mukana oloa ja kuulumista yhteisöön tai yhteiskuntaan. Osallisuuden kokemus rakentuu huomioiduksi tulemisesta, kohtaamisista, sosiaalisista suhteista, omista asioista päättämisestä ja omaan elämään liittyviin asioihin vaikuttamisesta. Osallisuuden muotoja ovat mm. toimintaosallisuus, suunnitteluosallisuus ja päätöksenteko-osallisuus. (Jämsen & Pyykkönen 2014.)

Thompsonin (2007) mukaan potilaan osallisuus terveydenhuollon palveluissa on vuoropuhelua ammattilaisen ja potilaan välillä sekä potilaan osallistumista hoitoa koskeviin päätöksiin. Kuitenkaan kaikki potilaat eivät halua osallistua päätöksentekoon, vaan ovat passiivisia toimijoita omassa hoidossaan. Aktiivisuuteen ja osallistumiseen näyttää vaikuttavan sairauden vakavuus, yksilön persoonaan liittyvät tekijät sekä potilaan suhde ammattilaiseen.

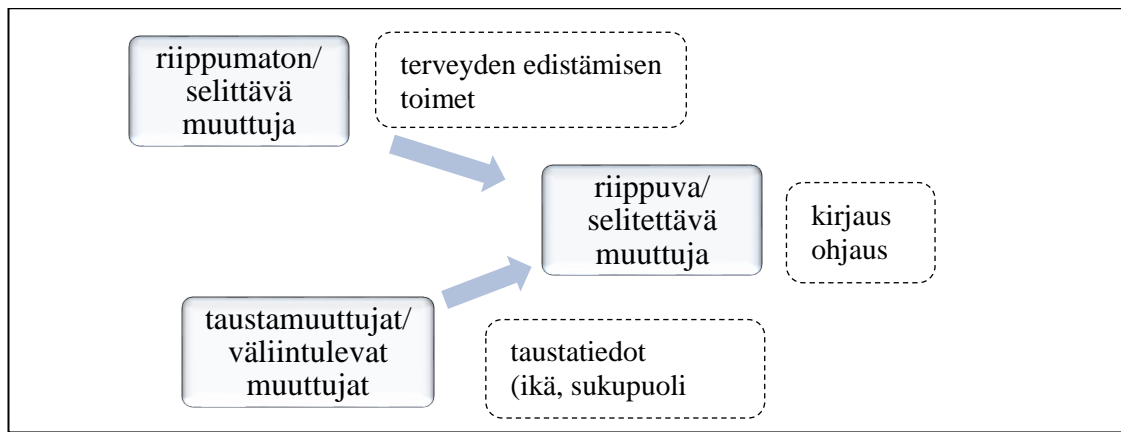
Useimmiten potilas on paras asiantuntija omassa sairaudessaan ja uudistuva terveydenhuolto painottaakin potilaan valinnan vapautta sekä vastuunottoa omista valinnoista. Terveydenhuollon palvelujen tuottamaa arvoa voidaan lisätä vahvistamalla potilaan asemaa aktiivisena toimijana. Hoidon ja ennaltaehkäisyn tulokset riippuvat pitkälti niistä päätöksistä, joita potilas tekee esimerkiksi elintapojen suhteen. (Teperi, Porter, Vuorenkoski & Baron, 2009.) Terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on kuitenkin tukea potilasta päätösten teossa, ei jättää potilasta yksin valintojen kanssa. Päätösten tekeminen on vaikeaa, eivätkä kaikki kykene siihen, etenkin sairastettaessa. (Lämsä 2013, 143.)

5 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimusprosessin alussa valitaan tutkimusmenetelmä, jolla parhaiten saavutetaan haluttu tieto. Tutkimusmenetelmät voisi erottaa toisistaan karkeasti määrittelemällä ne siten, että määrällinen tutkimus kuvaa numeroita ja laadullinen tutkimus merkityksiä. Tutkimuksessa voidaan käyttää myös monimetodista lähestymistapaa, jolloin tutkimusmenetelmät nähdään toisiaan täydentävinä, rinnakkain käytettävänä metodeina. (Vilka 2007, 131–132.) Tässä tutkimuksessa käytettiin sekä määrällistä että laadullista toimintatapaa. Tutkimuksen pääpaino on määrällinen aineisto, sitä täydentämään kerättiin myös laadullista aineistoa.

5.1. Tutkimusmenetelmät

Määrällisen tutkimuksen tavoitteena on tulkita ja kuvata tutkittavia kohteita numeroiden ja tilastojen avulla. Tutkimuksessa pyritään luomaan syy-seuraussuhteita muuttujien välille ja selittämään tiettyjä ilmiöitä numeeristen tulosten perusteella. (Jyväskylän yliopisto 2015.) Määrällisen tutkimuksen käsitteet ovat tutkimuksen muuttujia, joita mitataan, ja eri muuttujien välisiä suhteita kuvataan ilmiön selittämiseksi. Kaikki muuttujat kuuluvat jonkin käsitteen alle, mutta kaikki käsitteet eivät ole muuttujia. Käsitteiden määrittäminen on määrällisessä tutkimuksessa tärkeää, sillä riittämättömästi määritelty käsite voi tuottaa vääristyneitä mittaustuloksia.. (Kananen 2011, 55; Kananen 2015, 107.) Tutkimuksen lähtökohtana on yleensä riippumaton tai selittävä muuttuja sekä riippuva tai selitettävä muuttuja, joiden välistä suhdetta halutaan tarkastella. Lisäksi tutkimuksessa huomioidaan muut vaikuttavat muuttujat, esimerkiksi taustamuuttujat, jotka saattavat vaikuttaa selitettävään muuttujaan (kuvio 2). (Tuomivaara 2005.)



KUVIO 2 Muuttujien suhde toisiinsa (Mukaiillen Tuomivaara 2005)

Määrällinen tutkimus voi olla luonteeltaan kokeellinen, vertaileva tai kuvaileva. Tämä tutkimus oli näistä viimeisenä mainittu kuvaileva tutkimus, joka nimensä mukaisesti pyrkii kuvailemaan tapahtumia ja tuottamaan lisätietoa tutkittavasta ilmiöstä. Kuvaileva tutkimusasetelma ei pyri kontrolloimaan tutkimustilannetta tai tutkittavia. (Mariano & Hoskins 2004, 29.)

Laadullinen tutkimus pyrkii ymmärtämään mistä ilmiössä on kyse - tulkitsemaan merkityksiä. Laadullisen tutkimuksen aineistona ovat sanat, tekstit ja havainnot. Eivät numerot, kuten määrällisessä tutkimuksessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 130.) Laadullisen tutkimuksen aineisto voi koostua esimerkiksi haastatteluista, havainnoinnista, kertomuksista tai jo olemassa olevista kirjallisista aineistoista esimerkiksi päiväkirjoista. Tässä tutkimuksessa laadullista aineistoa kerättiin potilastietojärjestelmän kirjauksista, täydentämään määrällistä aineistoa. (Mariano & Hoskins 2004, 35.)

5.2. Aineiston keruu

Tavallisimpia määrällisen tutkimuksen aineistonhankintatapoja ovat kyselylomake, haastattelu, systemaattinen havainnointi sekä valmiiden tilastojen ja rekisterien käyttö. Kyselylomaketta käytetään, kun kohteena on henkilö, ja häntä koskevat asiat. Aineiston voi kerätä myös, kuten tässä opinnäytetyössä, digitaalisesta aineistosta. Aineisto kerättiin strukturoidun lomakkeen avulla. Siten varmistettiin, että havaintoyksiköiden tarkastelu tapahtuu vakioidusti, eli kaikilta osallistujilta kysytään samat asiat, samalla tavalla ja sa-

massa järjestyksessä. (Vilkkä 2007, 28–31.) Tutkimusta varten haettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä tutkimuslupa sekä lupa potilastietojen tarkasteluun, jotka saatiin marraskuussa 2016.

Tämä tutkimus toteutettiin survey-tutkimuksena, eli perusjoukosta valittiin otos yksilöitä ja tästä joukosta kerättiin tietoa jokaiselta yksilöltä vakioidusti (Hirsjärvi ym. 1997, 130.) Tutkimuksessa tutkittiin olemassa olevia aineistoja potilastietojärjestelmästä strukturoidun lomakkeen (liite 2) avulla. Lomake ja kysymykset olivat tutkijan itse suunnittelempia. Kyselylomake jaettiin kolmeen eri osioon: taustatiedot, seulontojen toteutuminen eri osa-alueilta sekä kirjausten sisältöjä. Kysymysten laadinta perustui teorian tietoon sekä käytännön tietämykseen potilastietojärjestelmän käytöstä ja kirjaamisen ohjeista.

Tutkimus toteutettiin poikittaistutkimuksena; tiedonkeruu toteutettiin kullekin subjektille vain yhden kerran, yhtenä ajankohtana. Aineisto kerättiin retrospektiivisesti, jo olemassa olevista potilastietojärjestelmän tiedoista. Tämä menetelmä oli tutkimuksissa toimiva, koska tiedonkeruun ajankohta ei sinällään ollut merkittävä tekijä, eikä oletettavasti aiheuttanut vaihtelua perusjoukkoon. (Creswell 2014, 202.) Ajankohdaksi valittiin aikaväli, jolloin osastojen toiminta oli mahdollisimman normaalia, eivätkä esimerkiksi loma-ajankohdat aiheuttaneet muutoksia henkilöstömääriin tai osaston toimintaan. Aineisto kerättiin yhteensä kolmen vuorokauden aikana joulukuun 2016 alkupuolella. Lisäksi tietoihin palattiin kerran vielä myöhemmin uudestaan joulukuun lopussa, puuttuvien tietojen tarkastamiseksi.

Perusjoukosta valittiin systemaattisesti, määrätystä päivämäärästä (1.4.2016) alkaen 60 kriteerit täyttävää, kotiutunutta potilasta. Aineisto kerättiin kolmelta eri vuodeosastolta. Toimialueella 1 on osastoa kohti keskimäärin 103 hoitajaksoa kuukausittain. Kun otokseen poimittiin kunkin osaston kuukauden 20 ensimmäisenä uloskirjattua potilasta, otoksen koko oli noin 20% osastojen kuukausittaisesta populaatiosta. Aineiston ulkopuolelle rajattiin ne potilaat, jotka eivät olleet osastolla yön yli. Muita rajauksia ei aineiston suhteen tehty. Tutkimuksessa ei vertailtu eroja seulontojen toteutumisessa tai kirjaamiskäytännöissä eri vuodeosastoilla. Potilastietojärjestelmästä tutkittiin hoitohenkilökunnan tekemät kirjaukset, neljästä eri kohteesta: Pysyväistiedot, Keskeiset tiedot, Hoitopäivä sekä Hoitotyön yhteenveto.

Tutkimukseen valittiin tarkastelun kohteeksi sovittujen terveyden edistämisen painopisteiden, tupakoinnin, alkoholin käytön ja ravitsemuksen, lisäksi myös neljä muuta organisaation internetsivuilta löytyvää osa-aluetta. Nämä osa-alueet olivat liikunta, uni, muisti ja mieli. Nämä aiheet on kuitenkin enimmäkseen jätetty ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen kohdalla tarkastelun ulkopuolelle, sillä niistä ei löytynyt kuin muutamia yksittäisiä merkintöjä. Kirjauksia on tarkasteltu potilastietojärjestelmästä seuraavista potilastietojärjestelmän kohteista: pysyväistiedot, keskeiset tiedot, hoitopäivän kirjatukset sekä hoitotyön yhteenveto. Tilastoon merkittiin, jos hoitojaksolla oli tehty vähintään yksi merkintä kyseiseltä osa-alueelta. Aineistosta jätettiin lopulta tarkastelun ulkopuolelle myös keskeisten tietojen kirjatukset, sillä ne ovat hoitojaksokohtaisia. Näin ollen tietoja olisi ollut mahdollista muuttaa tai poistaa ko. hoitojakson jälkeen.

5.3. Aineiston analysointi

Tilastomenetelmien avulla aineistoista pyritään löytämään ilmiöitä yhdistäviä tekijöitä tai erottamaan ilmiöt toisistaan. Määrällisen tutkimuksen tulokset analysoitiin tilastollisin keinoin, tilasto-ohjelmistoja apuna käyttäen. Muuttujat saivat numeraalisia arvoja erilaisilla asteikoilla, jotta niistä pystyttiin muodostamaan tilastollisia analyyseja. Muuttujat, joita ei voitu laittaa arvojen mukaan paremmuusjärjestykseen, kuten esimerkiksi taustamuuttujat sukupuoli tai diagnoosi, luokiteltiin nominaaliasteikolla. Taustamuuttujista ainoastaan potilaan ikä ja osastojakson pituus olivat muuttujia, joita voitiin käsitellä järjestyksasteikolla. Dikotomisat, eli kaksijakoiset muuttujat koodattiin 0-1 – arvoilla. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin potilastietojärjestelmän kirjauksia, jolloin muuttujat saivat arvoja 0= ”ei kirjattu” ja 1= ”kirjattu”. (Kananen 2011, 58–59. Metsämuuronen 2002, 6.) Tutkimuksessa etsittiin tilastollisin keinoin vastauksia muuttujien suhteesta toisiinsa; esimerkiksi vaikuttavatko potilaan taustatiedot eri seulontojen ja terveyden edistämisen ohjauksen toteutumiseen. Aineiston suhteen ei tapahtunut katoa, joten tilastollinen analyysi kattaa 60 potilaan yksittäisen hoitojakson kirjatukset.

Tässä työssä analysoinnissa on käytetty sekä Excel-tilukkolaskentaohjelmaa, että SPSS-tilasto-ohjelmaa. Aluksi data syötettiin Excel-ohjelmaan, yhden havaintoyksikön tiedot kerrallaan. Excelissä luokiteltiin taustamuuttujat ja saatiin tietoa esimerkiksi otoksen ikäjakaumasta ja sukupuolirakenteesta. Excel-tilukoista saatiin myös alustava käsitys siitä, onko tietoa kerääntynyt tarpeeksi, että niitä voisi tilastollisesti käsitellä. Kirjausten määrä

liikunnan, unen, muistin ja mielialan suhteen oli niin vähäinen, että näistä kertyneitä tietoja ei voi yleistää. Näin ollen niitä ei syötetty lainkaan SPSS-ohjelmistoon.

SPSS- ohjelmistoon syötettiin taustamuuttujat sekä kirjaamisen toteutumiseen liittyvät muuttujat tupakoinnin, alkoholin käytön ja ravitsemuksen suhteen. Lisäksi kunkin osaluokituksen kirjauksista tehtiin summamuuttujia, jolloin saatiin selville, kuinka kirjaukset ovat kokonaisuudessaan toteutuneet. Muuttujien suhdetta taustatekijöihin selvitettiin ristiintaulukoinnin avulla. Lisäksi eri muuttujien välistä korrelaatiota selvitettiin Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla (Metsämuuronen 2002, 43).

6 TULOKSET

Tutkimuksen otos oli 60 potilasta, 20 potilasta kultakin vuodeosastolta. Koko otoksen ikäjakauma oli 16- 89 vuotta. Suurin ikäluokka oli 66–75-vuotiaat – lähes neljännes koko aineistosta. Koko otoksen keskimääräinen ikä oli 59,3 vuotta. Sukupuolen perusteella aineisto jakautui tasan kahtia, eli naisia ja miehiä oli aineistossa yhtä paljon. Tulossyyt ryhmiteltiin 11 eri ryhmään: COPD, diabetes, elvytyksen jälkitila, haava/ruusu, hengenahdistus, infektio-oireet, muut syyt, pleuranesteily, pneumonia, reumasairaudet sekä tutkimus/toimenpide/seuranta. Potilaiden sairaalajaksojen pituus vaihteli kahdesta 16:en vuorokautteen. Aineiston ulkopuolelle rajattiin potilaat, jotka eivät yöpyneet osastolla. Keskimääräinen osastojakson pituus oli 5,1 vuorokautta. Suurin ryhmä osastojakson pituuden perusteella, 14 potilasta, oli kahdesta kolmeen vuorokautta osastolla viipyneet.

6.1 Sovittujen seulontojen toteutuminen

Tutkimuksessa selvitettiin pysyväistietoihin kirjattujen tietojen perusteella, kuinka sovitut seulonnat toteutuvat vuodeosastoilla. Lisäksi tarkasteltiin vaikuttavatko taustatekijät siihen, kuinka usein seulontoja tehdään. Seuraavassa eritellään eri osa-alueilta kirjausten esiintymistä ja tarkastellaan kuinka eri taustatekijät mahdollisesti vaikuttavat. Luvun lopussa on taulukoituna kirjausten toteutuminen pysyväistietoihin eri taustatekijöiden mukaan.

Tupakointitiedot oli kirjattu 42 potilaan (70 %) pysyväistietoihin. Tupakointiin liittyviä tietoja tarkasteltiin myös tupakointitietojen kirjauksia keskeisistä tiedoista ja hoitopäivän kirjauksista. Kaksi kirjausta löytyi Keskeisistä tiedoista. Aineiston perusteella todettiin, että noin joka viides (21%) potilaista tupakoi. Koko aineistosta noin joka neljänneltä potilaalta ei löytynyt potilastietojärjestelmän tarkastelluista kohteista minkäänlaista tietoa tupakoinnista. Kaikille tupakoiville potilaille tulee tehdä Fagerströmin nikotiiniriippuvuudesta. Kuitenkin koko aineistosta testi oli tehty vain neljälle potilaalle, eli vähemmän kuin joka kymmenennelle. Kun tupakoivia potilaita todettiin olevan ainoastaan reilu viidennes koko aineistosta, täytyy tehtyjen testien määrä suhteuttaa tähän lukuun (taulukko 4). Tupakoivista potilaista noin joka neljännelle (23 %) oli tehty Fagerströmin testi, lisäksi yhdelle tupakoimattomalle potilaalle testi oli suoritettu.

TAULUKKO 4 Tupakointi ja Fagerströmin testi

		Fagerströmin testi		total
		ei tehty	tehty	
tupakointi	ei tietoa	14	0	14
	ei	32	1	33
	kyllä	10	3	13
Total		56	4	60

Tulosyyn mukaan jaoteltuna ryhmä, jolle oli tehty kattavimmin tupakkaan liittyviä kirjauksia (100 %) pysyväistietoihin, oli potilaat, joiden tulosyyn oli COPD tai haava/ruusu (kaavio 1). Potilasryhmät, joille oli tehty vähiten kirjauksia, olivat elvytyksen jälkitila, infektio-oireet ja muut syyt (taulukko 7). Laskettuna kaikkien otsikoiden alle vähintään kerran kirjatut tupakkaan liittyvät merkinnät, eniten kirjauksia oli tehty COPD-potilaille, noin 1,7 kirjausta/potilas. Niukkimmin oli kirjattu muut syyt-ryhmässä oleville potilaille, ainoastaan 0,3 kirjausta/potilas.

Ikäluokalla ei näyttäisi olevan merkittävää vaikutusta tupakointitietojen kirjaamiselle pysyväistietoihin (taulukko 8). Kun potilaat jaettiin kahteen yhtä suureen ryhmään iän perusteella todettiin, että yli 63-vuotiaille ja sitä vanhemmille tupakkatietoja oli kirjattu 73 %:lle ja 16–62-vuotiaille hiukan vähemmän; 67 %:lle potilaista.

Osastojakson pituudella vaikuttaisi olevan negatiivinen korrelaatio, joskaan ei kovin merkittävä, tupakointiin liittyvien seulontojen ja kirjausten toteutumiseksi. Kahdesta kahdeksaan vuorokautteen osastolla viipyneille oli tupakkatietojen kirjaaminen pysyväistietoihin toteutunut noin 70 prosenttisesti. Mikäli osastojakson pituus oli enemmän kuin kahdeksan vuorokautta, kirjaamistiheys oli hiukan alhaisempi. (Taulukko 9.) Naisille ja miehille tehdyissä tupakkaan liittyvissä kirjauksissa ei ollut merkittävää eroa (taulukko 10).

Alkoholin käyttöön liittyviä tietoja oli kirjattu joka toiselle potilaalle (52 %). Kaksi kirjausta alkoholin käytöstä oli tehty ainoastaan Keskeisiin tietoihin, Pysyväistietojen sijaan. Potilaista, joille tiedot oli kirjattu, noin puolet oli kertonut käyttävänsä alkoholia. Kun potilas tulee hoitoon ja kertoo käyttävänsä alkoholia, tulisi potilaan täyttää Audit-C kysely. Kuitenkin potilaille, jotka olivat ilmaisseet käyttävänsä alkoholia, oli vain puolelle kirjattu tehdyksi Audit-C (taulukko 5). Koko aineistosta siis noin joka neljännen potilaan kohdalla löytyi tieto kyselyn tuloksesta. Kolme potilasta oli saanut Audit-C-kyselystä 6

tai enemmän pistettä. Tässä tapauksessa potilastietojärjestelmä ohjaa tekemään potilaalle laajemman Audit-kyselyn - yhdelle heistä oli tehty tämä laajempi kysely.

TAULUKKO 5 Alkoholin käyttö ja Audit-C-kysely

		Audit-C		total
		ei tehty	tehty	
Alkoholin käyttö	ei tietoa	28	0	28
	ei	12	6	18
	kyllä	4	10	14
Total		44	16	60

Tulossyyn mukaan jaoteltuna kattavimmin alkoholin käyttöön liittyviä tietoja oli kirjattu pysyväistietoihin haava/ruusu-ryhmän potilailla. Täydellisesti ei tietojen kirjaaminen toteutunut heilläkään, kirjaamisprosentti oli 80. Kuten tupakointitietoja, myös alkoholiin liittyviä tietoja oli niukimmin kirjattu ryhmille elvytyksen jälkitila, muut syyt ja infektiotireet (kuvio 3) Kaiken kaikkiaan alkoholitietoja oli kirjattu potilastietojärjestelmään vähemmän kuin tupakointitietoja.

Eri ikäluokkien välillä oli vaihtelua alkoholin käyttöön liittyvien kirjausten esiintyvyydessä (kuvio 4). Toisaalta, kun jaettiin potilaat kahteen yhtä suureen ryhmään, 16–62-vuotiaat sekä 63-vuotiaat ja sitä vanhemmat, nähtiin, että kirjauksia oli tehty noin joka toiselle, riippumatta siitä kumpaan ryhmään potilas kuului. Sukupuoli tai osastojakson pituus ei myöskään aiheuta merkittävää vaihtelua kirjausten esiintyvyydelle. Yleisesti alkoholin käyttöön liittyviä tietoja oli kirjattu vähemmän kuin tupakkatietoja, mutta suhteessa huomattavasti enemmän oli alkoholia käyttäville tehty Audit-kyselyä (50 %), kuin tupakoitsijoille Fagerströmin testiä (30 %).

Ravitsemukseen liittyvien tietojen kirjaaminen pysyväistietoihin oli näistä kolmesta osasta toteutunut kaikkein heikoimmin, alle kolmannekselle potilaista. Toisaalta kaikille potilaille, joilta löytyi Pysyväistiedoista kirjaus ravitsemukseen liittyen, oli myös tehty vajaaravitsemusriskin seulonta – NRS-2002-testi. Näin ollen NRS-2002-testi oli suoritettu kaikkein useimmin, verrattuna Fagerströmin testiin ja Audit-C-kyselyyn.

Tulossyyn perusteella jaoteltuna, potilasryhmä haava/ruusu erottui selkeästi. Heille ravitsemukseen liittyviä tietoja oli kirjattu pysyväistietoihin enemmän kuin joka toiselle (60 %). Potilasryhmät, joille oli tehty kaikkein niukimmin kirjauksia, olivat reuma- ja

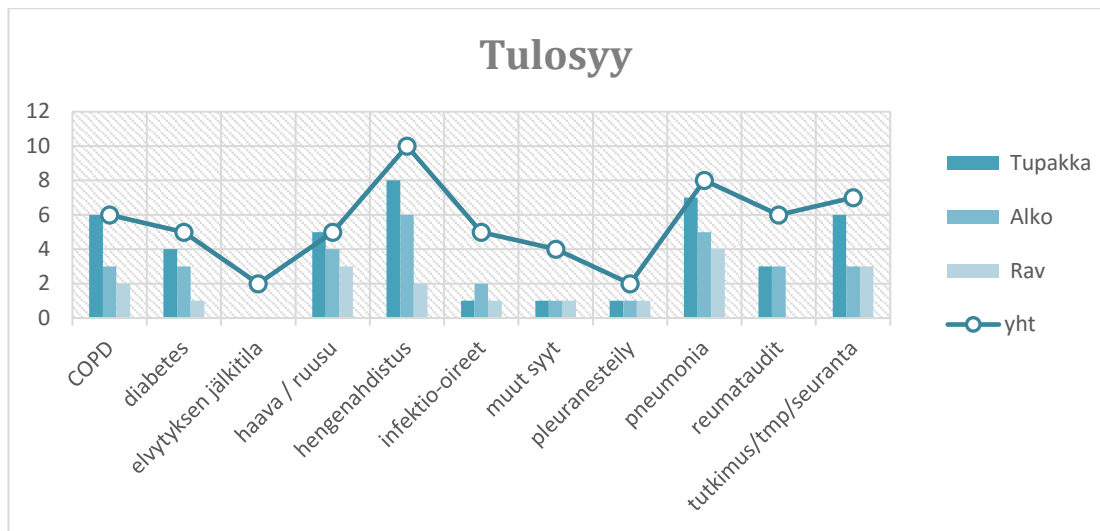
hengenahdistus- ja diabetespotilaat sekä infektio-oireiden vuoksi hoidossa olevat (taulukko 7).

Korkea ikä näyttäisi olevan yhteydessä ravitsemukseen liittyvien tietojen kirjaamiseen sekä vajaaravitsemusriskin huomioimiseen enemmän kuin muut taustatekijät (taulukko 8). Potilailla joiden ikä oli 16–62 vuotta, NRS-2002-testi oli tehty vähemmän kuin joka viidennelle (17 %). 63-vuotiaille ja sitä vanhemmille oli testiä tehty huomattavasti enemmän - lähes joka toiselle (42 %). Osastojakson pituudella tai potilaan sukupuolella ei näytä olevan yhteyttä ravitsemukseen liittyvien tietojen kirjaamiselle (taulukko 9, taulukko 10).

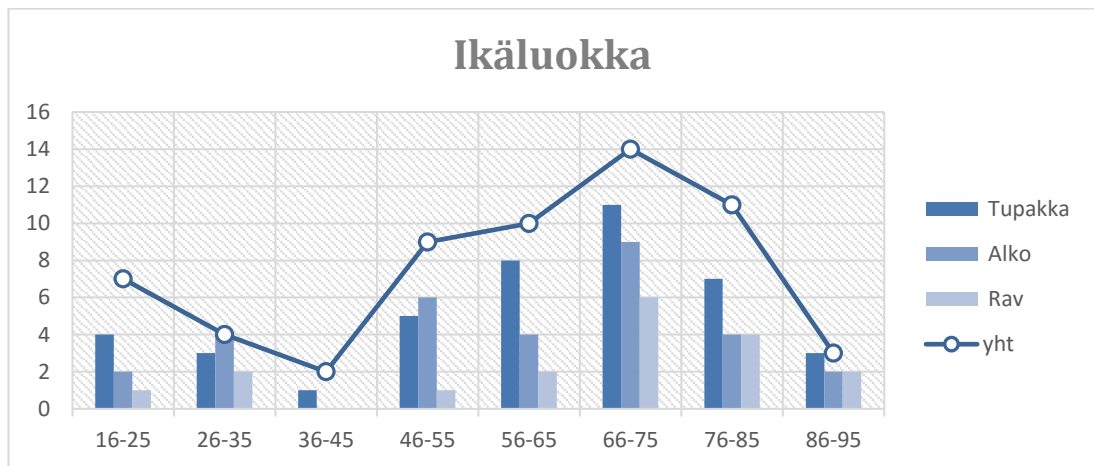
Kaiken kaikkiaan näistä kolmesta eri osa-alueesta ei pystytä tulkitsemaan vahvaa korrelaatiota minkään taustatekijän kanssa. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että kirjaaminen yhden osa-alueen huomioista lisää todennäköisyyttä sille, että muiltakin osa-alueilta löytyy kirjauksia (taulukko 6).

TAULUKKO 6 Korrelaatio terveyden edistämisen kirjauksista

		Tupakka	Alkoholi	Ravitsemus
Tupakka	Pearson Correlation	1	,531**	,429**
	Sig. (2-tailed)		,000	,001
	N	60	60	60
Alkoholi	Pearson Correlation	,531**	1	,560**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	60	60	60
Ravitsemus	Pearson Correlation	,429**	,560**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	
	N	60	60	60
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				



KUVIO 3 Pysyväistietoihin tehdyt kirjaukset tulosyyn mukaan jaoteltuna



KUVIO 4 Pysyväistietoihin tehdyt kirjaukset ikäluokan mukaan jaoteltuna

TAULUKKO 7 Tulosyy ja pysyväistietoihin tehdyt kirjaukset

Tulosyy	yht	Tupakka	Alko	Rav	tupakka	alko	rav
COPD	6	6	3	2	100 %	50 %	33 %
diabetes	5	4	3	1	80 %	60 %	20 %
elvytyksen jälkitila	2	0	0	0	0 %	0 %	0 %
haava / ruusu	5	5	4	3	100 %	80 %	60 %
hengenahdistus	10	8	6	2	80 %	60 %	20 %
infektio-oireet	5	1	2	1	20 %	40 %	20 %
muut syyt	4	1	1	1	25 %	25 %	25 %
pleuranesteily	2	1	1	1	50 %	50 %	50 %
pneumonia	8	7	5	4	88 %	63 %	50 %
reumataudit	6	3	3	0	50 %	50 %	0 %
tutkimus/tmp/seuranta	7	6	3	3	86 %	43 %	43 %
Kaikki yhteensä	60	42	31	18	70 %	52 %	30 %

TAULUKKO 8 Ikäluokka ja pysyväistietoihin tehdyt kirjaukset

Ikä	yht	Tupakka	Alko	Rav	tupakka	alko	rav
16–25	7	4	2	1	57 %	29 %	14 %
26–35	4	3	4	2	75 %	100 %	50 %
36–45	2	1	0	0	50 %	0 %	0 %
46–55	9	5	6	1	56 %	67 %	11 %
56–65	10	8	4	2	80 %	40 %	20 %
66–75	14	11	9	6	79 %	64 %	43 %
76–85	11	7	4	4	64 %	36 %	36 %
86–95	3	3	2	2	100 %	67 %	67 %
Kaikki yhteensä	60	42	31	18	70 %	52 %	30 %

TAULUKKO 9 Osastojakson pituus ja pysyväistietoihin tehdyt kirjaukset

Osastojakson pituus (vrk)	yht	Tupakka	Alko	Rav	tupakka	alko	rav
2-4	32	23	16	9	72 %	50 %	28 %
5-7	18	12	10	7	67 %	56 %	39 %
>8	10	7	5	2	70 %	50 %	20 %
Kaikki yhteensä	60	42	31	18	70 %	52 %	30 %

TAULUKKO 10 Sukupuoli ja pysyväistietoihin tehdyt kirjaukset

Sukupuoli	yht	Tupakka	Alko	Rav	tupakka	alko	rav
m	30	22	17	10	73 %	57 %	33 %
n	30	20	14	8	67 %	47 %	27 %
Kaikki yhteensä	60	42	31	18	70 %	52 %	30 %

6.2 Ohjauksen ja seurannan toteutuminen

Koko aineistosta vain neljälle potilaalle oli tehty Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti. Heistä kolme oli saanut testistä enemmän kuin kolme pistettä, joka tarkoittaa vahvaa nikotiiniriippuvuutta. Varsinaista ohjausta aiheesta ei kuitenkaan ollut lainkaan kirjattuna, mutta hoitopäivän kirjauksista ja hoitotyön yhteenvedosta löytyi kahden potilaan kohdalta maininnat nikotiiniriippuvuudesta (taulukko 11).

TAULUKKO 11 Fagerströmin testi ja hoitotyön kirjaukset

		Hoitopäivä			Yhteenveto	
		total	ei kirjattu	kirjattu	ei kirjattu	kirjattu
Fagerstromin testi	ei tehty	56	54	2	55	1
	0-2p	1	1	0	1	0
	3-4p	2	1	1	1	1
	5-7	1	1	0	0	1
Total		60	57	3	57	3

Alkoholin käyttöä koskevia tietoja oli kirjattu harvemmin kuin tupakointitietoja, mutta huomattavasti useammalle potilaalle oli kuitenkin tehty Audit-C kysely. Hoitotyön yhteenvetoon ei ollut kuitenkaan tehty yhtään kirjausta toimenpiteistä tai ohjauksesta liittyen alkoholin käyttöön. Hoitopäivän otsikoiden alta löytyi yksi maininta alkoholin käyttöön liittyvästä ohjauksesta (taulukko 12).

TAULUKKO 12 Audit-C ja hoitotyön kirjaukset

		Hoitopäivä			Yhteenveto	
		total	ei kirjattu	kirjattu	ei kirjattu	kirjattu
Audit-C	ei tehty	44	44	0	44	0
	0p	6	6	0	6	0
	1-5p	7	7	0	7	0
	6+ p	3	2	1	3	0
Total		60	59	1	60	0

Ravitsemusasioita oli kirjattu pysyväistietoihin niukemmin kuin muita tässä tarkasteltuja terveyteen liittyviä tietoja. Kuitenkin kokonaisuutena tarkasteltaessa kaikkiin eri kohteisiin vähintään kerran tehtyjä kirjauksia, ravitsemuskirjaukset nousevat eniten kirjatuksi, keskimäärin 1,6 kirjausta/potilas. Hoitopäivälle tehtyjä kirjauksia huomioista ravitsemukseen liittyen löytyi yhtä lukuun ottamatta kaikilta potilailta (taulukko 13). Aineistoon on hyväksytty kaikki ravitsemukseen liittyvät huomiot, joita on kirjattu hoitopäivän eri otsikoiden alle. Nämä kirjaukset pitivät sisällään esimerkiksi havaintoja päivittäisestä aterioinnista tai ruokailuun liittyvistä erityispiirteistä. Varsinaisesta ohjauksesta ravitsemukseen liittyen ei ollut yhtään merkintää hoitotyön kirjauksissa. Yhteenvetoon oli kirjattu neljän potilaan kohdalle ravitsemukseen liittyviä tietoja (taulukko 12).

TAULUKKO 13 NRS-2002 ja hoitotyön kirjaukset

		Hoitopäivä		Yhteenveto		
		total	ei kirjattu	kirjattu	ei kirjattu	kirjattu
NRS	ei tehty	42	1	41	40	2
	0p	1	0	1	1	0
	1-2p	8	0	8	7	1
	3-4p	7	0	7	6	1
	5-7p	2	0	2	2	0
Total		60	1	59	56	4

6.3 Ohjauksen sisältöjä

Aineistosta käytiin läpi terveyden edistämiseen liittyvät kirjaukset ja niiden sisällöt tarkastelun kohteena olleista hoitotyön kirjauksista. Ammattiryhmät, jotka olivat tehneet kirjauksia, olivat: sairaanhoitaja, lähi-/perushoitaja sekä erityistyöntekijöistä fysioterapeutti ja diabeteshoitaja. Ohjauksen sisältöjen lisäksi haluttiin tarkastella, minkä otsikoiden alle terveyden edistämiseen liittyviä kirjauksia tehdään.

Kaikkia aineiston kirjauksia tarkasteltaessa ohjaus- sanaa ei oltu käytetty kertaakaan. Hoitotyön toteutuksen kirjaaminen oli kattavaa, mutta ohjausta tai suunnittelua ei oltu kirjattu. Kirjauksista kuitenkin löytyi seuraavat ohjaukseen viittaavat sanat: kannustettu, perusteltu, keskusteltu, puhuttiin, suositeltu, tarjottu (erityistyöntekijän ohjausta). Ohjaukseen viittaavat sanat ja kirjausten sisällöt luokiteltiin neljään eri kategoriaan (taulukko 14). Yhteensä näitä sanoja oli käytetty yhdeksän kertaa.

TAULUKKO 14 Ohjaukseen viittaavat sanat ja kirjausten sisältö

KESKUSTELLAAN KESKUSTELTU PUHUTTIIN	Yleisellä tasolla käytiin keskustelua terveyden edistämisen osa-alueista
KANNUSTETTU SUOSITELLAAN	Potilasta motivoitiin toimintatapojen muuttamiseen
PERUSTELTU	Päivittäistä toimintaa perusteltiin potilaan turvallisuuden varmistamiseksi
TARJOTTU	Potilaalle tarjottiin asiantuntijapalvelua

Kirjaukset koskivat tupakointia (3), muistia (2), liikuntaa tai toimintakykyä (2), alkoholin käyttöä (1) sekä mielialaa (1). Tupakoinnin lopettamiseen pyrkivää toimintaa oli kirjattu useimmin. Ohjauksen sisältöjä ei oltu kirjoitettu laajemmin, mutta tupakoinnin lopettamista oli suositeltu, tai annettu potilaalle nikotiinikorvaustuotteita lopettamisen tueksi. Jatkosuunnitelmaa ei tupakkavieroitukseen liittyen löytynyt kirjauksista. Muistiin liittyvät kirjaukset olivat päivittäiseen toimintaan liittyvää ohjausta, kun oltiin perusteltu toimintaa potilaan turvallisuuden takaamiseksi. Liikuntaan liittyvät kirjaamiset koskivat päivittäistä toimintakykyä ylläpitävää liikuntaa ja arviointia apuvälineiden tarpeesta. Pidemmän tähtäimen suunnitelmaa tai ohjausta liikkumisen suhteen ei oltu kirjattu. Molemmat liikuntaan liittyvistä kirjauksista olivat fysioterapeutin tekemiä. Alkoholin käyttöön liittyen oli yhdessä kirjauksessa mainittu, että asiasta oli keskusteltu lääkärin kierrolla ja että asiasta on potilaan kanssa puhuttu vielä myöhemmin lisää. Keskustelun sisältöä ei oltu kirjattu. Mielialaan liittyvä kirjaus oli tupakointiin liittyvän keskustelun yhteydessä, ja sisälsi maininnan: tarjottu mahdollisuutta psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa keskusteluun.

Edellä mainittujen lisäksi kirjauksista löytyi useita terveyden edistämiseen tai elintapoihin liittyviä toteamuksia, ilman viittauksia ohjaukseen tai asian tarkempaan huomiointiin. Tupakoinnin lopettamiseen ja vajaaravitsemukseen liittyen tällaisista kirjauksista olivat esimerkiksi: ”motivoitunut vieroittumaan tupakasta” tai ”sairastamisen aikana paino tullut yhteensä 27kg alas”.

Potilastietojärjestelmän tarjoamista otsikoista ”Potilaan/läheisen ohjaus” oli käytetty kaksi kertaa, kerran alkoholiin liittyvän ohjauksen yhteydessä ja kerran ravitsemukseen liittyvän tilanteen toteamisessa. ”Potilaan/läheisen tukeminen”- otsikkoa oli käytetty kerran, mielialaan ja tupakointiin liittyvän keskustelun yhteydessä. Muut ohjaukseen viittavat sisällöt oli kirjattu seuraaville hoitopäivän otsikoille: ”Hengitys, verenkierto ja sairauksien oireet”, ”Päivittäiset toiminnot” sekä ”Hoidon arviointi/ammattihenkilön arvio”. Lisäksi hoitotyön yhteenvedon oli tehty tupakoinnin lopettamisen tukemiseen liittyvä kirjaus otsikolle ”Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot”.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Toimialueella on määritelty toimintasuunnitelmassa niin sanotut minimitoimet, jotka tulisi toteuttaa jokaisen potilaan kohdalla. Seulontoja ja mini-interventioita tehdään vaihtelevasti. Terveysteen vaikuttavia tietoja kirjataan, mutta ei kattavasti. Kattavimmin oli kirjattu tupakkaan liittyviä tietoja (70%). Alkoholin käyttöön liittyvä tieto oli kirjattu joka toiselle (50%) ja ravitsemustiedot tai vajaaravitsemuksen riski alle joka kolmannekselle (30%). Tupakka-, alkoholi- tai ravitsemustietojen kirjaamiselle tai kirjaamatta jättämiselle havaittu merkittävää selittäjää tutkimusaineistosta. Iahduttavana sivulöydöksenä tutkimuksen aineistosta todettiin, että kaikkiaan koko otoksesta kirjausten perusteella tupakoi ainoastaan 13 henkilöä, eli noin joka viides. (22%). Potilastietojärjestelmän otsikoiden käytössä terveyden edistämisen kirjauksissa oli runsaasti vaihtelua, mutta pääasiassa otsikkoja oli käytetty kirjausohjeiden mukaisesti (PSHP 2017a).

Seulonnat ja ohjausmallit, jotka on selkeästi määritelty toimintasuunnitelmassa, on huomioitu kaikilla kohdeosastoilla perehdytys- ja/tai kirjaamisohjeissa. Muita tässä opinnäytetyössä tarkasteltuja osa-alueita (liikunta, uni, muisti, mieli) ei juurikaan huomioida ohjeistuksissa tai käytännön hoitotyössä kirjausten perusteella. MMSE -muistitutkimus oli tehty hoitajakson aikana yhdelle potilaalle. Kirjauksista ei kuitenkaan löytynyt mitään tuloksiin tai mahdolliseen jatkosuunnitelmaan viittaavaa. Päivittäisissä kirjauksissa oli ainoastaan maininta ”MMSE tehty”. Lisäksi yhdelle potilaalle oli tehty ESS-uneliaisuus-kysely, josta löytyi kirjattuna ainoastaan numeraalinen tulos. Nämä kyselyt eivät ole erikoissairaanhoidon vuodeosastolla tavanomaisia, mahdollisesti siksi niihin ei ole kiinnitetty enempää huomiota hoitotyöntekijöiden toimesta. Kemppaisen, Tossavaisen ja Turusen (2012) mukaan ohjaus jää useimmiten toteutumatta materiaalin tai resurssien puutteen vuoksi.

Riskiryhmiin kuuluville potilaille ei hoitotyön kirjausten perusteella anneta enempää ohjausta ja tukea, kuin riskiryhmien ulkopuolella oleville potilaille. Esimerkiksi potilaille, joilla NRS-2002 kyselyn perusteella oli kohtalainen tai vakava vajaaravitsemuksen riski (kolme pistettä tai enemmän), oli hoitotyön yhteenvedoon kirjattu suunnitelma ravitse-

mustilan jatkoseurannasta vain yhdelle yhdeksästä. Audit-C- kyselyn perusteella alkoholin ongelmakäytön seulontaraja on kuusi pistettä tai enemmän. Potilaita, jotka ylittivät seulontarajan oli kyselyn täyttäneistä viidennes (19%). Heistä yhdelle oli tehty ohjeiden mukaisesti täysi Audit-kysely. Hoitotyön yhteenvedoissa ei alkoholin ongelmakäyttöä oltu huomioitu lainkaan, eli ohjausta tai seurantaa ei oltu suunniteltu. Absetz ja Hankonen (2011) totesivat kirjallisuuskatsauksensa perusteella, että juuri riskiryhmien keskuudessa voitaisi saavuttaa merkittäviä hyötyjä ohjauksella ja neuvonnalla. Katsauksen mukaan seurantakäynnit ja tavoitteiden asettaminen lisäävät terveydenhuollon interventioiden vaikuttavuutta.

Terveyden edistämiseen liittyvää koulutusta varmasti tarvitaan enemmän. Erikoissairaanhoidon henkilöstö saattaa ajatella terveyden edistämisen kuuluvan enemmän perusterveydenhuoltoon palveluihin. Toisaalta hoitohenkilöstö ei välttämättä koe terveyden edistämisen toimia erikoissairaanhoidossa merkittävänä. (Kotisaari 2010.) Hoitajien kokemus voi olla, ettei mini-interventioista ja ohjauksesta olisi suoraan nähtävissä olevaa hyötyä potilaalle. Esimerkiksi osastoilla, joilla on selkeä toimintamalli ravitsemusterapeutin kanssa NRS-2002- kyselyyn liittyen, voidaan kokea testin tekeminen merkityksellisemmältä. Voi myös olla, että potilaiden hoitoisuus vaikuttaa siihen, kuinka paljon hoitajilla on resursseja terveyden edistämisen toimintoihin. Vaikeasti sairailta ja korkeamman hoitoisuusluokan potilailla hoito painottuu elintoimintojen ylläpitämiseen ja sairauden hoitoon.

Tutkimustulokset terveyden edistämisen toteutumisesta sairaaloissa ovat samansuuntaisia myös kansainvälisesti. Iso-Britanniassa toteutetuissa laajoissa tutkimuksissa (Haynes & Cook 2008; Lee ym. 2014) saatiin selville, että tupakointitietoja kirjataan eniten, alkoholiin liittyviä tietoja hiukan vähemmän ja ravitsemukseen liittyviä tietoja kaikkein niukimmin. Lisäksi aiemmissa tutkimuksissa myös todettiin, että vaikka ohjeistusten mukainen taustatietojen kartoittaminen ja seulonnat toteutuisivat, ne johtavat vain harvoin suunniteltuun ja tavoitteelliseen terveyden edistämisen toimintaan. (Lee ym. 2014, Svane 2015). Erona ravitsemukseen liittyvissä seulunnoissa, Suomessa painotetaan vajaaravitsemusriskin tunnistamiseen, kun taas kansainvälisesti arvioidaan enemmän ylipainoon liittyviä riskejä tai terveellisen ravitsemuksen toteutumista (mm. Lee ym. 2014, Maciosek ym. 2017).

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida tutkimusprosessin alusta loppuun. Mikäli luotettavuuskysymyksiä ei ole huomioitu jo suunnitteluvaiheessa, ei niihin enää tutkimuksen valmistuttua voi vaikuttaa. (Kananen 2011, 143.) Tämän opinnäytetyön luotettavuuden parantamiseksi on käytetty muun muassa Vilkan (2007) ohjeistusta tutkimuksen kokonaisluotettavuuden arvioinnista.

Tutkimuksen perusjoukko tulee valita perustellusti. Otos tulee määritellä siten, että se vastaa mahdollisimman hyvin perusjoukkoa ja on sopivan kokoinen mitattavaksi. (Vilka 2007, 153.) Tutkimuksen ajankohdaksi valittiin aikaväli, jolloin osastojen toiminta olisi mahdollisimman tavanomaista. Otos oli noin 20% perusjoukosta ja esitietojen perusteella sisälsi pääpiirteissään kaikki perusjoukon ominaisuudet.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetti- ja validiteetti- käsitteiden avulla. Validius kuvaa sitä, onko onnistuttu mittaamaan sitä mitä on tarkoitettu mitattavan. Tähän liittyy käsitteiden määrittely ja teorian siirtäminen kysymyslomakkeelle ja mittareihin.. Vastaajat saattavat käsittää kysymykset väärin, jos niitä ei ole tarkkaan määritelty. Lisäksi tutkimuksen tulos voi vääristyä, jos kysymyslomaketta ei ole laadittu vastaamaan tutkimusongelmaan (Hirsjärvi ym. 1997, 226; Vilka 2007, 152.)

Tässä tutkimuksessa kysymyslomake oli opinnäytetyön tekijän itse suunnittelema ja tiedot haettiin kirjallisesta materiaalista. Näin ollen väärinymmärryksen mahdollisuutta kysymyksen ja kohdehenkilön välillä ei päässyt muodostumaan. Kysymyslomakkeet numeroitiin, mikä mahdollisti sen, että aineistoihin voitiin palata uudestaan tarkistamaan tietoja. Lomakkeiden täyttämässä ja tietojen syöttämisessä noudatettiin huolellisuutta. Tietoihin palattiin uudestaan ja tarkistettiin niiden oikeellisuus, kun havaittiin mahdollinen kirjausvirhe. Lomaketta ei esitestattu, joten mahdollisia virhetekijöitä ei havaittu ennen varsinaisen aineiston keruun alkua. (Vilka 2007, 153.) Aineistosta havaittiin, että keskeisten tietojen kirjauksia muutetaan hoitajaksokohtaisesti, potilaan tullessa hoitoon saman hoitokertomuksen puitteissa. Virhetekijöiden vähentämiseksi aineistosta ei analysoitu keskeisiin tietoihin merkittviä tietoja, koska näitä oli saatettu muuttaa tarkastelun kohteena olevan hoitajakson jälkeen.

Reliabiliteetti arvioi tutkimuksen pysyvyyttä ja toistettavuutta. Tuloksista pyritään minimoimaan sattumanvaraisuus. Tutkimuksen toteuttamisessa tulee noudattaa huolellisuutta ja tarkkuutta. (Vilkkä 2007, 150.) Tietojen kirjaamisessa ja syöttämisessä ohjelmistoihin noudatettiin huolellisuutta ja kaikki tarvittavat tiedot olivat mukana mittauksissa. Tutkimuksen vastausprosentti oli 100, joka osaltaan vahvistaa mittaustulosta. Tiedot haettiin ja kirjattiin rauhallisessa tilassa, jossa ei ollut häiriötekijöitä. Sellaisenaan tutkimuksen voisi toistaa samoissa yksiköissä, toisena ajankohtana, jolloin toistettavuutta pystyisi arvioimaan tarkemmin. Tutkimuksen voisi toistaa myös toisessa yksikössä, esimerkiksi toisella toimialueella.

Tätä opinnäytetyötä varten haettiin organisaatiolta tutkimuslupa. Lisäksi haettiin lupa potilastietojen käsittelyyn. Potilastietojärjestelmästä haettiin tietoja vain luvan edellyttämässä rajoissa, ja järjestelmään tehtiin tarvittavat merkinnät tietojen käsittelystä tutkimuskäyttöön liittyen. Tutkimuksessa kerätty aineisto säilytettiin ainoastaan opinnäytetyön tekijän hallussa, kenelläkään ulkopuolisella ei ollut mahdollisuutta päästä käsittelemään tietoja.

Potilaiden tunnistetietoja ei käsitellä tutkimuksessa, yksittäisen potilaan tietojen tunnistaminen tutkimuksesta ei ole mahdollista. Lisäksi potilaiden anonymiteettiä suojeltiin siten, että harvinaiset diagnoosit, joiden perusteella tunnistaminen olisi voinut olla mahdollista, yhdistettiin ryhmäksi ”muut syyt”. Tutkimuksesta ei myöskään käy ilmi miltä osastolta kunkin yksilön tiedot on kerätty, tai kuka tiedot oli kirjannut. Tutkimuslomakkeet ja muu tietosuojattava aineisto hävitetään jälkepäin asianmukaisella tavalla

Koko opinnäytetyöprosessin ajan on noudatettu hyvää eettistä tutkimuskäytäntöä. Tutkimuksen suunnittelu ja toteuttaminen on kuvattu mahdollisimman tarkasti, noudattaen rehellisyyttä ja huolellisuutta. Lähdemerkinnät ja viittaukset on merkitty tekstiin asianmukaisesti, kunnioittaen muiden tutkijoiden työtä. Opinnäytetyö on tallennettu ja raportoitu vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Hoitotyöntekijät keskustelevat työnsä lomassa potilaiden kanssa, usein myös terveyden edistämiseen liittyvistä asioista. Näitä tilanteita ei välttämättä tule ajatelleeksi ohjauksena, tai niitä ei pidetä riittävän merkityksellisenä, että niitä kannattaisi kirjata potilastietojärjestelmään. Jatkotutkimuksena olisikin mielenkiintoista selvittää hoitajia havainnoimalla, minkä verran itseasiassa potilasohjausta annetaan, mutta ei kirjata.

Samanlaisen tutkimusasetelman toistaminen eri ajankohtana antaisi lisätietoa siitä, onko tutkimus yleistettävissä. Tutkimuksen voisi toistaa myös terveyden edistämiseen liittyvän henkilöstön koulutuksen tai perehdytyksen jälkeen. Lisäksi voisi haastattelututkimuksena selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä omasta roolistaan terveyden edistäjinä, sekä mitkä ovat esteitä tai edellytyksiä terveyden edistämisen toteutumiselle osastohoidossa.

LÄHTEET

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa – vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 127 (21), 2265-2272.

BTS British Thoracic society. 2013. The Case For Change: Why dedicated, comprehensive and sustainable stop smoking services are necessary for hospitals. British Thoracic Society reports 2013, 5 (2).

de Craen, A., Heeren, T. & Gussekloo, J. 2003. Accuracy of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. International Journal of Geriatric Psychiatry 18 (1), 63-66.

Creswell, J.W. 2014. Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 4th edition. Thousand Oaks: Sage Publications.

ESPEN. 2003. ESPEN Guidelines for Nutritional Screening 2002. Verkkójulkaisu. Luettu 30.11.2017. <http://espen.info/documents/Screening.pdf>

ETENE. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja I.

Haynes, C. L. & Cook, C.A. 2008. Audit of health promotion practice within a UK hospital. Results of a pilot study. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2008 (14), 103-109.

Helander, M. Sairaanhoidaja, TtK, TED-yhdyshenkilö. 2016. Terveyttä edistävä (TED) toiminta erikoissairaanhoidossa. Sähköpostiviesti. marianne.helander@pshp.fi. Tulostettu 18.8.2016.

Helldan, A., Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela, A. 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Raportti 5/2015. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

Herrala, J. & Aalto, P. 2010. Terveyden edistäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä – strategiasta toimeenpanoon. Teoksessa Rigoff, A-M. & Herrala, J. (toim). 2010. Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 26/2010.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

HPH. The international network of health promoting hospitals and health services - HPH members. Luettu 28.5.2016. http://www.hphnet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2311&Itemid=

Häkkinen, E. 2007. Terveyden edistäminen ja sen johtaminen sairaalahenkilöstön kuvaamana. Pro Gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Jyväskylän yliopisto 2015. Määrällinen tutkimus. Internetsivu. Luettu 29.11.2016. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

- Jämsen, A. & Pyykkönen, A. (toim.) 2014. Osallisuuden jäljillä. Pohjoiskarjalainen Sosiaaliturvayhdistys ry. Saarijärvi.
- Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas : näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., Turunen, H. 2012. Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International* 28 (4), 490-501.
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1.
- Kotisaari, S. 2010. Johdon näkemys terveyden edistämisestä erikoissairaanhoidossa. Pro Gradu. Tampereen Yliopisto, terveystieteen laitos.
- Käypä hoito 2012. Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Luettu 30.11.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=D853D66F6ACCE81181BEB99433228341?id=hoi40020>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007/159.
- Lahtinen, E., Koskinen-Ollonquist, P., Rouvinen, P. & Tuominen P. 2003. Muutos ja Mahdollisuus. Terveyden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:15. STM: Helsinki.
- Lee, D., Knuckey, S. & Cook, G. 2013 Changes in health promotion practice in hospitals across England: the National Health Promotion in Hospital Audit 2009 and 2011. *Journal of Public Health* 36 (4), 651-657.
- Liikuntaa terveydeksi. 2014. Pirkanmaan alueellinen terveystuennasuunnitelma. Hämeen liikunta ja urheilu.
- Liikuntalaki. 10.4.2015/390.
- Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Maciosek, M., LaFrance, A., Dehmer, S., McGree, D., Flottesch, T., Xu, Z. & Solberg, L. 2017. Updated Priorities Among Effective Clinical Preventive Services. *Annals of Family Medicine* 15 (1), 14-22
- Mariano, C. & Hoskins, C. N. 2004. *Research in Nursing and Health: Understanding and Using Quantitative and Qualitative Methods*, 2nd Edition. New York: Springer Publishing Company.
- Metsämuuronen, J. 2002. Tilastollisen kuvauksen perusteet. Metodologia – sarja 2. Toisen uudistettu painos. Helsinki: International Methelp ky

Naidoo, J. & Wills, J. 2009. Foundations for Health Promotion. Third edition. Edinburgh: Baillière Tindall

Partinen, M. 2012. Vireys, väsymys ja suorituskyky. Lääkärikirja Duodecim. Verkkojulkaisu. Luettu 2.3.2017.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk01007

Partonen, T. 2016. Uni-valverytmin (unirytmien) häiriöt. Lääkärikirja Duodecim. Verkkojulkaisu. Luettu 2.3.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=&p_artikkeli=dlk00535

PSHP. 2013. Mielekästä elämää. Pirkanmaan mielenterveys- ja päihdestrategia 2013-2016. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

PSHP. 2015a. Pirkanmaan erikoissairaanhoidon strategia vuosille 2016-2025.

PSHP. 2015b. Savuton sairaala- toimintaohjelma. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

PSHP. 2015c. Terve mieli. Verkkosivut. Luettu 15.12.2016. http://tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Terve_mieli

PSHP. 2016a. Pshp:n tilinpäätös ja toimintakertomus 2015. Käyttösuunnitelman toteuttaminen, Tampereen yliopistollinen sairaala. Toimialue 1.

PSHP. 2016b. Terveystyön edistämisen toimintasuunnitelma, toimialue 1. Tulostettu 18.8.2016

PSHP. 2016c Tupakoimattomana leikkaukseen -toimintamalli kiireettömään hoitoon. Päivitetty 21.11.2016. [http://tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilaana_Taysissa/Savuton_sairaala/Tupakoimattomana_leikkaukseen_toimintama\(52663\)](http://tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Potilaana_Taysissa/Savuton_sairaala/Tupakoimattomana_leikkaukseen_toimintama(52663))

PSHP. 2017a. Moniammatilliset ohjeet, hoitajakohtaiset. Hoitotyön kirjaamistyöryhmä/ Potilastiedot-työryhmä.

PSHP. 2017b. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Verkkosivusto. Luettu 5.4.2017. <http://www.pshp.fi/fi-FI>

PSHP. 2017c. Potilaan masennuksen ehkäiseminen ja alkoholin riskikäytön tunnistaminen. Intranet-sivut. Tulostettu 10.2.2017. <http://intra.sis.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17634&contentlan=1>

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41

Röthlin, F., Schmied, H. & Dietscher, C. 2015. Organizational capacities for health promotion implementation: results from an international hospital study. Health Promotion International 30 (2), 369-379.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luettu 27.12.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sarajärvi, A. 2011. Asiakaslähtöisyys näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Teoksessa Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. (toim.) Näyttöön perustuva toiminta avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY.

Siljamäki-Ojansuu, U., Pölonen, A., Salminen, T. & Varjonen-Toivonen, M. 2011. Pirkanmaan alueellinen ravitsemussuunnitelma. Pirkanmaan alueellinen ravitsemustyöryhmä.

Sinclair, J., Haynes, C. & Lee, D. 2010. Development of a health promotion care pathway for adult hospital-based patients. Project presentation. International Journal of Care Pathways 2010 (14) 155-160

Simonen, O. 2012. Tupakoinnin haitat ja lopettamisen hyödyt kansanterveyden kannalta. Duodecim 2012, (128) 1055-1057.

STESO 2016. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ja organisaatiot ry. Kotisivu. Luettu 28.5.2016. <http://www.steso.fi/>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2015a. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Alkoholi-, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015: 19.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 30.3.2009/298.

Sulkava, R., Vuori, U. & Ylikoski, R. Mini-Mental State Examination- testi (MMSE). Ohjeet testin tekemiseen. Suomen muistiasiantuntijat.

Suomen ASH (Action on Smoking and Health). Verkkosivut. Luettu 30.11.2016. http://www.suomenash.fi/fin/suomen_ash/

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. ISSN=1799-5051. 2010, Liitekuvio 1. 15–64-vuotiaiden miesten yleisimmät kuolemansyyt 2010. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 2.3.2017. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_kuv_001_fi.html

Svane, J.K. 2015. Integration of health promotion in clinical hospital departments: standards fulfilment, documentation of needs and service delivery. Clin health promotion journal 5 (1), 11.

Teperi, J., Porter, M.E., Vuorenkoski, L. & Baron, J.F. 2009. The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective. Sitra Reports 82. Helsinki: Edita.

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Päihdetilastollinen vuosikirja. 2016. Alkoholi ja huumeet.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Lämpimurto tutkimus: Elintapaneuvonta ehkäisee muistihäiriöitä. Verkkosivu. Päivitetty 12.3.2015. <https://www.thl.fi/fi/-/lapimurto-tutkimus-elintapaneuvonta-ehkaisee-muistihairioita>

Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. 2013. Finravinto 2012- tutkimus. The National FINDIET 2012 Survey. THL raportti 16/2013.

Thompson, A. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine* 64 (6) 1297-1310.

Torkkola, S. 2009. Sairas juttu. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2009 (46), 54-57.

Tuomivaara, T. 2005. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus. Julkaisussa: Tieteellisen tutkimuksen perusteet/ kevät 2005. Luettu 14.11. Luettavissa verkossa <http://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä hoitotieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje.

UKK-instituutti. Terveysliikunnan suositukset. Verkkosivu. Päivitetty 18.10.2016. <http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikunnan-suositukset>

Unettomuus. Käypä hoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 02.03.2017. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Tampere: Juvenes Print oy.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita.

Varjonen-Toivonen, M. 2016. Pirkanmaan alueellinen hyvinvointikertomus 2017-2020. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Varjonen-Toivonen, M. 2011. Pirkanmaan alueellinen terveyden edistämisen suunnitelma. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 30.5.2016. <http://www.pshp.fi/download/no-name/%7B5AD9F9BE-19C4-4522-A245-28F4DEE38FD3%7D/16754>

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

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

WHO. 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. Luettu 24.5.2016. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WHO Eurooppa. 2004. Standardit terveyden edistämiseksi sairaaloissa. Luettu 30.5.2016. <http://steso.fi/data/documents/Terveiden-edistamisen-standardit-suomi-2006-10-10.pdf>

LIITTEET

Liite 1 Aikaisemmat tutkimukset

Tutkimuk- sen tekijät, jul- kaisuvuosi	Tutkimuksen aihe ja tarkoi- tus	Toteutus	Keskeiset tulokset
Absetz, P., Hankonen, N., 2011. Duodecim.	Katsaus elä- mäntapamuu- toksen tukemi- sesta, keinoista ja vaikuttavuu- desta tervey- denhuollossa	Artikkeli, kir- jallisuuskat- saus	<ul style="list-style-type: none"> -Terveysthuollon yksiköt ei oi- keita paikkoja ”puuttua” tervei- den ihmisten elämäntapoihin -Riskiryhmässä olevien potilai- den elämäntapamuutokseen vai- kuttavuutta seurantakäynneillä ja tavoitteiden asettamisella -Lääkärin tekemä interventio tu- pakoinnin lopettamiseksi usein tehokkaampi kuin hoitajan -muilla osa-alueilla ei eroja te- hokkuudessa eri ammattiryhmien suorittamilla toimilla
Haynes, C. L., Cook, C.A. 2008. Journal of Evaluation in Clinical Practice,	Terveysten edistämisen toimien toteu- tuminen Iso- Britannian sai- raaloissa, pilot- titutkimus, läh- tötason määrit- tely	Potilasasiakir- jojen (n=250) perusteella tar- kasteltu onko potilailta kar- toitettu riskite- kijät ja onko toteutettu oh- jausta tai seu- rantaa	Tupakoinnin ja alkoholin käyttö kartoitetaan jollain tasolla lähes kaikilla potilailla. Liikuntatottu- mukset, obesiteetti- ja ravitse- muskartoitus ei toteudu kirjaus- ten perusteella kuin pienellä osalla potilaista. Jatkoitoimia oli suoritettu tupakoiville noin puo- lelle potilaista, alkoholin suhteen yhdeksi kolmannekselle ja muita vain yksittäisille potilaille.
Kemppai- nen, V., Tossavai- nen, K., Turunen, H. 2012. Health Pro- motion In- ternational	Kirjallisuuskat- saus hoitajien rooleista ter- veyden edistä- misessä	Systemaattinen kirjallisuuskat- saus	<ul style="list-style-type: none"> -hoitajien roolit terveyden edis- tämisen suhteen monipuolisia -terveyden edistämisen esteenä useimmiten ajan tai materiaalien puute -hoitohenkilöstöllä monialaista osaamista, roolia terveyden edis- täjinä tulisi vahvistaa

Tutkimuk- sen tekijät, jul- kaisuvuosi	Tutkimuksen aihe ja tarkoi- tus	Toteutus	Keskeiset tulokset
Kotisaari, S. 2010. Pro Gradu, Tampereen yliopisto.	Terveyden edistäminen erikoissairaan- hoidossa- kar- toitus johdon näkökulmasta	Haastattelut (n=12) 6 eri- koissairaanhoi- don ja 6 perus- terveydenhuol- lon	-TE nähdään erikoissairaanhoi- dossa ristiriitaisena kunta-asiak- kaiden kanssa -Pth:ssa korostetaan esh:n aukto- riteettiasemaa, kun taas esh:n johtajat näkevät terveyden edis- tämisen enemmän perustervey- denhuoltoon kuuluvana
Lee, D.J., Knuckey, S., Cook, G.A. 2013. Journal of Public Health	Kartoitus suo- situksen mu- kaisten tervey- den edistämi- sen toteutumise- stä ja niiden muutoksista sairaaloissa kansallisten au- ditointien pe- rusteella	30 sairaalan potilasaineisto -> satunnais- otannalla 100 potilasta- pausta/ sairaala	Potilaille tehdään arviointeja ja seulontoja elintapoihin liittyen, ne johtavat vain harvoin suunni- telmalliseen terveyden edistämi- sen toimintaan
Röthling, F., Shcmied, H., Di- etcher, C. Health Pro- motion In- ternational	Kansainvälinen tutkimus or- ganisatorisista valmiuksista terveyden edis- tämisen imple- mentointiin sairaaloissa,	Aineisto kerät- tiin 159:sta sairaala	-Neljä eri tasoa, jotka kuvaavat organisaatioiden valmiuksia suunnitella ja toteuttaa terveyden edistämisen ohjelmia ja toimin- toja
Simonsen, N. 2013. Väitöskirja, Helsingin yliopisto.	Terveyden edistämisen toimet paikal- listasolla ja nii- den mahdollis- tavat tekijät: kysely perus- terveydenhuol- lon ja vapaaeh- tois-järjestöjen toimijoille sekä päätoimijoi- lle	Neljä eri osa- tutkimusta, joista yksi osa- tutkimus ter- veydenhuollon henkilöstölle (n= 986), pos- tikyselynä	-TE toimet painottuvat usein vanhus- ja kroonisesti sairaille potilaille -henkilöstö kokee edistävänsä terveyttä enimmäkseen yksilöta- solla ja enemmän avohoidossa kuin sairaalapotilaiden kohdalla -usein painottuu riskikäyttäyty- misen tunnistamiseen -korkeammin koulutettu henki- löstö suorittaa enemmän TE toi- mia kuin esim opistotason koulu- tetut

Tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi	Tutkimuksen aihe ja tarkoitus	Toteutus	Keskeiset tulokset
Sinclair, J., Haynes, C., Lee, D. 2010. International Journal of Care Pathways	Hoitomallin kehittäminen terveyden edistämisen toimien toteuttamiseen aikuisille sairaalapotilaille	Kysely kahdeksan vuodeosaston potilaille kotiutumisen jälkeen	<ul style="list-style-type: none"> -seulontojen perusteella riskiryhmiin kuuluvat potilaat ohjattiin hoitomallin mukaisesti asiantuntijalle jatko seurantaan -70% jatko seurantaan lähetteen saaneista oli kokenut positiivisen muutoksen elintapoihin
Svane, J.K. et al. 2015. Clin health promotion journal	Terveyden edistämisen integraatio sairaalaympäristöön, arviointi HPH-standardien noudattamisesta, terveyden edistämisen tarpeiden tunnistamisesta ja toteuttamisesta	21 klinikkaa, jokaisesta 50 potilasta. Tarkasteltu 1050 potilasasiakirjaa – TE tarpeet, toimet.	<ul style="list-style-type: none"> -Organisaatiotasolla standardit toteutuvat hyvin, potilastasolla alhaisempi toteutuminen; -Toimia ehkä tehdään, mutta tarpeita ei kirjata

Liite 2 Kyselylomake

1. Potilaan ikä

sukupuoli

tulosyy

osastojakson

pituus

Kirjaajan ammattiryhmä

2. Löytyykö py-
syväistiedoista

	kyllä	ei	päivi- tetty	ei päiv.	kirjattu hosu/tav.	ei kirj. hosu/tav
1.Tupakka						
Fagerström						
joku muu						
2.Alkoholi						
Audit-C						
Audit						
joku muu						
3.Ravitsemus						
NRS						
joku muu						
4.Liikunta						
5.Muisti						
MMSE						
joku muu						
6.Uni						
7.Mieli						

kyllä ei

Onko kirjattu jatkosuunnitelmaa?

--	--	--

3. Mitä otsikoita käytetty hoitopäivän kirjauksissa TED ohjaukseen liittyen?

4. Kirjausten sisältöä