



Auli Helisten

**PERUSTERVEYDENHUOLLON PALVELUKÄYTÄNTÖJEN KEHITTÄMINEN  
KYLMIÄN YMPÄRISTÖN TERVEYSHAITTOJEN EHKÄISYSSÄ**

**PERUSTERVEYDENHUOLLON PALVELUKÄYTÄNTÖJEN KEHITTÄMINEN  
KYLMIÄ YMPÄRISTÖN TERVEYSHAITTOJEN EHKÄISYSSÄ**

Auli Helisten  
Opinnäytetyö  
Kesäkuu 2013  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma  
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Terveyden edistämisen koulutusohjelma

---

Tekijä: Auli Helisten

Opinnäytetyön nimi: Palvelukäytäntöjen kehittäminen kylmän ympäristön terveyshaittojen ehkäisyssä

Työn ohjaajat: Yliopettaja TtT Hilikka Honkanen, asiantuntijalääkäri Lt dosentti Veikko Kujala,  
arktisen lääketieteen emeritus professori Lkt Juhani Hassi

Työn valmistumislukukausi ja vuosi; Kesäkuu 2013

Sivumäärä 65 + liitteet 8 kpl

---

Kylmä ympäristö on merkittävä terveyden haittatekijä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Oulun yliopiston sekä Joensuun perusterveydenhuollon toimintayksiköiden kehittämis- ja kokeilutyössä (Kyttem-hanke) haettiin toimintatapoja kylmän terveyshaittojen ohjauksen sisällyttämiseen ammattilaisen työhön. Tämä tutkimus liittyy hankeen arviointiin. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Joensuun pilottiin osallistuneiden toimijoiden kokemuksia Kyttem-hankkeen tukitoimien merkityksestä kylmän ympäristön terveyshaittojen ehkäisyssä perusterveydenhuollossa. Tutkimusaineisto kerättiin perusterveydenhuollon henkilöstöltä itsearvioinnilla sekä ryhmä- ja yksilöhaastatteluilla. Haastatteluihin osallistui 20 henkilöä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Kylmän ympäristön terveyshaittojen ehkäisyn sisällyttäminen koettiin terveydenhuollon ammattilaisten työhön sopivaksi, mutta termofysiologinen tieto oli puutteellista. Asiantuntijatieto auttaa kylmän ympäristön terveyshaittojen ymmärtämistä ja sisäistämistä. Johdon sitoutuminen kehittämistyöhön sekä henkilökunnalle annettu tuki ovat palvelukäytäntöjen kehittämisessä oleellisia tekijöitä. Onnistunut tiedonkulku ja koulutuksen saatavuus ovat merkityksellisiä kehittämistyössä. Koulutustapoja tulee olla erilaisia ja koulutustilaisuuksia toistaa, jotta koko henkilökunnalla on mahdollisuus saada koulutus. Palvelukäytäntöjen muuttaminen toivottuun suuntaan vaatii koko organisaation osallistumista kehittämistyöhön.

Väestö tarvitsee tietoa ja tukea, jotta kansalaiset pystyvät omalla toiminnallaan vähentämään kylmän ympäristön terveyshaittoja. Tutkimuksen pitkän tähtäimen tuloksilla tulee olemaan yhteiskunnallinen merkitys, kun ohjauksen kautta saavutettu asiakkaan tietoisuus kylmän terveyshaitoista vähentää käyntejä vastaanotoilla. Vaikutuksia kylmän terveyshaittojen ehkäisyssä tullaan näkemään vasta vuosien kuluttua, kunhan tieto kylmän terveyshaitoista ja niiden ehkäisystä hyödynnetään ammattilaisten työssä. Kylmän terveyshaittojen ennaltaehkäisy tulisi sisällyttää terveydenhuollon peruskoulutukseen. Tavoite kehittää menetelmiä kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi toteutui tässä kehittämistyössä.

---

Asiasanat: kylmän ympäristön terveyshaitat, terveyden edistäminen, arviointitutkimus, työn kehittäminen

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Health Promotion

---

Author: Auli Helisten

Title of Thesis: Developing Services in Public Health to avoid harms in cold environment

Supervisors: Principal Lecturer, PhD (Health Sciences) Hilikka Honkanen, MD, Ph.D, Emeritus Professor Juhani Hassi, Medical Advisor, MD, Ph.D, Adjunct Professor Veikko Kujala

Term and year when the thesis was submitted: June 2013, Number of pages: 65 + 8 appendices

---

Cold environment might be harmful for person who suffers chronic disease. Little attention has been given to public health actions to prevent the negative health impacts of cold. Active development of models for health care against harmful impacts of the cold should be generated. The process for changing the actions of public health needs help and information of experts. This kind of process were carry out in Joensuu pilot (Kyttem) with co-operation Oulu University and Northern Ostrobothnia Hospital.

The purpose of this research is to describe health care professionals' experiences to improve their way to counsell people in cold environment. The research aims to answer to the question; Which factors help professional workers in public health to improve their work preventing harms in cold environment. The study was made by qualitative method. The experiences of the development work were collected by the self-evaluation questionnaire and theme interviews. The interviews were group-interviews which included nurses and their heads. The data was analyzed by using content analysis.

The subject was well accepted in work of professional workers, but the lack of thermo-physiological knowledge was adequate. To have actual and real knowledge of harms of cold was essential. It was shown that the most important things to change and develop services were the communication and collaboration between workers and heads. It seems that it is necessary to participate in development work from the start to the end. It also means that both the heads and the workers of the organization should participate in developing process. The support was also very important in every stage of developing. The development work needs long time period to succeed. The most significant is that workers know why the organization is doing the developing work. They must have the information what is going on and why. One difficult thing is how to arrange education in the large organization. The work schedules are difficult to change if the educations are not planed in long terms.

Firstly the results tell us that the knowledge of thermo-physiological must add in education of nurses. Secondly the development work needs enough time and support to succeed. It also needs a good plan with a risk evaluation. The conclusion is that the common attitude must change to understand that cold can be harmful to everyone but specially to people who has chronic illness. In public health care it means new directions how to guide people avoid cold harms.

---

Keywords: harms of cold environment, health promotion, evaluation research, development work

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ .....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO .....	7
2 KYLMÄN YMPÄRISTÖN TERVEYSHAITTOJEN EHKÄISY KYTEM-HANKKEESSA .....	10
2.1 KYTEM-hankkeen tausta.....	10
2.2 Joensuun pilotti .....	11
3 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	14
3.1 Kylmän ympäristön terveyshaitoista.....	14
3.2 Terveyden edistäminen ja kylmän terveyshaittojen ehkäisy .....	16
3.3 Palvelukäytäntöjen muutoksen johtaminen.....	18
3.4 Itsearviointi ja oppiva organisaatio .....	20
3.5 Osallistaminen /osallisuus kehittämistyössä .....	22
3.6 Asiakaslähtöinen ohjaus .....	23
3.7 Tiedon siirron merkitys muutoksessa.....	24
3.8 Verkostoitumisen ja yhteistyö muutoksen tukena organisaatiossa.....	25
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA PÄÄTEHTÄVÄ.....	28
4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet .....	28
4.2 Tutkimuksen päätehtävä.....	29
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA MENETELMÄT.....	30
5.1 Laadullinen lähestymistapa .....	30
5.2 Itsearviointikysely .....	31
5.3 Haastattelut.....	32
5.4 Webropol-kysely .....	33
5.5 Aineiston analyysi .....	34
6 TULOKSET .....	36

6.1 Paikallisen mallin toimintasisällön suunnitelman toteutuminen.....	36
6.2 Paikallisen toimintamallin kokeilun toteuttamisesta.....	39
6.2.1 Aiheeseen kiinnittyminen ja toiminnan tuottamia tuloksia .....	39
6.2.2 Asiantuntijatiedon ja täydennyskoulutuksen merkitys .....	40
6.2.3 Itsearvioinnin merkitys työn kehittämiseksi .....	43
6.2.4 Yhteistyö.....	44
6.3 Kehittämistoiminnan vaikutuksia asiakasnäkökulmaan.....	46
6.3.1 Puheeksiottaminen.....	46
6.3.2 Asiakkaan tietoisuuteen vaikuttaminen .....	47
6.3.3 Asiakaspalaute kehittämisen tukena .....	49
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	50
7.1 Tulosten tarkastelu.....	50
7.2 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua.....	53
7.3 Päätelmät ja kehittämissuhteet .....	57
7.4 Tutkimuksen lisäarvo .....	63
LÄHTEET.....	64
LIITTEET .....	76

# 1 JOHDANTO

Talvikauden kylmä ympäristö on Suomessa merkittävä terveyden riskitekijä, joka ilmenee oireina pääsääntöisesti kroonisia sairauksia potevilla ja erityisesti hengityselinsairailta, sydän- ja verisuonisairailta sekä tuki- ja liikuntaelinsairailta. Kylmä pahentaa sairauksia, oireilu lisääntyy voimakkaasti riskiryhmissä. (Hassi, Ikäheimo & Näyhä, 2010, 137.) Ympäristön lämpötilaa koskevat terveydenhuollon toimenpiteet ja niiden tutkimus ovat jääneet vähälle huomiolle perusterveydenhuollon toteutuksessa. Kylmä aiheuttaa sairauskohtauksia ja sairausoireita isolle osalle suomalaisia. Kylmä ympäristö vaikuttaa suoraan ihmisen fysiologiaan ja energia-aineenvaihduntaan. Altistuminen kylmälle kuormittaa elimistön elintoimintoja. Ympäristön kylmyys heikentää ihmisen suorituskykyä, lisää sairauskohtauksien ja kylmävammojen sekä kuoleman riskiä. Väestön kokonaisuuskuolleisuus on korkeimmillaan talviaikaan. Kylmän ympäristön on osoitettu aiheuttavan noin 7 % kuolleisuudesta. Aikuisväestöstä noin 50 %:lle aiheutuu erilaisia oireita vuosittain kylmän haitoista. Ihminen voi omalla toiminnallaan vaikuttaa lämpötasapainoonsa ja hallita ympäristön lämpötilasta aiheutuvia terveysriskejä. Terveysriskejä ovat kylmävammat ja tapaturmat, joiden seurauksena saattaa aiheutua sairauksien vaikeutumista, epätoivottavaa oireilua, työ- ja toimintakyvyn alenemista tai jopa kuolema. (Hassi ym.2011, 6-11.)

Kylmätutkimusta on tehty Oulun yliopistossa arktisen lääketieteen dosentti emeritusprofessori Juhani Hassin johdolla. Tutkimusta on tehty vuosikymmeniä, mutta tutkimustulosten hyötyä ei ole vielä saatu siirrettyä perusterveydenhuollon ammattilaisille asiakasohjaukseen. Oireilu kylmässä viittaa haitallisiin terveysvaikutuksiin ja voi ennustaa lisääntyntä sairastavuutta ja jopa kuolleisuutta. Tutkimus on ensimmäinen, joka on tuottanut väestötasoista yhteenvetotietoa verenpainetautia sairastavien työntekijöiden kylmäoireista. (Ikäheimo ym. 2011.) Kylmän ympäristön terveyshaittoja voidaan vähentää neuvonnan ja ohjauksen kautta. Ääriämpötilojen aiheuttamat terveyshaitat ovat periaatteessa kaikki ennaltaehkäistävässä. (Hassi ym. 2005, 459.) Suomessa kansanterveystyön osana näitä ehkäisytoimintoja ei ole vielä ohjeistettu.

Tutkimus sijoittuu tutkijan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon terveyden edistämisen koulutusohjelmaan. Kehittämistyö, jota tutkitaan, on osa kehittämishanketta, jossa tavoitellaan kylmän terveyshaittojen ehkäisyä. Palvelukäytäntöjen kehittämisen tutkimuksella on tarkoitus tuottaa kylmän terveyshaittojen ehkäisymallia tukevaa tutkimustietoa yhteistyössä Joensuun perusterveydenhuollon kanssa. Käytännöllinen tieto viittaa toimintamalleihin, joita esiintyy käytännössä työpaikoilla. Kokemuksellinen tieto syntyy vähitellen käytännössä ja silloin se saa henkilökohtaisen merkityksen. Tutkimuksella pyritään osoittamaan, onko saatu aikaan toivottu muutos palvelukäytäntöön paikallisen perusterveydenhuollon henkilöstön toteutuksella. (Aalto-Kallio ym. 2009, 104, Helakorpi 1999, 14-15, Kananen 2012, 41-44.) Tutkimuksella haettiin hyviä käytäntöjä kehittämistyöhön osallistuneiden Joensuun perusterveydenhuollon henkilöstön kokemuksista.

Tätä tutkimusta ohjaa ohjelmateoria, joka tarkoittaa perusteltuja käsityksiä siitä, miten ja miksi kehittämistyön tukitoimien ajatellaan vaikuttavan. Ohjelmateorian avulla testataan sitä, onko kehittämistyö todella suoritettu ohjelmateorian mukaan (Savola, 2005, 12). Savolainen (2009, 3) määrittelee, että ohjelmateoria tarkoittaa tietoon tai kokemukseen perustuvia näkemyksiä siitä, miksi joku toiminta etenee tietyllä tavalla, ja miksi siitä on odotettavissa tiettyjä tuloksia. Aalto-Kallio ym. (2009, 16- 18) toteavat, hyvin merkittävää ohjelmateorian laatiminen on silloin, kun arvioidaan vaikutuksia. Ohjelmateoriasta nähdään, toimittiinko tavalla, joka oli suunniteltu tavoitteeseen pääsemiseksi. Voidaan myös puhua myös toiminnan teoriasta tai toiminnan suunnittelusta.

Tutkimuksen tuli selvittää, mikä organisaatioiden työkäytännöissä ja toimintamalleissa aikaansai suotuisaa kehitystä (=toivotut tulokset) ja missä olosuhteissa näin tapahtui. Tutkimus vastasi kysymykseen miksi toimintamme vaikutti. On tärkeämpää selvittää toimintatapojen tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta kuin yksittäisen projektin onnistuneisuutta. Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään miksi tietty toimintamalli toimii kyseisessä olevien ihmisten kohdalla ja mitkä ovat tärkeimpiä muutosvoimia. ( Hakalisto 2005, 135- 137.) ( LIITE 2)

Tutkimuksen tarve määräytyy kansallisten terveyden edistämisen tutkimus- ja terveystieteellisten tavoiteohjelmien (mm. Kaste 2012) pohjalta. Tutkimuksessa on huomioitu osallistujatahojen odotukset,



näkemykset ja kokemukset. Ne on hyödynnetty itsearvioinnin keinoin. Itsearvioinnilla voidaan saada perusteluja jollekin toiminnalle ja sen kautta voidaan kehittää omaa toimintaa. Päätöksentekijät ovat yhä enemmän kiinnostuneita arviointitiedon hyödyntämisestä. (Sutela 2005, 75.) Täytyy voida osoittaa, että kehittämistyöhön sijoitetulle rahalle on vastetta. Tutkimus tuottaa tuloksia, joita voidaan soveltaa muissa terveyden edistämisen interventioissa. Myllärisen (2005, 15) mukaan tieto muuttuu hyödynnettäväksi vasta, kun kehittämistyön osallistuvilla on taitoa muuttaa tieto paremmaksi toiminnaksi. Uudenlaisen tavan toimia, hyvän käytännön, on myös juurruttava osaksi arkea. Hyöty on riippuvainen siitä, miten saavutetut tulokset otetaan käyttöön.

## **2 KYLMÄN YMPÄRISTÖN TERVEYSHAITTOJEN EHKÄISY KYTEM-HANKKEESSA**

### **2.1 KYTEM-hankkeen tausta**

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) terveyden edistämisen yhteistyönä käynnistyi vuonna 2010 Kyttem-hanke (Kylmän ja kuuman ympäristön terveysriskien ehkäisymalli), jonka tarkoituksena on tuottaa esitys valtakunnallisesta mallista ja sen toimintasisällöstä ja -käytännöistä kylmän ja kuuman ympäristön terveyshaittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi. Hankkeen suunnittelun käynnistivät PPSHP:n johtaja Hannu Leskisen yhdessä projektin edustajien kanssa käymät neuvottelut Sosiaali- ja terveysministeriössä ja Ilmatieteen laitoksella vuonna 2009. Oulun yliopiston ja sairaanhoitopiirin tutkijat suunnittelivat ja toteuttivat hankesuunnitelman mukaiset tutkimushankkeet. He osallistuivat lääkäreiden koulutukseen sekä terveydenhuollon oppaan kirjoittamiseen. KYTEM -hanke toteutettiin vuosina 2010 – 2012. Hanke tähtää suomalaisten terveyden ja toimintakykyisten elinvuosien lisäämiseen ja vähentämään terveyspalvelujen ja lääkkeiden käytön tarvetta. Hankkeen tarkoituksena oli luoda ohjeet terveydenhuollon asiantuntijoille. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011)

Asiantuntijoiden osaaminen ja tietämys ääriämpötilojen merkityksestä ihmisen toiminnalle on suppeaa. Ääriämpötilojen aiheuttamat terveyshaitat ovat periaatteessa kaikki ehkäistävissä. Kolmivuotiseksi suunniteltu Kyttem -hanke rahoitettiin toteuttajaorganisaatioiden rahoituksella ja Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) terveyden edistämisen määrärahoista. Tämä hankkeen taustalla on WHO:n Euroopan alueen jäsenmaillensa antama suositus (WHO 2011) kehittää kylmän ja kuuman ympäristön terveyshaittojen ehkäisemiseksi kansalliset toimintaohjelmat. Kyttem-hankkeen ajatuksena on luoda perusterveydenhuollon muuhun toimintaan integroitava ehkäisymalli sekä sen toteuttamista tukeva ja arvioinnin mahdollistava koulutus-, tutkimus- ja asiantuntijatuki. Ympäristön terveysvaikutusten hallinta on moninaista yhteistyötä, joka vaatii, että kylmään varautumisesta on kansalliset ohjeet, jotka ovat sisällytetty tärkeimpiin terveydenhuollon suunnitelmiin. (Hassi & Kujala 2013.) Kylmähaittojen

ehkäisyohjelma Englannissa osoittautui tulokselliseksi. Suomessa kansanterveystyön osana ehkäisytoimintoja ei ole vielä ohjeistettu. Kyttem-hankkeesta julkaistaan loppuraportti, johon on sisällytetty tästä tutkimuksesta saatua tutkimustietoa. Kylmähankkeen tarkoituksena on antaa työkaluja asiantuntijoille.

## **2.2 Joensuun pilotti**

Joensuun perusterveydenhuollon kehittämistyö kohdentuu kylmän terveyshaittojen ennaltaehkäisyyn, kuuman terveyshaittoja ei käsitellä tässä. Joensuussa pilotin toteuttamiseen vaikutti Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskuksen toiminnanjohtaja, Joensuun sosiaali- ja terveysjohtaja, avoterveydenhuollon ylihoitaja, työterveyden ylilääkäri, vs. terveydenhuollon päällikkö ympäristöterveydenhuollosta, avoterveydenhuollon ylihoitaja, terveyden edistämisen suunnittelijoita Kansanterveyskeskuksesta, osastonhoitaja Siilaisten sairaalasta, sairaanhoitaja ja lähihoitaja kotihoidosta, vastaava terveydenhoitaja, terveydenhoitaja koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta.

Kehittämistyön toimintamallin kokeiluun osallistui yli 150 hoitajaa (sisältäen yli- ja osastonhoitajat) ja 35 lääkäriä. Tutkimusta tehtiin yhteistyönä PPSHP:n perusterveydenhuollon, Oulun yliopiston ja Oulun seudun ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan yksikön kanssa. Kehittämistyön tukitoimien ((PPSHP:n koulutus- ja tiedotusaineisto sekä paikallinen oma kehittämistoiminta) käytettävyyttä testattiin Joensuun kaupungin perusterveydenhuollossa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä asiantuntijoina toimivat emeritus professori Juhani Hassi, dosentti Veikko Kujala ja koordinaattori Lea Järvi.

Hankkeen esittelykokous oli maaliskuussa 2011 ja aloituskokous kesäkuussa 2011. Kokouksessa kartoitettiin perustelut ja hyödyt kehittämistyöhön osallistumiselle. Joensuun sairaanhoitopiirin, perusterveydenhuollon ja Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskuksen johdon sitoutuminen kehittämishankkeeseen sekä annettu tuki ja resurssit henkilöstölle olivat paikallisen kehittämistyön tukitoimista liikkeelle paneva voima. Johtavan ylilääkärin tekemä kehittämistyön suunnitelma aloitti

paikallisen palvelukäytännön kehittämisen kylmän terveyshaittojen osalta. Syyskuussa 2011 pidettiin Joensuun Siilaisten terveysasemalla ensimmäinen kehittämisryhmän kokous, jossa esiteltiin kolme kehittämisryhmää. Ryhmään 1 kuului ylihoitaja ja sairaanhoitaja terveyskeskuksen sairaalasta sekä vastuhenkilö ympäristöterveydenhuollosta. Ryhmään 2 kuului neuvolan vastuualueelta vastaava terveydenhoitaja ja terveydenhoitaja, kotihoidosta sairaanhoitaja ja lähihoitaja sekä työterveyshuollosta ylilääkäri. Kolmanteen ryhmään kuuluivat avovastaanoton toimijoina vastuuhenkilöinä avohoidon ylilääkäri sekä ylihoitaja. Tähän ryhmään kuului myös erikoissairaanhoidon henkilöitä. PPSHP:n asiantuntijat osallistuivat useaan kokoukseen videoyhteyden avulla.

Kehittämisryhmien tehtäviksi määriteltiin kylmän ehkäisymallin laadinta perusterveydenhuollon käyttöön koordinoimalla työpajoja, tiedottamalla ja tukemalla riittävästi johtoa, henkilökuntaa ja väestöä sekä koordinoimalla henkilökunnan koulutuksia. Tehtäviksi määriteltiin myös yhteistyö eri tahojen ja Kyttem-hankkeen välillä, huolehtiminen dokumentoinnista ja lopuksi kehittämistyön arvioinnin suorittamisen tukeminen ja edistäminen.

Työpajojen tehtäväsisältöön kuului mm. koulutusten ja kehittämistyön suunnittelu. Apuna työpajoissa oli mm. asiantuntijoiden ammattilaisille tekemä Kylmäkuuma-opas. Työpajoissa käytiin keskustellen läpi suunnittelua ja etenemistä. Työpajoja toteutettiin syyskuussa ja kehittämisryhmien koulutuksia pidettiin marraskuussa. Lääkäreille pidettiin oma koulutus tammikuussa 2012.

Hankkeeseen kuului paljon tiedottamista. Medialle tarkoitettu tiedotustilaisuus pidettiin marraskuussa 2011. Paikallinen media oli omalta osaltaan aktiivinen kehittämistyössä. Henkilökunta sai tiedotteita sähköpostin kautta. Henkilökunta sai tiedotteita sähköpostin kautta. Avohoidon ylilääkärin ja ylihoitajan kautta materiaali ja tiedotteet menivät osastonhoitajille ja näiden välityksellä henkilökunnalle. Kylmäkuumaopas annettiin pilottiryhmien käyttöön marraskuussa 2011. (LIITE 1)

Tämä tutkimus liittyy Joensuun pilotin arviointiin. Tutkimus toteutuu ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyönä. Tutkimuksen ohjausryhmänä toimii PPSHP:n

perusterveydenhuollon yksiköstä asiantuntijalääkäri, dosentti, LT Veikko Kujala, Oulun yliopistosta emeritusprofessori Juhani Hassi ja Oulun seudun ammattikorkeakoulusta yliopettaja, TtT Hilikka Honkanen.

### **3 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT**

Tutkimuksen teoreettisen lähtökohdan muodostavat tieto kylmän ympäristön terveyshaitoista ja niiden ehkäisystä sekä tieto uusien toimintamallien kehittämiseen ja jalkauttamiseen liittyvistä rakenteista ja prosesseista. Tutkimus tuottaa tietoa toiminnan kehittämiseksi. Savolan ym. (2005, 12) mukaan intervention vahvuutta ja vaikuttavuutta saattaa parantaa valittu ohjelmateoria. Intervention tuottamaa muutosta arvioidaan aikaisemmin tuotetun teorian pohjalta. Tarkoituksena on ymmärtää mitkä tekijät ovat merkityksellisiä intervention vaikuttavuudelle. Tässä teoriahaussa esille on nostettu muutokseen tarvittavaa teoriaa. Järjestelmällinen tiedonhaku täydentää vaikuttavuusnäyttöä. Yksittäisten tutkimustulosten tulokset saattavat olla ristiriitaisia, joten tutkimuksen pohjalle on etsitty näyttöön perustuvaa tutkimusta. (Holopainen ym. 2011, 37.)

Tutkija on perehtynyt terveydenhuollon lakeihin, suosituksiin, teorioihin ja tutkimuksiin. Niistä saatu tieto ohjaa tätä tutkimusta. Uusi, esiin nouseva tutkimuksellinen paradigma korostaa yksilöä ja yhteisöjä erillisinä, itsenäisinä, omaehtoisina kehittämishankkeeseen osallistuvina toimijoina ja vaikuttajina. Tässä tutkimuksessa toimijoina ovat Joensuun perusterveydenhuollon eri organisaatioiden työntekijät.

#### **3.1 Kylmän ympäristön terveyshaitoista**

Lievimmillään kylmähaitta on epämiellyttävä tuntemus, joka voidaan aistia myös kipuna. Kylmäepämiellyttävyys voi vaikuttaa keskittymiseen, tarkkaavaisuuteen ja muihin kognitiivisiin kykyihin. Koko kehon jäähtyessä älyllisistä toiminnoista tarkkaavaisuus, oppiminen, muisti ja vireystila voivat heikentyä. (Hassi ym. 1999, 5.)

Kun ihmistä uhkaa kehon jäähtyminen, ääreisverisuonet supistuvat ja verenvirtaus kehonpintaosissa ja ihon lämpötila laskevat. Samalla ihmisen ympäristöön luovuttaman lämmön määrä vähenee. Jos jäähtyminen jatkuu, kehon lihasjännitys lisääntyy ja voimistuu lopulta tahdosta riippumattomiksi

lihassupistuksiksi, jotka usein koetaan niin sanottuina vilunväristyksinä. Jokainen kylmäaltistus kohottaa verenpainetta vaatetuksesta riippumatta terveillä henkilöillä noin 7–26 mmHg, verenpainetautiä potevilla tätä enemmän. Verenpaineen nousuun vaikuttavat monet tekijät kuten kylmäaltistuksen tyyppi, nopeus, kesto, voimakkuus ja jäähtymisnopeus sekä useat yksilölliset tekijät. Myös sydämen työmäärä kylmässä lisääntyy, mikä johtuu veren ohjautumisesta ääreisalueilta kehon keskiosiin. Veri väkevoituu nesteen siirtyessä verisuonten ulkopuolelle ja munuaisten suodattamana virtsaan. (Hassi, Ikäheimo ym. 2010, 137, Hassi, Kotaniemi ym.2000, 214.)

Kylmä on merkittävä terveyden häiritsejä. Riskiryhmissä esiintyy paljon kylmän ympäristön terveyshaittoja. Riskiryhmiin kuuluvat mm. diabetespotilaat, sydän- ja verisuonipotilaat, astmaatit ja tuki- ja liikuntaelinsairaat. Kylmä pahentaa sairauksia. Kylmäaltistus voi olla sairauskohtauksia laukaiseva tekijä. Esimerkkinä sydänkohtausten määrä lisääntyy, verenpaine nousee ja aivohalvausten ja verenvuotojen määrä lisääntyy. Kylmä rasittaa sydäntä ja rasitusta voi lisätä samanaikainen raskas liikunta. Kansalaiset altistuvat kylmälle työssä, harrastuksissa ja arkisissa toiminnoissa. (Hassi ym. 2000, 211, 214- 215, Kotaniemi ym. 2003, 143.) Lihaskudosten jäähtyminen voi johtaa fyysisen ja älyllisen suorituskyvyn alenemiseen, mikä lisää tapaturman vaaraa. Merkittävä kehon jäähtyminen voi johtaa kylmävaurioihin, kuten paleltumiin ja hypotermiaan, jopa kuolemaan. Kylmänä vuodenaikana lisäriskin aiheuttavat jäiset ja lumiset kulkutiet. Kylmän haitalliset vaikutukset ihmisen toimintakyvylle ja toiminnalle lisäävät työstä poissaoloja sekä terveydenhuollon kuormituksia ja kustannuksia. (Hassi, Ikäheimo ym.2010, 137.) Terveys 2011 -tutkimuksen haastattelussa ja kyselylomakkeella selvitettiin suomalaisten työoloja kysymyksillä, jotka koskivat koettuja työympäristön häiritsejiä. Monet työympäristön tekijät koetaan yleisesti häiritseviksi. 30–64-vuotiaista miehistä lähes kaksi kolmasosaa (62 %) ilmoitti, että heidän työhönsä liittyy jokin ulkoinen häiritsejä, joista kylmyyden osuus oli miehillä 36 % ja naisilla 21 %. Vuonna 2011 Suomessa työympäristön kylmyydestä koki häiritseä kaikkiaan 700 000 ihmistä. Kylmyyteen liittyvät häiritset ovat jonkin verran lisääntyneet vuodesta 2000. (Kauppinen 2012, 41-42.)

Suomi on kylmä maa ja suomalaiset voivat omalla toiminnallaan vaikuttaa lämpötasapainoonsa ja

hallita ympäristön lämpötilasta aiheutuvia terveysriskejä, mutta kylmän terveysvaikutuksia ei hallita tarpeeksi hyvin. Tutkimustietoa on olemassa, mutta sitä ei vielä ole hyödynnetty terveydenhuollossa. Koska termofysiologista tietoa kylmän vaikutuksista terveyteen ei osata terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa, väestön tiedottaminen ja ohjaaminen kylmän terveysriskeistä ei ole vielä hallinnassa.

### **3.2 Terveyden edistäminen ja kylmän terveyshaittojen ehkäisy**

Perusterveydenhuollon avohoitokäyntien määrä terveyskeskuksissa kasvoi vuonna 2010. Käyntejä oli yli 27 miljoonaa eli neljä prosenttia enemmän kuin edellisellä vuotena. Tämä kasvu tarkoittaa ylimiljoonaa käyntiä. Asukasta kohden käyntejä oli 5,1. (Vainiola, 2010, 1-2.) Ennaltaehkäiseviä toimintamuotoja ovat terveystasvatusohjelmat ja ehkäisevä terveydenhuolto. Terveyden edistämisen toiminta on sidoksissa asetettuihin tavoitteisiin. Toimintamuotoja ovat organisaatioiden kehittäminen, terveellinen yhteiskuntapolitiikka ja ympäristöterveydenhuolto.

Suomessa terveyden edistäminen on vakiintunut terveystalitiiseen kirjallisuuteen. Terveyden edistämällä tarkoitetaan väestöjen terveyden edistämiseen laajasti tähtäävää yhteiskuntapolitiikan strategiaa. Tämän strategian ydin kiteytyi vuonna 1986 julkaistussa Ottawan julkilausumassa. Väestöjen terveyden edistämisen monien tehtävien tulisi kuulua kuntien vastuulla olevaan perusterveydenhuoltoon siinä laajassa tulkinnassa, mitä kansainvälinen kirjallisuus ja erityisesti Maailman terveysjärjestö (WHO) ovat perusterveydenhuollolle pyrkineet vakiinnuttamaan. (Rimpelä ym. 2009, 281).

Sosiaali- ja terveysministeriön Internet-sivuilla todetaan, että julkisen vallan tehtävänä on huolehtia väestöjen hyvinvoinnista ja terveydestä. Terveydenhuoltolakiin (34/2011) on kirjattu yhtenä tarkoituksena vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimijoiden välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä. Kuntien tulee seurata väestönsä terveydentilaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Terveyden edistämässä



on tarkoitus ylläpitää ja parantaa terveyttä. Siihen päästään tehokkaiden ohjelmien, palveluiden ja poliittisten päätösten avulla. Terveyden edistämisen ohjelmat ovat suunnitelmallisia ja tavoitteellisia ohjelmia, jotka perustuvat tiettyihin arvoihin ja toimintaperiaatteisiin. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 30, 69.) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen edellyttää hyvää johtamista, toimivia yhteistyörakenteita ja riittäviä voimavaroja. Kaste 2012 - 2015 -ohjelma on merkittävä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Sen tavoitteena on suomalaisten sosiaali- ja terveyspolitiikan uudistaminen osallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia lisäämällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012)

Vastaavanlainen terveystoimintapolitiikka Pohjois-Suomessa on Terveys 2015, jonka tavoitteena on toimintakykyisten elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Kansalaisten tietoisuutta on lisättävä omaehtoisen toiminnan tueksi kylmän terveyshaittojen vähentämiseksi. Terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksen ja perehdyttämisen kautta voidaan lisätä kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteen ja hyvinvointiin. Terveystoimintapolitiikan hallinnan kehittäminen vähentää akuutin terveydenhuollon palveluiden tarvetta ja kuormaa. Teoriassa kaikki kylmän aiheuttamat, terveyteen liittyvät haitalliset seuraukset ovat ehkäistävissä. Ihmisen käyttäytyminen riippuu tietoisuudesta kylmään liittyvistä terveyshaitoista ja siitä kuinka ehkäistä ja suojella itseä kylmän haitoilta. ( Hassi ym. 2005, 459-460, Hassi ym. 2011, 7.)

Julkisen terveydenhuollon toimijoilla on iso rooli tiedon lisäämisessä kylmän terveyshaitoista ja niiden ehkäisystä. Terveystoimintapolitiikan ammattilaisilla on päävastuu toimia terveyden puolesta puhujina kaikilla yhteiskunnan tasoilla (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 70). Ammattikorkeakoululain (351/2003) mukaan ammattikorkeakoulujen tehtävänä on vastata työelämän muuttuviin tarpeisiin ja osallistua aktiivisesti alueelliseen kehittämiseen. Henkilöstön osaaminen on avainasemassa siinä, miten laadukkaita palveluita terveydenhuollossa tuotetaan ja miten palveluita kehitetään. Jo vuonna 2002 kylmäosaamisen opetuksen määrää ja laatua tutkittiin Oulun seudun ammatillisen kuntayhtymän toimesta. Loppuraportti antoi suosituksen, että kylmäosaamista lisätään ja opetusmenetelmiä kehitetään kylmän terveysriskien ennaltaehkäisyksi (Risikko & Toivonen, 2002, 21). Kuitenkaan esim.

ammattikorkeakoulusta valmistuville sairaanhoitajille ei ole erikseen kylmän terveysriskien ennaltaehkäisyä opetussuunnitelmassa. Sairaanhoitajien osaamisella on suuri merkitys, sillä he ovat suurin yksittäinen ammattiryhmä terveydenhuoltoalalla (Eriksson ym. 2013, 46). Oppilaitosten ensisijaisia asiakkaita ovat opiskelijat. Laajasti tarkasteltuna oppilaitosten asiakkaina ovat kuitenkin kaikki yhteiskunnan toimijat. Oppilaitosten keskeinen asiakasprosessi-oppiminen palvelee koko yhteiskuntaa (Pietiläinen, 2010, 104, Saarikoski 2011, 6-10).

### **3.3 Palvelukäytäntöjen muutoksen johtaminen**

Asenne kuvaa suhteellisen pysyvää asennoitumista ihmisiin, tilanteisiin ja kohteisiin. Asenteet ovat usein vahvempia kuin faktat, minkä vuoksi niiden muuttaminen on vaikeaa (Räsänen 2010,113). Jos kehittämisessä tuotettavaa lisäarvoa katsotaan järjestelmälähtöisyyden, asiakas- ja työntekijälähtöisyyden kautta, voidaan puhua korkeasta kehittämiskulttuurista. Perustyötä tekeville hoitohenkilöstölle lähiesimies on useimmiten osastonhoitaja tai lääkäri. Hänen johtamisensa näkyy konkreettisimmin henkilöstölle ja vaikuttaa myös voimakkaasti työn tekemiseen. Toiminnan kehittämisessä lähiesimiehet ovatkin avainasemassa. Lähijohdon tulee keskittyä tuotannon ja kustannustehokkuuden lisäämiseen, toiminnan asiakaskeskeisyyden paranemiseen, toiminnallisten prosessien kehittämiseen ja innovaatiotoiminnan, kuten kehittämisen ja tutkimuksen innostamiseen (Miettinen 2005, 263). Terveydenhuollon organisaatioiden johtajuuskulttuurin muuttaminen asioiden johtamisesta enemmän ihmisten johtamiseen keskittyväksi tarjoaa mahdollisuuden innovatiivisuuden johtamiselle. Johdon ja henkilöstön välisen yhteistoiminnan merkityksen korostaminen on oleellista. Yhteistoiminnan motiivina on saada aikaan sekä parempia ratkaisuja että ratkaisuja, joihin eri osapuolet voivat sitoutua helpommin. (Alasoini 2011, 126, Paasivaara ym. 2011, 109-110.)

Psyres - hankkeen (2012) mukaan esimiehellä tulee olla aitoa päätösvaltaa, sillä he vastaavat muutosten toteuttamisesta työryhmissä ja yksilötasolla. Asiakkaan tarpeista lähtevä toiminnan ja niiden vastaamisen onnistuminen edellyttää perustason henkilöstön kuulemista ja heidän vaikutusmahdollisuuksien takaamista. Johdon tuleeikin tukea perustason toimintaa ja luoda sille

optimaaliset toimintaedellytykset. Koko yhteisön menestyminen ja kehittäminen edellyttää kuitenkin kaikkien tasojen asiantuntijuuden kuten johdon, esimiesten ja työntekijöiden näkemysten, tiedon ja kokemusten hyödyntämistä. (Tanttu 2007, 187.)

Johtajan näkökulmasta muutos merkitsee mahdollisuutta sekä organisatorisella että henkilökohtaisella tasolla. Työntekijät puolestaan kokevat muutoksen usein ylimääräisenä häiriönä ja käskyttämisenä. Nikkilän & Paasivaaran (2007, 108) mukaan yksilöt eivät vastusta niinkään muutosta sinänsä, vaan siihen liittyviä menetyksiä. Jotta yksilö on halukas muutokseen, hänen on ymmärrettävä sen syyt ja perusteet, siis koettava muutos tarpeelliseksi. Jatkuvat organisaatiomuutokset, tietotekniset muutokset, tiukentuneet laatu- ja tehokkuusvaatimukset, henkilökunnan väheneminen, työroolien muutokset ja lisääntyneet osaamisvaatimukset aiheuttavat työssä jaksamisen ongelmia (Launis & Pihlaja 2005).

Pietiläisen & Kestin (2012, 170) mukaan uusia asioita vastustavaa henkilöä ei pidä tuomita, vaan ymmärtää hänen suhtautumisensa osana luonnollista ryhmätoimintaa, jossa terve kyseenalaistaminen on myös hyödyllistä. Syvänen (2008) toteaa, että ne, jotka kokivat työtyytyväisyyden laskua, saattoivat tarvita kahta vuotta pidempää kehittämishanketta, jonka aikana heillä olisi omassa tahdissaan mahdollisuus sulattaa ja sopeuttaa erilaiset muutokset oppimisprosessissaan. Usein tämä ihmisryhmä tuomitaan syyttä työpaikoilla muutosvastarintaisiksi, vaikka oikeastaan kyse on muutokseen suhtautumisen ja asennoitumisen yksilöllisestä kestosta. (Syvänen 2008, 114.)

Vaikutusmahdollisuuksien puute voi johtaa subjektiiviseen vieraantumiseen tuntemukseen, jota henkilö kokee omaa työyhteisöä kohtaan. Sitoutuminen vision toteuttamiseen voidaan toteuttaa parhaiten silloin, kun henkilöstö ei pidä tavoitteita ulkoa päin annettuina, vaan henkilökohtaisesti tavoittelemisen arvoisina. Jos organisaation johto ja avainhenkilöt eivät pysty luomaan totuttujen työrutiinien rinnalle konkreettisia malleja vaihtoehtoisista toimintatavoista, ei muutoksen johtamisella ja oppimisella ole päämäärää. (Pietiläinen 2010, 71,73,76,77.) Muutos vaatii näkyvää työntekijän arvostamista ja heihin luottamista (Miettinen, 2005, 266). Alasoini (2011, 117) korostaa, että ihmisillä voi olla organisaation kaikilla tasoilla piilotettua luovuutta, joka voi sopivalla tavalla tuettuna johtaa

myös aidosti uudenlaisten tuotteiden, palvelujen tai niiden tuottamistapojen syntyamiseen. Kehittämistyössä ei aina ole kysymys vain uuden luomisesta, vaan olennaista on myös vahvistaa jo hyväksi todettuja rakenteita ja käytäntöjä. (Nurminen 2000, 109.)

Kuntaorganisaatioissa haasteena on palvelutason ylläpitäminen pienemmillä kuluilla ja henkilöstömäärällä. Paasivaaran ym. (2011, 139) mukaan päätös olla osallistumatta kehittämistyöhön heikentää organisaation mahdollisuuksia suuntautua tulevaisuuteen ja vähentää mahdollisuuksia vaikuttaa yhteiseen kehittämistyöhön, vaikka se saattaisikin hiukan lisätä henkilöresursseja päivittäiseen työhön. Tämä on myös priorisointikysymys resurssikysymyksen lisäksi. Tarpeiden, tehtävien ja tavoitteiden kannalta oikea henkilöstömitoitus on keskeinen osa henkilöstövoimavarojen johtamista. Riittäväillä taidoilla ja tiedoilla varustettu henkilöstö tuottaa terveydenhuollon palvelut inhimillisesti vaikuttavimmalla ja kustannustehokkaimmalla tavalla niin, että halutut asiakastulokset ja henkilöstön sekä asiakkaiden tyytyväisyystarpeet tyydyttyvät. (Wiss 2009, 166.) Tärkeimpiä työntekijöiden tarvitsemia resursseja ovat ajankäyttö, osaaminen ja mahdollisuus hyödyntää erilaisia verkostoja (Alasoini 2011,118). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita voidaan uudistaa laadultaan paremmiksi ja kustannuksiltaan tehokkaimmiksi ilman merkittävää lisäresurssointia. Keskeinen palvelujen uudistaminen liittyy henkilökunnan osaamiseen, motivaatioon, sitoutumiseen, erilaisiin kunnallisiin päätöksenteon mekanismeihin, relevanttiin tietoon ja asiakkaiden vaikuttamismahdollisuuksien systemaattiseen vahvistamiseen. (Alasoini 2011, 118, Stenvall 2012, 21,237.)

### **3.4 Itsearviointi ja oppiva organisaatio**

Uudet toiminnalliset vaatimukset edellyttävät organisatorisen osaamisen huomattavaa lisääntymistä. Tämä tarkoittaa merkittäviä muutoksia mm. organisaatioiden rakenteissa, ohjauksessa, henkilöstöjohtamisessa ja esimiestyössä sekä työtehtävien sisällöissä. (Alasoini, 2011, 115.) Terveydenhuollon työntekijät ovat moniammatillisia erikoisasiantuntijoita, joiden osaaminen on organisaation menestymisen tekijä. Oppimista tapahtuu usein kokeilemisen, epäonnistumisen ja

menestymisen kautta. Oppivalla organisaatiolla on kyky luoda, hankkia ja siirtää tietoja sekä muuttaa toimintaansa tietojen, kokemusten ja uusien käsitysten mukaiseksi. (Miettinen 2005, 262.) Alasoini (2011, 118) korostaa, että uuden tiedon etsimisessä ja luomisessa tarvitaan menettelytapoja ja valmiuksia, joilla voidaan ennakkoluulottomasti kyseenalaistaa organisaation toimintakäytäntöjä.

Osaamisvaatimukset asiantuntijapalveluissa ovat kasvaneet. Oman osaamisen arviointi ja jatkuva osaamisen kehittäminen ovat tärkeitä terveyttä edistävissä työssä. Osaamiseen liitetään työn hallinta, vahvuus vuorovaikutustaidoissa, itsenäinen päätöksentekokyky ja vuosien tuoma kokemus. Osaamisen kehittäminen on tutkimusten mukaan luonnollinen osa työtä. Osaamisen kehittämiseen kuuluu myös palaute. Palautteen saaminen tehdystä työstä on tärkeää. (Pietilä ym. 2010, 263,264.)

Itsearviointi toimii hyvänä palautteena. Itsearvioinnin toteuttajille tulee tehdä arvioinnin tavoitteet selväksi kaikille organisaation henkilöstön jäsenelle. Itsearvioinnilla tulee olla selkeä merkitys organisaation kehittämisessä. Arviointiprosessin aikana jokaista henkilökuntaan kuluvaan on kohdeltava tasapuolisesti, kaikkien pitää saada tieto mm. arvioinnin tuloksista. Arvioinnin kohteena olevan organisaation tulee saada tukea arvioinnin tekemisestä mm. osoittamalla arvioinnin toteutukseen riittävät taloudelliset resurssit. Arviointi tulee olla tarvelähtöistä. Itsearviointi ei koskaan voi olla neutraalia, sillä on aina omat poliittiset, sosiaaliset, kulttuuriset ja taloudelliset viitekehyksensä. Itsearvioinnin tekijän omat arvot vaikuttavat arviointituloksiin, johtopäätöksiin ja kehittämissuosituksen sisältöön. (Virtanen 2007, 192, 193.) Itsearvioinnin motiivit liittyvät keskeisesti oppimiseen. Arvioinnin kohde on samalla arvioinnin tekijä. Yleensä organisaation itsearviointi liitetään laadun tarkasteluun. Itsearviointi päättyy palauteraportin kirjoittamiseen ja sen kautta johto ratkaisee mahdolliset toteutettavat kehittämistoimenpiteet. (Virtanen 2007, 177, 180.)

Käytännön hoito- ja ohjaustilanteissa edellytettävä tekninen toimintatapa, osaaminen ja ohjaaminen eivät aina ole riittävä vaan edellytetään tietoa, jonka merkitys syntyy intuitiosta ja hiljaisuudesta tietoisuuteen tulleiden kysymysten sekä tarkoitusten ja keinojen välisistä yhteyksistä. Tätä voidaan kutsua tietotaidoksi tai käytännölliseksi tiedoksi. Valtaosa ihmisen tiedosta on hiljaisuudessa ja vain

käsitteellinen osa tiedosta on tietoisesti opittua. (Nurminen 2000, 109, 118.) Hiljainen tieto on yksilöllistä, mutta sosiaalisessa kanssakäymisessä siitä tulee yhteisöllinen voimavara. Tärkeiksi koettujen asioiden käsittely yhdessä auttaa assosioimaan ja jalostamaan tietoa, jolloin syntyy uutta oppimista. Organisaation jokaisella yksilöllä on hiljaista tietoa siitä, miten omaa ja organisaation toimintaa voidaan parantaa. Tieto pitää saada esille rakentavaan kehittämiseen, jolloin siitä tulee lähes ehtymätön kehittämisen tietovaranto. (Pietiläinen & Kesti 2012, 174, 175.)

### **3.5 Osallistaminen /osallisuus kehittämistyössä**

Muutos merkitsee ryhmäpainetta osallistaa yksilöt muutokseen. Ryhmän ja yksilön käyttäytyminen ovat riippuvaisia toisistaan ja vuorovaikutussuhteessa toisiinsa. Ihmisten vuorovaikutus on kommunikoinnin kautta muutosta tuottava voima. (Laitinen & Stenvall 2012, 97, 98, Paasivaara ym. 2011, 137.) Savolan & Koskinen-Ollonqvistin (2005, 63) mukaan ihmisten osallistaminen nähdään arvokkaana terveyden edistämisessä. Osallisuus uuden tiedon tuottamisen prosesseissa voi auttaa lisäämään ihmisen ymmärrystä oman organisaationsa ja sen ympäristön tapahtumista parantamalla hänen mahdollisuuksiaan löytää loogisia yhteyksiä erilaisten asioiden ja ilmiöiden väliltä.

Osallisuus auttaa myös lisäämään hallinnan tunnetta asioista ja tapahtumista, joilla on vaikutuksia ihmisen ja hänen työnsä kannalta. Se voi myös tarkoittaa, että henkilö pääsee selkeästi vaikuttamaan suunniteltavan asian lopputulokseen. Osallisuus auttaa myös löytämään merkityksellisyyttä niistä asioista, joita omassa organisaatiossa ja sen ympäristössä on meneillään sekä helpottaa sitoutumista niihin vahvemmin. Se luo uudenlaisia mahdollisuuksia työelämän laadun paranemiselle lisäämällä ihmisten mahdollisuutta kokea osallisuutta sellaisten muutosten yhteydessä, joiden kautta organisaatio oppii ja luo innovaatioita samanaikaisesti. Osallisuuden kokeminen muutoksissa voi olla tärkeämpää ihmisten ja heidän hyvinvointinsa kannalta kuin jotkin yksittäiset työn sisällölliset ominaisuudet. Osallistava innovaatiotoiminta ja lisääntyvän huomion kiinnittäminen ihmisten aloitteellisuuden, luovuuden ja sitoutumisen edistämiseen voidaan nähdä myös työelämän laatua edistävänä kehityssuuntana. Osallisuus viittaa mahdollisuuteen kokea olevansa subjektina (toimijana), ei vain

objektina (kohteena). (Alasoini 2006, 35-52, Alasoini 2011, 120, 121, Paasivaara ym. 2011, 136, 137.)

Osallistavassa suhteessa henkilöstöä valtuutetaan pätevimmän ratkaisun etsimiseksi, hierarkkisessa suhteessa toiminta perustuu etukäteen suunniteltuun päätös- ja toimivallan jakoon organisaation huipulta palvelutuotantoon saakka (Lehtonen 2007, 7). Stenvallin (2012) mukaan tärkeää on kehittämisen yhteydessä huomioida työtehtävien selkeys, hallittavuus ja mielekkyys. Oikein toteutetussa kehittämisessä ja uudistamisessa saattaa nousta esiin piilevä työntekijöiden osaaminen ja motivaatio tehdä asioita toisella tavalla. (Stenvall 2012, 240.)

### **3.6 Asiakaslähtöinen ohjaus**

Terveyttä edistävässä työssä tarvitaan entistä enemmän taitoa ja rohkeutta puheeksiottoon ja varhaiseen puuttumiseen. Kuitenkin usein organisaation toimintaa uudistaessa kehittämistyö aloitetaan työyhteisössä työskentelevien ihmisten tarpeista. Asiakas nähdään edelleen passiivisena objektina, jonka aloitteesta tapahtuneen yhteydenoton jälkeen ammattilainen päättää hänen puolestaan jatkotoimenpiteistä. Asiakas tulisi olla palvelujen keskiössä ja palvelujen vastata asiakkaiden tarpeista. (Pietilä ym. 2010, 267, Tantt 2007, 166-167, Salminen 2012, 124-126.)

Asiakkaan käyttäytymisen muutokseen tähtäävällä toiminnalla tarkoitetaan muutokseen avustamista, jolloin muutos on omaehtoinen. Avustaminen voi tapahtua lisäämällä tietoa ja muuttamalla ympäristöä terveellisempään suuntaan. Asiakkaan ohjauksessa tulee esille myös omahoitaminen, ammattilaisen on luotava mahdollisuuksia käyttäytymisen muutokseen. Savola & Koskinen-Ollonqvistin (2005, 85) mukaan tietoisuuden lisääminen liittyy terveyden lukutaitoon. Tietoisuuden lisääminen on prosessi, jossa yksilölle tai yhteisölle viestitetään terveyteen vaikuttavien tekijöiden olemassaolosta ja saatua tietoa käsitellään reflektoiden (palautteen avulla). Kriittinen terveyden lukutaito vahvistaa tietoisuuden lisäämisen mahdollisuuksia edistää terveyttä. Tätä voi soveltaa henkilökunnan oppimiseen ja osaamisen vahvistamiseen sekä asiakkaan ohjaukseen. Perustasolla työskentelevä henkilöstö on paras asiantuntijataso asiakkaiden tarpeiden tunnistamisessa (Tantt 2007, 187).

Palvelujärjestelmää on vaikea kehittää, jos sitä ei tehdä yhteistyössä kaikkien niiden kanssa joita, kehittäminen todella koskettaa. Ei siis riitä, että vain työntekijät ja asiantuntijat osallistuvat oman työnsä kehittämiseen, vaan myös ns. loppukäyttäjät (asiakkaat) on otettava mukaan tavalla tai toisella. Palvelujen käyttäjillä on nykyisin merkittävä rooli palvelujen uudistamisessa ja kehittämisessä. Asiakaslähtöisyyden kehittäminen auttaa vastaamaan moneen sosiaali- ja terveyssektoria koskevaan uudistustarpeeseen. Asiakaslähtöisemmällä toimintamalleilla voidaan lisätä hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta sekä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä. Asennoituminen asiakaslähtöisyyteen ilmenee henkilöstön, esimiesten ja johdon toimintatavoissa, mm. siinä, miten asiakkaiden ja henkilöstön rooleista keskustellaan. (Syvänen ym. 2012, 41.)

### **3.7 Tiedon siirron merkitys muutoksessa**

Tietopääoma ja sen tehokas hyödyntäminen on organisaation innovatiivisuuden tärkein voimavara ja kilpailutekijä. Kehittämisen- ja päätöksentekotilanteissa tiedonjohtaminen on toiminnan kehittämiseksi aina välttämätöntä. Organisaatiossa oleva tieto täytyy olla jokaisen ulottuvilla. Tiedon jakamiseen vaikuttaa myös organisaation käytössä olevat eettiset periaatteet. Jos organisaation periaatteena ovat kehittämisen kannustaminen ja innovatiivisuus, on johtajien kaiken käyttäytymisen oltava tämän periaatteen mukaista. Tiedon avulla työntekijät osaavat yhdistää ammattitaitonsa ja sen kehittämisen yrityksen tavoitteisiin ja strategioihin. Työyhteisön yksi keskeinen tehtävä on oppiminen ja taitotiedon levittäminen (Miettinen 2005, 265). Organisaatiossa oleva tieto siirtyy aina vuorovaikutustilanteessa. Työntekijän osalta tiedon luominen liittyy voimakkaasti oppimiseen. (Stenvall 2012, 110.)

Terveysviestintä on tavoitteellista toimintaa väestön ja päätöksentekijöiden terveystietoisuuden lisäämiseksi. Huomiota tulee kiinnittää kohderyhmän ja pyrkiä mukauttamaan viesti tilanteen mukaan. Terveysviestintä sisältää terveystietoisuuden, terveystietoisuuden, terveysjournalismin ja terveyttä käsittelevän viihteen, kohdeviestinnän kuten potilasohjeet ja terveydenhuollon sisäisen viestinnän. Terveysviestintä käsittää myös ns. intersosiaalisen viestinnän kuten lääkärin ja hoitajan ja potilaan välisen keskustelun. Viestintäosaamiseen liittyy toisen kohtaaminen, joka käsittää kiinnostuneisuuden



muista ihmisistä sekä kyvyn kuunnella ja rohkaista toista. Toisen kohtaamisen osaamisalue on innovatiivisuuden kannalta tärkeä siinä mielessä, että se antaa valmiuksia toimia erilaisissa tiimeissä ja ryhmissä, joita uuden kehittäminen edellyttää. (Tuominen, Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 30, Miettinen 2005, 273.)

Savela & Ollonqvistin (2005, 70) mukaan terveyden puolesta puhuminen on yksi keskeisimmistä terveyden edistämisen toiminnoista ja sitä voidaan toteuttaa esimerkiksi joukkoviestinnällä. Terveydenalan ammattilaisilla on päävastuu toimia terveyden puolestapuhujina kaikilla yhteiskunnan tasoilla (WHO 2011). Hoitotyön tekijän työssä on oleellista viestinnän osaaminen. Suullisella ja kirjallisella viestinnällä hoitaja pystyy välittämään tietoa ymmärrettävästi yksilölle ja ryhmille. Kääriäinen tuo esille, että potilaat tarvitsevat suullisen ohjauksen tueksi kirjalliset ihjeet, jotta välttyttäisiin väärinkäsityksiltä. Potilaiden on vaikeaa ilman ohjausmateriaalia myöhemmin tarkistaa asioiden ymmärtämistä ja muistamista. (Kääriäinen 2007, 119.)

Mahdollisuus käyttää erilaisia tietoteknologisia informaatiokanavia tiedon välittämiseen ja hakemiseen rikastuttaa innovatiivisuutta (Miettinen 2005, 273). Sosiaalisten medioiden kautta on mahdollista vahvistaa uusien ideoiden kehittelyn yhteisöllistä luonnetta organisaatiossa yhteiskehittelyn hengessä. . Sosiaaliset mediat, mukaan lukien sekä yhteisömedian verkkopalvelut että organisaatioiden sisäiset yhteisessä käytössä olevat asiakirjanhallinnan työvälineet, tukevat ominaisuuksiltaan innovaatioprosessien uusia, korostuvia piirteitä. Ne ovat interaktiivisia, niiden tavoitavuus on suuri, ne mahdollistavat tosiaikaisen kommunikaation ja ne ovat suhteellisen helppokäyttöisiä. Sosiaalisten medioiden hyödyntäminen osallistavan innovaatiotoiminnan tukena on suomalaisissa työorganisaatioissa kuitenkin vielä alkutekijöissään. (Alasoini 2011, 122.)

### **3.8 Verkostoitumisen ja yhteistyö muutoksen tukena organisaatiossa**

Kehittämistyössä hyödynnetään jo olemassa olevia verkostoja, mutta myös luodaan uusia. Verkostoja voidaan parhaiten hyödyntää tehokkaaseen tiedottamiseen ja uudistusten läpimenon helpottamiseen. On

tärkeää ottaa huomioon henkilöiden omat verkostot ja niiden kautta tulevat kytkökset. Tämä tehostaa toimintaa ja tiedottamista sekä auttaa saavuttamaan ulkopuolista asiantuntijatietoa. (Paasivaara ym. 2011, 120, 122.) Uudenlaisia perinteisiä sektorirajoja (yksityinen, julkinen ja kolmas sektori) ylittäviä yhteistyörakenteita on luotu sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden välille esimerkiksi hoidon sujuvammassa järjestämisessä (Alasoini, 2011, 86).

Stenvallin (2012) mukaan julkinen, yksityinen ja kolmas sektori ovat lähtökohdiltaan hyvin erityyppisiä, vaikka ne palvelevatkin sosiaali- ja terveystalouden alueella samaa yhteistä hyvää; kansalaisten ja palvelujen käyttäjien hyvinvoinnin vahvistamista. Sosiaali- ja terveysalan järjestöt ovat pitkään kuuluneet suomalaiseen palvelutuotannon perinteeseen, ja järjestöjen roolia suomalaisessa hyvinvointipolitiikassa on aivan yleisesti pidetty hyvin merkittävänä jo kymmeniä vuosia. (Stenvall 2012, 29.) Kolmas sektori voi osaltaan vastata tarpeisiin, joita syntyy, kun julkisella sektorilla ei ole tarpeeksi resursseja kehittää toimintaa. Tässä tutkimuksessa kolmannen sektorin edustajana toimii Pohjois-Karjalan Kansanterveyskeskus. Granholmin (2007) mukaan yhteistyö mahdollistaa ihmisten vastuuntunnon kasvamisen lähimmäisistään. Julkisella sektorilla on päävastuu palvelujen tuottamisella, kolmannen sektorin toimijat eivät korvaa julkisen organisaatioiden tuottamia palveluja vaan ne toimivat toisiaan täydentävästi. Toimijoiden yhteistyöllä voidaan saavuttaa enemmän ja monipuolisempia palveluja ja yhteistyö voidaan nähdä olennaiseksi tekijäksi palvelujen kehittämisessä.

Yhteistyötä haittaavia tekijöitä voivat olla ennakkoluulot ja tiedon puute toisen työstä sekä tunne, että yhteistyöhön ei välttämättä koeta olevan aikaa. Siksi ne kaikki toimet, joiden pelätään aiheuttavan vähänkin ylimääräistä työtä, kuten tiimityö ja verkostoituminen, saatetaan jättää tietoisesti tekemättä. (Granholm 2007, 15, 18, 19.) Terveystalouden edistämiseksi etsitään kumppaneita eri sektoreiden välillä, jolloin ryhmätyötaidot, verkostotyöskenteleminen ja tiimityöskentely korostuvat. Menestyksellinen terveyden edistäminen tarvitsee yhteisöllisten menetelmien käyttöä, jolloin terveydenhuollon toimijoilta vaaditaan aktiivista yhteistyön vahvistamista muiden toimijoiden (järjestöt, yhdistykset) kanssa ja vastuunottoa kehittämistyön eteenpäin viemiseksi. (Pietilä, 2010, 266.) Moniammatillinen yhteistyö ei liity ainoastaan rahallisiin resursseihin, vaan kyse on myös johdon ja työntekijöiden

tahdosta yhteistyön kehittämiseen. Yhteistyön sujumiseen tarvitaan tiedonkulun parantamista ja hyvien käytäntöjen jakamista, yhteisten linjojen ja sääntöjen löytämistä, luottamusta, eettisyyttä sekä toisen ammattilaisen kunnioittamista. (Paasivaara ym. 2011, 109, Pietilä 2010, 263.)

## **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA PÄÄTEHTÄVÄ**

### **4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet**

Tämä tutkimus liittyy Joensuun pilotin arviointiin. Tutkimus toteutuu ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyönä. Tutkimuksen ohjausryhmänä toimii PPSHP:n perusterveydenhuollon yksiköstä asiantuntijalääkäri, dosentti, LT Veikko Kujala, Oulun yliopistosta arktisen lääketieteen emeritus professori, Lkt Juhani Hassi ja Oulun seudun ammattikorkeakoulusta yliopettaja, TtT Hilikka Honkanen.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Joensuun pilottiin osallistuneiden toimijoiden kokemuksia Kyttem-hankkeen tukitoimien merkityksestä kylmän ympäristön terveyshaittojen ehkäisyssä perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa miten Kyttem- hankkeen tukitoimet ovat edistäneet kylmän ympäristön ehkäisytyötä Joensuun perusterveydenhuollossa, esimerkiksi miten kehittämistyön tuottamaa aineistoa on otettu terveydenhuoltoalan toimijoiden omaan käyttöön ja miten ammattilaiset ovat hyödyntäneet aineistoa tuottamalla omaa aineistoa työnsä tueksi ennaltaehkäisemään kylmän haittoja. Kyttem-hankkeen tavoitteena oli, että kehittämistyössä syntynyttä tietoa voidaan ottaa käyttöön asiakasohjaukseen mm. kylmästä ympäristöstä aiheutuvaan lääkityksen täsmentämiseen ja hoito-ohjeisiin sekä esim. vaatetuksen tilanteen mukaisen käytön optimointiin. Yksilötasolla hankkeen tavoitteena oli riskiryhmiin kuuluville kylmän terveyshaittojen ehkäisy ja hoito ensisijassa itsehoitona. Yhteiskunnallisena tavoitteena oli ympäristön kylmähaittoihin liittyvän terveyden edistämistoiminnan lisääminen terveydenhuollossa ja tätä kautta kylmän terveyshaittojen aiheuttaman hoidon tarpeen ja työn määrän väheneminen.

Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää Kyttem-hankkeessa ja muissa vastaavissa terveyden edistämisen hankkeissa. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota kautta kylmän terveyshaittojen ehkäiseminen saadaan osaksi perusterveydenhuollon työtä. Kehittämistyön tuloksista saadaan tietoa terveyden edistämisen ohjelmia tekeville tahoille.

## 4.2 Tutkimuksen päätehtävä

Tutkimuksen päätehtävänä on vastata kysymykseen:

Mitkä tekijät auttoivat kehittämään perusterveydenhuollon työkäytäntöjä kylmän terveyshaittojen ehkäisyssä?

- a. Mitkä tekijät olivat merkityksellisiä toiminnan kehitymissä?
- b. Mitkä tekijät estivät tai hidastivat kehittämistyötä?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN JA MENETELMÄT

### 5.1 Laadullinen lähestymistapa

Tutkimus toteutettiin laadullisena. Ruusuvuori ym. (2011, 16) mukaan laadullisen tutkimuksen idea on löytää aineistosta jotakin uutta ja ennen havaitsematonta, uusia jäsennyksiä ja uusia merkityksiä. Laadullisen aineiston analyysissä on aina kysymys merkityksen käsitteestä ja merkityksellisen toiminnan tutkimisesta. Myös Metsämuuronen toteaa, että laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tietyissä tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteista. (Metsämuuronen 2009, 220.) Käytännössä tämä tarkoittaa, että ei ole olemassa yhtä totuutta vaan on olemassa monta totuutta samasta ilmiöstä (Kylmä 2010, 117). Anttilan (2006) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tuloksiin vaikuttaa tutkijan mielenkiinto asiaan mm. tutkijan ammatti vaikuttaa näkökulman valintaan. Laadullisessa työssä on vaikea tietää tarkalleen, mitä etsii. Tässä tutkimuksessa tutkija on aiheesta kiinnostunut ja sairaanhoitajana ymmärtää havaita olennaiset tutkittavan ilmiön piirteet. Liian kiinni aiheessa olevalla asiantuntijalla saattaa puolestaan olla monenlaisia ennakkokäsityksiä, jotka estävät joidenkin asioiden havaitsemista. (Anttila 2006, 276.)

Laadullisessa tutkimuksen aineistonkeruussa on suotavaa, että se on monikanavaista, että siinä on mukana haastatteluja, tutkijan omia muistiinpanoja, autenttisia asiakirjoja ym. (Anttila 2006, 277). Kysymyksiin haettiin vastauksia itsearviointilla. Itsearviointilomake oli muokattu CAF-2002 itsearviointin pohjalta. Aineistoa on kerätty itsearviointikyselyn lisäksi esitietolomakkeella (Webropol-kysely) sekä arviointikeskusteluilla, joita myös nimitetään tässä tutkimuksessa haastatteluiksi. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on saada sellaista tietoa, jolla on merkitystä yleisimminkin kuin pelkästään yhdelle tutkittavalle kohteelle (Anttila 2006, 282).

## 5.2 Itsearviointikysely

Kun tätä tutkimusta aloiteltiin, valittiin mittariksi CAF-itsearviointi (Common Assessment Framework). Oli järkevää valita mittari, joka on jo valmiiksi kehitelty julkisten organisaatioiden kehittämisen itsearviointiin. CAF on laadunarviointityökalu, jolla arvioidaan toimintatapoja, joilla mahdollistetaan hyvien tulosten syntyminen (CAF 2006, 4) CAF-kyselylomaketta lyhennettiin ja muokattiin tähän arviointitutkimukseen sopivaksi. CAF-kyselylomake sisälsi arvioinnin kohteena kehittämistyön suunnittelun sisältäen suunnitelman sisällön, suunnitelman toteuttamisen ja seurannan omassa organisaatiossa. Kehittämistyön toteutus oli toisena arviointiosana ja viimeisenä arvioitiin kehittämisen johtamista ja resurssointia, joka sisälsi henkilöstösuunnittelun, moniammatillisen tuen, henkilöstön osaamisen arvioinnin ja johtamisen vastuuttamisen ja yhteistyön. Lomake pyydettiin lähettämään ennen haastattelua ja osa tutkimukseen osallistuneista ryhmiä lähetti vastauksen ja osa toi mukanaan haastatteluun. Tutkija ei saanut siis kaikkia vastauksia etukäteen, sillä osa vastaajista oli kokenut lomakkeen vastaamisen vaikeaksi. Tutkija lähetti lisäinformaatiota auttamaan lomakkeen täyttämässä. CAF-itsearviointi oli suuntaa antava itsearvioinnin väline, jota hyödynnettiin haastatteluissa. Lomakkeet toimivat teemahaastattelun runkona. Tutkijan oli helpompi pysyä aiheessa ja pyytää täydennystä vastaajien antamiin pisteisiin. (LIITE 4)

Kun itsearviointiin päädytään, se kannattaa aloittaa kokoamalla ensin riittävästi taustatietoa asiasta (Anttila 50. 2007). CAF-itsearviointilomakkeen lisäksi ryhmille lähetettiin esitietolomake Webropol-kyselynä tulevaa tutkimusraporttia varten. Esitietokyselyssä haluttiin tietoa mm. kehittämistyöhön osallistuneiden määrästä, ammattinimikkeistä ja hankkeeseen käytetystä ajasta. (LIITE 3)

### 5.3 Haastattelut

Anttilan (2006,195) mukaan kun kysymyksessä on sellainen tiedon tarve, joka koskee asenteita, mielipiteitä, havaintoja yms. tarjoutuu tutkimusvälineeksi haastattelu. Tässä tutkimuksessa oli tärkeää saada lisätietoa itsearvointivastausten lisäksi haastattelun keinoin. Koska itsearvointilomake oli koettu vaikeaksi, oli luonnollista kerätä tarkentavaa ja selittävää tietoa haastatteluilla. Haastattelut toteutettiin Joensuun Siilaisten terveysasemalla huhtikuussa 2012. Haastatteluja toteutettiin kahden päivän aikana kuusi. Jokainen haastattelu kesti noin kaksi tuntia. Haastatteluihin osallistui 20 henkilöä. Kahdessa haastattelussa oli vain yksi henkilö vastaamassa. Ryhmähaastatteluja oli neljä. Haastatteluilla tarkennettiin itsearvoinnista saatuja vastauksia eli haastattelut olivat puolistrukturoituja eli ns.teemahaastatteluja, jolloin on tarkoitus varmistaa, että käsitellään juuri niitä kysymyksiä, joita etukäteen on ajateltu. (Anttila 2006, 196, Robson, 137.) Alasalo & Åkermannin (2011, 373) mukaan näitä haastatteluja voidaan kutsua ns. asiantuntijahaastatteluiksi, joissa haastateltavilta pyritään hankkimaan tietoa tutkittavasta ilmiöstä tai prosessista. Heidän mukaan kiinnostuksen kohteena ei ole ensisijaisesti asiantuntija sinänsä, vaan henkilöitä haastatellaan sen tiedon vuoksi, jota hänellä oletetaan olevan. Tässä tutkimuksessa haastateltavat valittiin sen takia, että he olivat osallisena tutkimuksen kohteena olevassa kehittämistyössä.

Haastattelut toteutettiin keskusteluina, jolloin haastateltavat eivät Robsonin (2001) mukaan välttämättä pidä keskusteluja haastatteluina eikä arvioijankaan tarvitse niitä siten nimittää. Puhuminen haastattelusta saattaisi jopa vähentää haastateltavien välittömyyttä. Silti ei tarvitse pelätä, että keskustelun haastatteluluonteisuuden mainitsemisen jättäminen olisi epäeettistä, varsinkin jos arvioijan rooli on kaikille selvä. (Robson 2001, 136.) Arviointikeskusteluissa oli useampi haastattelija. Myös Gray (2004, 230) tukee useamman haastattelijan läsnäolon, sillä yksi haastattelija voi johtaa keskustelua, jotta pysytään aiheessa, toinen haastattelija voi esim. kirjata ja havainnoida.

Ryhmähaastatteluja käytetään usein, jos vastaajilla on yhteisiä työpaikkakokemuksia. Eskolan mukaan suhteellisen homogeeninen ryhmä takaa sen, että kaikki ymmärtävät esitetyt kysymykset ja käytetyt



käsitteet. (Eskola & Suoranta 2005, 96.) Ryhmän tyyppinen koko on 5-6 henkilöä ja he keskustelevat siitä, mitä ajattelevat, tuntevat ja tietävät jostakin asiasta (Anttila 2006, 198). Eskola & Suoranta toteavat, että yhteiset kokemukset tekevät käyttäytymisestä julkista ja siten sitä on vaikea salata. Yhdessä haastateltaessa unohtuminen ja väärin ymmärtäminen on vähäisempää. Ryhmähaastattelussa saatetaan saada tietoa enemmän; osallistujat voivat yhdessä muistella tukea ja rohkaista. (Eskola & Suoranta 2005, 94,95, Kananen 2012, 100-101.) Robsonin (2001) mukaan puolistrukturoidussa haastattelussa haastattelijalla on työstänyt etukäteen valitsemansa pääkohdat, mutta voi kuitenkin vapaasti vaihdella kysymyksissä käytettyjä sanamuotoja ja vaihtaa kysymysten järjestystä. Jos haastateltava alkaa vastauksessaan käsitellä uutta asiaa, voi haastattelijalla puolestaan jatkaa aiheesta teemalistallaan tässä tapauksessa CAF -lomakkeella olevilla kysymyksillä. Haastattelun lopussa palataan käsittelemättä jääneisiin aiheisiin. (Robson 2001, 137.) Joensuun haastattelut etenivät edellä mainitulla tavalla. Hyvin organisoidussa ryhmähaastattelussa osanottajilla oli mahdollisuus kuunnella toisten keskustelua ja samalla saada kimmokkeita omia ajatuksia varten ja niiden selvempään esittämiseen. Samalla myös opittiin muiden ajatuksista. Ryhmähaastattelulla voidaan selvittää tavanomaista haastattelua paremmin esimerkiksi, kuinka ihmiset muodostavat ja kehittävät ajatuksiaan ja perustelevat niitä. Sen avulla voi tutkija saada esiin uusia näkökulmia asiasta.

Haastattelua on perusteltua käyttää sen joustavuuden vuoksi, koska haastattelun etuihin kuuluu tarvittaessa kysymysten toistamismahdollisuus ja oikaisemismahdollisuus väärinkäsityksissä. Haastattelun etuihin kuuluu kysymysten esittäminen siinä järjestyksessä kuin tutkija itse haastattelun aikana kokee parhaiten. (Kananen 2012, 104, Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Haastattelut ovat tutkijalle arvoitus ja uusien kysymysten lähde eli niissä tehdyt kysymykset ovat aivan muuta kuin tutkimuskysymykset. Haastatteluaineisto tarjoaa harvoin suoria vastauksia alkuperäiseen tutkimuskysymykseen. (Ruusuvoori ym. 2011, 10,13.)

#### **5.4 Webropol-kysely**

Tutkimuksen alkukartoitukseen käytettiin Webropol-kyselyä, joka lähetettiin etukäteen ennen

haastatteluja jokaiselle ryhmälle. Webropol-kyselystä saatiin alustavaa tietoa ryhmien jäsenten osallistumisesta mm. kylmäkouluksiin ja mahdollisista viitteistä siitä, mitä tulevassa haastattelussa tulisi ottaa huomioon. CAF-itsearviointikysely tuotettiin Webropol kyselystä saaduista vastauksista. Webropol-kyselyn tulokset ja CAF-itsearviointikyselyn tuloksia vertailtiin keskenään ja niistä saatu tieto tuki toisiaan. Vastauksia verrattiin keskenään ja huomattiin, että Webropol kyselyllä saatiin paljon samanlaista tietoa, kuin varsinaisissa haastatteluissa. Erona oli, että haastattelussa tuli monipuolisempaa ja tarkempaa yksilökohtaista tietoa. (LIITE 3)

## **5.5 Aineiston analyysi**

Tutkimuskysymys sekä tutkijan lukemisen tapa, tulkinta ja valinnat ohjaavat ja jäsentävät aineiston käsittelyä (Ruusuvuori ym. 2011, 15). Aineiston voi tavallisesti analysoida ainoastaan kenttätutkimuksen suorittanut henkilö, mikä toteutui tässäkin tutkimuksessa. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Metsämuuronen (2003, 253) mainitsee, että sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sisällönanalyysillä voidaan tuottaa uutta tietoa, uusia näkemyksiä sekä saattaa esiin piileviä tosiasioita. Sisällönanalyysin luokittelurungon lähtökohdaksi voidaan ottaa tässä tutkimuksessa aiempi saatu tieto tutkittavilta ihmisiltä. Aiempaa tietoa on saatu Webropol-kyselyllä sekä CAF-itsearvoinnin vastauksista. Arviontikeskustelut /haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin keskusteluun osallistuneiden luvalla. Haastattelun litteroinnin jälkeen sisällönanalyysiluokkiin nousi uusia ilmiöitä. Sisällön analyysi eteni aineistolähtöisesti eli induktiivisesti. Analyysi perustui analyyttiseen induktioon, vertailuun sekä poikkeustapausten etsimiseen. Aineistosta etsittiin säännönmukaisuuksia, joiden paikkaansa pitävyttä testattiin koko aineiston avulla. Tarkoitus on paljastaa tekstin ydinsisältö. (Kananen 2012, 115-117, Ruusuvuori 2011, 276-277). Analyysi sisälsi kuuden haastattelun alkuperäisilmaisut, alaluokat ja niistä muodostuneet yläluokat. Lopuksi tutkija vertaili kaikkien ryhmien yläluokkia ja päätyi tuloksiin.

Poikkeustapauksiakin tutkija otti mukaan, sillä laadullisessa tutkimuksessa yksittäisillä odottamattomilla ilmaisuilla on merkityksensä yksilölle ja täten myös merkittävyyttä tutkimuksen

tuloksille. Tuloksia vertailtiin ohjelmateoriaan ja saatiin vahvistusta siitä, että kehittämistyö toteutettiin ohjelmateorian mukaan. Metsämuurosta(2003, 254) mukaillen johtopäätökset irrotettiin yksittäisistä henkilöistä, tapahtumista ja lausumista ja siirrettiin yleiselle käsitteelliselle tasolle eli abstrahoitettiin. Tällöin johtopäätökset eivät enää edusta vain tutkittavia tapauksia, vaan siirtyvät yleisemmälle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle (Taulukko 1).

*TAULUKKO 1. Esimerkki sisällönanalyysistä*

Alkuperäisaineisto	Alaluokat	Yläluokat
-tällä on meille paljon annettavaa -pitää aika moneen asiaan kiinnittää huomiota -avartanut näkemyksiä -on ruvettu potilaskohtaisesti ajatteleen -osastokokouksessa käytiin läpi ja puhuttiin mitkä asiat näyttäytyy meillä ja miten pitäisi muuttaa	Muutoksen tarpeen tunnistaminen  Työnkuvan tarkennuksia	Työnkuvan ja asenteiden muutos
-rungossa on kuten laatukäsikirjassakin talokohtaisia tarkennuksia ja erilaisia ohjeita -nyhän on kiinnitetty ovien lukituksiin huomiota, kun oli nämä hirveät pakkaset, ettei kukaan pääse karkaamaan osastolta	Taloteknisten ja turvallisuusasioiden tarkistaminen ja kuntoon saattaminen	Konkreettiset toimenpiteet

## 6 TULOKSET

Tutkimuksen tuli selvittää, mikä Joensuun kylmän ympäristön terveyshaittoja ehkäisevässä kehittämisspilotissa aikaansai suotuisaa kehitystä (=toivotut tulokset) ja missä olosuhteissa näin tapahtui. Erityisesti haluttiin selvittää, mikä merkitys oli KYTEM-hankkeen tarjoamalla tukitoimilla saavutettuihin tuloksiin. Ulkopuolinen hanke voi olla edistämässä kehitystyötä, mutta ei ilman kehitystyössä mukana olevan organisaation omia panoksia. Siksi tutkimuksella haluttiin selvittää myös organisaation omien toimintojen merkitystä kehittämistyön onnistumisessa.

Itsearviointin ja arviointikeskustelun kautta saatiin tietoa siitä, miten henkilökunta oli osallistunut kehittämiskokeiluun, millaisia kokemuksia heillä oli, millaista tukea he saivat ja mitä tukea he olisivat kaivanneet.

### 6.1 Paikallisen mallin toimintasisällön suunnitelman toteutuminen

Intervention suunnitelmasta oli tehty kirjallinen suunnitelma joka oli tarkoitettu koskemaan koko toimintasektoria. Suunnitelma oli käsitelty avauskokouksessa kesäkuussa 2011.

*” Suunnitelman sisältöä sovittiin silloin kesän loppuvaiheessa ja sen mukaan on eletty.”*

*” Meillä normaali johtamisjärjestely, sovittu kokouksia ja nimetty kehittämisryhmät*

Vastauksista kävi ilmi, että osa henkilökunnasta tunsu suunnitelman, mutta oli myös niitä työntekijöitä, jotka kertoivat, etteivät olleet kuulleet suunnitelmasta.

*” Ihmetelty, että mikä kylmä”*

Suunnitelma oli tehty avainhenkilön toimesta ja tästä suunnitelmasta olivat useat ryhmät tehneet omat

toimintasuunnitelmat interventiolle. Pilottiryhmissä opittiin arvioimaan kylmän terveyshaittojen aiheuttamia terveysongelmia ja toteuttamaan aiheesta omia ohjeistuksia. Pilottiryhmät käyttivät tukitoimia oman toimintansa kehittämiseen. Oli mm. tehty itselle sopiva koulutustapa, jota sitten käytettiin ryhmäohjauksessa. Toisaalta joku ryhmä kertoi avainhenkilön suunnitelman olleen niin hyvä, että he pystyivät toimimaan sen mukaan ja tekemään omia suunnitelmia ja uusimaan toimintatapoja perustuen alkuperäiseen suunnitelmaan.

*”M.K teki palaverin pohjalta ansiokkaan esityksen henkilökunnalle”*

Yksi ryhmä mainitsi, että toiminnalle ei ollut jatkuvuutta, koska omassa yksikkökohtaisessa suunnitelmallisuudessa oli puutteita.

*”Suunnitelmallisuutta toivoisi todella pitkälle ajalle, jos halutaan vahvaa toteutusta ja suunnitelmallisuutta.”*

Vaikka aloitussuunnitelma oli tehty, tiedon puute hidasti intervention etenemistä. Koettiin, että tiedon siirto heikkeni mm. henkilöstövaihdosten takia. Osa luuli, ettei ylin johto ole mukana.

*”Tässä tietysti näitä henkilöstömuutoksia tuli.”*

*”Ensimmäiseen palaveriin, niin siihenhän määrättiin tai kutsuttiin eri henkilöt mitä loppujen lopuksi tässä on ollut toiminnassa.”*

*”Esimiehen vaihdokset vaikuttaa”*

*”Ylin johto ei ole mukana”*

Vahvasti kuitenkin mainittiin, että tietoa saatiin sähköpostin avulla, joka oli ensisijainen tiedonsiirrossa. Yhteistyötä esteenä mainittiin tiedon siirron haasteellisuus. Kunta on laaja ja pisteet kaukana toisistaan.

*”Meillä on paljon muitakin asioita, joten siihen suhteutettuna hyvin me saatiin tätä tietoa*

vietyä”

*”Se tieto menee hyvin sinne kentälle kun se tulee osastonhoitajan kautta lähiesimiehelle ja meidän lähiesimiesten tehtävänä on kertoa se henkilökunnalle.”*

*”Tiedon jakaminen/siirto on kaiken kehittämistoiminnan meidän ydinhaaste”*

*”Koulutus ja tiedotus on sellaisia haasteellisia asioita, kun on ison organisaation toiminnasta kysymys.”*

*”Sähköpostilla kierrätettiin koko ajan.”*

*”Sähköposti hyvä työväline, kun on monessa pisteessä”*

Haasteelliseksi koettiin ajoittainen tietotulva, joka esti kehittämisen hahmottamisen monen muun uuden asian joukosta. Myös tiedotteiden laadulla oli suuri merkitys.

*”Henkilökunta on saanut yllin kyllin tietoa, kaikkia ei ehdi lukea, varsinkin jos on 10 sivuinen, jotkut tiedotteet ovat liian pitkiä.”*

Tieto kylmän ympäristön terveyshaitoista ja niihin liittyvistä ohjeista oli siirretty tietokantojen hoitopolkuihin., jotka olivat kaikkien saatavilla ja käytettävissä. Tiedonsiirrosta oli huolehdittu, tiedon johtamisessa oli tämän suhteen onnistuttu.

*”Ohjeistus on Mediatrissa.”*

*”Luulisin, että ohjeistus on myös Intrassa.”*

*”En ole ollut missään koulutuksessa, olen vain lukenut Mediatrista.”*

Kylmän terveysriskien ohjeistus oli lisätty perehdytykseen, joten tieto oli pysyvästi saatavilla.

*” Kaikki käy perehdytysohjelman läpi, se on sellainen runko-ohjelma, johon liittyy linkit.”*

Perehdytyksen kautta uudet työntekijät saavat tietoa kylmän riskien ehkäisystä. Tietoa päivitettiin mm. siten, että kaupungin internet-sivuilta poistettiin kylmätieto keväällä ja taas tarkennuksen kautta lisättiin syksyllä. Kylmän aikaisia tietoiskuja kaivattiin lisää ohjauksen tueksi.

## **6.2 Paikallisen toimintamallin kokeilun toteuttamisesta**

### **6.2.1 Aiheeseen kiinnittyminen ja toiminnan tuottamia tuloksia**

Varsinainen toiminta alkoi tiedottamisella ja materiaaliin tutustumisella. Käytännössä ohjaustoiminta liitettiin normaaliin toimintaan, vastaanotoille, kotikäynneille, potilasryhmien tapaamisyhteyteen. Aihe koettiin osana omaan työhön sopivaksi ja aihe olikin osaltaan tuttua asiaa.

*”Tämä niin kuin istuu minun sabluunaan hyvin”*

*”Että tämä olisi viety sinne henkilöstötasolle, että jokainen tietäisi miten ohjata plus, että tämä tieto olisi ikäihmisillä ja pitäisi olla keinoja jolla tavoittaisi ne ihmiset, jotka ei ole sillä tavalla aktiivisia.”*

Arviointikeskustelussa tuotiin kuitenkin voimakkaasti esille, että alkuun tuli tunne, ettei tämä aihe kosketa omaa työtä.

*”Kun kuulimme tästä, ensin ajattelimme, että eihän se mitenkään meitä liikuta”*

*”Jos olisimme lähteneet toisella asenteella liikkeelle, aina on ennakkokuuloja.”*

Tiedon lisääntyessä asenne muuttui melko nopeasti. Hoitohenkilökunta huomasi, että aihe kuuluu jokapäiväiseen työhön.

*”Sitten kun me tähän kiinnityttiin ja saatiin teoretietoa, sittehän me kiinnostuttiin”*

Terveyttä tukevaan ympäristöön kiinnitettiin aiempaa enemmän huomiota, mm. lukituksia uusittiin, potilashuoneiden lämpötiloja tarkkailtiin ja potilaiden vaatetukseen liittyviä asioita huomioitiin enemmän. Epäkohtiin puututtiin myös kumppanuuden kautta, mm. sairaalan remonttivaiheessa otettiin huomioon kylmän haittatekijöitä. Rakennusvaiheen asiantuntijat kuuluivat terveydenhoitoalan asiantuntijoita (hoitohenkilökuntaa), jotta asiakasnäkökulma toteutuisi terveellisen ympäristön luomisessa. Merkittäviä muutoksia toteutettiin mm. uuden sairaalan vuodeosastojen remontissa. Henkilökunta sai oman näkemyksenä tuoda hyvin esille sidosryhmien kanssa käydyissä keskusteluissa. Tässä korostui asiakasnäkökulma, mutta myös työntekijöiden ympäristön paraneminen. Esille tuli myös hyvän suunnittelun kautta saatava taloudellinen hyöty, joka näkyy ns. toisen asteen tuloksena.

*”Teknisen puolen miehet, arkkitehdit, ovat ihan oikeasti kuunnelleet ja todenneet, että pitää jo nyt laittaa rakennusvaiheessa asiat kuntoon”*

## **6.2.2 Asiantuntijatiedon ja täydenniskoulutuksen merkitys**

Asiantuntijatukea pidettiin arvokkaana ja sitä toivottiin jatkossakin olevan saatavilla.

*”Se uskottavuus on asiaan erilainen, kun asiantuntija luennoi tai pitää koulutuksen.”*

*”Olisi varmaan hyvä järjestää vielä koulutus asiantuntijan pitämänä.”*

Vastausten perusteella asiantuntijan pitämä koulutus tai muu osallistuminen lisäsi uskottavuutta. Keskustelussa tuli ilmi, että ilman asiantuntijatukea kehittämistyö ei olisi edennyt kovin pitkälle. Asiantuntijan aktiivinen osallistuminen ja kiinnostus pilottiryhmien etenemisistä edesauttoi motivaation ylläpidossa kaiken muun uuden asian runsaudessa.

Keskusteluissa korostui, että tämä asiantuntijatieto vahvistaa jo olemassa olevaa tietoa ja taitoa, mutta nyt ohjaus perustuu tutkittuun näyttöön ja se taas lisää luotettavuutta asiakkaan ja työntekijän välillä. Hiljainen tieto tuli näkyväksi.



PPSHP: n tukimateriaali (oppaat, koulutukset, asiantuntijatuki, videoneuvottelut, internet-sivut) koettiin merkittäväksi. Materiaalia oli käytetty joka ryhmässä ja sitä pidettiin laadukkaana. Muutamassa ryhmässä toivottiin lisää valmista materiaalia, jota voi antaa asiakasohjauksessa.

*”Eri kielten infomateriaalin tarve valtavan suuri”*

*”Infolehtisiä on kanssa mietitty, tuonne kotihoidon ihmisille.”*

Aiheen sisäistämistä tuki tärkeäksi koettu asiantuntijoiden tekemä Kylmä-kuumaopas, josta henkilökunta sai ymmärrettävää ja aihekohtaista tietoa ohjauksen tueksi. Opas koettiin asiantuntijakoulutuksen lisäksi erittäin arvokkaaksi tekijäksi kehittämistoiminnassa. Se otettiin henkilökunnassa avosylin vastaan, kaikki mikä tukee ohjausta on tervetullutta.

*”Hyvä työkalu ohjeistukseen.”*

*”Kylmä-kuumaopas oli keskeinen kautta linjan”*

*”Hyvä tietopaketti on käytettävissä”*

*”Hyvä systeemi, että tehdään ohjeistuksia, joita voidaan ottaa käyttöön meille, jotka teemme asiakastyötä.”*

Pilottiryhmissä oli hyödynnetty vahvaa ruohonjuuritason osaamista antamalla henkilökunnalle valtuudet tehdä omia ohjeistuksia ja toimintatapoja omaan työhön sopiviksi. Kylmän terveyshaittojen ehkäisyn kehittämistoimintaan osallistuminen tapahtui oman työn ohessa.

*”Huoneentaulut, ne löytyy meidän jokaisesta neuvolasta.”*

*”Joissakin itsehoitopisteissä voi pitää diaesityksen.”*

Tukimateriaalin pohjalta tehdyt ”Huoneentaulut” olivat ohjauksessa jo hyvin käytössä. Ilmi tuli myös, että osallistuminen huoneentaulujen tekemiseen olisi auttanut pääsemään sisälle aiheeseen paremmin.

Osallistaminen ja osallisuus omassa työyhteisössä koettiin tärkeäksi.

Osa vastaajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta aiheesta vahvistaakseen lisää osaamistaan vaikkakin peruskoulutuksen ja työn tuoma kokemuksen kautta asia oli osittain tuttu. Varsinkin asiantuntijan pitämää koulutusta kaivattiin lisää.

*”Se täydennyskoulutuspäivä voisi auttaa.”*

Lisäkoulutuksen arvioitiin lisäävään osaamista. Koulutuksiin pääsy oli vaikeaa työn ohessa. Koulutuksien ajankohdalla oli iso merkitys.

*”Alle kuukauden varotusajalla tulee ilmoitus koulutuksesta, niin se ei ole helppo järjestää.”*

*”Harmillisen vähän oli mahdollista osallistua.”*

*”Ensimmäinen koulutus tuli aika nopeasti, kun on tämä vuorotyö.”*

Syynä tähän mainittiin aikataulutus. Liian nopeasti ilmoitetut koulutusajankohdat estivät pääsyn koulutuksiin. Keskusteluissa tuli ilmi, että työkirjat ovat pitkälle suunniteltuja, eikä asiakaskontakteja voi perua koulutuksen takia. Työt kasaantuvat tällä tavoin. Lähes kaikissa ryhmissä oli kuitenkin pidetty koulutuksia tiedotusperiaatteella mm. kuukausikokouksissa ja osastopalavereissa. Tätä pidettiin osassa ryhmissä puutteellisena koulutuksena, vaikkakin tieto kulki hyvin kokouksissa. Jotkut henkilökunnasta kokivat, että aihe jää liian puutteelliseksi, lähinnä informaatioasteelle, jos ei pääse varsinaiseen koulutukseen.

Jotkut ryhmät toivat esille, että koulutustapoja tulisi olla erilaisia, mm. asiantuntijakoulutuksen videointi ja näyttäminen sopivalla ajankohdalla lisäisi koulutuksen saaneiden määrää.

*”Koulutustapoja pitää olla erilaisia käytettävissä.”*

*”Iso organisaatio ja pisteet hajallaan niin ideaalia ei ole, että asiantuntija käy joka paikassa pitämässä luentoa.”*

Lähes jokaisen ryhmän vastauksista tuli ilmi, että kehittämistyö on osa omaa työtä. Lisäresursseja ei ole annettu. Toisissa ryhmissä tuli esille, että asia sopii hyvin työnkuvaan ja se tehdään osana arkityötä. Ongelmaksi tuli kuitenkin muiden tehtävien vähempi huomioiminen. Aika koettiin rajalliseksi, muita uusia asioita oli menossa ja tulossa lisää.

*”Hirveän tiukka aikapula töissä”*

*”On ollut paljon muutoksia, ei ole ehditty paneutua tähän.”*

*”Resursseihin ei me voida varsinaisesti vaikuttaa.”*

Tieto vähäisistä resursseista oli yleinen, ja sen takia niitä ei edes osattu odottaa.

### **6.2.3 Itsearviointin merkitys työn kehittämiseksi**

Haastattelun kautta osa vastaajista koki saavansa palautetta jo tehdystä hyvästä työstä. Haastattelujen kautta moni vastaaja koki motivoituvansa enemmän aiheesta ja täten osoitettavissa oli jo tuloksia terveyttä edistävästä työstä. Arviointikeskustelu koettiin myös voimaannuttavaksi ja se toi aiheen lähemmäksi omalle työlle. Yleensäkin keskustelua kaivattiin enemmän uuden asian tiimoilta, jotta sisäistäminen helpottuisi. Tämä tarkoittaa oman organisaation sisäistä vuoropuhelua.

*” Minusta on hyvä tällainen (haastattelu) vapaamuotoinen keskustelu, voimaantuu, että saa eväitä itselle viedä asiaa eteenpäin.”*

Arviointikeskustelu tuotti palautetta ja oli samalla osa oman työn kehittämistä. Osallisuuden kautta oli ymmärretty paremmin asioita, joita omassa yksikössä oli meneillään.

*”Tämä toi yhden ulottuvuuden meidän työhön, meille uusi asia tämä itsearviointi, ei olla totuttu tällaiseen arviointiin.”*

*”Tämä oli yksi oppimiskokemus, pitää ottaa opiksi mitä tehdään ensi kerralla erilailla.”*

*”Tämä on palautetta meille.”*

#### **6.2.4 Yhteistyö**

Yhteistyötä tehtiin mm. huoneentaulujen laatimisissa. Tehdyt huoneentaulut jaettiin halukkaiden ryhmien käyttöön. Yhteistyö Kansanterveyskeskuksen kanssa koettiin antoisaksi. Yhteistyöllä oli vahvat perinteet historiasta mm. Pohjois-Karjala-projektista.

*”Ihana yhteistyö Kansanterveyskeskuksen kanssa.”*

*”Kansanterveyskeskus tuotti materiaalia kuntalaisille jota voi hyödyntää.”*

Yhteistyötä ja verkostoitumista kaivattiin oman työn tueksi. Ajatuksia tiedon levittämiseksi mainittiin mm. ikäihmisten seniorineuvonta Ankkuri, jossa vierailee asiantuntijoita eri aloilta. Ikäihmisille tarkoitetun kaupungin järjestämän kohtaamispaikan perustavoite on ikäihmisten elämänlaadun edistäminen ja tukeminen.

*”Asiakaskontakteissa esim. Ankkurin työntekijät vois tätä viestiä viedä.”*

*”Omaishoitajien kanssa teen työtä, siinäkin olisi kanava”*

Pilottiryhmissä oli hyödynnetty vahvaa ruohonjuuritason osaamista antamalla henkilökunnalle valtuudet tehdä omia ohjeistuksia ja toimintatapoja omaan työhön sopiviksi. Osallistuminen tapahtui oman työn ohessa.

*”Minulla on tietyt jutut mitä minä suunnittelen ja tämä kuuluu yhtenä suunnittelutyössä.”*

Toisaalta yhteistyön puute saattoi estää intervention alussa suunnitellun oman toiminnan etenemisen. Mainittiin myös, että yhteistyötä ei ollut lähiesimiehen kanssa ja tätä kautta ohjeistus jäi epäselväksi.

*”En ole saanut muuta ohjeistusta, olen tehnyt mieleisekseni ja koulutuksista olen poiminut tietoa”*

*”Olisi sitä tukee sieltä johdon puolelta.”*

Vastauksissa tuotiin esille, että johdon ja henkilöstön välistä yhteistoimintaa pidettiin lähtökohtana toiminnan kehittämisessä. Tässä voidaan kuitenkin todeta, että jokaisella työyhteisöllä oli erilainen tapa toimia esimies-työntekijä tasolla. Toisissa ryhmissä esimies oli vahvasti mukana suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. Toisissa ryhmissä annettiin valtuudet tehdä itsenäisesti työtä, joka tosin toi esille yksin puurtamisen vaarat. Työntekijää arvostettiin ja häneen luotettiin, mutta aina työtä ei osattu delegoida, vaan nöyrästi tehtiin, mitä oli toimeksi annettu. Tällöin työmäärä lisääntyi, muut asiat jäivät hoitamatta intervention toimien hoitamisen takia.

*”Kun on tullut näitä uusia tehtäviä, niin perustehtävääasioita on jäänyt niin kuin katveeseen”*

Tällöin tuli myös esille, että asiaa ei ehditty sisäistää ja siksi koettiin, ettei osata kouluttaa kollegoita tiedon puutteellisuuden takia.

*”Koen, että pitäisi olla vielä syvemmällä tässä asiassa, että minä pystyisin kollegoja kunnolla opastamaan ja neuvomaan.”*

Delegoinnin ja yhteistyön puutteen takia myös resurssit koettiin riittämättömiksi. Toki resursseihin vaikuttivat myös sairauslomat, henkilöstövaihdokset ja säästöt.

## 6.3 Kehittämistoiminnan vaikutuksia asiakasnäkökulmaan

### 6.3.1 Puheeksiottaminen

Itsearvioinnin ja haastattelun tuloksista kävi ilmi, että asiakasnäkökulmaa oli tarkennettu. Keskusteluissa tuli esille, että vastaajat olivat punninneet omaa ammattitaitoa suhteessa ohjaukseen.

*”Hyvä, että on muutakin keskusteltavaa kylmänä päivänä, kuin että onpas kylmä ilma, tavallaan tämä on uutta kun on otettu tämä siihen ohjaukseen.”*

*”Nyt puututaan asiakkaan hoidossa kylmän vaikutuksiin, varsinkin astmassa.”*

*”Omassa henkilöstössä ihmettelyä, että ihanko todella se verenpaineikin saattaa nousta kun ilman hattua...”*

Esiin nousi piilevä työntekijöiden osaaminen ja motivaatio tehdä asioita toisella tavalla. Interventio lisäsi ja vahvisti jo olemassa olevaa tietoa. Useassa ryhmässä oli syntynyt ajatus sisällyttää kylmän terveyshaitoista tiedottaminen jokaiseen asiakaskontaktiin kylmänä vuodenaikana.

*”Olisi hyvä ottaa kaikille asiakaskontaktissa yhteydessä”*

Arviointikeskustelussa mainittiin, että työntekijän ääni tulee nyt paremmin kuultua asiakkaan tarpeiden täyttämässä. Esille tuotiin myös, että nyt uskalletaan puuttua ja puhua helpommin tiedon lisääntyessä, osataan vaatia asioita asiakkaan parhaaksi. Hallinnan tunne tuli oivalluksesta, että tämä on tuttua asiaa, joka osataan, mutta oikeanlainen termofysiologinen tieto tukee työnhallintaa asiakasohjauksessa. Ohjauksen laatu parani tiedon avulla.

*”Työntekijänä sanon, että olemme saaneet äänemme kuuluviin”*

*”On ainakin keskusteltu, uskalletaan puuttua helpommin, ei lasketa läpi käsien.”*

*”On aina ollut hoitotyön auttamiskeino, mutta nyt on ruvennu syvemmin miettimään.”*

*”Tämähän on ihan arkipäivää hoitotyössä, potilaiden tarpeitten seuranta.”*

*”Pitää potilaskohtaisesti ajatella.”*

*”Ruvettiin kiinnittää huomiota.”*

### **6.3.2 Asiakkaan tietoisuuteen vaikuttaminen**

Pilottiryhmissä asiakkaan avustaminen tapahtui lisäämällä tietoa ja muuttamalla ympäristöä terveellisempään suuntaan. Asiakkaan ohjauksessa tuli esille omahoitaminen. Arviointikeskusteluissa tuli ajatuksena lisätä kylmäpiste omahoitopisteisiin, joita laajassa kunnassa oli useita. Tietoisuutta oli jo lisätty yleisökoulutuksilla, joihin oli luotu tukimateriaalista oma koulutus pohja. Ikäihmisille oli järjestetty tiedotustilaisuuksia terveyteen vaikuttavien terveyshaittojen olemassaolosta ja niiden ehkäisystä.

*”Minä olen käynyt pitämässä M.K dian pohjalta kolme dia-esitystä, olen muotoillut sitä itselle sopivaksi, sillä tavalla vienyt tätä kylmätietoa eteenpäin.”*

Suurelle yleisölle oli onnistuttu viestittää median kautta kylmän terveyshaittojen ennaltaehkäisyä. Joensuun kaupungin tiedottajan kanssa yhteistyössä lisättiin tietoisuutta kylmän ympäristön vaikutuksista. Tietoa oli esillä mm. paikallislehdessä ja kaupungin internet-sivuilla.

*”Olemme ohjanneet asiakkaita kaupungin nettisivuille.”*

Havaittiin, että asiakaskontakteissa tuli jo esille asiakkaan tietoisuuden kasvaminen kylmän terveyshaitoista median välittämänä. Keskustelussa esitettiin aiheen tuomista myös ilmaisjakelulehtiin ja radioon. Ikäihmisille ne ovat tärkeitä tiedon saamisessa, vaikkakin perustasolla työskentelevä henkilöstö mainittiin tärkeimmäksi asiantuntijatasoksi asiakkaiden tarpeiden tunnistamisessa.

Kuitenkin mainittiin, että jos aihe on laajassa tietoisuudessa, se etenee asiakaskontakteissa paremmin. Media koettiin oivaksi avuksi terveyden edistämistyöhön.

*”Kyllä nämä asiat on meillä tiedossa, jos asiakas ottaa esille, kun on lukenut esimerkiksi paikallislehdestä.”*

*”Asiakkaat lukevat hyvin tarkkaan paikallislehdet, ja ne käy vastaanotolla läpi niitä asioita mikä lehdessä herättää.”*

*”Median tuoma julkisuus tuo mukavasti meidän työhön keskustelua.”*

Aihe oli myös esillä valtakunnallisessa mediassa kuten Helsingin Sanomissa, Karjalaisessa ja Lääkärilehdessä. Ilmaisjakelulehtiin kaivattiin tiedottamista, ikäihmiset lukevat paljon ilmaisjakelulehtiä ja niiden levikki on laaja. Passiivinen tiedottaminen on kuitenkin tehotonta, jos ihminen on huonokuntoinen. Siksi tarvitaan tukihenkilöitä ja kotikäyntejä. Joensuussa kotikäynteihin oli hiljalleen sisällytetty ohjeistusta kylmän riskeistä.

*”Kun palveluohjaajat käy kotikäynnillä, niitten pitäisi kiinnittää huomiota niihin asioihin, lämpötilaan ym. ympäristön osalta.”*

Keskusteluissa tuotiin esille myös omaisten tietoisuuden lisääminen ohjauksella. Tähänkin tarvitaan termofysiologista tietoa lääkkeiden vaikutuksista, verenpaineen noususta kylmässä ja esim. kerrospukeutumisesta.

Osa vastaajista oli jo tehnytkin omaisten ohjausta kylmän terveyshaittojen ehkäisevässä työssä.

*”Potilaat ja omaiset voisi hyötyä näistä huoneentauluista.”*

*”Neuvotteluja omaisten kanssa.”*

*”Kotona ohjauksen rooli korostuu, miten saadaan ne kotiutuvan potilaan kotiolut.”*

Henkilökunta mietti työmenetelmiä, joilla ohjata omaista. Esille tuli miten omaisen saa tietoa kylmän



terveyshaitoista.

### 6.3.3 Asiakaspalaute kehittämisen tukena

Uuden tiedon tärkeänä lähteenä ovat asiakkaat Heiltä saatavan tiedon kokoamista ja analysointia voidaan systematisoida. Suullista asiakaspalautetta oli saatu asiakaskäynneillä. Palaute oli positiivista. Tieto otettiin hyvin vastaan ja se koettiin hyödylliseksi.

*”Hyvin on vastaanotettu tämä tieto.”*

*”Niitä ei tunnisteta niitä oireita.”*

*”Palaute on ollut myönteistä, just sellaista, että ei ole koskaan tullut ajatelleeksi tällaisia asioita.”*

Kirjallisia asiakaspalautteita ei vielä ollut satavilla, mutta sitä toivottiin ja sen saamiseksi oli jo ajatusta.

*” Sittehan meillä on tää asiakaskysely tietyin ajoin.”*

*”Ei voi tehdä muutoksia, ennen kun on todettu joki asia, asiakkailtahan se palaute tulee.”*

*”Asiakaskyselyssä kysytään mm. hoitoympäristön siisteydestä, yhtenä asiana voisi olla onko lämpötila ollut oikea, miten potilaat on kokenut sen.”*

Asiakaspalautetta oli mahdollisuus antaa kaupungin nettisivuilla, mutta palautetta ei vielä saatu lyhyen ajan takia.

## 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksissa kävi ilmi, että tiedon siirrolla on erittäin suuri merkitys intervention toteutumiselle. Kehittämistyön lyhyt aika oli eräs merkittävä syy siihen, että tieto ei ollut saavuttanut kaikkia asianomaisia. Perimmäinen tarkoitus ei kuitenkaan ollut toimintamallin toteutuminen ja eteneminen organisaatioiden kaikissa osissa, sillä kehittämisen jatkumolle on annettu tilaa oman organisaation sisällä. Muutoksen johtamisessa tärkeäksi tuli esille, että kehittämistyön suunnitelma tulisi olla kaikkien tiedossa. Kattava suunnitelma ei ollut saavuttanut koko henkilökuntaa ja täten kehittämistoiminnan tarkoitus oli osalle henkilökuntaa tuntematon asia. Sähköpostin kautta tiedottaminen koettiin toisaalta hyväksi, mutta sähköpostin kautta tulee paljon viestiä, joten osa tiedotteista hukkuu tietotulvaan. Sen takia tiedotuspalaverit interventioista koettiin tärkeiksi. Lähiesimiehen kanssa käydyt osastokokoukset olivat oiva keino tiedottaa interventioista. Valitettavasti niihinkään ei kaikki pääse.

Johdon sitoutumisella koettiin olevan suuri merkitys. Joensuussa lähijohto oli kiinnostunut ja sitoutunut kehittämistoimintaan. Kehittämistyö ei olisi edennyt ilman johdon vahvaa osallistumista. Osa henkilökunnasta ei ollut ymmärtänyt, että ilman ylimmän johdon sitoutumista koko kehittämistyötä ei olisi tehty ollenkaan. Tiedon kulussa ilmenneiden ongelmien, intervention lyhyen ajan ja laajan kunnan takia kaikki eivät ymmärtäneet tai tienneet johdon sitoutumisesta ja aktiivisuudesta. Joensuussa oltiin kuitenkin avoimia ja ennakkoluulottomia uusille ajatuksille. Kehittämiskulttuuri oli melko korkea, siellä kyettiin konkretisoimaan uusia asioita. Joensuussa on tarkoitus jatkaa kylmän terveyshaittojen ehkäisyohjauksen kehittämistä arkitoiminnassa.

Resursseista tärkeimmäksi koettiin osaava henkilökunta. Koulutuksiin oli halukkuutta ja selvää tarvetta. Tärkeimmiksi terveyden edistämisen lyhyen aikavälin tuloksiksi tutkija nostaa tietoisuuden

lisääntymisen kylmän terveystorkeistä ja niiden kautta syntyneet ajatukset muuttaa omaa toimintaa parempaan suuntaan kylmänajan ohjeistuksissa. Tiedon lisääntymiseen tarvittiin asiantuntijatuken, varsinkin termofysiologisen osaamisen vahvistamiseen. Asiantuntijan pitämää koulutusta arvostettiin suuresti. Asiantuntijakoulutuksessa korostui uskottavuus asiasta. Tuloksista nousi vahvasti esille koulutukseen osallistumisen mahdollisuus. Intervention lyhyt aika esti tarpeeksi hyvän ja pitkän tähtäimen koulutussuunnitelman. Esimerkiksi neuvoloiden henkilökunnan työkirjat olivat suunniteltu pitkälle eteenpäin asiakastapaamisille. Pääsy asiantuntijan pitämään koulutukseen lisäsi osaamista ja vahvasti ymmärrystä kylmän ympäristön terveyshaitoista.

Sydän- ja verisuonitautiasiakkaiden Tulppa-ryhmän ohjauksessa kylmän terveyshaittoja oli jo huomioitu ohjauksessa. Asiakasohjaukseen oli mietitty vaihtoehtoisia tapoja. Vastauksista kävi ilmi, että oli järjestetty omalle toimialueelle alkuperäisen koulutuksesta lyhennetty ja omalle asiakasryhmälle sopiva koulutus. Tuloksissa korostui myös asiakaskontakteissa annettavan ohjausmateriaalin tärkeys. Itsehoitopisteisiin oli jo otettu kylmän terveyshaitoista kertovaa materiaalia. Niitä kaivattiin lisää, jo monikulttuurisuuden lisääntyminen takia eri kielillä annettava ohjausmateriaali on tärkeää. Lämpimistä maista tulevat ihmiset eivät esimerkiksi osaa varautua koviin pakkasiin oikeanlaisella vaatetuksella. Merkittävänä tukena ohjaukseen mainittiin asiantuntijoiden laatima Kylmäkuuma-opas (Hassi ym. 2011), josta saatiin huomattavaa tukea termofysiologisen tiedon ohjaukseen ja oman toiminnan kehittämiseen kylmän terveyshaittojen ehkäisyyn. Opas jaettiin henkilökunnan käyttöön muutaman kuukauden jälkeen aloituskokouksesta. Sen avulla henkilökunta laati myös omia ohjeistuksia mm. huoneentaulut (LIITE 8) tehtiin asiakasryhmäkohtaisiksi. Esimerkkinä myös mainittakoon Joensuun kaupungin työterveydessä tehty ohjeistus ”Kylmältistumiseen liittyvien terveyshaittojen huomiointi ja ehkäisy”. Joensuun seudun ympäristöterveydenhuolto oli päivittänyt ohjeen häiriötilanteiden ja poikkeustilojen suunnitelmaa. Ohjeeseen tarkennettiin mm. talvikauden hoitolaitosten sisälämpötilaan vaikuttavia asioita ja valmiuksia toimintaan häiriötilanteissa.

Toinen lyhyen aikavälin terveyttä edistävän toiminnan tuloksista voidaan mainita oman toiminnan arvioinnin merkitys kehittämistyössä. Pilottiryhmissä opittiin arvioimaan kylmän aiheuttamia

terveysongelmia. Kehittämistyön tukitoimien kautta kiinnitettiin huomiota tehtyihin muutoksiin omassa toiminnassa sekä saavutettuihin tuloksiin palvelujen paranemisessa kylmän terveystahojen ehkäisyssä. Kehittämistoiminnan kautta saatiin suora hyöty omaan työhön. Kehittämistyö toi mukanaan terveyttä edistävissä työssä tarvittavaa taitoa ja rohkeutta puheeksi ottoon ja varhaiseen puuttumiseen. Asiakasnäkökulma korostui toiminnan mukana. Pilottiryhmien vastauksista kävi toteen, että kehittämisen kautta on tullut rohkeutta tarttua puutteisiin herkemmin. Vaikuttava tulos oli sairaalan remonttisuunnitelmassa huomioitu kylmän vaikutus asiakkaisiin. Hoitohenkilökunnan osaamista hyödynnettiin remonttihankkeessa. Suunnittelijoita ja remonttimiehiä informoitiin hoitohenkilökunnan toimesta. Henkilökunta oli ymmärtänyt miten sen tulee puhua asiakkaan puolesta.

Paikalliselle väestölle tuotettiin terveystahojentää kylmän riskeistä median välityksellä. Sanomalehtien ja internetin kautta väestö sai ajankohtaista tietoa kylmän terveystahojentää. Median tuoma valistus oli tärkeää niin väestölle kuin myös terveystahojentöalan henkilökunnalle. Median kylmäinformaatio on oiva väline ohjauksen tueksi. Tuloksissa esille tuli myös, että mediassa oleva informaatio kylmän terveystahojentöistä tulee tuoda esille päivitettynä jokaisena syksynä.

Itsearviointi oli uusi ja outo asia monelle työntekijälle Joensuun avoterveystahojentöollossa. Henkilökunta huomasi, että itsearviointi palvelee omaa toimintaa, tuo uuden ulottuvuuden oman toiminnan kehittämiseen. Itsearviointia pidettiin myös uutena oppimiskokemuksena. Itsearviointi oli hyvä väline muuttaa omaa toimintaa. Tarve muutokseen lähti organisaation sisältä, jolloin se oli tarvelähtöistä. Muutokselle oli hyvät perusteet. Itsearviointi poiki uusia ajatuksia yhteistyön lisäämiseksi. Jokainen ryhmä ymmärsi yhteistyön ja verkostoitumisen merkityksen uusien asioiden toteuttamiseen. Vaikuttavana koettiin yhteistyö Pohjois-Karjalan Kansanterveystahojentökeskuksen kanssa. Yhteistyön tuloksena tuotettiin mm. huoneentauloja. Sisäiselle ja ulkoiselle yhteistyölle on hyvä saada jatkuvuutta, sillä huomattiin, että yhteistyön kautta resursseja ei tarvitse lisätä. Kehittämistyössä jaksaminen on koetuksella ilman yhteistyötä ja verkostoitumista.

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua

Hyvä tieteellinen käytäntö on tieteen etiikan keskeisin ilmenemismuoto. Se kattaa tutkimusprosessin kaikki vaiheet tutkimusongelman määrittelystä raportointiin. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tieteellisesti perusteltua tarvetta tutkimukselle. (Eriksson, 2008, 299.) Pölkkin (2010, 3) mukaan hyvän tutkimusaiheen kriteereihin kuuluvat ajankohtaisuus, kiinnostavuus ja yhteiskunnallinen merkitys. Jos saaduilla tutkimustuloksilla voidaan edistää potilaan ja hänen perheensä hyvinvointia ja vähentää pitkällä aikavälillä arvioituna myös terveydenhuollon menoja, aiheen valinta on onnistunut.

Toiminta terveyttä edistävän ympäristön luomiseksi on moniulotteista. Se voi sisältää poliittisia ja taloudellisia toimenpiteitä. (Savola & Ollonqvist 2005, 88.) Terveyden edistämällä ja sitä kehittäväällä tutkimukselta odotetaan tuloksia ja vaikuttavuutta, joka näkyy tutkimukseen sijoitettujen varojen palautumisena yhteiskuntaan (Pietilä ym. 2008, 310). Tämän tutkimuksen tarve on perusteltu terveyden edistämisen näkökulmasta, tutkimus palvelee tutkimustulosten hyödynnettävyydessä terveyden edistämisen innovatiivisuutta. Kylmän aiheuttamien terveyshaittojen ehkäisy siis vaatii myös päättäjien tietoisuutta asiasta. Tämän tueksi kirjallisuudesta on tuotu esiin myös yhteiskunnallinen merkitys. Aalto-Kallio ym. toteavat, että arvioinnin on ensisijaisesti palveltava arvioitavaa kehittämistyötä, sen toimijoita ja kohteena olevia henkilöitä (Aalto-Kallio ym. 2009, 10).

Robson korostaa, että arviointi on kiinteästi punoutunut yhteen poliittisen päätöksenteon kanssa koskien yhteiskunnallisia prioriteetteja, resurssien jakoa ja valtaa. Hankkeen arvioinnista ovat kiinnostuneet ne, joiden vastuulla on arvioinnin aikaansaaminen ja rahoittajat. He voivat olla kiinnostuneita siitä, onko heidän toiminnalle asettamansa tavoitteet saavutettu, mutta myös missä määrin hanke on toteutettu siinä muodossa kuin se alun perin suunniteltiin. (Robson 2001, 25, 28.) Toisaalta rahoittajan intressit voivat helposti muokata tutkimuksen perusvalintoja, jolloin riskinä on pelkistyminen politiikkauskolliseen seurantaan ja vaarana voi olla, että palvelujen todellisten tilaajien ja käyttäjien näkemykset jäävät sivurooliin. (Pohjola 2001, 62.)

Leino-Kilpi (2003, 289) toteaa, että osallistuessaan jonkun toisen johtamaan tutkimushankkeeseen hoitotyöntekijä osaltaan sitoutuu tutkimuksen kohteeseen ja tutkimusongelmien selvittämiseen. Tämän tutkimushankkeeseen osallistui iso määrä hoitotyöntekijöitä esimiehineen. He ovat itsenäisesti arvioineet täyttääkö interventio sellaiset eettiset kriteerit, jotka he voivat toiminnalleen itse hyväksyä. Esille ei ole tullut eettisiä ongelmia. Tämä tutkimuksen tutkimuseettisen laadun ohjeena ovat toimineet Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat ohjeet( Etene 2001). Kuitenkin esimerkiksi Widberg mainitsee, että hyvän ammattikäytännön vaalimista ei voi sälyttää minkään eettisen toimikunnan vastuulle. Sen vaaliminen kuuluu osana jokaisen tutkijan henkilökohtaista moraalista vastuuta. Hän korostaa, että kukaan ei voi luovuttaa moraalista harkintaa toisille. (Widberg 2006, 272.) Myös Eskola toteaa, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen työväline, pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. Näin ollen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 2005, 210,211.)

Aineiston hankkimisen eettisyyttä voidaan pohtia seuraavasti. Haastatteluun osallistujille ilmoitettiin ennen haastattelua, että vastaukset käsitellään anonymisti, ettei vastaajaa tunnisteta. Haastateltavilta kysyttiin nauhoitukseen lupa. Haastattelulla saattaa olla myös heikkoutensa. Haastattelussa voi ilmetä ymmärtämis- ja kielellisiä vaikeuksia. Haastateltava ei ehkä ole tottunut puhumaan asioista ja käyttämään ilmaisevaa kieltä. Haastattelija ei ehkä osaa suunnata kysymyksiään sopivasti aiheeseen. Hyvältä haastattelijalta edellytetään tiettyjä ominaisuuksia, mm. hänen tulee olla hyvä kuuntelija, yhteistyökykyinen, luottamusta herättävä, taitava muodostamaan kysymyksiä ja taitava johtamaan keskustelua eteenpäin. Haastattelussa on pyrittävä niin lähelle arkielämän tasoa kuin mahdollista. (Anttila 2006, 20.) Ryhmähaastattelussa ongelmana saattaa olla dominoivat yksittäiset henkilöt. Ryhmähaastattelutilanteiden ongelmat liittyvät nimenomaan niiden aloittamiseen ja dominoivien yksilöiden kontrollointiin. (Eskola & Suoranta 2005, 97.)

Luotettavuutta lisäsi useampi haastattelija(3). Haastattelussa tarkentavat kysymykset edesauttoivat, että haastatteluissa säilytettiin tutkimuksen luonne. Tällöin myös tutkittavien ajatukset pysyvät aiheessa

(Kylmä 2008, 116). Arviointitutkimuksen tutkijan puolueeton asema takasi, että tutkija ei voinut johdatella vastauksia toivottuun suuntaan. Haastattelussa oli myös mukana kylmätutkimuksen asiantuntijoita, joilla saattaa olla valta-asema siten, että he hallitsevat haastattelun kulkua ja ovat myös koulutuksensa ja tutkimuksen aihepiirin liittyvän asiantuntemuksensa nojalla vahvoilla. Toisaalta valtasuhde voi kuitenkin olla haastateltavankin eduksi siinä mielessä, että tutkija on riippuvainen haastateltavan yhteistyönhalusta, kun taas haastateltava tulee toimeen ilman tutkijaakin. Valta-asemalla on eettinen, mutta myös tiedollinen merkitys; sen nojalla tutkija saattaa hienovaraisesti painostaa puhumaan asioista, joista hän ei haluaisi puhua ja ohjata puhetta sisällöltään omien ajatustensa suuntaan. (Kylmä, 2008, 116,128.)

Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan luotettavuuteen vaikuttaa mm. käytetty kirjallisuus. Tässä tutkimuksessa on hyödynnetty substanssiaiheen tutkimuksia. Tietoperustassa on käytetty kansallisia ja kansainvälisiä tutkimuksia ja lähteitä, asiantuntijatietaa. Laadullisen tutkimuksen perusvaatimus on, että tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimus. Sekin on toteutunut, sillä tutkija on saanut tehdä tutkimusta omaan tahtiin, vaikka on isossa hankkeessa mukana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.)

Robsonin (2001, 30) mukaan tutkijan on oltava uskottava. Häntä on pidettävä henkilönä, joka tietää mitä tekee. Tässä tutkimuksessa edesauttoi se, että tutkijalla on vastaava koulutustausta kuin haastateltavilla. Uskottavuus tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa sitä, että aineiston keruun aikana tutkija varmistaa, että hän puhuu tutkittavien kanssa samoista asioista samoilla käsitteillä. (Eskola 1996, 166-167.) Tietty tutkimushavainto on validi silloin, kun se kuvaa tutkimuskohteen sellaisena kuin se on. Tutkijan omat mieltymykset sekä asiakkaan mieltymykset vaikuttavat arvioinnin yleiseen lähestymistapaan. Tutkija joutuu tekemään eettisiä valintoja huomioidessaan eri osapuolten näkemyksiä arvioinnin tehtävästä, kohteesta ja arvioinnin menetelmästä. (Sutela, 2005, 71.)

Savolan (2005, 138,141,142) mukaan saattaa syntyä ajatus oliko valittu tiedonkeruumenetelmä riittävän validi. Tutkijat saattavat yrittää saada tuloksia, jotka vahvistavat heidän odotuksiaan. Tuloksia voidaan saada, mutta ei voida olla varmoja siitä, että ne johtuvat kehittämistoiminnasta. Terveiden

edistämisessä ollaan kiinnostuttu tietämään, missä määrin kehittämistyö oli toimiva sekä miksi ja miten sillä oli vaikutusta. Jos useilla ihmisillä on sama näkemys, sillä on merkitystä huolimatta siitä onko näkemys oikein vai väärin. Aalto-Kallio (2009, 104) esittää, että luotettavuutta voi heikentää ajatus siitä, että vastaajien on helpompi selittää omia valintoja jälkikäteen järjestelmällisemmäksi kuin ne oikeasti ehkä ovat olleet. Tutkijan on tärkeää tehdä toteutettu arviointi läpinäkyväksi, kertoa mitä on tehnyt, miten tuloksia analysoinut ja millä tuloksia perustelee. Tässä tutkimuksessa menetelmät on kerrottu ja asiakirjat ovat liitteenä. Täten lukija voi tehdä itse päätelmän kuinka luotettavaa tieto tuloksista on. Myös Hall & Hall korostavat, ettei ole yhtä ainoaa oikeaa vastausta, vaan lukijalle jätetään mahdollisuus tehdä omat päätelmät tuloksista (Hall & Hall 2004, 88). Tutkijalla oli myös käytettävissä pöytäkirjat kehittämistyön kokouksista ja työpajoista.

Tutkimuksen alkutaipaleella tutkijalle tuli epäily omasta rajallisuudesta. Tutkijalla saattaa olla Leino-Kilven (2003, 293) mukaan asenteita, odotuksia ja epäilyjä tutkimaansa kohtaan. Tässä arviointitutkimuksessa näistä asioista tutkija pääsi eroon tutkijaryhmän tuen avulla ja kasvavan tietämyksen lisääntyessä Kyttem-hankkeesta ja kylmän terveystieteiden ennaltaehkäisystä.

Tulosten ja vaikutusten arvioinnissa on kysymys muutoksen osoittamisesta (Aalto-Kallio ym. 2009, 104). Tämä tarkoittaa, että lähtötilanne täytyy tuntea. Tutkimuksen tekijä ei tuntenut tutkimuskohdetta entuudestaan, joten oli aiheellista valita itsearviointi, jossa paikallinen henkilöstö itse arvioi omaa toimintaansa intervention aikana. Tutkijan oma arvio tutkimuksen tulosten luotettavuudesta on vahva, joskin syvempää vaikutusten arviointia olisi saattanut syntyä, jos tutkija olisi paremmin tuntenut interventioon osallistuvien organisaatioiden taustat ja toimintatavat. Aikaisempia kehittämistöitä koskevia tutkimuksia lukiessaan tutkijalle muotoutui ajatus, että tämäkin tutkimus olisi voinut saada lisäarvoa, jos tutkija olisi pystynyt käyttämään laajempaa näkökulmaa tutkimukseen. Raja on kuitenkin vedettävä ajan ja taloudellisten resurssien mukaan.

Tutkimus, joka pysähtyy pelkkiin analyttisiin johtopäätöksiin, jää vielä kesken. Tulosten liittäminen teoreettisiin näkökulmiin ja ajankohtaisiin käytännön ongelmiin avaa tutkimusta uudella tavalla



lukijoilleen. (Ruusu vuori ym. 2011, 29.) Siksi tässäkin tutkimuksessa aihetta lähestytään teoreettisista näkökulmista, joita käsitellään kappaleissa 3. Teoreettiset lähtökohdat on tutkija valinnut oman esikäsityksen ohjaamana tutkittavasta aiheesta.

### 7.3 Päätelmät ja kehittämisehdotukset

Tämän tutkimuksen tulokset saattavat kehittämistoimintaan osallistuneista vaikuttaa osittain ristiriitaisilta. On todettava, että pilottiryhmät olivat eri vaiheessa kehittämistyötä. Yksiköistä osa oli jo päässyt suunnitteluvaiheesta toteutusvaiheeseen ja toiset vasta suunnittelivat toimintaa kylmän terveyshaittojen ehkäisyä omaan toimintaan. Lyhyt aika ja organisaatiossa tapahtuneet henkilövaihdokset vaikuttivat erilaiseen etenemiseen. Myös asiantuntijatuon viivästyminen sairastumisen takia vaikutti toimintaa hidastaen. *Riskiarviointi* olisi pitänyt sisällyttää suunnitelmaan. Mahdolliset henkilöstövaihdokset tai muut odottamattomat tapahtumat saattavat hidastaa tai jopa estää kehittämistyön toteutuksen. Huomionarvoinen asia on myös, että tutkimuksen tekijän omat arvot saattavat vaikuttaa tuloksiin, johtopäätöksiin ja kehittämissuositusten sisältöön. Raportti annetaan palautteeksi pilottiryhmille ja varmasti ryhmissä esiintyy raportin lukemisen jälkeen erilaisia tunteita tulosten suhteen.

*Työpajoihin olisi saanut osallistua enemmän ruohonjuuritason henkilökuntaa, sillä tietoisuus kehittämissuositusten olemassaolosta yllätti monen työntekijän. Aloituskokouksessa esitellyt perusteet ja hyödyt eivät olleet tavoittaneet koko henkilökuntaa. Kehittämissuositukset tarvitsee motivoivan tekijän, sekä ulkopuolisen että sisäisen. Jos henkilökunta ei tiedä miksi hankkeessa ollaan mukana, ei motivaatio voi olla kovin korkea. Sisäistä motivaatiota lisää tieto vaikuttaa omaan työhön. Sen on todettu vaikuttavan vahvasti työhyvinvointiin. Myös saadun tuen määrä vaikuttaa hyvinvoinnin kokemukseen. Tärkeää on osallistaa työntekijät mukaan suunnittelusta lähtien. Kehittämissuosituksissa mukana olo lisää ymmärrystä kehittämisen tavoitteista hieman paremmin. Tällöin sitoutuminen olisi vahvempaa ja tarkoitus olisi alusta lähtien ollut selvempi ja täten motivoitunut enemmän. Osalla henkilökunnasta ymmärrys vaikutusmahdollisuudesta omaan työhön syntyi varsinaisesti vasta arviointikeskustelun kautta. Kehittämissuosituksissa tuen tarve muutoksessa oli vaihteleva. Yksin puurtajilla ei ollut tarvittavaa tukea*

muutoksessa uusien tehtävien suorittamiseen. Kaikille osapuolille tulee *tarjota riittävästi tukea kehittämisen eri vaiheissa*. Syynä tuen vähäisyydelle saattoi olla myös osaamattomuus pyytää apua ja tukea tai tietämättömyys tuen saamisesta. Kehittämisyhmien henkilöstövaihdokset saattoivat osaksi vaikuttaa tuen vähäisyyden kokemiseen.

Tutkimuksessa tuli esille, että kun on relevanttia tietoa kylmän aiheuttamista haitoista ja niiden ehkäisystä, on helppo puuttua puutteisiin ja viestittää asiakkaille tarvittavaa terveysneuvontaa. Kun termofysiologisessa osaamisessa koetaan olevan puutteita, sen ymmärretään lieventyvän koulutuksen avulla. *Koulutukset tulisi suunnitella siten, että ne tavoittavat jokaisen henkilökunnasta*. Oikein suunniteltu aikataulutus vaikuttaa tähän positiivisesti samoin erilaisten koulutustapojen käyttö. Koulutusten videointi myöhempää käyttöä varten on yksi hyvä tapa saavuttaa koulutettavia. Ns. Harvardin mallin mukaan *henkilöstövoimavaroja pidetään sosiaalisena pääomana*, jolloin osaaminen, asenteiden ja vuorovaikutussuhteiden kehittämiseen suhtaudutaan investointina tulevaisuuteen. (Syväjärvi & Vakkala 2012, 205). Pietilä ym. mukaan *koulutuksen myötä saadut uudet näkökulmat työhön ja mahdollisuudet tarkastella toimintatapoja tukivat työn kehittämistä*( Pietilä ym. 2010, 264).

Tarvitaan ymmärrystä siitä, että *tieto on tärkeä resurssi* muuttaa asennetta uuden asian eteenpäin viemiseksi. Junger korostaa, että osaava yksilö voi synnyttää maailmaan tuhansia kertoja lisäarvoa kuin vähemmän osaava. (Junger 2012, 228) Myös Silvola (2008) kartoituksessa sydänpotilaiden ohjauksessa tärkeäksi koettiin kouluttautuminen ja tietojen päivittäminen *Uusien ohjausmenetelmien* opiskeluun toivottiin aikaa ja resursseja. Hoitajat toivoivat jatkossakin erikoissairaanhoidon järjestävän säännöllistä ja usean eri alan osaajan toteuttamaa koulutusta sydänpotilaan hoidossa. (Silvola 2008, 61.) Videopuhelimella tapahtuvasta ohjauksesta eli videopuhelinvälitteisestä etävastaanotosta on sekä taloudellisesti että asiakasnäkökulmasta saatu hyviä kokemuksia riskiasiakkaiden ryhmäohjaukseen. Sitä on mm. toteutettu onnistuneesti Oulunkaaren kuntayhtymässä jo useiden vuosien ajan (Vuononvirta ym. 2011, 190-194). *Etäohjaus* on vähintään yhtä onnistunutta elintapamuutoksen kannalta kuin kasvokkain tapahtuva lähiohjaus (Laitinen ym. 2010, 500-511). Tutkimuksissa tuli myös esille, että ohjaus toimii kun toisessa päässä on *ammattilainen*. (Kanste ym.2012, 55) Asiantuntijaa

arvostetaan, kuten tämänkin tutkimuksen tulokset viestittävät.

Terveysviestintää tulee jokaisesta informaatiolähteestä. Terveydenhuoltoalan henkilökunnan olisi tunnettava terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät asiat, joista viestintävälineissä puhutaan. Median merkitys on suuri, joten alan ammattilaisten on osattava antaa oikeaa, suodatettua ja asiakaskohtaista tietoa. *Medialla on hyvä vaikutus lisätä ihmisten tietoisuutta terveydestä ja hyvinvoinnista.* Se myös helpottaa ammattilaisten työtä, sillä usein puheeksi ottaminen helpottuu jos asia on jo median kautta tuttu. Viesti tulee tarkentaa kohderyhmän mukaan. Tiedon *toisto* kylmän ajankohdan aikana on tärkeää.

Kylmän ympäristön terveyshaittojen ehkäisevään toimintaan kuuluu kylmän terveyshaitoista tiedottaminen ja ohjaaminen. Tiedottaminen ja ohjaus ovat oleellinen osa terveydenhuoltoalan työtä, mutta kylmän terveyshaittoja ei tunneta tarpeeksi hyvin, jotta tiedotus olisi laadukasta ja onnistunutta. *Termofysiologinen osaaminen vaatii asiantuntijatietoa.* Kylmähaittojen hallinta riippuu niiden tuntemisesta. Terveydenhuollon ammattilaisten tulee *ymmärtää miten lämmönsäätely ja verenkierto toimivat kylmässä.* Heidän tulisi myös tunnistaa riskipotilaiden sairauksiin liittyvät kylmän terveysriskit. *Liittämällä kylmän terveyshaittojen ehkäisy terveydenhuollon peruskoulutukseen* lisäisi ammattilaisten parempaa ymmärrystä kylmän ympäristön riskeistä. Ammattikorkeakoululain (351/2003) mukaan ammattikorkeakoulujen tehtävänä on vastata työelämän muuttuviin tarpeisiin ja osallistua aktiivisesti alueelliseen kehittämiseen. Oulun seudun ammattikorkeakoulun ammatillisessa opettajakorkeakoulussa on tehty vuonna 2004 **Turvallisuus kylmissä oloissa** -opintojakson suunnitelma( Risikko 2004 ). Suunnitelma on tarkoitettu turvallisuusalan oppilaitoksen vapaavalintaisiin opintoihin. Opintojakson tavoitteena on antaa opiskelijalle jokaisen tarvitsema perustieto kylmän vaikutuksista ihmiseen ja tarkoituksenmukaisesta käyttäytymisestä kylmissä oloissa. Vastaavanlaisia opintokokonaisuuksia voisi hyödyntää kaikissa ammattiopinnoissa, varsinkin terveydenhuoltoalan opinnoissa.

Uusien sairaaloiden suunnittelussa ja vanhojen sairaaloiden remonteissa tulee huomioida kylmän vaikutus asiakkaisiin, kuten Joensuussa oli tehty. Tällaista pitkän tähtäimen suunnittelua tulisikin

harrastaa enemmän, sillä ne tuovat säästöjä. Turussa on Suomen sairaalahankkeen suunnittelussa käytetty sairaalasuunnittelijoita, jotka ovat alun perin sairaanhoitajia. Suomessa toimii 27 sairaalasuunnittelijaa eri puolilla maata, jotka vaihtavat jatkuvasti tietoa parhaista käytänteistä ja kehittävät työkaluja. Heidän tehtävänä on suunnitella, että *uusi sairaala on tehty sopivaksi käyttäjilleen*. Sairaalasuunnittelijat ovat potilaiden ja henkilökunnan edustajia suunnittelu- ja rakennusprosessissa. Sairaalasuunnittelijat kiittävät henkilökuntaa, siitä, että se on ottanut sydämen asiaksi suunnitteluun osallistumisen. (Schildt, 2013, 20-29.) Tutkija jäi miettimään kylmän ympäristön riskitekijöiden huomioimista. Ne ehkä löytynevät Sairaalatekniikan yhdistyksen toiminnallisen suunnittelun jaoston (ssty.fi) raportista.

Ikäihmiset kuuluvat kylmän terveyshaittojen riskiryhmään. Yksi ensisijainen tavoite on kohdata ikäihminen hänen omassa kodissaan, sillä silloin voidaan kartoittaa mm. paloturvallisuus ja esim. pakkasajan valmiudet sähkökatkosten varalta. Terveyttä edistävän työn ja *vastuun jakamista omaisille* tarvitaan yhä enemmän. Siksi omaisten ohjauksen kehittäminen on keskeinen kehittämiskohde. *Tarvitaan työmenetelmiä, kuinka ohjata omaista, mutta myös sitouttaa heitä läheistensä terveyttä edistävään tukemiseen*. Ikäihmisille voisi olla myös oma erityinen vanhustyönasiantuntijahoitaja, joka olisi perehtynyt ikäihmisten erityispiirteisiin. Tämä *erityisasiantuntija* toimisi erityisosaajana, kouluttajana ja kehittäjänä ikäihmisten asioissa. Hänen työnkuvaan kuuluisi etsiä näyttöön perustuvaa tietoa ja arvioida toteutuneen hoitotyön laatua. Kylmän haittoihin kuuluvista erityisasiosta tarvitaan termofysiologista tietoa mm. lääkkeiden vaikutuksista, verenpaineen noususta kylmässä ym. Eri riskiryhmille olisi ihanteellista olla oma erityisasiantuntija, joka kouluttaa yksiköiden henkilökuntaa. Asiantuntijahoitajajärjestelmä on otettu käyttöön esimerkiksi Riihimäellä vuoden 2010 alusta. Tällä järjestelmällä terveyskeskus vahvistaa osaamistaan (Luoma 2012, 28-31). Erityisasiantuntijaosaamista asiakasohjauksessa voisi tarjota myös ns. *terveysvalmentaja*. Tätä mallia on käytetty Päijät-Hämeessä Terva-ohjelmaa jo muutaman vuoden ajan. Mallissa hoitosuunnitelma lähtee asiakkaan tarpeista ja pohjana on omahoitokirja. Riskiasiakkaan omahoitokirja sisältää sairaustiedot, elintavat ja lääkitykset. Keskustelut käydään puhelimitse. (Heiskanen-Haarala 2012, 38-41.) Kylmän terveyshaittojen ennaltaehkäisy voisi olla myös tällaista *omahoitoa*. Oulun kaupungissa on myös käytössä

pitkäaikaissairaiden vastaanotolla hyvinvointilomake. Tämä on osa Pisara-hanketta (Niittyvuopio 2012, 34-38) Malleja eri toimintatavoista palvelujärjestelmissä on saatavilla, niitä hyödyntäen voidaan luoda kylmän terveyshaittojen ennaltaehkäisymalli. Tähän on nyt saatavilla käytännön kokemuksen kautta saatua tietoa palvelujen muuttamiseen ja muuttumiseen Joensuun pilottiryhmiltä.

Uusien asioiden johtaminen ja *muutoksen johtaminen vaativat aikaa ja hyvää suunnitelmaa*. Osaamisen johtaminen ja johdon ja alaisten hyvä yhteistyö auttavat työssä jaksamisessa, joka taas vähentää resurssien lisäämistä. Tietoisuuden lisääminen edesauttaa aiheen sisäistämistä ja tärkeänä pitämistä. *Osaamista vahvistetaan oikealla ja oikea-aikaisella tiedon jakamisella, koulutuksilla ja hyvällä yhteistyöllä*. Vaikka Joensuun kehittämistyöllä oli hyvä suunnitelma, se ei saavuttanut koko henkilökuntaa. Tähän vaikutti toiminalle jäänyt lyhyt aika ja nykyaikaan normaalilta vaikuttava uusien asioiden ja muutosten tulva. Thl:n raportissa(2009) mainitaan, että harvoissa terveyskeskuksissa voidaan puhua väestön terveyden edistämisen suunnitelmallisesta johtamisesta niin, että siinä katetaan kaikki keskeiset toiminnot, vahvistetaan paikalliset toimeenpano-ohjelmat ja yhteiset käytännöt ja huolehditaan myös näiden edellyttämistä riittävästä voimavaroista. Valtaosassa terveyskeskuksia väestön terveyden edistämässä voidaan puhua enemmän sattumanvaraisesta harrastamisesta kuin suunnitelmallisesti johdetusta toiminnasta. (Rimpelä ym. 2009, 279.) Vaikka Joensuun johto oli sitoutunut kehittämistoimintaan, tarvetta on *uudenlaiselle suunnitelmalliselle johtamiselle* terveyden edistämisen toiminnassa kuten tämänkin tutkimuksen tulokset viestittävät.

Joensuun organisaatioissa *kehittämistä tapahtui paitsi tiedostaen, mutta myös huomaamatta ja osana arkityötä*. Kehittämisryhmille asetetut vaativat tavoitteet siis osittain toteutuivat, mutta kehittämistyölle jäänyt lyhyt aika ei antanut tavoitteille tarpeeksi sijaa. Tässäkään kehittämistyössä ei ole luotu ihan uutta, vaan vahvistettu jo hyväksi todettuja käytäntöjä. Laajoja vaikutuksia on vaikea mitata ja arvioida. Tärkeää on kuitenkin osoittaa *lyhyen aikavälin terveyttä edistävän työn tuloksia*. Konkreettiset tulokset motivoivat asiakkaita ja työntekijöitä. *Tunnistamalla lyhyen aikavälin tuloksia tehdään siten myös terveyden edistämistä näkyväksi* (Pietilä, 2010, 275).

Vaikka kehittämistyö koettiin tärkeäksi, uusien projektien ja hankkeiden lisääntyvä määrä koettiin jokseenkin rasitteeksi, koska ne aiheuttavat perustyön lisäksi hetkelliseksi lisätyötä. Kehittäminen tuo aina mukanaan kuormitusta, mutta *kehittämiseen ja uudistamiseen panostavat organisaatiot näyttävät pärjäävän paremmin*; ne saavuttavat tuloksia ja työntekijöillä on intoa enemmän uusien projektien ja hankkeiden lisääntyvä määrää organisaatioissa (Paasivaara 2011, 138, Stenvall 2012, 248). Kehittäminen ja uudistaminen ovat riippuvaisia *yksittäisten henkilöiden innostuksesta ja kyvystä innostaa muita*. Johtajan keskeisenä tehtävänä on *luoda innostuneisuuden kulttuuri*. (Paasivaara 2011, 117-120, Stenvall 2012, 255). Kehittämisen motivoijana toimi tässä interventiossa *termofysiologien tiedon asiantuntija*. Hän piti yllä motivaatiota useilla läsnäoloilla Joensuussa koulutuksissa ja neuvotteluissa. Kehittämistoiminnan etenemiselle voimaannuttava tekijä oli kehittämistoiminnan vastaavana toiminut ylihoitaja. *Ilman johdon tukea muutokseen ei olisi ollut mahdollisuutta*. Thl:n (Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen) raportin mukaan sitoutuminen ja johtaminen olivat yhteydessä toisiinsa ja molemmat yhteydessä johdon vahvistamiin yhteisiin käytäntöihin ( Rimpelä ym. 2009, 6).

Tämänkin tutkimuksen tulokset kertovat vaikuttavasta kehittämistyöstä, joka on osa yhteiskuntapolitiikkaa. Kehittämistoiminnan jälkeinen toiminta on tiedon soveltamista ja juurruttamista osaksi organisaation toimintaa. Mielenkiintoista olisi tehdä jatkotutkimus Joensuun pilottiryhmien palvelukäytännöistä kylmän terveystaittojen ehkäisyssä jokapäiväisessä asiakasohjauksessa ja siitä onko sillä vaikuttavuutta ja jatkuvuutta. *Jatkuvuus edellyttää kykyä saada koko organisaatio toimimaan uusien yhteisten menettelytapojen ja toimintakäytäntöjen mukaisella tavalla*. Onneksi arjen kehittämistyön etuna on yleensä, että kun se on käytännössä kehitetty, se jää elämään. Toivottavasti hankkeen tulokset eivät jää kehittämistyöhön osallistuneiden organisaatioiden vastualueen sisälle ja siten estä ideoiden leviämisen. Terveys edistämisen kehittämistarpeet vaativat selkeästi määriteltyjen ja yhteisten toimintamallien luomista ja tuen saamista terveyden edistämistyöhön.

Kehittämistoimintaan osallistuneet organisaatiot voisivat jatkaa toimintaansa kysymällä itseltään; Missä haluamme olla viiden vuoden kuluttua kylmän terveystaittojen ehkäisyyn suhteen?

*”Totuus selviää käytännön kokemuksesta” Albert Einstein*

#### **7.4 Tutkimuksen lisäarvo**

Tutkimuksella on myös toinen näkökulma, TKI (tutkimus, kehitys, innovaatio) toiminnan näkökulma. *Korkeakoulun ja työelämän välinen yhteistyön kehittäminen on yksi tärkeä osa moniammatillista yhteiskunnallista toimintaa.* Opetusministeriön vuonna 2011 tehdyssä kehittämissuunnitelmassa vuosille 2011-2016 todetaan mm., että ammattikorkeakoulut kehittävät tki -toimintaansa niin, että ammattikorkeakoulut pystyvät entistä suunnitelmallisemmin palvelemaan alueen pk- yritysten ja palvelusektorin tarpeita, mikä edellyttää tki -työn huomioimista opetushenkilöstön toimenkuvissa. Yliopistot ja ammattikorkeakoulut kehittävät yhteisiä yritysten ja muiden organisaatioiden kanssa tehtävän tutkimusyhteistyön muotoja. Ammattikorkeakoulut tiivistävät koulutuksen, tki -toiminnan ja työelämän yhteyksiään ja monipuolistavat rahoituspohjaansa hyödyntämällä Tekes-rahoitusta nykyistä paremmin. (Gustafsson, 2012, 47.)

Paasivaara, Hassi & Kyngäs toteavat jo vuonna 2004 *Hoitotiede* lehdessä (3/2004) pääkirjoituksessaan tärkeän huolen; Terveiden ja hyvinvoinnin tutkimuksen näkökulmaa ei voi hallita yhdestä professiosta käsin. *Tarvitaan monitieteellistä tiedeyhteisöä.* Yksittäisen tutkijan rooli on kaventumassa ja sulautumassa tutkijaryhmien toimintaan. Käytännön ja tutkimuksen yhteisen rajapinnan löytymiseen tarvitaan yhä enemmän tutkijoiden herkkyyttä nähdä käytännön kehittämishaasteet.

Tutkimus palvelee tutkijan ylemmän ammattikorkeakoulun vaatimusta tehdä tutkimusta, jonka *aihe on hyödyllinen kohdeorganisaatioon.* Terveystieteiden alalla tehdään jatkuvasti kehittämistyötä, mutta vaikuttavaa kehittymistä tapahtuu vasta, kun kehittämisen tulokset siirtyvät käytäntöön toisin sanoen kun saavutetaan kehittämisessä tavoiteltu hyöty. Aihe on myös kehittänyt tutkijan asiantuntijuutta kylmän terveystieteiden ehkäisystä sekä palvelukäytäntöjen kehittämiseen tarvittavista toiminnoista.

## LÄHTEET

Aalto-Kallio, M., Koskinen-Ollonqvist, P. & Saikkonen, P. 2009. Arvioinnin kartalla. Matka teoriasta käytäntöön. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Pori.

Alasalo, M. & Åkerman, M., 2011. Asiantuntijahaastattelun analyysi: Faktojen jäljillä. Teoksessa: . Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen (toim.). Haastattelun analyysi. 2011. Tampere: Vastapaino, 372-392.

Alasoini, T. 2006. Osallistava ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R & V. Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyskohtia. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy, 35-52.

Alasoini, T., 2011. Hyvinvointia työstä. Kuinka työelämää voi kehittää kestäväällä tavalla. Tykes raportteja 76. Helsinki.

Ammattikorkeakoululaki 351/2003. Hakupäivä 12.11.2012,  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030351>

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittäminen. Hamina: Akatiimi Oy.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisuus, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi Oy.

CAF 2006. Quality Conference for Public Administrations in the EU. Edita Prima Oy.

Eriksson, K., Leino-Kilpi, H., & Vehviläinen - Julkunen, K. 2008. Hoitotiede ja tiede-etiikka. Hoitotiede 20, 295-303.



Eriksson E., Merasto M., Sipilä M. & Korhonen T. 2013. Yhtenevä sairaanhoitajakoulutus vastaa tulevaisuuden osaamishaasteisiin. Tutkiva hoitotyö 11, 44-46.

Eskola, J., Suoranta, J., 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Etene 2001. [www.etene.fi/julkaisut/2001](http://www.etene.fi/julkaisut/2001)

Granholt, T. 2008. Julkisen ja kolmannen sektorin välinen yhteistyö ikääntyneiden kotihoidossa. Pro - gradu - tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Hakupäivä 17.3.2013, <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02681.pdf>

Gray, D. 2004. Doing research in the real world. London: Sage Publications Ltd.

Gustafsson, J. 2012. Koulutus ja tutkimus vuosina 2011–2016. Kehittämissuunnitelma. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2012:1. Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto 2012. Kopijyvä. Hakupäivä 15.3.2013, <http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2012/Kehittamissuunnitelma.html>

Hakalisto, A. 2005. Asiakasvaikutusten arviointia projektissa. Huumereitiltä hoitoketjuun- projektin vaikuttavuuden arviointia. Teoksessa; Auranen, J., Hiltunen-Toura, M., Hämäläinen-Abdessamad, M., Kaski, P., Myllärinen, T., Sipilä, A., Sutela, R. & Väisänen, R. 2005. Arviointi osana sosiaalialan kehittämistä. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (Socom) julkaisuja A 1:2005. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillisen yliopiston Digipaino, 120-157.

Hall, I. & Hall, D. 2004. Evaluation and social research. Introducing small-scale practice. New York: Palgrave MacMillan.

Hassi, J., Ikäheimo, T., Kujala, V. 2011. Terveydenhuollon kylmä- ja kuumaopas. Toimintamalli kokeilualueiden toimijoiden käyttöön 2011–12. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja Oulun yliopisto, Oulu 2011. Hakupäivä 6.4.2013,  
<http://www.ppshp.fi/tere2011/ammattilaiset/kylmakuumaopas/>

Hassi, J., Ikäheimo, T., Näyhä, S. 2010. Kylmä ja kuuma ympäristö. Teoksessa: Ympäristöterveyden erityistilanteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2, 136-148.

Hassi, J., Mäkinen, T., Remes, J., Risokko, T. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 1999. Teoksessa: Raatikka, V-P. Toivonen, L. (toim). Kylmäosaaminen ammatillisessa koulutuksessa. Esiselvitysraportti. Työterveyslaitos, Kylmätyöohjelma.

Hassi, J., Mäkinen, T., Remes, J. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2002. Teoksessa: Risikko, T. Toivonen, L. (toim). Kylmäosaaminen osaksi ammatillista koulutusta. Kehittämistyön loppuraportti B1. Oulun seudun ammatillisen koulutuksen kuntayhtymä.

Hassi, J., Remes, J., Kotaniemi, J.T, Kettunen, P. & Näyhä, S. 2000. Dependence of cold-related coronary and respiratory symptoms on age and exposure to cold. *Int J Circumpolar Health* 59, 210-5.

Hassi, J., Rytönen, M., Kotaniemi, J. & Rintamäki, H. 2005. Impacts of cold climate on human heat balance, performance and health in circumpolar areas. *Int J Circumpolar Health* 64(5), 459 - 67.

Heiskanen-Haarala, I. 2012. Valmentaja tarjoaa vaihtoehtoja. *Sairaanhoitaja* 85, 38 - 41.

Helakorpi, S. 1999. Opinnäytetyö ja tutkimustoiminta ammattikorkeakouluissa. Opettajakorkeakoulun julkaisuja D:118. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hämeenlinna.

Holopainen, A., Hovi, S-L., Korhonen, A., Korhonen, T. & Saranto, K. 2011. Järjestelmällinen katsaus on paljon muutakin kuin tiedonhakua. Tutkiva hoitotyö 9, 37 - 38.

Ikäheimo, T. 2011. Työikäisten verenpainetautia sairastavien kylmäoireet. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Oulu.

Junger, M. 2012. Kommenttipuheenvuoro: Johtaminen monimutkaisessa maailmassa. Teoksessa Perttula, J. & Antti Syväjärvi (toim.). Johtamisen psykologia. Jyväskylä: PS-kustannus, 227-234.

Kanste, O., Timonen, O. & Ylitalo-Katajisto, K. 2012. Videopuhelimella etäohjatuista painonhallintaryhmistä hyviä tuloksia. Sairaanhoidaja 85, 55-57.

Kaste-ohjelma 2012- 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Hakupäivä 15.3.2013,  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kaste/hyvinvoinnin\\_ja\\_terveyden\\_edistaminen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kaste/hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen)

Kauppinen, T. 2012. Työolot. Teoksessa; Koskinen, S, Lindqvist, A& Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin raportti 68/2011. Tampere: Juvenes Print. Suomen Yliopistopaino Oy, 41-42.

Keränen, A. 2010. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön hyvinvointi Kuusamon kaupungissa. Arviointitutkimus Kuusamon kaupungin perusturvan henkilöstön työhyvinvoinnista vuosina 2000–2008. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveiden edistämisen koulutusohjelma.

Kotaniemi, J.T., Latvala, J., Lundbäck, B., Sovijärvi, A., Hassi, J. & Larsson, K. 2003. Does living in a cold climate or recreational skiing increase the risk for obstructive respiratory diseases or symptoms? Int J Circumpolar Health 62(2), 142-57.

Koulutus ja tutkimus vuosina 2011- 2016. Kehittämissuunnitelma.2011. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Hakupäivä 6.4.2013,  
[http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/asiakirjat/Kesu\\_2011\\_2016.fi.pdf](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/asiakirjat/Kesu_2011_2016.fi.pdf)

Kylmä, J. 2008. Näkökohtia tutkimuseetiikasta laadullisessa tutkimuksessa. Teoksessa: Pietilä, A-M, Länsimies, Antikainen (toim.). Etiikkaa monitieteellisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopio: Kuopion yliopisto, 109-120.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Lahtinen, E., Koskinen-Ollonqvist, P., Rouvinen-Wilenius, P. & Tuominen, P. 2003. Muutos ja mahdollisuus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 15. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laitinen, I & Stenvall, J. Ihminen ja vuorovaikutus muutoksessa- kompleksisuus ja muutoksen hallinta teoksessa: Perttula, J. & Antti Syväjärvi(toim.)2012. Johtamisen psykologia. Jyväskylä: PS-kustannus, 91-115.

Laitinen J, & Korhonen, E ym.2010. Feasibility of videoconferencing in lifestyle group counselling. Int J Circumpolar Health Health 69, 500-511.

Launis, K. & Pihlaja, J. 2005. Työhyvinvointi ja toimintakonseptien muutokset. Työterveyslaitos. Merikosken kuntoutus- ja tutkimuskeskus. KONSEPTI-toimintakonseptin uudistajien verkkolehti, 2(1). Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö, Helsingin yliopisto.

Lehtonen, J., Nakari, R. 2007. Pysyvät kehittämishankkeet Kuopion vanhustyössä. Helsinki.

Hakupäivä 10.2.2013,

[http://www.mol.fi/mol/fi/99\\_pdf/fi/03\\_tutkimus\\_ja\\_kehittaminen/02\\_tykes/raportti52.pdf](http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/03_tutkimus_ja_kehittaminen/02_tykes/raportti52.pdf)

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

Saarikoski, M. 2006. Teoksessa: Tutkien terveyttä. Lind, K, Saarikoski, M. & Koivuniemi, S. (toim) Turun ammattikorkeakoulun raportteja 49. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelukeskus, 6-10.

Luoma, O., Kukkola, S., Vikberg-Aaltonen, P., 2012. Asiantuntijasairaanhoitajat vahvistavat hoitotyötä perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitaja 1, 28-31.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.

Miettinen, M. 2005. Terveydenhuollon innovatiivisuuden esteitä, kannustuksia ja mahdollisuuksia teoksessa: Vuori, J. (toim.) Terveys ja johtaminen. Helsinki: WSOY, 260-277.

Myllärinen T, & Väisänen, R. 2005. Alueellisen arviointitutkimuksen lähtökohtia.. Tutkimus osana Socomin perustehtäviä. Teoksessa; Arviointi sosiaalialan kehittämistä 2005. Auranen, J., Hakalisto, A., Hiltunen-Toura, M., Hämäläinen-Abdessamad, M., Kaski, P., Myllärinen, T., Sipilä, A. & Väisänen, R. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (Socom) julkaisuja A 1:2005. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillisen yliopiston Digipaino, 9-29.

Nikkilä, J. & Paasivaara, L. 2007. Arjen johtajuus. Rutiinijohtamisesta tulkintataitoon. Sairaanhoitajaliitto. Sipoo: Silverprint.

Niittyvuopio, A. & Kivelä, K. 2012. Hyvinvointilomake auttaa potilasta. Sairaanhoitaja 10, 34 -38.

Nurminen, R. 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Helsinki: Tammi. Tummavuoren Kirjapaino Oy.

Näyhä, S. & Hassi, J. 1995. Cold and mortality from ischaemic heart disease in northern Finland. *Arctic Med Res* 54(2), 19-25.

OTTAWA 1986. Health Promotion. Hakupäivä 11.2.2013,  
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Paasivaara, L., Hassi, J. & Kyngas, H., 2004. *Hoitotiede* 3. Pääkirjoitus.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. *Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa*. Tietosanoma Oy. Helsinki. Tallinna Raamatutrukikoda, Tallinna.

Pietilä, A-M., Halkomies, A., Länsimies-Antikainen, H. & Vähäkangas, K. 2008. Terveyden edistämisen tutkimuksen eettinen ja menetelmällinen perusta. *Hoitotiede* 20, 304-313.

Pietilä, A-M & Länsimies-Antikainen, H. (toim.) 2008. *Etiikkaa monitieteellisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuopio.

Pietilä, A-M., Halkoaho, A. Matveinen, M., 2010. Terveyttä edistävää toimintaa mahdollistavat tekijät ja työn kehittäminen. Teoksessa; Pietilä, A-M. (toim.) *Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan*. Helsinki: WSOYpro Oy, 259- 272.

Pietilä, A-M. & Pirskanen, M 2000. *Terveyskasvatuksen yhdyshenkilöt ja terveyden edistäminen. Selvitys terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden toiminnasta ja sen kehittämistarpeesta*. Helsinki: Stakesin monistamo.

Pietiläinen, V. 2010. Johtajan ammatillisten kompetenssien profiloituminen kompleksisessa toimintaympäristössä. Tapausesimerkkinä opetustoimen alaiset oppilaitosorganisaatiot. Lapin

yliopistokustannus. Tampere: Juvenes print.

Pietiläinen, V. & Kesti, M. 2012. Johtamisen tilanneherkistyminen ja asiantuntijuus. Teoksessa Perttula, J. & Antti Syväjärvi(toim.) Johtamisen psykologia. Jyväskylä: PS-kustannus,157-188.

Pisara-hanke. Hakupäivä 18.3.2013, [www.ouka.fi/pisara](http://www.ouka.fi/pisara)

Pohjola, A. 2001. Projektiarvioinnin sitoumusten jännitteitä. Teoksessa: Vartiainen, P. (toim.) Näkökulmia projektiarviointiin. Tampere. Finnpublishers, 53-68.

Psyres- hanke 2012. Hakupäivä 18.3.2013, [www.ttl.psyres.fi](http://www.ttl.psyres.fi)

Pölkki, T., 2010. Hyvän tutkimusaiheen kriteerit. Tutkiva hoitotyö.8, 3.

Rimpelä, M. Saaristo, V., Wiss, K., Stål, T., (toim.) 2009. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Raportteja 19. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino, 279.

Risikko, T. 2004. Turvallisuus kylmissä oloissa opintojakson suunnittelu. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Oulu.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tampere: Tammer-paino Oy.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen M. (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 276-277.

Räsänen, J., 2010. Terveyden edistämisen toimintamalleja ja työmenetelmiä. Terveyden edistämisen suunnittelua ja arviointia: Precede-Proceed -malli. Teoksessa: Pietilä, A-M. (toim.) Terveyden

edistäminen. Teoriasta toimintaan. Helsinki: WSOY, 100-116.

Sairaalarakennushankkeet Suomessa, tiedot kerätty 10/2012- 01/2013 SSTY Toiminnallinen suunnittelu–jaos. Hakupäivä 18.3.2013,

<http://ssty.fi/toiminnallinen-suunnittelujaos/2013/03/04/kartoitus-sairaalarakennushankkeista-suomessa/>

Salminen, A-L. & Tuulio-Henriksson, A. 2012. Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa. Teoksessa: Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Mikkola, H-M. Blomgren, J & Hiilamo, H. (toim). Kelantutkimusosasto. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 122-137.

Savola, E., Pelto-Huikko, A., Tuominen, P., Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Sata tapaa arvioida terveyden edistämistä. Katsaus terveyden edistämisen arviointitutkimuksiin. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 6. Helsinki: Trio-Offset.

Savola, E. & Koskinen- Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

Savolainen, N., Aalto-Kallio M. & Saikkonen, P. 2009. Askeleita arviointiin. Järjestöjen arviointifoorumi 24.9.2009. Terveyden edistämisen keskus ry. Helsingin yliopisto.

Schildt, M. 2013. Tulevaisuuden sairaala. Reportaasi. Sairaanhoitaja 3, 20-29.

Seppänen-Järvelä, R. 2006. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin. Kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskeskiä. Helsinki: Stakes, 17-33.

Silvola, I. 2008. Sydänpotilaiden ohjaus. Kartoitus hoitajien ohjausosaamisesta sekä koulutus- ja



yhteistyötoiveista. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan yksikö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Oulu.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelma vuodelle 2011. 169/THL/TE72011.Hakupäivä;02.06.2013,  
[http://www.stm.fi/vireilla/rahoitus\\_ja\\_avustukset/terveyden\\_edistamisen\\_maararahat](http://www.stm.fi/vireilla/rahoitus_ja_avustukset/terveyden_edistamisen_maararahat)

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Edita.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tallinna: Tietosanoma Oy.

Sutela, R. 2005. Arviointitutkimuksen perusteita. Teoksessa; Arviointi osana sosiaalialan kehittämisestä. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen (Socom) julkaisuja. A.1:2005 Auranen, J., Hakalisto, A., Hiltunen-Toura, M., Hämäläinen-Abdessamad, M., Kaski, P., Myllärinen, T., Sipilä, A. & Väisänen, R. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillisen yliopiston Digipaino, 60-81.

Syväjärvi, A., Vakkala, H. 2012. Psykologinen johtamisorientaatio- positiivisuuden merkitys ihmisten johtamisessa. Teoksessa Perttula, J. & Syväjärvi, A. (toim.), 2012. Johtamisen psykologia. Jyväskylä: PS-kustannus,195-218.

Syvänen, S. 2008. Hyvinvoinnin, osaamisen ja tuloksellisuuden tekijät vanhuspalveluissa 2005-2008. Hoteva- projektin loppuraportti. Työelämän kehittämisohjelma Tykes. Työsuojelurahasto. Hakupäivä 18.3.2013, <http://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2006/106112Loppuraportti.pdf>

Syvänen, S., Kasvio, A., Loppela, K., Lundell, S., Tappura, S., & Tikkamäki, K. 2012. Dialoginen johtaminen innovaatiivisuuden tekijänä. Tutkimusohjelman teoreettiset lähtökohdat,

tutkimuskysymykset ja toteutus. Työterveyslaitos. Helsinki.

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollosta. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Terveys 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtionneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Hakupäivä 18.3.2013, [http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/terveys2015](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015)

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuominen, P., Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistämisen avainsisällöt. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja 5. Helsinki.

Vainiola, T., Vainikka, S. 2011. Perusterveydenhuollon avokäynnit terveyskeskuksissa 2010. Tilastoraportti 30. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki, 1-2.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki. Edita Prima Oy.

Vuononvirta T. & Timonen M. 2011. The compatibility of telehealth with health-care delivery. J Telemed Telecare 17: 190-194.

Väisänen, R. 2005. Arviointi osana sosiaalialan kehittämistä. Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja A 1:2005. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillisen yliopiston Digipaino, 60-81.

Widberg, M. 2006. Yhteiskuntatiede ja kohteen vahingoittaminen. Teoksessa: Etiikkaa ihmistieteille. Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen & Sorvali, I.(toim.) Suomalaisen Kirjallisuuden seura. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja. Helsinki. Hakapaino Oy, 261-73.

Wiss, K. 2009. Henkilöstövoimavarat. Julkaisussa: Rimpelä, M., Saaristo, V., Stål, T. & Wiss, K. (toim.). Terveiden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Thl raportti 19. Helsinki: Yliopistopaino, 166.

## **LIITTEET**

LIITE 1 Kyttem-hankkeen tukitoimet

LIITE 2 Ohjelmateoria

LIITE 3 Webropol-kyselyn vastauksia

LIITE 4 CAF- itsearviointikyselyn saatekirje

LIITE 5 CAF-itsearviointikysely

LIITE 6. CAF-kyselyn tulosten yhteenvetotaulukko ja ryhmähaastattelun runko

LIITE 7 Tutkimuksen eteneminen

LIITE 8 Esimerkki ”Huoneentaulusta”

## **LIITE 1. KYTEM-HANKKEEN TUKITOIMET**

- Kehittämistyön aloituskokous 13.6.2011
- Suunnittelupalaveri Joensuussa 10.8.2011
- Kehittämisryhmän kokous Joensuussa 2.9.2011
- Joensuun kehittämistyöryhmän kokous (videoneuvottelu) 24.9.2011
- Asiantuntijaluento terveystieteille Joensuussa 25.10.2011
- Kylmä-kuumaopas käyttöön marraskuussa 2011
- Webropol-kyselyn lähettäminen syyskuu 2011
- Tiedotustilaisuus Joensuussa 8.11.2011, 1.12.2011
- Videoneuvottelu OYS->Joensuu syyskuu 2011 21.11.2011
- Asiantuntijakoulutus kehitysryhmille Joensuu 7.11., 8.11. ja 9.11.2011
- Videoneuvottelu OYS->Joensuu syyskuu 2011 21.11.2011
- Järjestötapaaminen (seminaari) Joensuu 2.12.2011 ja 5.1.2012
- Lääkäreille oma asiantuntijakoulutus Joensuu 5.1.2012
- Videoneuvottelu OYS->Joensuu kevät 2012
- Itsearviointilomakkeiden lähetykset Joensuuhun , palautus 14.4.2012 mennessä
- Itsearviointilomakkeiden täyttämisohjeisiin lisäys
- Arviointikeskustelut (haastattelut) 23 - 24.4.2012
- Asiantuntijakäynnit
- Muut kokoukset
- Kylmäinterventio-palaveri Joensuussa 16.2.2012
- Arvioinnin palaute, tulosten esittely (Joensuu) 17.12.2012
- Päätösseminaari OYS 14.2.2013
- Puhelinkeskustelut ja sähköpostit tarvittaessa OYS->Joensuu 2011-2013

## **LIITE 2. OHJELMATEORIA**

Tutkimuksen ohjelmateoria sisältää tietoa kylmän ympäristön haittatekijöistä, tutkijan esille tuomat teoreettiset näkökulmat muutokseen tarvittavaan toimintaan sekä asiantuntijoiden tuottamat tukitoimet

### **1.1 Tutkittu tieto kylmän ympäristön terveyshaitoista**

### **1.2 Teoreettiset lähtökohdat toiminnan kehittämiseen**

Palvelukäytäntöjen kehittäminen

Itsearviointi ja oppiva organisaatio

Osallistaminen /osallisuus kehittämistyössä

Asiakasnäkökulmalähtöinen ohjaus

Tiedon siirron merkitys muutoksessa

Verkostoitumisen ja yhteistyö muutoksen tukena organisaatiossa

Muutoksen johtaminen

### **1.3. Kytem-hankkeen tukitoimet:**

Kehittämistyön aloituskokous kesäkuu 2011

Paikallinen suunnitelma

Kylmä-kuumaopas

Kehittämisyhmien työpajat

Tiedoitustilaisuudet ja asiantuntijakäynnit Joensuussa

Videoneuvottelut oys->joensuu

Asiantuntijakoulutukset

Seminaarit

Webropol- ja Caf-kyselyt

Arviointikeskustelut (haastattelut) 23 - 24.4.2012

Paikallisen perusterveydenhuollon kehittämistoiminta perustui edellä esitettyihin ohjelmateorian tukitoimiin.

### **LIITE 3. WEBROPOL-KYSELYN VASTAUKSIA**

#### **1. Miten toiminta aloitettiin?**

Vastaajien määrä 5

- Osastonhoitaja määrättiin projektiryhmään, ja hän puolestaan määräsi yhden työntekijän = terveydenhoitajan osallistumaan projektiryhmän työskentelyyn.
- Koulutukseen, kokoukseen, työpajaan, yhteensä alueellani on terveydenhoitajia 43, poislukien liitoskuntien terveydenhoitajat, joilla on oma esimies.
- Ympäristöterveydenhuoltoa pyydettiin osallistumaan hankkeeseen.
- Alussa epäilimme suuresti, onko hankkeesta mitään hyötyä. Lähdimme mukaan pienin resurssein.
- Asiassa ilmeni kuitenkin monia kiinnostavia seikkoja joita aloimme selvittää ja ohjeistaa.
- Yhteiset palaverit professori Juhani Hassin kanssa ja sote johdon sekä Kansanterveydenkeskuksen Vesa Korpelaisen kanssa kylmä-kuuma interventioon osallistumisesta. Tämän jälkeen yhteistyöpalaveri PPSHP: n hankkeen edustajien sekä Joensuun terveystieteiden keskuksen edustajien kanssa kesäkuulla 2011. – Kylmä - kuumakehittämissäryhmän nimeäminen ja toimintasuunnitelman laatiminen. Kylmä-kuuma työryhmien kokoaminen, työpajatoiminta/kokous ja henkilökunnan koulutus.
- Työryhmissä kehittämällä omat interventio-ohjeet ja suunnittelulla. Varsinainen toiminta alkoi tiedottamisella ja materiaaliin tutustumisella, käytännössä ohjaustoiminta liitettiin normaaliin toimintaan, vastaanotoille, kotikäynneille, potilasryhmien tapaamisten yhteyteen.

#### **2. Mitä konkreettisia toimenpiteitä olette tehneet oman toimialueenne kylmähankkeen edistämiseksi?**

Vastaajien määrä 5

- Toimialueen kokouksissa on annettu informaatiota, sähköpostilla on lähetetty tietoa ja materiaalia projektista.
- Ne työntekijät, jotka pystyivät, osallistuivat " kylmä"- koulutuksiin loppuvuodesta, lisäksi saimme äitiys- jalasten neuvolaan oman koulutuksen Marjo Tourulalta alkuvuodesta 2012.



- Osastonhoitaja teki, monisti, laminoi ja lähetti huoneenlaulut työpaikoille (= kouluille ja neuvoloihin)
- Valvontasuunnitelman päivitykseen vuodelle 2012 kirjattiin toteutettavaksi valvontahanke: Vanhainkotien, palvelutalojen ja vastaavien muiden asumispalveluiden huoneilman lämpötilojen kartoitus, kun ulkolämpötila on ollut yli -15 °C vähintään viiden (5) vuorokauden ajan ja mittaushetkellä ulkolämpötila on vähintään -20 °C.
- Lämpötiloja on kartoitettu.
- Sairaaloiden ohjeistusta sähkökatkosten osalta on tarkistettu. Potilaiden pukeutumiseen ja vaatetukseen liittyviä asioita on ohjeistettu.
- Varavoima -asioita on selvitelty.
- Osastojen turvallisuus-asioita on tarkistettu ja ohjeistettu.
- Henkilökunnalle on ollut koulutusta kylmästä syksyllä 2011.
- Työpajatoiminta työryhmässä ja kylmän terveyshaittojen ehkäisyn suunnittelu tietyille ryhmille.
- Sydän- ja verisuonisairaille-, hengityselinsairaille sekä ikääntyneille/muistisairaille ja henkilökunnalle huoneentaulujen laatiminen.
- Kylmä kyselyn laatiminen.
- Huoneentaulut ja kylmäkysely sekä kylmä-kuuma opas on laitettu henkilökunnan käyttöön Mediatri ohjeisiin sekä väestölle kylmä huoneentaulut kaupungin nettisivulle.
- Väestölle tiedottamista tehty alueen lehtien (mm. Karjalainen, Joensuun Uutiset, Helsingin Sanomat, Lääkärilehti) kautta ja erilaisissa tilaisuuksissa.
- Henkilökunnalle tiedottamista kylmä-kuuma hankkeesta eri kokouksissa.
- Seurantatiedot koottu hengityselinsairaus- ja iskeemiset sydänsairaus diagnoosilla kävijöistä 3 kk:lta vuonna 2011.
- Yhteistyötä tehty PPSHP: n, Kansanterveydenkeskuksen ja kaupungin tiedottajan kanssa.
- luotu esitteet meidän organisaation käyttöön, pidetty luentoja henkilökunnalle ja potilaille sekä potilasjärjestöille, tehty lämpötilamittauksia hoitolaitoksissa, tarkistettu turvallisuustekijöitä ym.

### **3. Miten tuottamanne materiaali esim. huoneentaulu, on ollut mukana asiakasohjauksessa?**

Vastaajien määrä: 5

- Huoneentauluja lähetettiin 1 kpl / työpaikka, eli lähinnä odotustiloihin laitettavaksi.
- Ohjausta suunnattu ensisijaisesti henkilökunnalle.
- Vastaanoton henkilökunta on kylmä hankeasian ottanut hyvin vastaan. Huoneentaulut ovat henkilökunnankäytettävissä Mediatriissa, joita voi hyödyntää asiakkaiden vastaanottokäynneillä.
- Vapaasti saatavilla vastaanotoilla, vanhusten neuvolassa, lastenneuvolassa, mutta myös eri käyntiryhmien kanssa keskustellen otettu esille. Kaupungin sivuilla tiedotettu asiasta.

#### **4. Onko toimialueenne kylmähankkeen edistymisessä ollut vaikeuksia?**

Vastaajien määrä: 3

Työpaineiden ja kiireen vuoksi työntekijät eivät ole kaikki pystyneet osallistumaan koulutuksiin ja huoneentaulujen laatimiseen.

- Huoneilman lämpötilakartoitus jäi melko suppeaksi. Olisi ollut toivottavaa, että resursseja olisi pystytty pakkasjakson aikana suuntaamaan enemmän kartoitukseen ja näin ollen olisi saatu toteutettua kartoitusta laajemmin.
- Henkilöstövoimavarojen rajallisuus esim. koulutukseen ja kehittämiskokouksiin osallistumisessa.
- Isossa organisaatiossa mm. toimipisteiden hajanaisuudesta johtuen kylmä asian juurruttaminen käytäntöön vaatii aikaa.

#### **5. Kuinka paljon tähän asti toimialueellanne on yhteensä käytetty aikaa (tunteina)**

kylmähankkeeseen (kokouksia, koulutuksia ja opastusta)?

Vastaajien määrä 4

tunnit 30, 100, 25, 40

#### **6. Perustelut**

Vastaajien määrä: 4

- Koulutuksiin yhteensä 1 työpäivä, kokouksiin, seminaareihin, työpajoihin ym. joihin osallistui pääsääntöisesti vain yksi terveydenhoitaja ja osastonhoitaja aikaa on mennyt noin 30 tuntia.
- Kokoukset, koulutus, työpaja, vuosiseminaari, valvontasuunnitelman laatiminen, lämpötilamittaukset

ja niidendokumentointi

- Vaikea arvioida, kun emme ole seuranneet ajan käyttöä.
- Kylmä-kuuma hanke esittely kokoukset 31.3.11 (1,30h), 13.6.11 (2,30h) ja 18.8.11 (1,30h)
- Kylmä-kuuma kehittämissyöryhmien kokoukset 2.9.11 (2h), 21.11.11 (1h) ja 16.2.12 (1,25h)
- Kylmä-kuuma vuosiseminaari 1.12.11 (4h)
- Kylmä huoneentaulujen ja kylmäkyselyn laatiminen kokous 17.11.11 (1,30h)
- Kylmä työpaja 7.11.11 (2h) koulutus 7.11.11 (4h)
- Kylmästä tiedotuskokous väestölle kaupungin nettisivulle 9.12.11 (1h)
- Kylmä-kuuma hankeesta tiedottamista henkilökunnalle palaverissa 28.9.11, 17.11.11 ja 14.12.11 ym. sähköistä viestintää (3h)

## LIITE 4. CAF-KYSELYN SAATEKIRJE

### Hyvä vastaanottaja,

Olet mukana arvioimassa Joensuun avoterveydenhuollon Kylmäinterventiota. Arvioinnissa käytetään liitteenä olevaa itsearviointityökalua, joka pohjautuu CAF 2002 arviointimalliin.

Tavoitteena on arvioida kylmäintervention käytäntöjä ja suunnitella kylmän terveystilanteen ehkäisyä edelleen. Tätä arviointia käytetään pohjana arviointikeskustelussa 23.-24.4.2012 Joensuussa Siilaisen terveysasemalla.

Arvioitavana on kolme osa-aluetta: kylmäintervention suunnittelu, toteutus sekä johtaminen ja resurssointi. Jokaiselta alueelta on valittu 3-5 arvioinnin kohdetta. Kuhunkin arvioinnin kohteeseen on liitetty väittämiä, jotka kuvaavat, miten asia on hoidettu ihannetilanteessa. Näiden väittämien tarkoituksena on auttaa sinua pohtimaan tilannetta omalla toimialueellasi.

Arvioitavana olevalle asialle annetaan sitä suurempi pistemäärä, mitä ihanteellisemmin se on toteutunut.

### Esimerkki

Mikäli kaikki 4 vaihtoehtoa ovat toteutuneet, anna pisteitä 5

Mikäli 1 tai 2 vaihtoehtoa ovat toteutuneet toiminnassanne, anna pisteitä 1 tai 2

KYLMÄINTERVENTION

SUUNNITTELU

Kylmäintervention toteutuksen suunnittelu \_\_\_\_\_ pistettä

Toimintasektorilla on tehty kirjallinen kylmäinterventiosuunnitelma. Suunnitelman tekoon ovat osallistuneet eri toimijaryhmät, ja se on käsitelty yhteisessä kokouksessa. Kylmäinterventio on suunniteltu koskemaan koko toimintasektoria. Suunnitelman sisältö on kaikkien interventioon osallistuvien työntekijöiden tiedossa.

Täytetty arviointilomake lähetetään sähköpostin liitetiedostona Auli Helistenille osoitteella [auli.helisten@ppshp.fi](mailto:auli.helisten@ppshp.fi). Vastaukset pyydetään lähettämään 13.4. mennessä.

Kiitos vaivannäöstä!

Tapaamisiin joensuussa.

Ystävällisin terveisin,

Auli Helisten, 050-5317903

## LIITE 5. CAF-ITSEARVIOINTIKYSELY

### ITSEARVIOINTITYÖKALUN KÄYTTÖOHJE

Tämän arviointityökalun mallina on käytetty Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Dehkon2D-hankkeessa (Pesonen ym. 2008) käytettyä itsearviointityökalua, joka pohjautuu CAF 2002 Yhteiseen arviointimalliin. Malli löytyy Valtiovarainministeriön internet-sivuilta [www.vm.fi](http://www.vm.fi).

Tavoitteena on arvioida kylmäintervention käytäntöjä ja suunnitella toiminnan kehittämistä edelleen.

Arvioitavina on kolme osa-aluetta: **kylmäintervention suunnittelu, toteutus** sekä **johtaminen ja resurssointi**. Jokaiselta alueelta on valittu 3-5 arvioinnin kohdetta. Kuhunkin arvioinnin kohteeseen on liitetty väittämiä, jotka kuvaavat, miten asia on hoidettu ihannetilanteessa. Näiden väittämien tarkoituksena on auttaa arvioitsijoita pohtimaan tilannetta omalla toimintasektorillaan. Toimintasektorilla tarkoitetaan tässä esim. lastenneuvolaa ja kouluterveydenhuoltoa, vanhustenhuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa jne.

Arvioinnin suorittaa kunkin toimintasektorin nimeämä työryhmä, joka pisteyttää jokaisen arvioinnin kohteen oheisen taulukon mukaan. Pisteet annetaan koko osiolla. Osion sisältämiä esimerkkejä ei pisteytetä erikseen

### PISTEYTYSTAULUKKO

Itsearviointityöryhmä määrittää keskustelun pohjalta pisteytyksen oman toimintasektorinsa kylmäintervention toteutumiselle:

1. Emme ole suunnitelleet, aloittaneet tai toteuttaneet kylmäinterventioon liittyviä toimia (tai emme tunne niitä)
2. Olemme suunnitelleet kylmäinterventioon liittyviä toimia
3. Olemme toteuttaneet muutamia osa-alueita suunnitelluista toimista
4. Olemme toteuttaneet suunnitellut toimet kokonaan
5. Olemme toteuttaneet ja arvioineet suunnitellut toimet
6. Toteutettuja ja arvioituja toimia tullaan jatkamaan

## **ITSEARVIOINNIN VAIHEET:**

### **1. Nimeä työryhmä:**

Toimintasektorille nimetään itsearviointityöryhmä, työryhmään tulee kuulua lääkäri / osastonhoitaja ja intervention käytännön toteuttajia

### **2. Aloita yksittäisillä arvioinneilla:**

jokainen ryhmän jäsen tutustuu arviointikysymyksiin ja tekee oman arviointinsa kaikilta arviointialueilta. Täytetty arviointilomake lähetetään sähköpostin liitetiedostona Auli Helistenille osoitteella [auli.helisten@ppshp.fi](mailto:auli.helisten@ppshp.fi). Vastaukset pyydetään lähettämään 13.4. mennessä.

### **3. Muodosta yhteinen käsitys:**

Itsearviointityöryhmä kokoontuu ja laatii jäsenten omien arviointien pohjalta neuvottelemalla yhteisen arvioinnin, tulokset kirjataan erilliselle yhteenvetolomakkeelle.

Tähän arviointikokoukseen osallistuvat professori, erityissuunnittelija Juhani Hassi, arviointiraportin tekijä Auli Helisten ja asiantuntijalääkäri Veikko Kujala

### **4. Suunnittele jatkotoimenpiteet:**

Itsearviointin pohjalta suunnitellaan jatkotoimenpiteet, esim. seuraavien kysymysten avulla:

Mitä haluamme tehdä seuraavan vuoden kuluttua?

Missä haluamme olla viiden vuoden kuluttua?

## **ARVIOINNIN KOHTEET**

**Arviointiasteikko on 1-5, kustakin alakohdasta muodostetaan kokonaiskäsitys ja pisteet annetaan asiakokonaisuudelle, ei yksittäisille väittämillä.**

### **1. KYLMÄINTERVENTION SUUNNITTELU**

a. **Kylmäintervention toteutuksen suunnittelu \_\_\_\_\_ pistettä**

1.A. toimintasektorilla on tehty kirjallinen kylmäinterventiosuunnitelma

1.B. suunnitelman tekoon ovat osallistuneet eri toimijaryhmät, ja se on käsitelty yhteisessä kokouksessa

1.C. kylmäinterventio on suunniteltu koskemaan koko toimintasektoria

**1.D.** suunnitelman sisältö on kaikkien interventioon osallistuvien työntekijöiden tiedossa

b. **Suunnitelman sisältö \_\_\_\_\_ pistettä**

suunnitelma sisältää:

- selkeät, riskihenkilöitä koskevat toimintaohjeet
- arvion toimenpiteitä vaativien riskihenkilöiden määrästä
- ohjeet intervention järjestämisestä
- työnjaon toimintasektorin sisällä
- yhteistyön muiden toimijoiden kanssa
- ohjeet toteutettujen toimenpiteiden kirjaamisesta



c. **Suunnitelman toteuttaminen ja seuranta** \_\_\_\_\_ pistettä

- suunnitelma on pantu täytäntöön ja vastuut jaettu
- henkilöstöresurssit on mitoitettu suunnitelmaa vastaavasti
- 1. suunnitelman seurannan toteuttamistavasta on sovittu
- 2. seuranta on järjestelmällistä
- kylmäinterventioon ja seurantaan osallistuvat työntekijät ovat tietoisia interventiosuunnitelmasta ja huolehtivat sen toteutuksesta
- asiakas on saanut interventiota koskevaa ohjeistusta

d. **Suunnitelman uudistaminen ja hallinta** \_\_\_\_\_ pistettä

- a.i. toimintasektorin vastuuryhmä kerää palautetta työntekijöiltä suunnitelman toimivuudesta
- 3. toimintasektorin vastuuryhmä seuraa aiemmin sovitulla tavalla intervention toteutusta
  - a.ii. kerätyistä intervention asiakastiedoista otetaan raportteja, joista keskustellaan toimintasektorin vastuuryhmän kokouksissa
  - a.iii. interventiosuunnitelmaa muutetaan tarpeen mukaan

○ **KYLMÄINTERVENTION TOTEUTUS**

e. **Riskiasiakkaan terveydentilan kartoittaminen ja sen tulosten mukaisten toimenpiteiden toteuttaminen** \_\_\_\_\_ pistettä

- kylmäinterventiosuunnitelman edellyttämät toiminnot toteutuvat asiakkaan vastaanottokäynnillä

- henkilökunta tekee tiimityötä kylmäintervention toteuttamisessa
- tiedonkulku tiimin jäsenten kesken on esteetöntä
- asiakkaan terveydentilan kartoittamisessa ja kylmäintervention suunnittelussa toimitaan asiakaslähtöisesti

**f. Kylmäintervention toteutuminen\_\_\_\_\_ pistettä**

- kylmäinterventio toteutetaan asiakkaalle sopivalla tavalla (ryhmä- tai yksilöohjaus)
- tavoitteet kylmäkäyttäytymisen muutokselle suunnitellaan asiakaslähtöisesti
- kylmäintervention toteutuksessa käytetään hyväksi muiden toimintasektoreiden interventiokäytäntöjä

**g. Asiakastyytyväisyys\_\_\_\_\_ pistettä**

- asiakas on tietoinen tarjolla olevasta kylmäohjeistuksesta
- ohjaus on ystävällistä ja oikeudenmukaista
- kylmäinterventioon liittyvä ohjaus on laadukasta ja suositusten mukaista
- käytössä on asiakaspalauttejärjestelmä, ja palautetta seurataan ja siihen reagoidaan

### **3.KYLMÄINTERVENTION JOHTAMINEN JA RESURSSOINTI**

**h. Henkilöstösuunnittelu\_\_\_\_\_ pistettä**

- kylmäintervention toteutukseen käytetty aika on kartoitettu
- kylmäinterventiotyöhön tarvittavat työpanokset on arvioitu
- seurataan, ovatko työhön suunnatut työpanokset riittäviä

- työhön liittyvä osaaminen ei ole yhden henkilön varassa
- henkilöstö on mukana kylmäinterventio toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä työpanosten osalta

**i. Moniammatillinen tuki \_\_\_\_\_ pistettä**

Terveyskeskuksen työntekijöillä on mahdollisuus saada tukea kylmäinterventiossa

4. oman toimintasektorin kylmäintervention vastuuhenkilöltä
5. avoterveydenhuollon ylilääkäriltä
6. kylmäprojektin erityisasiantuntijalta
7. Oulun yliopiston kylmätutkijatiimiltä

**j. Henkilökunnan osaamisen varmistaminen \_\_\_\_\_ pistettä**

- henkilökunnan kylmäinterventioon liittyvää osaamistarve on kartoitettu (työpajat)
- henkilökunta on saanut kylmäinterventioon liittyvän koulutuksen
- henkilöstön kylmäosaamisen kehittämistä tuetaan
- kylmän terveystarpeisiin liittyvä tieto ja osaaminen säilyvät henkilökunnan vaihtuessa (oppaat)

**k. Johtamisen vastuuttaminen ja yhteistyö \_\_\_\_\_ pistettä**

8. avoterveydenhuollon ylin johto kantaa vastuun kylmäintervention johtamisesta
9. kylmäintervention käytännön toteutuksesta vastaamaan on nimetty toimintasektorikohtaiset vastuutyöryhmät
10. sairaanhoitopiiri tukee kunnassa tapahtuvaa kylmäintervention toteutusta

**LIITE 6. CAF-KYSELYN TULOSTEN YHTEENVETOTAULUKKO JA RYHMÄHAASTATTELUN RUNKO**

**Toimintasektori:** \_\_\_\_\_

**Itserviointiryhmän kokouksen päivämäärä:** \_\_\_\_\_

**Kokoukseen osallistuneet:**

**Nimi:**

**Työtehtävä:**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Yhteenvetolomakkeen täyttäjä:** \_\_\_\_\_

**Itsearviointiin käytetty aika:** \_\_\_\_\_

**ARVIOINNIN KOHTEET:**

**INTERVENTION SUUNNITTELU**

Intervention suunnittelu

PISTEET: \_\_\_\_\_

Kuvaillaa lyhyesti, miten tämä asia on organisaatiossa järjestetty:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

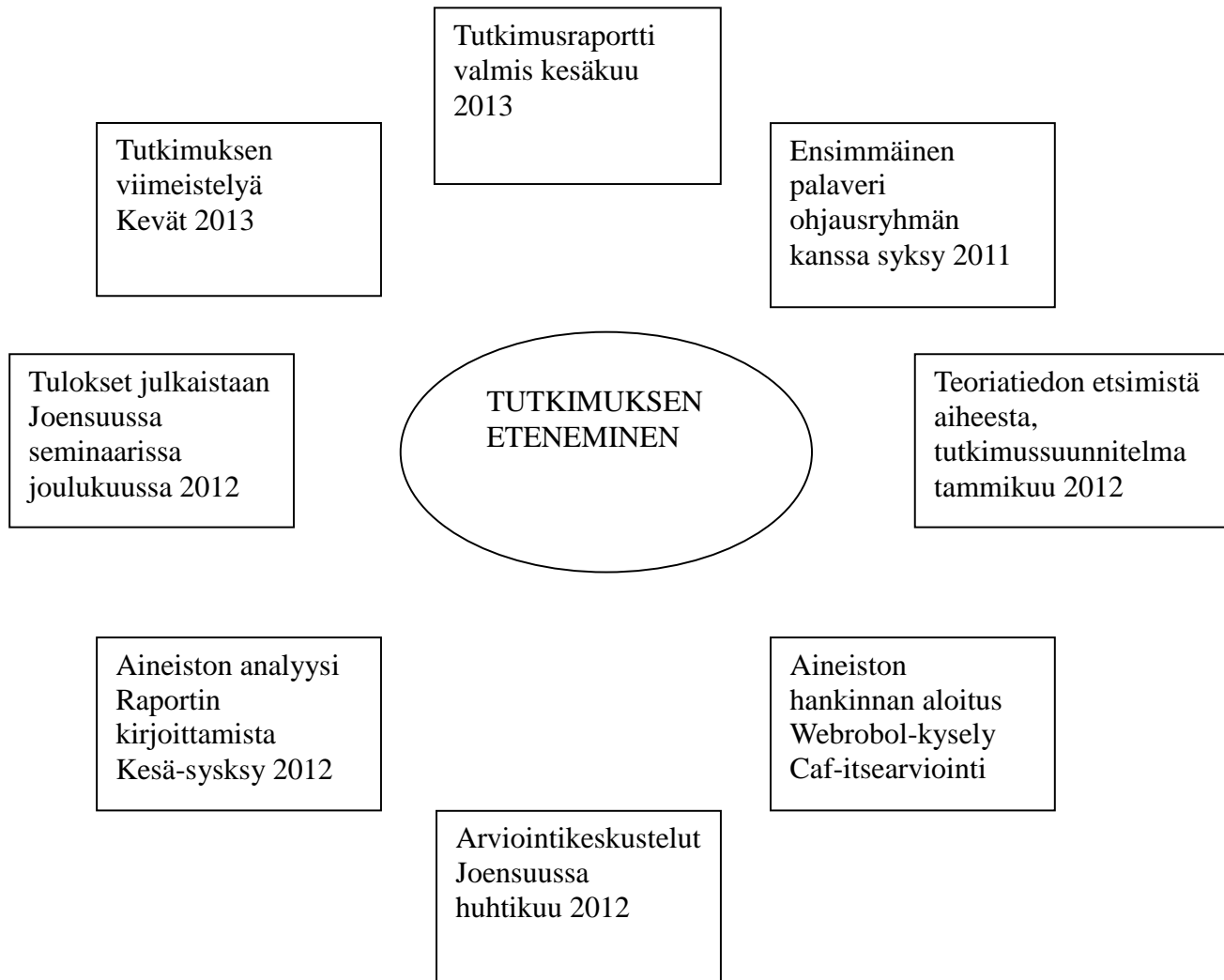
Suunnitelman sisältö

PISTEET: \_\_\_\_\_

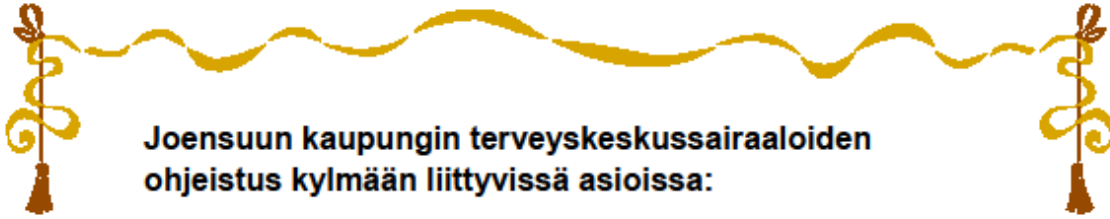
Kuvaillaa lyhyesti, miten tämä asia on organisaatiossa järjestetty:

\_\_\_\_\_

## LIITE 7 TUTKIMUKSEN ETENEMINEN



## LIITE 8 ESIMERKKI “HUONEEN TAULUSTA”



### Joensuun kaupungin terveyskeskussairaaloiden ohjeistus kylmään liittyvissä asioissa:

Yli 60-v henkilöt eivät ole yhtä kykeneviä ylläpitämään ruumiinlämpöä kylmäälistuksen aikana verrattuna nuorempiin ihmisiin. Ikään liittyvä lämmönsäätelyn heikkeneminen johtuu heikentyneestä verisuonten säätelykyvystä sekä alentuneesta lämmöntuotokyvystä. Lisäksi, vanhemmilla ihmisillä saattaa olla heikentynyt ja hidastunut kyky aistia jäähtymistä, joka käynnistää korjaavan lämmönsäätelyn. Heikentynyt kyky ruumiinlämmön ylläpitämiseen voi altistaa vanhat ihmiset kylmän haitallisille toimintakyky- ja terveysvaikutuksille.

#### 1 Potilaiden pukeutuminen osastolla.

Vanhat ihmiset tarvitsevat lämpimämpiä vaatteita kuin nuoremmat. Mahdolliset muistihäiriöt ja vanhusten alentunut älyllinen suorituskyky tulisi huomioida kylmäsuojaukseen varauduttaessa. Ne saattavat johtaa sopimattomaan/väärään toimintaan kylmässä. Vanhusten kyvyt arvioida oikein kylmään liittyviä terveysriskejä tulisi heitä hoitavien henkilöiden tunnistaa. Sormet ja varpaat tulee suojata, koska kiertävän veren tuoma lämpö kehon äärialueille on alentunut iän myötä.

##### 1.1 Riittävän lämmön turvaaminen vaatetuksen avulla on tärkeää erityisesti yhteisissä tiloissa ja käytävillä liikuttaessa ja oleskeltaessa.

Normaali sisälämpötila on osastoilla 22-23 astetta. Liian alhainen sisälämpötila aiheuttaa terveysriskiä erityisesti vanhuksille, sairaille ja muille huonosti liikkuville

- Käytä pitkähihaista ja pitkälahkeista alusvaatetta.
- Pue päälle villatakki, jakku tai college –puku.
- Laita jalkaan villasukat ja/tai tohvelit.
- Pidä saatavilla huopia, joita voi ottaa istuessa lisälämmikkeeksi.
- Potilaan hoitotoimenpiteiden yhteydessä esim. pesutilanteissa huolehditaan, että potilas ei altistu kylmälle. Tarkistetaan, että potilaan iho on kuiva ennen vaatteiden pukemista. Suihkuvuonulla ja –tuolilla kuljettaessa potilas suojataan lämpimällä peitolla.
- Päivälevolla ollessa on torkkupeiton käyttö tarpeen.

##### 1.2 Vuodepotilaiden lämpimänä pitäminen normaalioloissa ja lämmityshäiriöissä.

Vuodepotilas on henkilö, joka sairauden vamman tai muun syyn takia on vuoteessa vähintään 22h/vrk.

- Vuoteessa olevat potilaat tarvitsevat kylmänä vuodenaikana pyjaman tai haalarin ja sukat sekä lämpimän peiton. Avopaita ei riitä.
- Huone tuuletetaan nopeasti kylmänä vuodenaikana ja potilaat suojataan tuuletuksen ajaksi, tarvittaessa lisäpeitoin.
- Tyynyn ja peiton kääntäminen säännöllisesti vuodepotilailla. Vuodevaatteet kostuu, koska jokaisen ihmisen ihon läpi haihtuu vettä vähintään noin 0,4 – 0,6 litraa vuorokaudessa.
- Hiostuneet vaatteet pitää vaihtaa kuiviin.