

SOSIAALILÄÄKETIETEEN PÄIVÄT - 2008 -

**TIISTAI 2.12.2008
TIETEIDEN TALO, KIRKKOKATU 6, HELSINKI**



Sosiaalilääketieteen
yhdistys ry

SISÄLLYS

OHJELMA	3
TYÖPAJAT KLO 10.30	4
TYÖPAJAT KLO 14.30	5
LOUNASRAVINTOLAT	6
ABSTRAKTIT	
KÄYTTÄYTYMISLÄÄKETIETEEN JAOS	7
TERVEYDENHUOLTOTUTKIMUKSEN JAOS	10
TERVEYSSOSIOLOGIAN JAOS & LATE 1	14
LÄÄKETUTKIMUKSEN JAOS	17
LISÄÄNTYMISTERVEYDEN JAOS	19
MIELENTERVEYDEN & KÄYTTÄYTYMIS- LÄÄKETIETEEN JAOKSET	23
TERVEYSSOSIOLOGIAN JAOS & LATE 2	27
POSTERIT	30
OSALLISTUJALISTA	33

SOSIAALILÄÄKETIETEEN PÄIVÄT 2008

TIISTAI 2.12.2008
TIETEIDEN TALO, KIRKKOKATU 6, HELSINKI

Ohjelma

8.30–10.00 Ilmoittautuminen

9.00–10.10 Avaus (sali 104)

puheenjohtaja Aini Ostamo, Sosiaalilääketieteen yhdistys

Innovaatiot sosiaalilääketieteen näkökulmasta
ohjelmapäällikkö Juha Teperi, STM

Laadullinen ja määrällinen tutkimus sosiaalilääketieteessä – erillisiä vai toisiaan täydentäviä näkökulmia?

tutkija Anu Katainen, Sosiologian laitos, Helsingin yliopisto

10.10–10.30 Kahvitauko

10.30–12.00 Yhdistyksen jaostojen työpajat

1. Käyttäytymislääketieteen jaos (sali 405)

2. Terveydenhuoltotutkimuksen jaos & Terveydenhuollon lääkärit (sali 401)

3. Ruokatutkimuksen jaos (sali 208)

4. Terveys sosiologian jaos & Laadullisen terveystutkimuksen tutkijaverkosto
Late 1 (sali 313)

12.00–13.30 Lounastauko (omakustanteinen)

13.30–14.00 Onko sosiaalilääketieteellä tulevaisuutta globalisoituvassa maailmassa?
(sali 104)

erikoistutkija Meri Koivusalo, Stakes

14.00–14.30 Kahvitauko

14.30–16.00 Jaostojen työpajat jatkuvat

1. Lääketutkimuksen jaos (sali 401)

2. Lisääntymisterveyden jaos (sali 208)

3. Mielenterveyden jaos & Käyttäytymislääketieteen jaos (sali 405)

4. Terveys sosiologian jaos & Late 2 (sali 313)

16.30– SLY:n syyskokous (sali 208)

TYÖPAJAT KLO 10.30-12.00

Käyttäytymislääketieteen jaos

Huone: Sali 405

Puheenjohtajat: Antti Uutela ja Nelli Hankonen

Gunilla Burell: Significance of behavioral medicine in promoting heart health in Europe

Jaana Laitinen: Etävastaanotto ja aktivoivat ohjausmenetelmät tyyppin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden ryhmäohjauksessa

Carola Ray: Onko vanhempien koherenssin tunteella yhteyksiä alakoululaisten ruokatottumuksiin?

Merja Kurki: Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa

Terveydenhuoltotutkimuksen jaos

Huone: Sali 401

Puheenjohtajat: Taina Mäntyranta ja Ilmo Keskimäki

Ulla Tuominen: Hoitotakuun toiminnalliset vaikutukset erikoissairaanhoidossa

Satu Kapiainen: Yhdistetyn maksukaton vaikutus maksurasitukseen

Pia Hakamäki: Kuntien kotisivujen tarjoama tieto oppilashuoltopalveluista

Kirsi Wiss: Henkilöstömitoituksen seuranta kouluterveydenhuollossa

Risto Kuronen: Valtimotautiriskiin liittyvien käypä hoito-suositusten jalkautus, koulutusinterventio

Leena Forma: Kuntien välinen vaihtelu vanhojen ihmisten sosiaali- ja terveystalvelujen käytössä kahtena viimeisenä elinvuotena

Ruokatutkimuksen jaos

Huone: Sali 208

Puheenjohtaja: Enni Mertanen

Työpajassa keskustellaan ruokatutkimuksen uusista tuulista.

Terveys sosiologian jaos & Late 1: Kansalaisten terveys ja terveystäilykset

Huone: Sali 313

Puheenjohtajat: Piia Jallinoja ja Meri Larivaara

Ilkka Pietilä: Itsearvioitu terveys ja terveyden ajalliset ulottuvuudet

Annika Lillrank: Naisten kertomuksia sairaseläkkeelle jäämisestä

Olli Pietiläinen, Mikko Laaksonen, Eero Lahelma & Ossi Rahkonen: Sosioekonomisten terveyserojen muutokset – paneelitutkimus Helsingin kaupungin työntekijöillä

Riikka Lämsä: Kotiutustilanteiden neuvottelu- ja kiistatilanteet sairaalaosastolla – potilaiden erilaiset määritelmät

TYÖPAJAT KLO 14.30-16.00

Lääketutkimuksen jaos

Huone: Sali 401

Puheenjohtaja: Arja Helin-Salmivaara

Päivi Ruokoniemi: Shift of statin use towards the elderly in 1995–2005: a nation-wide register study in Finland

Miia Artama: Lääkehoito ja raskaus -hanke: rekistereihin perustuva seurantajärjestelmä raskaudenai-
kaisen lääkkeiden käytön turvallisuuden arvioimiseksi

Vesa Jormanainen: Lääkkeiden hoidollisen ja taloudellisen arvon arviointi: mitä arvo voisi tarkoittaa ja
miten sitä voisi arvioida?

Janne Martikainen: Eri menetelmät lääkkeiden taloudellisen arvon arvioinnissa

Lisääntymisterveyden jaos

Huone: Sali 208

Puheenjohtaja: Mika Gissler

Riitta Luoto: Infertiliiteettihoitojen yleisyys ja onnistuminen

Mika Gissler: Raskautta edeltävä mielenterveyslääkitys lisää raskauden keskeytysriskiä

Maija Jakobsson: Ennenaikaiset synnytykset eivät lisääny Suomessa

Tuire Sannisto: Raskauden ehkäisy synnytyksen jälkeen: kysely lääkäreille ja hoitajille

Katja Borodulin: Synnyttäneisyys ja liikunta- tuloksia FINRISKI-tutkimuksesta

Eija Raussi-Lehto: Äitiysneuvolat Suomessa 2000 -luvulla - tutkimushankkeen esittely

Mielenterveyden jaos & Käyttäytymislääketieteen jaos

Huone: Sali 405

Puheenjohtajat: Aini Ostamo ja Nelli Hankonen

Antti Latvala: Päihdehäiriöiden esiintyvyys ja riskitekijät nuorilla aikuisilla: Väestöpohjainen tutkimus

Antti Impinen: Toistuva rattijuoppous - 15 vuoden rekisteriseuranta

Karoliina Ojaniemi: Huumerattijuoppumus Suomessa 1977–2007

Sakari Suominen: Koherenssin tunne rekisteriperusteisen sepelvaltimotauti- ja aivohalvausriskin en-
nustajana

Salla-Maarit Volanen: Koherenssin tunteen ja eläkeaikomusten välinen yhteys suomen- ja ruot-
sinkielisillä suomalaisilla

Ulla-Sisko Lehto: Syöpäpotilaiden elinaikaa ennakoivat psykososiaaliset tekijät

Terveys sosiologian jaos & Late 2: Näkökulmia ammattilaisiin ja terveyspalveluihin

Huone: Sali 313

Puheenjohtajat: Anu Katainen ja Päivi Topo

Pirjo Lindfors: Isät äitiysneuvolan vastaanotolla – kuinka alkoholin käytöstä keskustellaan

Anna Leppo & Riikka Perälä: Asiakaslähtöisyys ja osallistuminen palvelujen arjessa – kontrollia ja
emansipaatiota?

Ulla Saalasti-Koskinen, Kaija Hänninen, Jaana Leipälä & Marjukka Mäkelä: Sikiön poikkeavuuksien
seulontojen implementointi – tiedon kerääminen fokusryhmähaastattelulla vanhemmilta ja työnteki-
jöiltä

Saarinen Arttu: Lääkäreiden ideat julkisen terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisesta

Heidi Anttila, Ulla-Saalasti-Koskinen, Juha Koivisto, Tuija Ikonen & Päivi Reiman-Möttönen: Sosiaa-
liset ja organisatoriset tekijät terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa – EUnetHTA HTA Core
Model

LOUNASRAVINTOLAT

1. Tieteiden talo

Kirkkokatu 6

2. Safka

Vironkatu 8

3. Azoros

Meritullinkatu 5

4. Kotipizza Kruununhaka

Mariankatu 10

5. UniCafe Prothania

Yliopistonkatu 3

6. Unicafe Päärakennus

Fabianinkatu 33

7. Pizzeria Marian

Mariankatu 18

8. Ravintola Savotta

Aleksanterinkatu 22

9. Ravintola Rodolfo

Kirkkokatu 5

Significance of behavioral medicine in promoting heart health in Europe

Gunilla Burell, Ph.D., Department of Public Health and Caring Sciences, Uppsala University, Sweden

The goal of the collaboration between the ISBM and the European Society of Cardiology (ESC) is to support the promotion of heart health in Europe by contributing behavioural medicine expertise to a variety of initiatives and activities undertaken by the ESC.

The ISBM/ESC collaboration takes place within the context of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) which consists of specialists in the fields of Epidemiology, Public Health, Prevention, Health Policy, Rehabilitation, Exercise Physiology and Basic Research within the framework of the ESC. Its mission is to promote excellence in research, practice, education and policy in cardiovascular prevention and rehabilitation in Europe. The HeartScore® program is a web-based interactive programme for predicting and managing the risk of heart attack and stroke in Europe. EuroAction is a Pan-European project in preventive cardiology demonstrating how the European Guidelines on CVD Prevention can be applied in everyday clinical practice. EuroAspire III is the 3rd multi-centre survey to measure implementation of Guidelines. The HeartQol Study aims to measure the quality of life of cardiac patients by a quality of life core questionnaire to be used for international studies, indication and evaluation of cardiac events and treatments including rehabilitation.

The ISBM is represented in two working committees within the EACPR: The Joint European Societies Cardiovascular Prevention Committee (JPC), and the Fourth Joint Taskforce Committee, and has contributed to guidelines on evidence-based behavioural methods for prevention and treatment of CVD. The new and updated Guidelines were published in the fall of 2007.

There is a noticeable interest in behavioral medicine research and practice among cardiologists in Europe and the guidelines have a heavy emphasis on behavior and lifestyle. The ISBM/ESC collaboration thus provides a model for how organizational liaisons can impact clinical practice.

Etävastaanotto ja aktivoivat ohjausmenetelmät tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden ryhmäohjauksessa

vanhempi tutkija, dosentti Jaana Laitinen, Työterveyslaitos, jaana.laitinen@ttl.fi

Tyypin 2 diabetesta voidaan ehkäistä elintamuutoksin. Elintapamuutokseen tähtäävän ohjauksen kustannustehokkuutta voidaan parantaa kehittämällä ryhmäohjausta ja sen menetelmiä. Lisäksi erityisosaamista voidaan tarjota syrjäisemmille alueille teknologian avulla, kuten etävastaanotto toimintana.

Ryhmäohjaus etävastaanottona toteutui tässä hankkeessa (Aktivoivien ohjausmenetelmien ja etävastaanoton toteutettavuus ja vaikuttavuus tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden ryhmäohjauksessa) videoneuvotteluna siten, että ravitsemusterapeutti oli Oulussa ja ryhmäläiset olivat 80-100 km:n päässä oman kuntansa terveyskeskuksen kokoustilassa. Hankkeen tavoitteena on selvittää ryhmäohjauksen toteutettavuutta ja vaikuttavuutta etävastaanottona. Lisäksi tavoitteena on tutkia aktivoivien ohjausmenetelmien toimivuutta ryhmäohjauksessa. Aktivoivien ohjausmenetelmien pääidea on haastaa osallistujat toimimaan aktiivisesti. Aktiivinen toiminta on edellytys oppimiselle ja oppiminen mahdollistaa muutoksen. Oman toiminnan itselle näkyväksi tekeminen on tärkeää, jotta voi arvioida mitä muutoksia haluaa ja kokee mahdolliseksi tehdä, jotta voi tehdä toimintasuunnitelmia ja toteuttaa niitä. Käytettyjä aktivoivia ohjausmenetelmiä olivat muun muassa kuvien käyttö, oppimispelin pelaaminen (www.ttl.fi/rapatti), ja askelmittarin käyttö.

Tutkimushankkeessa on toteutettu viisi etäryhmää (5-9 osallistujaa/ryhmä) Oulunkaaren seutukunnan terveyskeskuksissa ja kuusi lähiryhmää (yhteensä 74 osallistujaa keski-ikä noin 50 vuotta). Ryhmäohjaukseen kuului neljä 90-minuutin ryhmätapaamista kahden viikon välein sekä viides tapaaminen kuuden kuukauden kuluttua aloituksesta. Ryhmätapaamisten välillä osallistujilla oli kotitehtäviä (mm. itsearviointi- ja itsehavainnointitehtäviä). Alussa ja kuuden kuukauden kohdalla tehtiin mittauksia ja osallistuneet täyttivät kyselyitä. Lisäksi he antoivat palautetta ryhmäohjauksesta ja ryhmän toiminnasta. Kaikki ryhmäohjaustilanteet on videoitu (yhteensä 81,5 tuntia). Arvotut 22 henkilöä osallistuivat teemahaastatteluun.

Ryhmäohjaukseen osallistujat odottivat saavansa ryhmäohjauksesta tietoa ja tukea sekä apua elintapamuutoksiin ja painonhallintaan. Ryhmäohjauksen koettuja hyötyjä olivat tiedon, tuen ja vinkkien saaminen, voimavarojen lisääntyminen, sekä muutokset elintavoissa ja painonhallinnassa. Ryhmäohjaus on toteutettavissa etävastaanottona. Etäryhmäläiset kokivat saaneensa hiukan enemmän tukea muilta ryhmäläisiltä ja hyötynensä hiukan enemmän ryhmäohjauksesta ja ryhmästä kuin lähiryhmäläiset. Aktivoivat ohjausmenetelmät olivat toimivia ja mahdollistivat etävastaanoton niissäkin tilanteissa, joissa esiintyi teknisiä ongelmia esimerkiksi ohjaajan äänen kuulumisen osalta. Lisäksi monien käytettyjen ohjausmenetelmien vahvuutena on, että ne tukevat eri tyyliillä tietoa vastaanottavien henkilöiden oppimista ja auttavat luomaan ohjaustilanteen vuorovaikutuksesta ja ilmapiiristä myönteisen ja oppimiseen motivoivan.

Onko vanhempien koherenssin tunteella yhteyksiä alakoululaisten ruokatottumuksiin?

Carola Ray (1,2), Eva Roos (1,2), Sakari Suominen (1,3)

1) Folkhälsanin tutkimuskeskus, Paasikivenkatu 4, 00250 Helsinki. carola.ray@folkhalsan.fi; 2) Kansanterveystieteen laitos, Helsingin yliopisto; 3) Kansanterveystiede, Turun yliopisto

Tavoite: Moni tekijä vaikuttaa aikuisten ruokatottumuksiin ja viimeisten vuosien aikana on löydetty yhteyksiä aikuisten koherenssin tunteen ja ruokatottumusten välillä. Toisaalta vanhempien ruokatottumukset heijastuvat lasten tottumuksiin. Tavoitteena on tutkia onko vanhempien koherenssin tunteella yhteyksiä lasten ruokatottumuksiin, ja löytyykö mahdolliseen yhteyteen selittäviä tekijöitä.

Metodit ja materiaali: 1272 ruotsinkielistä pääkaupunkiseudun lasta, ikä 10–11, täyttivät syksyllä 2006 luokkahuoneessa lomakkeen, jossa mitattiin ateriarytmiä; kuinka usein viikon aikana syödään aamiaista, lounasta, päivällistä, sekä kuinka usein viikon aikana syödään ravintorikkaita elintarvikkeita (keittämättömiä ja kypsennettyjä vihanneksia, hedelmiä ja tummaa leipää) sekä energiatiheitä ruokia (makeisia, suklaata, virvoitusjuomia, jäätelöä, keksiä, pitsoja, hampurilaisia, lihapiirakoita ja 'hot dogeja'). Ateriarytmistä sekä elintarvikkeista muodostettiin kolme muutujaa; epäsäännöllinen ateriarytmi, ravintorikkaiden ja energiatiheiden elintarvikkeiden syönti.

Vanhemmilta, $n=860$, mitattiin kotona täytettävän lomakkeen avulla koherenssin tunnetta Antonovskyn kehittämällä lomakkeella. Kolmentoista kysymyksen avulla selvitettiin vastaajan käsityksiä siitä miten hän kokee elämänsä ymmärrettävänä, mielekkäänä sekä hallittavana. Myös vanhempien ruokatottumuksia tutkittiin.

Aineisto sisälsi 722 vanhempilapsi-pareja ja analyyseissä käytettiin varianssi-, logistista regressioanalyysia sekä Chi2-testiä.

Tulokset: Vanhempien heikompi koherenssin tunne oli yhteydessä lasten epäsäännölliseen ateriarytmiin ($p=0.003$), sekä tiheämpään energiatiheiden ruokien syöntiin viikon aikana ($p<0.001$). Vahvempi koherenssin tunne vanhemmilla oli yhteydessä tiheämpään ravinto-rikkaiden ruokien syöntiin ($p=0.04$). Hedelmien ja vihannesten saatavuus sekä käytettävyys kotona, vanhempien tieto ravitsemussuosituksista, vanhempien oma hedelmien ja vihannesten syönti, sekä epäsäännöllinen ateriarytmi lapsilla selittivät yhteyden vanhempien koherenssin tunteen ja lasten ravinto-tiheyden ruokien välillä. Yhteys vanhempien koherenssin tunteen ja lasten energia-tiheiden ruokien syönnin välillä ei selittynyt edellä mainituilla tekijöillä.

Yhteenveto: Vanhempien koherenssin tunne on yhteydessä lasten ruokatottumuksiin. Vaikuttaa siltä, että mitä vahvempi koherenssin tunne vanhemmilla on, sitä paremmin tämä heijastuu, ei vain vanhempien omiin elintapoihin, vaan koko perheen elintapoihin. Mahdollisia yhteyksiä vanhempien koherenssin tunteen ja lasten elintapojen välillä pitäisi tutkia lisää, ennen kuin tätä tietoa voidaan hyödyntää terveyden edistämässä.

Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa

M. Kurki (1), K. Hemiö (2), V. Moltchanov (2)

1) Miina Sillanpään Säätiö / Siuntion Hyvinvointikeskus; 2) Kansanterveyslaitos, Terveystieteiden tutkimuskeskus ja kardiologian osasto

Tausta: Tyyppin 2 diabetesta voidaan ehkäistä tai ainakin sen ilmaantumista voidaan pitkittää elintapaohjauksella; pudottamalla painoa, lisäämällä liikuntaa ja muuttamalla ruokavalion laatua.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää pitkäkestoisen, useita valmennusjaksoja kuntoutuskeskuksessa sisältävän moniammatillisen elintapaohjauksen vaikuttavuutta metabolisen oireyhtymän (MBO) hoidossa.

Menetelmät: Tutkimukseen osallistui 96 (miehiä 43, naisia 53) henkilöä, joilla oli oman työpaikkansa työterveyshuollossa todettu MBO. Kahden vuoden tutkimusjaksoon sisältyi kaikkiaan viisi 3-5 vuorokauden mittaista valmennusjaksoa kuntoutuskeskuksessa. Valmennuksessa pyrittiin käyttäytymisen muutosvaihemallin ja kognitiivisen oppimisprosessin avulla vaikuttamaan henkilöiden elintapoihin moniammatillisella yksilö- ja ryhmämuotoisella ohjauksella.

Tulokset: Osallistujien paino laski keskimäärin miehillä 2,5 kg ja naisilla 2,9 kg. Vyötärön ympäryys pienentyi miehillä 4,4 cm ja naisilla 4,5 cm. Henkilöiden fyysinen kunto ja lihaskunto paranivat. Henkilöt myös muuttivat ruokavaliotaan tavoitteiden suuntaisesti niin, että kuidun saanti lisääntyi ja tyydyttyneen rasvan saanti vähentyi. Tulokset säilyivät kaksivuotisseurannassa.

Päätelmät: Kuntoutuskeskuksessa järjestettävä MBO-potilaiden kuntoutus on toimivaa ja tuloksellista. Valmennusprosessissa lähes kaikki terveyteen liittyvät elämänlaadun osa-alueet parantuivat, joten prosessissa vahvistuivat fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn osa-alueet. Pääsääntöisesti suotuisat muutokset tapahtuivat ensimmäisen puolen vuoden aikana. Kun muutosprosessi saadaan käynnistymään, sen ylläpitämiseen ja säilyttämiseen tarvitaan myös panostusta. Toiminta edellyttää hyvää yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Työterveyshuollon roolia tulee hyödyntää enemmän, erityisesti ohjattavien lisätuen varmistamiseksi valmennusjaksojen välissä.

TERVEYDENHUOLTOTUTKIMUKSEN JAOS

Hoitotakuun toiminnalliset vaikutukset erikoissairaanhoidossa

Ulla Tuominen, CHESSt*. Hennamari Mikkola, CHESSt, Markku Pekurinen, CHESSt

*E-mail ulla.tuominen@stakes.fi

Taustaa: Muiden OECD maiden tavoin myös Suomessa pitkät ei-kiireelliset leikkausjonot käynnistivät uuden hoitotakuu-uudistuksen. Suomessa hoitotakuu eli yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteet ovat olleet nyt käytössä yli kolme vuotta. Hoitotakuun tarkoituksena on taata kansalaisille tasa-arvoinen mahdollisuus päästää yhtäläisin hoitokriteerien avulla kiireettömään hoitoon määrääjässä. Tämän tutkimuksen tavoitteena on arvioida hoitotakuun toteuttamiseksi käyttöön otettujen toimintatapojen vaikutusta ennen ja jälkeen hoitotakuun.

Menetelmät: Vuonna 2007 lähetettiin sairaanhoitopiireille kyselytutkimus, jonka tarkoituksena oli kerätä tietoa niistä toiminnallisista muutoksista joita toimeenpantiin ennen hoitotakuun voimaantuloa. Lisäksi sairaaloiden toimintaa kuvaavia tietoja kerättiin Hoitoilmoitusrekisteristä vuosilta 2004–2006. Vertailevat analyysit suoritettiin yliopistollisten (n=5) ja muiden (n=15) sairaanhoitopiirien välillä. Menetelminä muutosten vertailussa ja vaikutusten arvioinnissa käytettiin suoria jakaumia, varianssianalyysiä sekä riippumattomien otosten t-testiä.

Tulokset: Sairanhoitopiirit käyttivät taloudellisia sekä koulutuksellisia kannusteita voidakseen toteuttaa hoitotakuun edellyttämät velvoitteet. Ylityöt sekä toimenpiteistä maksetut lisäkorvaukset olivat tyypillisimmät kannusteet. Kannusteiden käytössä ei ollut tilastollisia eroja yliopistollisten tai muiden sairaanhoitopiirien välillä. Useimmat sairaanhoitopiirit käyttivät yhtenäisen kiireettömän hoidon periaatteita niin priorisoinnissa kuin hoidon hallinnoinnissa. Lisäksi yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä lisääntyi. Kirurgian osuus sekä avohoidossa että vuodeosastohoidossa kasvoi enemmän keskussairaalatason sairaanhoitopiireissä, ero yliopistollisiin sairaanhoitopiireihin verrattuna oli tilastollisesti merkitsevä (p<0.05–0.005). Hoitotakuun toteutumiseksi kirurgista toimintaa tuettiin lisärahoituksella.

Johtopäätökset: Hoitotakuun toiminnallinen toteutuminen ei olisi ollut mahdollista ilman henkilökunnalle suoritettuja taloudellisia ja koulutuksellisia kannusteita. Kirurgiaan kohdistunut priorisointi ei kuitenkaan tilastojen perusteella huonontanut tai hidastanut muiden esim. sisätauti- tai naistentautipotilaiden hoitoon pääsyä. Panostaminen kiireettömään hoitoon ei myöskään vaikuttanut heikentävästi päivystyksen suhteelliseen osuuteen kaikista hoitojaksoista.

Yhdistetyn maksukaton vaikutus maksurasituksiin

Satu Kapiainen, Timo Seppälä, Hennamari Mikkola, Mikko Peltola, Markku Pekurinen

STAKES/Terveystaloustieteen keskus – CHESSt

S-posti:satu.kapiainen@stakes.fi

Tausta ja tavoite. Nykyisten terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisen tarkoituksena on keventää palveluita ja lääkkeitä paljon käyttävien omavastuun maksurasitetta. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella yhdistetyn maksukaton maksurasituksia kuluttajan, kuntien ja sairausvakuutuksen näkökulmasta. Maksurasitteen potentiaalista muutosta kuluttajille tutkittiin empiirisesti ja käyttäytymisvaikutuksia teoreettisesti. Yhdistetyn maksukaton taso valittiin kustannusneutraaliksi eli asetettiin kustannusvastaavalle tasolle nykyjärjestelmän kattokustannusten kanssa.

Aineisto ja menetelmät. Tutkimuksessa käytettiin 13 kunnasta kerättyä yksilötason aineistoa perusterveyden- ja vanhustenhuollon avopalvelujen käytöstä vuodelta 2006. Laitoshoidon, asumispalvelujen sekä erikoissairaanhoidon avohoitoa koskevien tietojen osalta käytettiin Stakesin, ja sairausvakuutustietojen osalta Kelan rekisteriaineistoja. Tilastokeskus liitti aineistoon tutkimuksen kannalta oleelliset henkilöiden taustatiedot ja teki tarkasteluun valittujen kuntien asukkaista väestökehikon mukaisella otannalla kaksi aineistoa. Varsinainen tutkimusaineisto (n=303 562) saatiin yhdistämällä otanta-aineistot.

Tutkimusaineistosta laskettiin maksukattojen piiriin kuuluvien henkilöiden lukumäärä, potilaiden omavastuiden kokonaismäärä sekä maksukattojen kohdentuminen tuloluokittain, alueittain, ikä- ja sairausryhmittäin sekä pääasiallisen toiminnan mukaan. Lisäksi arvioitiin maksukattojen kustannukset palvelujen käyttäjille, kunnille ja sairausvakuutukselle. Tutkimuksessa analysoitiin yhdistettyjen maksukattovaihtoehtojen nettomaksajien ja nettosaaji-

TERVEYDENHUOLTOTUTKIMUKSEN JAOS

en lukumäärää sekä tulotasoja ja nettomaksujen ja saantien konkreettista suuruutta. Yhdistettyyn maksukattoon sisällytettiin lääke- ja kuntakatto. Matkakaton mukaanotto yhdistettyihin maksukattoihin heikentäisi merkittävästi pelkän matkakaton ylittäneiden asemaa. Näin ollen, matkakatto jätettiin tutkimuksessa tarkastelun ulkopuolelle sen ollessa implementointia ajatellen epärealistinen osa yhdistettyä maksukattojärjestelmää.

Tulokset. Vuonna 2006 kuntakaton ylittäneitä oli noin 85 000 henkilöä, lääkekaton ylittäneitä 159 800 henkilöä ja matkakaton ylittäneitä 34 000 henkilöä. Maksukatot ylittyivät pääosin eläkeläisillä ja pienituloisilla. Yhdistetystä maksukatosta hyötyisivät etenkin useamman maksukaton ylittävät henkilöt. Vuonna 2006 kunta- ja lääkekaton ylittäneitä oli 19 400.

Yhdistetyn maksukaton vaikutusten kohtaanto ja suunta riippuvat maksukattojärjestelmän valinnasta. Yhdistetty maksukatto voisi olla kaikille samansuuruinen, kuten nykyiset maksukatot, mutta muitakin vaihtoehtoja on olemassa. Maksukatto voisi olla esimerkiksi tulosidonnainen, potilaan kustannusten mukaan porrastettu tai erisuuruinen eri väestöryhmille.

Tasasuuruinen kustannusneutraali yhdistetty maksukatto (kunta- ja lääkekatto) olisi vuoden 2006 kustannustasossa noin 840 euroa vuodessa. Tulosidonnaisessa maksukattomallissa kustannusneutraaliin tulokseen päädyttäen, jos maksukaton suuruus olisi 4,5 prosenttia valtionveronalaisista tuloista, mutta kuitenkin vähintään 800 euroa ja enintään 1 000 euroa. Muiden, tasasuuruuselle yhdistetyille maksukatolle vaihtoehtoisten, järjestelmien analysointi on parhaillaan käynnissä.

Kuntien kotisivujen tarjoama tieto oppilashuoltopalveluista

Hakamäki P (1), Rimpelä M (2), Rimpelä A (1), Wiss K (2), Saaristo V (2), Rigoff A-M (2) & Happonen H (1)
1) Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos; 2) Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes)

Tutkimuksen suorituspaikka: Stakes, Tampereen alueyksikkö. Tutkimusongelma: Oppilashuollosta on säädetty perusopetus-, lastensuojelu- ja kansanterveyslaeissa. Kouluterveydenhuoltoa on ohjattu laatusuosituksella (2004). Käytännössä kunnat ovat saaneet järjestää oppilashuoltopalvelunsa hyväksi katsomallaan tavalla. Vaikka kodin ja koulun yhteistyötä on korostettu, vanhempien osallisuutta oppilashuollon kehittämisessä on tutkittu vähän. Tässä tutkimuksessa kartoitettiin kuntien kotisivuja vanhempien näkökulmasta: Mitä tietoa vanhemmat saavat kuntansa kotisivuilta? Kuvataanko oppilashuoltopalvelut kokonaisuutena? Onko kotisivuilla tarjottu tietoa ajan tasalla?

Aineisto ja menetelmät: Aineistona oli suurten (=väestö yli 50 000) terveyskeskusten pääterveysasemien sijaintikuntien (n=21) kotisivut. Oppilashuoltopalveluita koskevat tiedot koottiin opetus- ja terveystoimen sivuilta. Erilliset liitteet rajattiin ulkopuolelle. Aineisto kerättiin 25.9–7.10.2008. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksista johdettiin osa analyysikehikon kategorioista.

Tulokset: Lähes kaikkien kuntien kotisivuilla oli koulukohtaiset yhteystiedot psykososiaalisiin (koulukuraattori ja koulupsykologi) oppilashuoltopalveluihin. Kokonaiskuva oppilashuoltopalveluista tarjottiin 12 kunnassa, useammin opetus- kuin terveystoimen sivuilla. Viidessä kunnassa oppilashuoltopalvelut muodostivat yhden kokonaisuuden, eikä erillisiä opetus- ja terveystoimen sivuja ollut. Kahdeksassa kunnassa tiedot olivat erikseen opetus- ja terveystoimen sivuilla. Yhden kunnan kotisivuilta ei löytynyt lainkaan tietoja psykososiaalisista oppilashuoltopalveluista. Sivuilta kuvattiin koulupsykologi- ja koulukuraattoripalveluja (19/21), oppilashuoltoryhmää (8/21), terveystarkastusohjelmaa (7/21) ja vanhempien osallistumista määräaikaan tarkastuksiin (6/21). Noin joka toisen kunnan sivuilta löytyi mainintoja ammattiryhmien määristä tai työn painotuksista. Vain yksi kunta ilmoitti oman tavoitteensa kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksesta. Työolotarkastus oli kuvattu vain yhdessä kunnassa, yleisemmin työolojen terveysvalvontaan viitattiin kahdeksan kunnan kotisivuilla. Noin joka toisen kunnan kotisivuilla oli oppilashuoltopalveluita koskeva liite (toimintasuunnitelma, rekisteriseloste tms.). Päivitysjankokohta ilmoitettiin noin joka toisella kotisivulla ja se vaihteli välillä 28.12.2006–2.10.2008.

Päätelmät: Kuntien ja terveyskeskusten kotisivut ovat tehokas uuden informaatioteknologian tuoma mahdollisuus kertoa vanhemmille oppilashuollosta ja sen palveluista. Tulosten mukaan käytännöt vaihtelevat paljon. Kokonaiskuvan saadakseen vanhempien on usein etsittävä tietoa oppilashuollon palveluista erikseen eri hallinnonalojen sivuilta. Usein tiedot ovat niukkoja, eivätkä anna vanhemmille mahdollisuutta arvioida, millaista tukea kunta/terveyskeskus tarjoavat ja miten tämä tuki suhtautuu valtakunnallisiin suosituksiin. Kotisivujen tarjoama tieto voisi huomattavasti nykyistä paremmin tukea vanhempien osallisuutta oppilashuollon ja sen palvelujen kehittämisessä ja arvioinnissa.

Henkilöstömitoituksen seuranta kouluterveydenhuollossa

Wiss, Kirsi; Saaristo, Vesa & Rimpelä, Matti

Stakes, Kuntapalvelut, TedBM-hanke

yhteystiedot: Kirsi Wiss, Stakes, Tampereen alueyksikkö, Biokatu 10, 33520 Tampere; kirsi.wiss@stakes.fi

Johdanto: Kouluterveydenhuollon henkilöstömitoituksesta on annettu valtakunnallinen suositus (oppilaita/kokoaikainen terveydenhoitaja tai lääkäri), mutta suositusta työpanoksen mittaamiseksi ei ole.

Aineisto ja menetelmät: Terveyskeskuskyselyissä (ks. <http://info.stakes.fi/TedBM/FI/index.htm>) on kysytty terveydenhoitajan ja lääkärin työpanosta 1) toimien lukumääränä vuosilta 2005 ja 2006 (erikseen kokopäivätoimiset, noin puolipäivätoimiset ja alle puolipäivätoimiset), 2) henkilötyövuosina (HTV; 2005, 2006), 3) tunteina kuukaudessa (2007; muunnettiin HTV:ksi: terveydenhoitaja =148 h/kk ja lääkäri =136 h/kk) sekä 4) valmiiksi laskettuna tunnuslukuna (2005).

Tulokset: Vuodelta 2005 (useita tarkistuksia) tunnusluvut saatiin 80 % terveystakeskuksia terveydenhoitajalle ja 42 % lääkärille. HTV:t vuodelta 2006 ilmoitti vastaavasti 79 % ja 52 %. Tunnit kuukaudessa ilmoitti vuodelle 2007 (ilman tarkistuksia) 53 % terveydenhoitajille ja 47 % lääkärille. Kun 2006 ja 2007 aineistot yhdistettiin, tunnusluvut saatiin molemmista terveydenhoitajalle 47 % ja lääkärille 30 % terveystakeskuksesta, tieto puuttui toisessa 38 % ja 39 % sekä molemmissa 15 % ja 31 %. Lääkärin tieto puuttui molemmissa 44 %:lta pieniä (<5000) ja 14 %:lta suuria (50 000+) terveystakeskuksia. Kahden kyselyn keskitunnusluvut olivat terveydenhoitajalle 671 ja 586 (N=107; r=.35) ja lääkärille 7005 ja 8145 (N=68; r=.35).

Pohdinta ja johtopäätökset: Valmiiksi lasketut tunnusluvut ja myös henkilötyövuosien määrät todettiin tarkistuksissa usein virheellisiksi. Terveydenhoitajan työpanoksesta saatiin tieto henkilötyövuosina lähes kaikista terveystakeskuksesta, mutta lääkärin työpanostieto ilmoitettiin parhaiten kysyttäessä kuukausittaisia työtunteja. Suuret vaihtelut kahdessa eri kyselyssä ilmoitetuissa työpanoksissa havainnollistavat tietojen epävarmuutta. Henkilöstötyöpanosten seurantaan tarvitaan 1) valtakunnallisesti yhteinen menettely, jossa määritellään henkilötyövuoden mittaaminen ja 2) kuvataan kouluterveydenhuollon sisällöt niin, että ne mahdollistavat työpanoksen ilmoittamisen myös silloin, kun se on osa-aikainen. Suuri vaihtelu yksikkökoossa ja toiminnan järjestämisessä puoltaa useita mahdollisuuksia työpanoksen ilmoittamiseen: henkilöiden lukumäärä (kokopäivätoimi/osapäivätoimi), henkilötyövuodet ja työtunnit keskimäärin kuukaudessa.

Valtimotautiriskiin liittyvien käypä hoito-suositusten jalkautus, koulutusinterventio

Risto Kuronen, LL, Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveysyhtymä; Piia Jallinoja, FT, Kansanterveyslaitos; Kristiina Patja, LT, Kansanterveyslaitos

Yhteyshenkilö Risto Kuronen risto.kuronen@phsotey.fi

Johdanto. Lääkärit käyttävät Käypä hoito-suosituksia ensisijaisesti sairauksien diagnostiikassa ja hoidossa. Hoitajien Käypä hoito-suositusten käytöstä tiedämme vähän. Tuoreet suositukset korostavat elintapamuutoksen, perusterveydenhuollon ja erityisesti hoitajien osuutta kardiovaskulaaripreventiossa. VALTIT-hankeessa (2006-2007) tavoitteena oli tutkia voidaanko koulutusinterventiolla lisätä valtimotautiriskiin liittyviin Käypä hoito-suosituksiin tutustumista ja niiden käyttöä.

Aineisto. Päijät-Hämeen alueen perusterveydenhuollon lääkäreille ja hoitajille lähetettiin kyselylomakkeet ennen ja jälkeen koulutusinterventio. Lomakkeissa kysyttiin yleisiä asenteita suosituksiin sekä tällöin käytössä olleisiin valtimotautiriskiin liittyviin Käypä hoito- suosituksiin (Kohonnut verenpaine, Dyslipidemia, Aikuisten lihavuus ja Tupakasta vieroitus) tutustumista ja niiden käyttöä.

Tulokset. Suurin osa koulutusinterventioon osallistujista oli hoitajia. Hoitajien tutustuminen kaikkiin tutkittaviin suosituksiin ja lääkekeskeisten suositusten (Kohonnut verenpaine, Dyslipidemia) käyttö lisääntyivät tutkimusaikana. Hoitajilla oli todettavissa yhteys koulutukseen osallistumisen ja suositusten käytön välillä. Asenteet, jotka kuvastavat valmiutta ottaa Käypä hoito-suosituksia käyttöön olivat positiivisemmat niillä hoitajilla, jotka olivat ottaneet osaa hankkeen koulustilaisuuksiin.

Pohdinta ja johtopäätökset. Päijät-Hämeen perusterveydenhuollon hoitajat ovat valmiit ottamaan Käypä hoito-suositukset käyttöön parantamaan sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisyn määrää ja laatua. Haasteena tulevaisuudessa on elintapamuutoskeskeisten hoitosuositusten käyttöönotto ja lääkärien osallistuminen moniammatilliseen koulutukseen. Jotta tässä tutkitut hoitosuositukset voitaisiin ottaa laajemmin käyttöön, tulee luoda alueellinen valtimotautien ennaltaehkäisyn toimintamalli.

Kuntien välinen vaihtelu vanhojen ihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä kahtena viimeisenä elinvuotena

Forma Leena, Aaltonen Mari, Raitanen Jani, Jylhä Marja ja Rissanen Pekka
Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto
leena.forma@uta.fi

län ja kuoleman läheisyyden tiedetään määrittävän vanhojen ihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä. Näiden lisäksi tarjontapuolen tekijät, kuten kunnan palvelurakenne, ovat yhteydessä käyttöön. Tutkimuksen tarkoituksena on:

1. kuvata, miten vanhojen ihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö kahtena viimeisenä elinvuotena vaihtelee kuntien välillä.
2. saada selville, mitkä tekijät ovat yhteydessä kuntien väliseen vaihteluun.

Aineisto kerättiin Tilastokeskuksen kuolinsyyrekisteristä ja Stakesin hoitoilmoitusrekisteristä. Otoksessa ovat kaikki vuosina 2002 tai 2003 ≥ 70 vuoden iässä kuolleet Suomessa asuneet henkilöt. Tutkittavat palvelut ovat yliopistosairaala, yleissairaala (keskus-, alue- ja yksityiset sairaalat), terveyskeskuksen vuodeosasto (< 90 päivää), pitkäaikaishoito (vanhainkoti, tehostettu palveluasuminen ja terveyskeskuksen vuodeosasto ≥ 90 päivää) sekä säännöllinen kotihoito. Kuntien ominaisuuksista analysoidaan mm. väkiluvun, 65 vuotta täyttäneiden osuuden, kuolleiden keski-ikä, kunnan avohoitopainotteisuuden ja taloudellisten tunnuslukujen yhteyttä palvelujen käyttöön.

Pienimmät, alle 2 500 asukkaan kunnat poistettiin analyyseistä. Kunnittaista ikä- ja sukupuolivakioitua palvelujen käyttöä tarkasteltiin kuvien ja variaatiokerroimien ($CV=SD/mean*100$) avulla. Monitasomalleja käytetään kuntien väliseen vaihteluun yhteydessä olevien tekijöiden analysoimiseen.

315 kuntaa ja 67 027 henkilöä otettiin mukaan analyyseihin. Kaikissa kunnissa eniten käytetty palvelu oli sairaalahoito ja vähiten käytetty kotihoito. Pitkäaikaishoitoa oli käyttänyt keskimäärin puolet kuntalaisista kahtena viimeisenä elinvuotenaan. Tässä vaiheessa on tutkittu eri palveluja käyttäneiden osuutta, mutta käytettyjen palvelujen määrää tullaan tutkimaan myös. Sairaalaan käyttäneiden osuus vaihteli kuntien välillä melko vähän ($CV=7\%$). Sen sijaan se, mitä sairaalaa käytettiin, vaihteli paljon; yliopistosairaalan käyttö vaihteli eniten ($CV=109\%$), yleissairaalan ($CV=44\%$) ja terveyskeskuksen vuodeosaston ($CV=27\%$) vähemmän. Pitkäaikaishoitoa käyttäneiden osuuden variaatiokerroin oli 16% ja kotihoidon asiakkaiden 39% .

Alustavissa analyyseissä ei ole löytynyt kuntien tekijöitä, jotka olisivat systemaattisesti yhteydessä palvelujen käytön vaihteluun.

TERVEYSSOSIOLOGIAN JAOS & LATE 1

Itsearviointi terveys ja terveyden ajalliset ulottuvuudet

Ilkka Pietilä, FT, yliassistentti

Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto, 33014 Tampereen yliopisto, ilkka.pietila@uta.fi

Itsearvioidusta terveydestä on tullut yksi käytetyimmistä terveydentilan mittareista kansanterveystieteellisessä tutkimuksessa. Useissa väestön terveyskäsityksiä tarkastelleissa tutkimuksissa on todettu, että terveys on itseään terveinä pitävälle ihmisille, joilla ei ole sairauksia tai arkielämää rajoittavia toimintakyvyn puutteita, varsin abstrakti asia. Siksi oman terveyden arviointi on haastattelutilanteissa jossain määrin hankalaa, ja haastateltavat joutuvat hakemaan itsessään hahmottoman terveyden ”ankkuripisteitä” oman välittömän kokemuksensa ulkopuolelta. Terveydentilan arviointi sisältää ristiriitaisia elementtejä, joita vastaajat joutuvat pohtimaan antaessaan haastattelijalle vastauksensa.

Haastattelin väitöstutkimustani varten 14 pirkanmaalaista paperiteollisuudessa työskentelevää miestä heidän henkilökohtaisesta terveydestään ja terveystavoistaan, sekä käsityksistään terveyden ja sairauden syistä ja terveyden sukupuolieroista. Haastateltavat (ikäjakauma 27-57 vuotta) toimivat paperinjalostuksen eri tehtävissä. Haastattelujen osana kysyin myös haastateltavien käsitystä omasta terveydestään. Suurin osa vastaajista katsoi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, ja vain yksi piti terveyttään huonona.

Terveyteen sisältyvät ristiriitaiset elementit olivat yksi tutkimukseni pääteemoista. Tästä syystä terveyden itsearviointien analyysissä kiinnostukseni kohteena eivät niinkään olleet arvioinnit sinänsä, vaan erityisesti perustelut, joita haastateltavat arvioinneilleen antoivat. Pyrkimyksenäni oli tarkastella millä tavoin ”terveys” näissä perusteluissa rakentuu: millä tavoin annettua arvioita perustellaan ja millaisiin kykyihin, ominaisuuksiin jne. terveydentilan arviointi sidotaan. Tavoitteena oli tarkastella miten miehet hahmottavat terveyden haastattelutilanteessa ja millaisia ristiriitaisia teemoja terveyteen haastattelutilanteessa liittyy.

Oman terveyden arvioinnille annetut perustelut jakautuivat kolmeen pääryhmään. Yleisin perustelu oli viitata sairauksien ja oireiden puuttumiseen. Toisena pääryhmänä oli perustaa arvio terveydestä koettuun toiminta- ja työkykyyn ja liikunnan harrastamiseen. Kolmanneksi haastateltavat perustelivat arviointiaan omasta terveydentilastaan terveystarkastusten ja erilaisten lääketieteellisten kokeiden tuloksilla.

Perustelujen lähempi tarkastelu osoitti, että suurin osa terveyden arvioinnin ongelmista liittyi terveyden ajallisiin ulottuvuuksiin: vaikka haastateltaville esitetty kysymys koski nykyistä terveyttä, annetuissa perusteluissa oli mukana myös menneen ajan ja tulevaisuuden ulottuvuudet. Aiemmat rytmihäiriöt, kohonnut verenpaine tai kolesterolin mittaukset vaikeuttivat nykyisen terveydentilan arviointia, sillä ne toivat arviointiin mukaan epävarmuuden mahdollisista tulevaisuuden terveysongelmista. Aiemmat kroonisiin tauteihin viittaavat vaivat ja riskitekijät toivat terveyden arviointiin mukaan terveyden ”harmaan alueen”, jossa yksilö ei voi katsoa olevansa varmasti terve, vaikka itsensä sellaiseksi tuntisikin. Miesten terveyden arvioinnin analyysi osoitti, että terveystarkastuksissa yleisesti käytetyistä riskitekijöiden mittauksista on tullut olennainen osa nykyisen terveyden hahmottamista.

Naisten kertomuksia sairaseläkkeelle jäämisestä

Annika Lillrank, PD, Docent, Universitetslektor

Svenska Social- och kommunalhögskolan, vid Helsingfors universitet, annika.lillrank@helsinki.fi

Kirjoituskilpailu 'Elämän selkäranka'

Tutkimusaineisto perustuu keväällä 1999 Helsingin Yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen ja Suomen Selkäliiton kanssa järjestettyyn kirjoituskilpailuun. Kilpailuun lähetettiin 165 kertomusta. Tutkimukseni perustuu 26 naisen kertomukseen jotka kärsivät vaikeasta selkäkivusta. Kertomukset valottavat mitä naiset kertoivat, miten he kokivat eläkkeelle jäämisen ja miten he kamppailivat luodakseen itselleen mielekkään (arki)elämän.

Muutosprosessin vaatavuutta kuvaan Corbin ja Straussin (1987) käsite ”biographical work”, elämäkerrallinen työ. Se kuvaa mitä ihminen kykenee kertomaan sairauteen liittyvistä käännekohtista, miten sen on kokenut, mistä on selvinnyt (tai mistä ei ole selvinnyt). Sairaus muuttamaa mitä he nimittävät BBC-keijuksi, jonka kolme keskeistä osaa muodostavat elämäkerran; keho, (body), aika ja elämänkaari, (biographical time), ja minä identiteetti (self). Kun ihminen kertoo sairaudestaan hän samalla työstää tapahtumia ja pyrkii eheyttämään omaa BBC ketjuaan.

Tiedossa olevat tulokset.

Naiset olivat iältään 28 – 56vuotiaita. Heistä puolet oli kirjoitushetkellä pysyvästi työkyvyttömyyseläkkeellä, kahdeksan oli osa-aikaisella eläkkeellä ja viisi oli määräaikaisella eläkkeellä. He työskentelivät pääasiassa fyysisesti vaativissa ammateissa.

Naiset kertoivat heitä hoitaneiden lääkäreiden ehdottaneen eläkkeelle jäämistä. Ehdotus käynnisti pitkän ja vaikean päätöksentekoprosessin naisten elämässä.

Aineiston usean lukukerran jälkeen olen hahmottanut neljä eri tapaa kertoa elämäkerrallisesta työstä seuraavasti; ”vammaisuuden paradoksi”, ”kamppailu selviytymisestä”, ”ristiriitainen suhde itseensä, kehoonsa ja yhteiskuntaan” ja ”särkynyt identiteetti”.

Sosioekonomisten terveyserojen muutokset: Paneelitutkimus Helsingin kaupungin työntekijöillä

Olli Pietiläinen, Mikko Laaksonen, Eero Lahelma, Ossi Rahkonen
Kansanterveystieteen laitos, PL 41, 00014 Helsingin yliopisto, Helsinki
olli.k.pietilainen@helsinki.fi

Tausta. Sosioekonomisia terveyseroja on tutkittu runsaasti ja eroja on löydetty säännöllisesti sekä Suomessa että muissa maissa. Yleinen havainto useimmilla fyysiseen terveyteen ja toimintakykyyn liittyvillä terveystutkimuksilla on, että alempien sosioekonomisten ryhmien terveys on ylempien ryhmien terveyttä huonompaa. Kuitenkin pitkittäistutkimukset erojen muutoksista ovat harvinaisia, ja erityisesti seuranta-asetelmaan perustuvia tutkimuksia on niukasti. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan, miten sosioekonomiset terveyserot ovat muuttuneet Helsingin kaupungin keski-ikäisistä työntekijöistä koostuvassa kohortissa vuodesta 2000 vuoteen 2007. Muutosta tutkitaan erikseen miehillä ja naisilla sekä työssä jatkaneilla ja eläkkeelle siirtyneillä. Tutkimus liittyy tekeillä olevaan sosiologian pro gradu –tutkielmaan.

Aineisto ja menetelmät. Aineistona on kaksi vaihetta Helsinki Health Study –tutkimusprojektin Helsingin kaupungin keski-ikäisiä työntekijöitä koskevasta aineistosta. Ensimmäisen vaiheen lomakekyselyt lähetettiin postitse kaikille Helsingin kaupungin 40, 45, 50, 55 ja 60-vuotiaille työntekijöille vuosina 2000-2002, ja seurantakyselyt lähetettiin ensimmäiseen vaiheeseen vastanneille vuonna 2007. Tutkimuksessa käytetty aineisto on rajattu niihin vastaajiin, jotka ovat vastanneet kyselyn molempiin vaiheisiin. (N=7336). Sosioekonomista asemaa mitataan neljään ryhmään luokitellun ammattiaseman kautta ja terveyttä SF-36-terveysmittarin fyysistä terveyttä mittaavalla komponentilla sekä koetulla terveydellä. Tilastollisina menetelminä käytetään ikävakioituja sairastavuuslukuja sekä suhteellista eriarvoisuusindeksiä (RII).

Tulokset. Terveys heikkeni seurantajakson aikana työssä jatkaneilla miehillä ja naisilla kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Työssä jatkaneilla alempien sosiaaliryhmien terveys heikkeni voimakkaammin kuin muiden ryhmien, jolloin sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot kasvoivat seurantajakson aikana. Sen sijaan eläkkeelle siirtyneillä terveys parani alimmassa sosiaaliryhmässä ja huononi muissa ryhmissä, minkä seurauksena terveyserot kaventuivat eläkkeelle siirtyneillä. Eläkkeelle siirtyneillä naisilla koettu terveys kuitenkin parani ylimmillä sosiaaliryhmillä kasvattaen terveyseroja.

Yhteenveto. Sosioekonomiset terveyserot kasvoivat ikääntymisen myötä työssä jatkaneilla, mutta kaventuivat eläkkeelle siirtyneillä. Työhön liittyvien negatiivisten terveysvaikutusten kasaantuminen voi iän myötä heikentää erityisesti alempien sosiaaliryhmien terveyttä. Kun työhön liittyvät terveysvaikutukset eläkkeelle siirtymisen myötä häviävät, voi sillä olla merkitystä terveyden ja sosioekonomisten terveyserojen muutokselle.

Kotiutustilanteiden neuvottelu- ja kiistatilanteet sairaalaosastolla - potiluiden erilaiset määritelmät

Riikka Lämsä

Yhteiskuntapolitiikan laitos, PL 18, 00014 Helsingin yliopisto, riikka.lamsa@helsinki.fi

Tämän terveys sosiologiaa ja lääketieteen antropologiaa yhdistävän tutkimuksen kohteena on sairaalaosaston potilas. Tutkimuksessa etsitään vaihtelevia, limittäisiä, rinta rinnan esiintyviä ja osittain toisiinsa yhteydessä olevia potilaana olemisen tapoja (ks. Mol 2002). Tutkimuskysymyksenä on, minkälaisia määrittelyjä sairaalan eri toimijaryhmät liittävät potilaaseen kotiutustilanteiden neuvotteluissa ja kiistoissa. Tutkimus on osa keskeneräistä väitöskirjaprojektia, jossa sairaalaosaston toimintaa tarkastelemalla etsitään potilaana olemisen tapoja ja potiluiden erilaisia määrittelyjä.

Tutkimus on etnografinen. Aineisto on kerätty osallistuvan havainnoinnin avulla kolmelta sisätautiosastolta vuosina 2006 ja 2008. Tutkimusaineisto sisältää a) 160 tapahtumakuvausta b) 25 tuntia potilashuonehavainnointia c) 31 potilaiden kirjoittamaa potilaspalautetta d) 19 potilaan potilaspaperit e) 13 henkilökunnan/potilaan haastattelua f) 127 sivua kirjallista materiaalia. Tätä esitystä varten aineistosta on etsitty ja analysoitu kaikki potilaan kotiutumiseen liittyvät tilanteet, joissa on ilmennyt eri toimijaryhmien välisiä neuvotteluja ja eritasoisia (erimielisyyden osoitukset, väittelyt, riidat) kiistoja. Näitä tilanteita aineistosta löytyi 21 kappaletta. Aineisto on analysoitu sisällönanalyttisesti Atlas.ti-ohjelmaa apuna käyttäen.

Perusteet potilaan kotiutumiselle vaihtelevat tilanteittain ja toimijaryhmittäin. Aineiston neuvottelu- ja kiistatilanteet syntyivät potilaan ja henkilökunnan välille tai henkilökunnan kesken. Tilanteissa näyttää olevan kyse siitä, että toimijaryhmät arvioivat potilaan kotikuntoisuutta eri tavoin ja tulevat samalla määrittäneeksi potilasta eri lähtökohdista. Tutkimusaineisto osoitti, että potilas määrittyy kotiutustilanteissa esimerkiksi tautinsa, kotona olevien olosuhdeiden, sosiaalisuutensa tai toimintakykynsä kautta. Potilaan kotiutuksessa on kyse siitä, minkälaisille perusteille kotiutustilanteessa annetaan tilaa ja kenen ääntä kuunnellaan. Mutta onko kyse myös potilaan eri määritelmien koordinoimisen puutteesta? Suullisessa esityksessä keskityn esittelemään potilaalle annettuja erilaisia määritelmiä ja pohdin, mistä neuvottelu- ja kiistatilanteissa on loppujen lopuksi kyse.

LÄÄKETUTKIMUKSEN JAOS

Shift of statin use towards the elderly in 1995–2005: a nation-wide register study in Finland

Päivi Ruukoniemi (1, 2, 3), Arja Helin-Salmivaara (1, 2, 4), Timo Klaukka (5) Pertti J. Neuvonen (4), Risto Huupponen (2, 3)

1) Graduate School of Clinical Drug Research; 2) Dept. of Pharmacology, Drug Development and Therapeutics, University of Turku; 3) Clinical Pharmacology, Tykslab, Health Care District of Southwest Finland, Turku; 4) Dept. of Clinical Pharmacology, University of Helsinki; 5) Research Department, Social Insurance Institution, Helsinki.

Sähköposti: paivi.ruukoniemi@utu.fi.

Postiosoite: Farmakologia, lääkekehitys ja lääkehoito, 20014 Turun yliopisto.

Aim To describe secular trends in statin use.

Methods Reimbursed prescriptions for statins between 1995 and 2005 in Finland were retrieved from the nation-wide Prescription Register. The 1 year prevalence and incidence of statin use and their relative changes (RR) were measured for each year stratified by gender and age.

Results The prevalence increased 11-fold (95% confidence interval 11.2 to 11.5), i.e. from 7.8 per 1 000 inhabitants in 1995 to 88.9 in 2005 and the incidence increased 5-fold (95% CI 4.9 to 5.1) from 355 per 100 000 inhabitants to 1 772. The prevalence and incidence were the highest among persons aged 65–74 years. The largest relative increase in incidence was found among those aged ≥ 75 years, in both females (RR 14.1, 95% CI 13.0 to 15.3) and males (RR 14.0, 95% CI 12.5 to 15.7).

Conclusions As statin use has increased particularly among the elderly, further studies on the benefits in real life situation are needed in this age group.

Lääkehoito ja raskaus - hanke. Rekistereihin perustuva seurantajärjestelmä raskaudenaikaisen lääkkeiden käytön turvallisuuden arvioimiseksi

Artama M (1), Ritvanen A (1), Gissler M (1) Malm H (2), Punto T (1), Klaukka T (3), Nylander O (1), Palva E (4), Tyrkkö K (3)

1) Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes); 2) Teratologinen tietopalvelu, HUS; 3) Kansaneläkelaitos (Kela); 4) Lääkelaitos

Postiosoite: Miia Artama, Stakestieto, PL 220, 00531 Helsinki

E-mail: miia.artama@stakes.fi

Tutkimusongelma: Raskaudenaikainen lääkkeiden käyttö on yleistä. Lääkkeiden vaikutuksia sikiöön ja raskauden kulkuun on tutkittu paljon, mutta valtaosasta lääkkeitä ei ole riittävästi tutkittua tietoa sikiön riskin arvioimiseksi. Vain muutamien lääkkeiden tiedetään aiheuttavan sikiövaurioita. Toisaalta vain harvan lääkkeen tiedetään olevan varmasti turvallinen. Eettiset syyt rajoittavat mahdollisuuksia tutkia lääkkeiden käyttöä raskaana olevilla naisilla, joten tiedot uusien lääkkeiden raskaudenaikaisen käytön vaikutuksista perustuvat usein eläinkokeisiin. Koska riittävää tietoa lääkkeiden turvallisuudesta ei ole, saattaa äidin terveyden kannalta tärkeä lääkehoito jäädä määräämättä. Suomen terveydenhuollon valtakunnallisten rekisterien sisältämät tiedot mahdollistavat raskaudenaikaisen lääkkeiden käytön vaikutusten arvioimisen raskauden kulkuun ja sikiön ja vastasyntyneen terveyteen väestötasolla.

Tavoitteet: Lääkehoito ja raskaus -hanke on Stakesin, Lääkelaitoksen ja Kelan yhteistyöhanke, jonka tarkoituksena on edistää lääkkeiden turvallista käyttöä raskauden ja imetyksen aikana. Hankkeen tavoitteena on 1. tuottaa väestötasosta tietoa raskauden ja imetyksen aikaisesta lääkkeiden käytöstä ja sen turvallisuudesta, 2. selvittää lääkkeiden käytön vaikutuksia raskauden kulkuun, synnytykseen ja perinataaliterveyteen, 3. arvioida lääkkeiden aiheuttamien sikiövaurioiden esiintyvyyttä ja 4. toimia aktiivisessa yhteistyössä kansallisten ja kansainvälisten lääke- ja terveysalan järjestöjen ja viranomaisten kanssa sekä 5. osallistua alan tieteelliseen tutkimustoimintaan.

LÄÄKETUTKIMUKSEN JAOS

Aineisto: Seurantajärjestelmä perustuu Stakesin ylläpitämien syntymä-, epämuodostuma- ja raskaudenkeskeyttämisrekisterin sekä Kelan ylläpitämän lääkekorvausrekisterin tietoihin, jotka yhdistetään Stakesissa tutkimustietokantaan. Tietojen poiminta tehdään aluksi vuosille 1996–2006 ja täydennetään sen jälkeen vuosittain.

Käytettävät menetelmät: Lääkealtistuksia arvioidaan raskauden ajalta sekä sitä edeltävän ja sen jälkeisen kolmen kuukauden ajalta. Tutkittavat ajanjaksot vaihtelevat tutkimuskysymysten mukaan. Lääkeaineiden perusanalyysit tehdään kansainvälisen ATC -luokitusjärjestelmän 1-, 3- ja 5-tasolla. Lisäksi lääkkeiden käyttöä tarkastellaan lääkkeiden raskaudenaikaisen turvallisuusluokituksen mukaisesti. Vertailuryhmänä analyyseissä käytetään tutkittavalle lääkkeelle altistumattomia verrokkeja. Analyyseihin huomioidaan mukaan taustatekijöinä äidin ikä, synnytysten määrä, tupakointi ja muiden lääkkeiden käyttö. Perinataaliterveyden tarkasteluissa huomioidaan merkittävät synnynnäiset epämuodostumat. Altistumisryhmien välisessä vertailussa käytetään ristitulosuhdetta ja muita soveltuvia tilastollisia testejä.

Tulokset: Hanke on käynnistynyt vuoden 2008 alussa ja sitä on edeltänyt pilottitutkimus. Tällä hetkellä muodostetaan tutkimushankkeen tietokantaa. Aineistosta tullaan tuottamaan vuosittainen perusraportti, jossa tarkastellaan lääkkeiden käytön yleisyyttä raskauden ja imetyksen aikana, syntyneiden lasten perinataaliterveyttä ja epämuodostumien esiintyvyyttä syntyneillä lapsilla / keskeytetyillä sikiöillä. Ensimmäinen vuosiraportti valmistuu vuonna 2009. Aineistoa voidaan käyttää tieteelliseen tutkimukseen Kelan ja Stakesin luvalla.

Johtopäätökset: Rekisteripohjaisen aineiston luominen on mahdollista raskaudenaikaisen lääkealtistuksen seuraamiseksi ja tutkimiseksi Suomessa.

LISÄÄNTYMISTERVEYDEN JAOS

Success of infertility treatments in Finland 1992-2005

Yli-Kuha A-N (1), Gissler M (2), Luoto R (1,3), Hemminki E (2)

1) Tampere School of Public Health, University of Tampere, Medisiinärinkatu 3, 33520 Tampere, Finland

2) National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Lintulahdenkuja 4, 00531 Helsinki, Finland

3) UKK Institute, Kaupinpuistokatu 1, 33501 Tampere, Finland

Objectives: To study success rates of infertility treatments 1992-2005 in public and private clinics.

Study Design: Aggregate IVF statistics (1992-2005) and nationally representative cross-sectional survey (2002)

Results: Success rates of infertility treatments remained stable despite a substantial increase in single embryo transfers. In 2005 clinical pregnancy rate was 23/100 initiated cycles and live birth rate 17/100 cycles. The proportions of term singletons and singletons weighting at least 2500 grams improved over time and both rates were 14/100 in 2005. Pregnancy rates improved most among older women during the study period. Success rates between the private and public sectors did not differ significantly.

Conclusion: Single embryo policy has not decreased pregnancy and birth rates. Proportions of term singletons per initiated cycles and singletons weighting at least 2500 grams per initiated cycle have improved over time. In Finland success rates in the private and public sectors are quite similar but among younger women pregnancy rates were significantly better in the private sector.

Raskautta edeltävä mielenterveyslääkitys lisää raskauden keskeytysriskiä

Gissler Mika (1,2), Artama Miia (1), Ritvanen Annukka (1), Wahlbeck Kristian (1,2)

1) Stakes, Päihde- ja lisääntymistilastot, Helsinki

2) Pohjoismainen kansanterveyden korkeakoulu, Göteborg

Tausta: Raskautensa keskeyttäneillä naisilla on raportoitu olevan muita naisia enemmän mielenterveysongelmia, mutta tätä riskiä ei ole havaittu kaikissa tutkimuksissa. Tutkimusasetelmien ongelmat ja puutteelliset aineistot ovat hankaloittaneet näitä tutkimuksia.

Tavoite: Tutkimme kolme kuukautta ennen raskauden alkua käytetyn mielenterveyslääkityksen (ATC-koodit N05 ja N06) yhteyttä raskauden päättymiseen joko keskeytykseen tai synnytykseen.

Menetelmät: Käytimme Lääkelaitoksen, Kelan ja Stakesin yhteisen Lääkehoito ja raskaus -hankkeen Kelan ja Stakesin rekistereistä kokoamia rekisteritietoja vuosille 1996–2001. Aineistossa oli tiedot 405 892 raskaudesta, joista 341 833 päättyi synnytykseen ja 64 059 keskeytykseen. Tarkastelimme erikseen 133 311 naista, joilla ei ollut aiempia raskauksia.

Tulokset: Raskaana olleista naisista 2,8 prosenttia oli käyttänyt mielenterveyslääkettä 3 kuukautta ennen raskautta. Mielenterveyslääkkeitä ennen raskautta käyttäneet keskeyttivät raskautensa useammin (32,2 %, vaihtelu lääkeryhmittäin 24,6–33,8 %) kuin lääkkeitä käyttämättömät naiset (15,2 %). Vastaava, mutta hieman matalampi riski havaittiin ensimmäisissä raskauksissa: 30,0 % (vaihtelu lääkeryhmittäin 20,2–34,7 %) ja 18,6 %. Ryhmien välinen riskisuhte oli kaikille raskauksille 2,11 (95 % luottamusväli: 2,05–2,17) ja ensimmäisille raskauksille 1,61 (95 % luottamusväli: 1,52–1,70).

Raskauden keskeytyksen riski oli korkein masennuslääkkeitä (ATC-koodi: N06A) käyttäneillä. Heidän kaikista raskauksistaan 33,8 prosenttia ja ensimmäisistä raskauksista 33,7 prosenttia päättyi keskeytykseen. Keskeytysosuudet olivat yhtä korkeat myös psykoosilääkkeitä (ATC-koodi: N05A) käyttäneillä. Heillä keskeytykseen päättyi 31,5 prosenttia kaikista raskauksista ja 32,6 prosenttia ensimmäisistä raskauksista.

Johtopäätös: Raskauden keskeytykseen päätyneiden naisten mielenterveyden tila on erilainen kuin niillä naisilla, jotka jatkavat raskauttaan synnytykseen asti. Tämä on huomioitava raskaudenkeskeytyspäätöstä tehdessä ja keskeytyksen jälkeisen tarkastuskäynnin yhteydessä. Raskautensa keskeyttäneiden ja synnyttäneiden naisten erilaisuus on myös otettava huomioon sekoittavana tekijänä tutkittaessa raskauteen ja sen päättymiseen liittyviä mielenterveysongelmia.

Ennenaikaiset synnytykset eivät lisäännä Suomessa

Maija Jakobsson (1), Mika Gissler (2), Jorma Paavonen (1), Anna-Maija Tapper (1)
 1) Hyks, Naistensairaala, PL 140, 00290 Helsinki ja 2 Stakes
 maija.jakobsson@fimnet.fi

Tavoite Selvitimme ennenaikaisen synnytyksen trendejä ja riskitekijöitä Suomessa. Käytimme Stakesin syntymärekisterin tietoja vuosilta 1987–2006.

Aineisto Vuosien 1987–2005 yhteensä 1 137 515 yksisikiöistä synnytystä, joista 59 025 oli ennenaikaisia (5,2 %). Erikseen tarkastelimme sosioekonomisia eroja vuosien 1991–2006 syntymärekisteriin kerätyn äidin ammattitiedon perusteella. Tässä tarkastelussa mukana oli 931 285 yksisikiöistä synnytystä.

Menetelmät Selvitimme, mitkä ovat tärkeimmät ennenaikaisuutta selvittäviä tekijöitä, laskimme näille logistista regressioanalyysiä käyttäen ristitulosuhteita (Odds Ratio, OR) ja 95 % luottamusvälejä.

Muuttujat Tarkastelimme ennenaikaisten synnytysten määriä alaryhmittäin: kohtalaisen ennenaikaiset (32–36 raskausviikkoa), hyvin ennenaikaiset (28–31 raskausviikkoa) ja erittäin ennenaikaiset (alle 28 raskausviikkoa).

Tulokset Ennenaikaisten synnytysten määrä lisääntyi 1980-luvun lopun 5,1 prosentista 5,4 prosenttiin 1990-luvulle mentäessä, mutta väheni 5,2 prosenttiin vuosina 2001–2005. Erittäin ennenaikaisten synnytysten määrä vähentyi tänä aikana 12 prosenttia ($P < 0.01$). Tärkeimmät riskitekijät ennenaikaisuudelle olivat monisikiöisyys (OR 13,72, CI 13,26–14,19), käynnistetty synnytys (OR 1,86, CI 1,82–1,89), ensisynnyttäjäisyys (OR 1,47, CI 1,45–1,50), IVF-hoito (OR 1,39, CI 1,31–1,47), äidin tupakointi (OR 1,31, CI 1,29–1,34) ja äidin ikä (OR 1,02, CI 1,02–1,03 jokaiselle lisävuodelle). Ennenaikaisuus vähentyi 1,8 % riskitekijöiden vakioinnin jälkeen.

Ennenaikaisuuden sosioekonomiset erot pienenevät 1990-luvun lopulla ja pysyvät pieninä 2000-luvulla. Vuosina 2003–2006 työntekijöillä oli äidin iän, pariteetin ja sairaanhoitopiirin vakioimisen jälkeen 14 % (95 % CI 7–22 %) korkeampi ennenaikaisuuden riski kuin ylempillä toimihenkilöillä. Riski oli samansuuruinen alemmilla toimihenkilöillä, 14 % (95 % CI 8–20 %).

Johtopäätökset Ennenaikaisten synnytysten määrä ei lisäännä Suomessa kuten monissa muissa länsimaissa. Merkittävää on, että erittäin ennenaikaisten synnytysten määrä väheni tutkimusaikana 12 %. Ennenaikaisuuden sosioekonomiset erot ovat varsin pienet.

Raskauden ehkäisy synnytyksen jälkeen: kysely lääkäreille ja hoitajille

Tuire Sannisto, LL, tutkija ja Elise Kosunen, professori (mv.), Tampereen yliopisto, Lääketieteen laitos, Yleislääketiede, 33104 Tampereen yliopisto, tuire.sannisto@uta.fi

Tutkimusongelma: Synnyttäneen äidin jälkitarkastus toteutetaan maassamme pääsääntöisesti terveyskeskuksen äitiysneuvolassa 5–12 viikon kuluttua synnytyksestä lääkärin ja terveydenhoitajan yhteistyönä. Raskauden ehkäisyneuvonta, sisältäen ehkäisyn tarpeen selvittämisen ja tarvittaessa ehkäisyn aloittamisen, on käynnin keskeisiä sisältöjä. Imetys antaa osittaisen suojan raskaudelta, mutta ellei nainen imetetä, uusi raskaus voi alkaa jo kuuden viikon kuluttua synnytyksestä. Useimpia ehkäisymenetelmiä voidaan käyttää imetyksestä riippumatta. Suomessa raskaudenkeskeytyksen riski on todettu kohonneeksi 6–8 kk synnytyksen jälkeen, mikä voi viitata ongelmiin ehkäisyneuvonnan toteutumisessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa synnytyksen jälkeisen ehkäisyneuvonnan käytäntöjä kunnallisten palveluiden piirissä lääkäreille ja hoitajille suunnattujen kyselyiden avulla.

Aineistot ja menetelmät: Vuonna 2005 tehtiin Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa (N=63) ehkäisyneuvontatyötä tekeville lääkäreille (n=122) ja hoitajille (n=128) seksuaaliterveyspalveluita käsittelevät kyselyt, joiden osana kartoitettiin synnytyksen jälkeisen ehkäisyneuvonnan käytäntöjä kunnittain (v. 2005 107 kuntaa). Lääkäreistä kyselyyn vastasi 83 (68%) ja hoitajista 118 (92 %). Lääkärien vastauksista otettiin analyysiin mukaan kustakin kunnasta yhden synnytyksen jälkitarkastuksia tekevän lääkärin vastaus (n=62) ja vastaavasti hoitajista valikoitui mukaan 79. Koska muutama työntekijä toimi useamman kunnan äitiysneuvolassa, lääkärin vastaukset edustavat kaikkiaan 69 (65 %) ja hoitajien 80 kuntaa (75 %).

Tulokset: Sekä lääkärit että hoitajat suosittelivat yleisimmin jälkitarkastuksessa imettävälle äidille kondomienkäisyä (lääkäreistä 44 % ja hoitajista 43 %), seuraavaksi yleisin aloitettu tai suositeltu menetelmä olivat minipillerit (27 % ja 28 %). Vain 13 % lääkäreistä ja hoitajista suositteli pelkkää imetysehkäisyä ('harvoin' tai 'joskus'). Kuparikie-

LISÄÄNTYMISTERVEYDEN JAOS

rukka asetettiin tavallisimmin vasta kuukautiskierron käynnistyttyä (47 % ja 38 %). Hormonikierukka (34 % ja 38 %) ja kapselit asetettiin ja yhdistelmähormoniehkäisy (pillerit, rengas ja laastari) aloitettiin tavallisimmin imetyksen päätyttyä ja kuukautisten alettua. Ehkäisyvälineiden ilmaisjakelu synnytyksen jälkeen toteutui vain osassa kuntia: ehkäisy pillereitä annettiin 32 kunnassa (41 %) ja ehkäisyrenkaita tai -laastareita 22 (28 %) kunnassa. Kuparikierukka asetettiin veloituksetta 19 (24 %) kunnassa, mutta hormonikierukkaa ei yhdessäkään.

Johtopäätökset: Jälkitarkastuksen ehkäisyneuvonnalle tarjoama tilaisuus tulisi voida hyödyntää paremmin. Erityisesti kierukkaehkäisyn aloittaminen synnytyksen jälkeen näyttää viivästyvän. Myös yhdistelmähormoniehkäisy voitaisiin tarvittaessa aloittaa imettävälle äidille puolen vuoden kuluttua synnytyksestä WHO:n ohjeistuksen mukaisesti. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman 2007–2011 mukaan tulee synnytyksen jälkeen ensimmäiset ehkäisyvälineet antaa asiakkaalle maksutta, mikä vaatii toimintatapojen muutosta useissa kunnissa. Samalla kun huolehditaan työntekijöiden riittävästä täydennyskoulutuksesta, kunnissa voitaisiin keskitää valikoituja toimintoja (esimerkiksi kierukoiden asetus jälkitarkastuksessa) sekä tarvittaessa toteuttaa äitiysneuvolassa vielä toinen seurantakäynti 4-6 kk synnytyksen jälkeen.

Synnyttäneisyys ja liikunta- liikkuvatko äidit tarpeeksi?

Alden-Nieminen H (1), Borodulin K (1), Laatikainen T (1), Raitanen J (2), Luoto R (1,3).

- 1) Kansanterveyslaitos, Helsinki
- 2) Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto
- 3) UKK-instituutti, Tampere

Lähtökohdat: Synnyttäneisyyden vaikutusta liikunta-aktiivisuuteen ei ole Suomessa aiemmin tutkittu. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, liikkuvatko synnyttäneet äidit terveytensä kannalta riittävästi.

Menetelmät: Poikkileikkaustutkimuksen aineistoon valittiin FINRISKI-tutkimukseen vuonna 2002 osallistuneet 25–50-vuotiaat, ei-raskaana olevat naiset, jotka lisääntymisterveyttä koskevan kyselylomakkeen lisäksi vastasivat liikuntakyselyyn (N=1571).

Tulokset: Terveysliikunnan ja synnyttäneisyyden, viimeisimmän synnytyksen ajankohdan, painoindeksin ja koulutuksen välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys. Naisilla, joilla oli yksi elossa oleva lapsi, oli noin 1,7-kertainen riski riittämättömään liikuntaan verrattuna naisiin, joilla ei ollut elossa olevia lapsia. 1-2 vuotta sitten synnyttäneillä vastaava riski oli lähes kaksinkertainen.

Päätelmät: Naiset, joilla on yksi lapsi ja erityisesti naiset, jotka ovat synnyttäneet 1–2 vuotta sitten, erottuivat merkittäviksi ryhmiksi, joiden liikunnan toteutumiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

Äitiysneuvolat Suomessa 2000 -luvulla - tutkimushankkeen esittely

Eija Raussi-Lehto, Stakes

Tausta: Äitiysneuvolatoiminnalle keskeisiä ominaisuuksia ovat olleet sairauksia ehkäisevän ja hoitavan toiminnan erottaminen, aluevastuu, hyvä saatavuus, maksuttomuus, yhtenevät palvelut eri väestö- ja riskiryhmille, asiakkaiden hyväksyntä, sekä hoitohenkilökunnan itsenäinen työskentely. Erilaisten hallinnollisten ratkaisujen vuoksi äitiysneuvolatoiminnan yhtenevyys on hävinnyt ja samalla sekä toiminta että sen järjestämistapa varsin lähikäinkin olevissa kunnissa on muuttunut. Toimintamallit eivät näytä järjestelmällisesti riippuvan kunnan koosta tai väestötiheydestä. Yksityiskohtaisesti ei tiedetä, miten järjestelmä on muuttunut ja millä seuraamuksilla. Tulevaisuuden äitiysneuvolatoimintamalleiksi on ehdotettu lähipalveluihin perustuvia, äitiysneuvolatoiminnan keskittämiseen perustuvia ja erikoissairaanhoidon hyödyntäviä vaihtoehtoja.

Tarkoitus: Tutkimuksen avulla voidaan tarkastella äitiysneuvolapalveluiden vaikuttavuutta, voimavaroja ja asiakkaiden terveystarpeita kuvaamalla toiminnan järjestämistapaa ja sen yhteyttä äitien ja vastasyntyneiden terveyteen.

LISÄÄNTYMISTERVEYDEN JAOS

Tavoitteet:

1. Kartoittaa systemaattisella kirjallisuuskatsauksella kirjallisuus äitiyshuollon järjestämistavoista ja sen merkityksestä toiminnan vaikuttavuudelle.
2. Kuvata systemaattisesti äitiysneuvolatoiminnan järjestäminen Suomessa vuonna 2007.
3. Luokitella kunnat toimintatavan järjestämisen mukaan.
4. Tutkia palvelujen järjestämistavan yhteyttä palvelujen käyttöön sekä äitien ja vastasyntyneiden terveyteen.
5. Saada kokemuksellista tietoa palvelujen käyttäjiltä (äidit, isät, kumppanit).
6. Suunnitella kokeellinen vertaileva tutkimus äitiysneuvoloiden järjestämistavan arvioimiseksi.

Toteutus:

Tavoite 1: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus Cochrane-, Medline-, Cinahl-, PubMed- tietokannoista. Analyysi ja raportointi ovat käynnissä.

Tavoite 2: Olemassa olevan rekisteritiedon käyttö: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta www.sotkanet.fi, Vuoden 2005 Terveyskeskuskysely (Rimpelä ym. 2006), Terveystiedon edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen kunnissa. (Tejo 2006-2009), Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa (Hakulinen-Viitanen ym. 2005 ja 2008). Postikysely kaikkien kuntien TK:n johtaville lääkäreille ja ylihoitajille toteutetaan vuonna 2009.

Tässä osassa kuvataan päätöksenteon hierarkia, fyysinen sijainti, äitiysneuvolan suhde muihin toimijoihin (muu neuvolatoiminta, lisääntymisterveyspalvelut terveyskeskuksissa, erikoissairaanhoido), äitiysneuvolatoiminnan keskittäminen vs. hajauttaminen, konsultointi- ja lähetekäytännöt, henkilökunnan koulutus, määrä ja toimenkuva, toiminnan kustannukset ja yksikkökustannukset syntynyttä lasta kohti, viimeaikaiset muutokset ja suunnitelmat (esim. tehtäväsiirrot). Indikaattoriluokittelu on työn alla.

Tavoite 3: Kunnat luokitellaan äitiysneuvolapalveluiden järjestämisen mukaan. Pääkriteereinä tarkastellaan suhdetta muihin toimintoihin: (1) Kuinka itsenäinen/irrationaalinen äitiysneuvola on muista kunnan terveydenhuollon toiminnista ja mihin toimintaan yhteydet ovat läheisimmät? (2) Millainen on hallinnollinen yhteys synnytysairaalaan? Analyysiin rakennetaan pääasiallista järjestämistapaa kuvaava luokittelu vuonna 2009–2010.

Tavoite 4: Kuntaluokkia verrataan palvelujen käytön sekä lapsen ja äidin terveydentilan suhteen. Palvelujen käytön ja terveydentilan pää tietolähteenä käytetään syntymärekisteriä, jota tarvittaessa täydennetään hoitoilmoitusrekistereillä. Aineisto valmistuu 2009.

Tavoite 5: Kokemuksellinen tieto eri järjestämistapaa kuvaavien mallien käyttäjiltä kerätään vuonna 2010.

Tavoite 6: Tutkimustulosten perusteella suunnitellaan kokeellinen interventio vuonna 2011.

MIELENTERVEYDEN JA KÄYTTÄYTYMISLÄÄKETIETEEN JAKSET

Päihdehäiriöiden esiintyvyys ja riskitekijät nuorilla aikuisilla: Väestöpohjainen tutkimus

Antti Latvala, Annamari Tuulio-Henriksson, Jonna Perälä, Samuli Saarni, Terhi Aalto-Setälä, Hillevi Aro, Teller-vo Korhonen, Seppo Koskinen, Jouko Lönnqvist, Jaakko Kaprio & Jaana Suvisaari
Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto, Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki,
antti.latvala@ktl.fi

Tausta: Päihteiden käyttö ja päihdehäiriöiden ilmaantuvuus ovat huipussaan nuorilla aikuisilla, joten päihdehäiriöiden epidemiologinen tutkimus tässä ikäryhmässä on sekä informatiivista että tarpeellista. Päihdehäiriön kehittymiselle on tunnistettu useita riskitekijöitä, mutta niiden keskinäisiä suhteita ei ole tutkittu kattavasti. Käyttäytymisen ja affektien säätelyn ongelmat ennustavat päihdehäiriöitä, mutta ei tiedetä, miten niiden vaikutus riippuu muista riskitekijöistä.

Tavoitteet ja menetelmät: Päihdehäiriöiden esiintyvyyttä ja useiden riskitekijöiden yhteyttä päihdehäiriödiagnoosiin tutkittiin nuorten aikuisten (21-35 vuotta) väestöpohjaisessa aineistossa (n=605), joka sisälsi haastattelu-, kyselylomake- ja sairauskertomustietoja. Logistisella regressioanalyysillä tutkittiin neljän riskitekijäluokan (käyttäytymisen ja affektien säätelyn ongelmat; vanhempiin liittyvät tekijät; päihteiden käytön varhainen aloittaminen; oppimisvaikeudet ja koulutus) yhteyksiä elämänaikaiseen alkoholin tai minkä tahansa laittoman päihteiden väärinkäyttöön tai riippuvuuteen. Myös käyttäytymiseen ja affekteihin liittyvien tekijöiden vaikutusten riippumattomuutta muista riskitekijöistä arvioitiin.

Tulokset: Minkä tahansa päihteiden, alkoholin ja minkä tahansa laittoman päihteiden väärinkäytön tai riippuvuuden (DSM-IV) elämänaikaiset esiintyvyydet suomalaisilla nuorilla aikuisilla olivat 14.2%, 13.1% ja 4.4%. Esiintyvyys oli korkeampi miehillä kuin naisilla. Jokaisen tutkitun riskitekijäluokan tekijät indikoivat kohonnutta päihdehäiriön riskiä. Käyttäytymisen ja affektien säätelyyn liittyvien tekijöiden (aggressiivisuus, ahdistuneisuus, kouluaikeiset käytösongelmat) ja päihdehäiriön väliset yhteydet olivat riippumattomia vanhempiin liittyvistä tekijöistä, päihteiden käytön varhaisesta aloittamisesta sekä oppimisvaikeuksista ja koulutuksesta. Ainoastaan miessukupuolella, päivittäisellä tupakoinnilla ja matalalla koulutustasolla oli käyttäytymisen ja affektien säätelytekijöistä riippumaton yhteys päihdehäiriöön.

Johtopäätökset: Alkoholihäiriöt ovat yleisiä suomalaisilla nuorilla aikuisilla, mutta muiden päihteiden väärinkäyttö ja riippuvuus ovat harvinaisempia kuin useissa muissa länsimaissa. Käyttäytymiseen ja affekteihin liittyvät tekijät indikoivat muista riskitekijöistä riippumattomasti kohonnutta päihdehäiriön riskiä. Monien tunnettujen riskitekijöiden ja päihdehäiriön väliset yhteydet saattavat välittyä käyttäytymiseen ja temperamentiin liittyvien tekijöiden kautta.

Toistuva rattijuoppous - 15 vuoden rekisteriseuranta

Antti Impinen (1), Ossi Rahkonen (2), Karoliina Ojaniemi (1), Tomi Lintonen (3), Pirjo Lillsunde (1), Aini Ostamo(1)

1) Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto; 2) Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen laitos; 3) Poliisiammattikorkeakoulu
email: antti.impinen at ktl.fi

Lähtökohdat: Rattijuopumuksen uusijat ovat tieliikenteen turvallisuusriski. Tutkimusten mukaan rattijuopumuksen uusimisriski vaihtelee päihteiden mukaan. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää uusintapidätysten yleisyys rattijuopuilla verestä havaittujen aineiden mukaan.

Menetelmät: Tutkimusaineistona käytettiin Kansanterveyslaitoksen ylläpitämää rekisteriä rattijuopumuksesta epäillyistä vuosilta 1993–2007. Rattijuopumuksen uusijoiden sekä ei-uusijoiden ikää ja veren alkoholipitoisuutta verrattiin ensimmäisen pidätyksen tietojen pohjalta. Uusimista tutkittiin elinaika-analyysillä.

MIELENTERVEYDEN JA KÄYTTÄYTYMISLÄÄKETIETEEN JAOKSET

Tulokset: Ensimmäisen pidätyksen aikaan uusijoiden ryhmä oli nuorempi, minkä lisäksi veren alkoholipitoisuus oli korkeampi verrattuna yhteen rikkeeseen syyllistyneisiin. Naisten osuus pidätetyistä pääsääntöisesti väheni mitä enemmän uusintakertoja oli. Kuljettajat, joilla oli ensimmäisen pidätyksen aikaan veressään alkoholia ja huumausaineita tai pelkkiä huumausaineita jäivät uudelleen kiinni useammin kuin kuljettajat, joiden veressä oli vain alkoholia. Amfetamiinien käyttäjillä uusintapidätyksiä esiintyi eniten. Havaitut opioidit ja bentsodiatsepiinit eivät nostaneet uusimisriskiä alkoholiin verrattuna pitkällä aikavälillä. Alhainen ikä, miessukupuoli, korkea veren alkoholipitoisuus sekä iltaisin tai arkipäivänä tapahtunut pidätys vaikuttivat myös uusimisen riskiin.

Johtopäätökset: Kolmannes rattijuopumukseen syyllistyneistä jäi kiinni toistamiseen 15 vuoden aikana. Huumeet, etenkin amfetamiini, altistavat uusintapidätykselle nopeammin. Tulokset osoittavat, että uusimiselle on mahdollista löytää riskiryhmiä. Interventioita uusimisen ehkäisemiseksi tulisi kehittää etenkin huumerattijuopuille. Etenkin nuorena alkaneet päihdeongelmat voivat johtaa myöhempään rikkeisiin.

Huumerattijuopumus Suomessa 1977–2007

Karoliina Ojaniemi (1), Tomi Lintonen (2,3), Antti Impinen (1), Pirjo Lillsunde (1) & Aini Ostamo (1,3)

1) Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto, Helsinki; 2) Poliisiammattikorkeakoulu, Tampere; 3) Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos, Tampere

Yhteystiedot: Karoliina Ojaniemi, Kansanterveyslaitos, Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki, email. karoliina.ojaniemi@ktl.fi, puh. 040 531 2529

Tutkimusongelma: Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata huumerattijuopumuksen ilmaantuvuutta ja ajokykä alentavia/liikenteessä vaarallisia huume- ja lääkeainelöydöksiä. Näiden trendejä tutkittiin huumerattijuopumuksesta epäiltyjen kuljettajien keskuudessa Suomessa vuosien 1977–2007 välisenä aikana.

Aineisto ja menetelmät: Tutkimuksessa käytettiin rekisteriaineistoa, joka sisälsi kaikki epäillyt rattijuopumustapaukset vuosilta 1977–2007. Tutkimusaineisto muodostui epäillyistä huumerattijuopumustapauksista (N = 31 963), joilla oli positiivinen löydös liikenteessä vaarallisesta huumeesta tai lääkeaineesta. Huume-/lääkeainelöydökset oli määritelty epäiltyjen virtsa- ja/tai verinäytteistä ja näytteet oli analysoitu Kansanterveyslaitoksen huumetutkimusyksikössä. Pelkät alkoholitapaukset rajattiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Tulokset: Epäiltyjen huumerattijuopumustapausten ilmaantuvuus oli 5/100 000 henkilöä vuonna 1977 ja 90/100 000 henkilöä vuonna 2007, joten ilmaantuvuus 18-kertaistui tutkimusaikana. 90% kaikista epäillyistä huumerattijuopuista oli miehiä, mutta naisten suhteellinen osuus lähes kaksinkertaistui. Huumerattijuopumuksesta epäiltyjen keski-ikä laski 36 vuodesta 32 vuoteen. Yleisimmät huume-/lääkeainelöydösr ryhmät olivat bentsodiatsepiinit (76% positiivista tapauksista), amfetamiinit (46%), kannabinoidit (28%) ja opioidit (14%). Bentsodiatsepiinilöydöksiä oli eniten koko ajanjakson ajan. Laittomia huumeita (amfetamiinit ja kannabinoidit) alkoi esiintyä huumerattijuoppojen keskuudessa vasta 1980-luvun lopulta lähtien. Amfetamiinilöydösten määrä lisääntyi erityisesti vuoden 2003 jälkeen, jolloin liikenteessä tuli voimaan nollatoleranssilaki huumeille. Sekakäyttö oli yleistä koko tutkimusajanjakson ajan, 77%:ssa positiivista tapauksista oli löydös kahdesta tai useammasta aineryhmästä (huume/ajokykä alentava lääke/alkoholi). Yleisimmät yhdistelmät olivat alkoholi ja bentsodiatsepiinit (20% sekakäyttötapauksista) sekä amfetamiinit ja bentsodiatsepiinit (18%). Bentsodiatsepiinien ryhmä oli mukana kaikissa viidessä yleisimmässä aineyhdistelmässä. Pelkästään huumeita/lääkkeitä sisältävät sekakäyttötapaukset lisääntyivät nopeammin verrattuna sekä alkoholia että huumeita/lääkkeitä sisältäviin sekakäyttötapauksiin. Alkoholia sisältävistä sekakäyttötapauksista veren alkoholipitoisuus ylitti törkeään rattijuopumuksen rajan (1.2‰) 44%:ssa tapauksista.

Johtopäätökset: Epäillyt huumerattijuopumustapaukset ovat lisääntyneet Suomessa, erityisesti naisten osuus on kasvanut. Nollatoleranssilaki huumeille liikenteessä on tuonut ilmiön entistä näkyvämmäksi. Amfetamiinien lisäksi erityisesti bentsodiatsepiinilöydösten suuri määrä on huolestuttavaa. Sekakäytön yleisyys viittaa laajaan huumeiden/lääkeaineiden väärinkäyttöön huumerattijuopumuksesta epäiltyjen keskuudessa. Tulokset kuvastavat vain poliisin kiinni ottamia huumerattijuoppoja, ilmiön koko laajuudesta ei ole selkeää käsitystä.

Koherenssin tunne rekisteriperusteisen sepelvaltimotauti- ja aivohalvausriskin ennustajana

Sense of coherence (SOC) as a predictor of register based ischaemic heart disease and stroke

Sakari Suominen, M.D., Ph.D. University of Turku, Department of Public Health; Hans Helenius, M.Sc.
Jussi Vahtera, M.D., Ph.D.; Markku Koskenvuo, M.D., Ph.D.
suominen@utu.fi

In prospective studies weak SOC has been shown to predict poor health but only few studies have had access to register based health data. This study is based on the Health and Social Support - panel mail survey with data collections in 1998 and 2003 from an initial sample of 64 797 individuals representing age brackets 20-24, 30-34, 40-44 and 50-54 years in Finland (the region around the city of Turku and the Swedish speaking population intentionally over-represented). The questionnaire data was with signed consent by the respondent linked with extensive register data, among them mortality, disability pensioning, entitlement to special reimbursements for medicines and care according to the hospital discharge register (N= 25 901). All new periods of inpatient hospital care from the national Hospital Discharge register with primary diagnoses (ICD 10) related to ischaemic heart disease and stroke as well as deaths due to these diagnoses comprised the cases. All participants entitled to special reimbursements for medicines for ischaemic heart disease as well as participants hospitalized in 1998 due to ischaemic heart disease or stroke according to the hospital discharge register were excluded. Thus, the remaining sample comprised initially healthy participants in relation to the outcome

Explanatory variables were sex, age, initial level of occupational training (basic, secondary, lower tertiary, higher tertiary), smoking status (current /never- or ex-smoker), alcohol intake (weekly consumption below or 16 drinks (200 g of alcohol) or more, body mass index (BMI) (BMI >30 kg/m²), Physical Metabolic Equivalent Task index to measure sedentary life style (<2 MET-hours per day) and initial SOC as quartiles. The statistical analysis was performed with fitted Cox proportional hazards models with SAS software. From the Drug Reimbursement Register hypertensive and diabetic participants and those with ischaemic heart disease were also identified.

In the final multi- variate model, also adjusted for prevalence of hypertension and diabetes and all the explanatory variables mentioned, belonging to the lowest SOC quartile was associated with an increased risk of ischaemic heart disease or stroke, for women HR 2.09, (p-value for trend 0.02) and for men 1.90 (p=0.0006) when the highest quartile was the reference.

Weak SOC is independently associated with an increased incidence of ischaemic heart disease or stroke in women and men. The effect does not seem to be clearly mediated by health behaviour.

Koherenssin tunteen ja eläkeaikomusten välinen yhteys suomen- ja ruotsinkielisillä suomalaisilla

Salla-Maarit Volanen, Sakari Suominen, Eero Lahelma, Karoliina Harkonmäki, Markku Koskenvuo, Karri Silventoinen.
Helsingin yliopisto/KTTL
salla-maarit.volanen@helsinki.fi

Johdanto. Eläkehakuisuuteen vaikuttavista psykososiaalisista tekijöistä ja etenkin mahdollisista kieliryhmien välisistä eroista on niukasti tutkimustietoa. Tässä tutkimuksessa kartoitettiin koherenssin tunteen ja eläkeaikomusten välistä yhteyttä suomen- ja ruotsinkielisillä suomalaisilla. Tutkimuskysymyksiä oli kolme: 1) onko alhainen koherenssin tunteen taso yhteydessä eläkeaikomuksiin, 2) onko äidinkieli yhteydessä eläkeaikomuksiin, ja 3) vaikuttavatko taustatekijät koherenssin tunteen ja eläkeaikomusten väliseen yhteyteen. Lisäksi kartoitettiin naisten ja miesten välisiä mahdollisia eroja eläkeaikomusten taustatekijöiden suhteen.

Aineisto. Tutkimuksen aineistona oli valtakunnallinen Health and Social Support Study (HeSSup)- tutkimus. Perusaineisto kerättiin vuonna 1998 ja seuranta-aineisto vuonna 2003. Käytettyyn aineistoon kuului 12 275 suomen- ja ruotsinkielistä vastaajaa. Koherenssin tunnetta mitattiin vakiintuneella 13 kysymystä sisältävällä kysymyssarjalla. Eläkeaikomuksia mitattiin heikoin ja vahvoin aikomuksin. Multinomiaalisesissa regressioanalyyseissä vakioitiin ikä, kieli, lapsuuden olosuhteet, koulutus, työolot, sosiaalinen tuki, terveyskäyttäytyminen sekä mielenterveys. Analyysissä käytettiin STATA tilasto-ohjelmaa.

Tulokset. Koherenssin tunne oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä eläkeaikomuksiin (heikot ja vahvat) sekä naisten ja miesten että suomen- ja ruotsinkielisten keskuudessa. Yhteys säilyi kaikkien taustatekijöiden vakiointien jälkeenkin. Ruotsinkieliset raportoivat suomenkielisiä harvemmin eläkeaikomuksia, mutta lapsuudenolosuhteiden vakiointi hävitti tämän yhteyden. Koherenssin tunteen lisäksi ainoastaan ikä ja somaattinen sairaus olivat yhteydessä miesten ja naisten sekä heikkoihin että vahvoihin eläkeaikomuksiin kaikkien vakiointien jälkeen. Miehet raportoivat naisia useammin eläkeaikomuksia. Koherenssin tunteen ja sukupuolen välillä todettiin interaktio, jonka mukaan koherenssin tunteen merkitys eläkeaikomuksissa oli miehillä hieman suurempi naisiin verrattuna.

Pohdinta. Koherenssin tunteen yhteys eläkeaikomuksiin oli itsenäinen, sillä taustatekijöiden vakiointi ei heikentänyt todettua yhteyttä. On mahdollista, että vahva koherenssin tunne lisää ihmisen luottamusta siihen, että hän erilaisista riskitekijöistä ja haasteista huolimatta jaksaa jatkaa työssään ja selviää työnsä tuomista haasteista voimavarojensa avulla.

Baseline psychosocial predictors of survival in cancer

Syöpäpotilaiden elinaikaa ennakoivat psykososiaaliset tekijät

Ulla-Sisko Lehto (1,4), Markku Ojanen (2), Tadeusz Dyba (3), Arpo Aromaa (4), Pirkko Kellokumpu-Lehtinen (1,5)

1) University of Tampere, Medical School, Oncology; 2) University of Tampere, Department of Psychology; 3) Finnish Cancer Registry; 4) National Public Health Institute KTL; 5) Tampere University Hospital, Department of Oncology

Kansanterveyslaitos, Mannerheimintie 166, FIN-00300 Helsinki; ulla-sisko.lehto@ktl.fi

There is no certainty about the contributing psychological factors or processes involved in cancer progression. Many studies have suffered from poor theoretical basis, methodological flaws, and only one or few psychosocial factors investigated at time. We examined the simultaneous contribution of several theory-driven baseline socio-economic, psychological, and psychosocial factors to survival in localized cancer. Also, we investigated the impact of longitudinal cumulative life stresses.

Consecutive samples of 59 patients with Clarke II-IV skin melanoma (participation 86 %) and 102 locoregional breast cancer (participation 82 %) under 72 years of age completed validated questionnaires on coping with cancer, non-expression of negative emotions (anger), perceived social support, noncancer life stresses, and quality of life (QOL) 3-4 months after diagnosis. Also, life events were prospectively evaluated for 9 months prior to 39 months post diagnosis. Cox regression analyses were used to determine the predictors of survival time from the date of diagnosis to the date of death and in breast cancer also to the date of relapse.

In melanoma, after controlling for age, gender, and Breslow depth for the tumor, anger non-expression (repression), hopelessness, and better single-item self-reported QOL predicted shorter survival. Longer survival was predicted by a coping pattern close to denial/minimizing. In breast cancer, after controlling for age, biological prognostic factors, and baseline treatment, longer survival was predicted by a long education (college or higher) and a minimizing-related coping, while shorter survival was predicted by emotional defensiveness (antiemotionality), behavioral-escape coping, and a high level of perceived support. A shorter event-free time was also predicted by unemployment and depressive symptoms. The cumulatively evaluated life stress predicted shorter survival in melanoma when evaluated at least over 3 years.

As presented also earlier, denying/minimizing the psychological impact of the cancer diagnosis seems to predict favorable and anger non-expression unfavorable prognosis. High education predicts longer survival in breast cancer. High scores in simple well-being scales may reflect emotional non-expression related tendency to over-report well-being. Life stresses assessed as cumulative total stress predict shorter survival.

Isät äitiysneuvolan vastaanotolla: kuinka alkoholin käytöstä keskustellaan

Pirjo Lindfors, YTT, varttunut tutkija

Yhteiskuntatutkimuksen instituutti, Tampereen yliopisto, 33014 Tampereen yliopisto, Pirjo.Lindfors@uta.fi

Käynnissä olevassa tutkimushankkeessa ”Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: Muuttuva asiakassuhde, tiimityö ja hyvinvointineurolamalli” tarkastellaan Tampereen kaupungissa käynnistynyttä äitiys- ja lastenneuvoloihin kohdistuvaa rakenteellista uudistusta: perheen hyvinvointineurolamallin käyttöönottoa ja sen laajentamista koko kaupungin neuvolapalveluja koskevaksi. Hyvinvointineurolamallissa huomiota kiinnitetään äidin ja lapsen terveysseurannan lisäksi koko perheen hyvinvointiin. Uuden toimintamallin tavoitteena on pyrkiä ennalta ehkäisemään perheen somaattisten ongelmien lisäksi mielenterveyteen ja hyvinvointiin liittyviä ongelmia, tukemaan vanhemmuutta ja parisuhdetta ja tarjoamaan varhaista tukea.

Hyvinvointineurolamallin toimintaideologian mukaisesti isää kannustetaan olemaan mukana äitiys- ja lastenneuvolan vastaanotoilla ja erityisesti äitiysneuvolan ensikäynnillä ja hyvinvointineurolamalliin kuuluvilla perheen kokonaistilannetta kartoittavilla vastaanotoilla. Yhtenä keskustelunaiheena näillä vastaanotoilla on sekä äidin että isän alkoholin käyttö. Varhainen puuttuminen päihteiden riski- tai ongelmakäyttöön on tärkeää perheen tulevaisuuden ja hyvinvoinnin kannalta.

Alkoholin käytön arvioinnin välineenä käytetään Audit-kyselyä (Alcohol Use Disorders Identification Test) raskauden alkuvaiheessa ensimmäisellä vastaanottokäynnillä ja lyhennettyä versiota raskausaikana n. 30. raskausviikolla. Audit-kysely on tutkimuksissa todettu tehokkaaksi ja suositeltavaksi menetelmäksi alkoholin riski- ja suurkulutuksen arvioinnissa. Tampereen äitiysneuvoloissa molemmat vanhemmat täyttävät Audit-lomakkeen tai sen lyhennetyn version kotona ennen vastaanotolle tuloa ja alkoholin käytöstä keskustellaan lomakkeen tietojen pohjalta.

Aiemman tutkimuksen perusteella tiedetään, että asiakkaiden elämäntapojen puheeksiottaminen, arviointi ja niihin liittyvä neuvonta ja ohjaus ovat vuorovaikutuksellisesti haasteellisia ja moraalisesti latautuneita tilanteita. Myös isän mukanaolo vastaanotolla on terveydenhoitajille haastavaa, kun vuorovaikutus muuttuu kahdenkeskisestä kolmenkeskiseksi. Tutkimuksessa aineistona on 10 videoitua äitiysneuvolakäyntiä, joilla isä on mukana ja joissa molempien vanhempien alkoholin käytöstä keskustellaan. Aineistoa on analysoitu keskusteluanalyysin (CA) keinoin.

Esityksessä kuvataan niitä keskustelukäytäntöjä, joilla isän alkoholin käytöstä puhutaan vastaanotolla ja vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin. 1) Miten Audit- lomaketta käytetään keskustelussa? 2) Miten alkoholin käytön normaaliutta ja riskiä arvioidaan? 3) Miten perheenjäsenten näkemykset omasta ja toisen alkoholin käytöstä muovaavat keskustelua? 4) Miten mahdollisesta jatkoseurannasta neuvotellaan?

User involvement: the hybrid of control and emancipation

Anna Leppo, Department of Sociology, University of Helsinki, Finland

Riikka Perälä, Finnish Foundation for Alcohol Research, Helsinki, Finland

The new 'agenda of choice' in public services emphasises service users' needs and agency. The ideals of consumerism and user involvement have set new challenges for professionals. This article explores the effects of consumerism and user involvement at the level of day-to-day service delivery, looking at the encounters between professionals and service users. We apply an ethnographic approach. Observation data were collected at two Finnish drug treatment institutions: a needle exchange and health counselling service; and a specialized maternity clinic for pregnant women. Data from each institution consists of seven to twelve months of participant observation notes, which were subsequently systematically coded and analysed comparing the two institutions.

Our main findings were that the promotion of new ideals does not automatically result in the empowerment of service users or the erosion of professional power. The two institutions differ greatly: institutional context and gender shape the everyday realisation of the new ideals. In both institutions, however, professionals have adopted new

practices and rethought their role. The cultivation of service users' choice and agency can become valuable professional capital, a new kind of 'know how' that can also be used by the professionals to justify the importance of their work.

This article provides a nuanced and contextualised insight into 'how' the ideals of consumerism and user involvement are translated into everyday encounters between service providers and users.

Keywords – consumerism, user involvement, professions, ethnography

Sikiön poikkeavuuksien seulontojen implementointi: tiedon kerääminen fokusryhmähaastattelulla vanhemmilta ja työntekijöiltä

Ulla Saalasti-Koskinen, Kaija Hänninen, Jaana Leipälä ja Marjukka Mäkelä
 Terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsingin yliopisto / Stakes
 Yhteystiedot: ulla.saalasti-koskinen@stakes.fi, puh. 09-39672678

Tausta ja tavoitteet: Valtioneuvoston asetus sikiön poikkeavuuksien seulunnoista (1339/2006) annettiin joulukuussa 2006. Sen tavoitteena on yhtenäistää kuntien erilaiset seulontatavat. Asetuksen mukaan kunnan on tarjottava raskaana oleville varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus, kromosomipoikkeavuuksien selvittämiseksi varhaisraskauden yhdistelmäseulonta tai kolmoisveriseulonta sekä ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi. Asetukselle annettiin toimeenpanoaikaa vuoden 2009 loppuun asti. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi Finohtalle tehtäväksi asetuksen implementoinnin tukemisen.

Finohtan kokoama työryhmä tuotti materiaalia sikiöseulunnoista: koulutuspaketit henkilökunnalle, esitteet raskaana oleville sekä tukipaketti henkilökunnalle oppaaksi yhtenäisen ja oikean tiedon välittämisessä. Tukipaketin tekemistä varten tarvittiin asiakaslähtöistä tietoa kokemuksista sikiöseulonnan vuorovaikutustilanteista sekä vanhemmilta että seulontaprosessin eri vaiheissa mukana olevilta työntekijöiltä.

Menetelmät: Asiakaslähtöisen tiedon saamiseksi käytettiin BIKVA -arviointimenetelmää (Krogstrup 2004), jossa asiakkaat ovat laadun arvioijina. Menetelmä perustuu fokusryhmähaastatteluihin, joista saatu tieto välitetään prosessin seuraavalle tasolle (esim. asiakastieto työntekijöille) ja lopulta johdolle. Avoimissa ryhmähaastattelutilanteissa keskustelu etenee muutaman kysymyksen pohjalta: hyvät asiat - huonot asiat - oleellisin asia - kehittämisehdotukset. Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan ja saatu aineisto analysoidaan sisällönanalyysillä. Ennen ryhmähaastatteluja kerättiin vielä henkilökunnalta tietoa seulontaprosessista kyselylomakkeella, jotta saatiin koko prosessin keskeiset käytännöt ja toimijat selville.

Tulokset: Kohteeksi valittiin Hyvinkää kokonsa ja seulontakokemuksensa takia. Haastatteluryhmiä oli kaikkiaan seitsemän, joista neljä vanhempien ryhmää (äidit, isät, seulonnasta kieltäytyneet, poikkeavan tuloksen saaneet) ja kolme työntekijäryhmää (neuvola, terveyskeskus, sairaala). Yhteensä haastatteluihin osallistui 24 työntekijää sekä 19 vanhempaa, joilla oli yhteensä 29 lasta. Esille nousi alkuneuvonnan (suullinen ja kirjallinen tieto) tärkeys, poikkeavien tulosten kertomisen ja tukemisen haasteellisuus sekä tiedon välityksen ongelmat mm. sähköisten järjestelmien yhteensopimattomuuden takia.

Johtopäätökset: BIKVA -arviointimenetelmällä saatiin asiakaslähtöistä vuorovaikutustietoa kattavasti vanhemmilta sekä seulontaprosessin eri vaiheissa toimivilta työntekijöiltä. Alustava tieto haastatteluista saatiin saman tien välitettyä päättäjätasolle. Kaikkia asiakasryhmiä (esim. maahanmuuttajat) ei saatu mukaan.

Hanne Kathrine Krogstrup. Asiakaslähtöinen arviointi Bikva -malli. FinSoc Arviointiraportteja 1/2004. Helsinki, Stakes.

Physicians' Ideas about Restructuring Finnish Public Health Services

Arttu Saarinen, aosaar@utu.fi, Sosiaalipolitiikan laitos, Turun yliopisto

Purpose: This article shall analyze the ideas represented by the Finnish Medical Association concerning the public health care system between the years 1970–2007. **Design/methodology/approach:** The main data consists of the documents. Data analysis aims to search for continuities by means of content analysis. The results are presented in two parts: 1) the 1970s and 1980s are described as the golden era of the public health care system and 2) the 1990s and 2000s as the period of the growth of marketization. **Findings:** The results suggest that the Finnish Medical Association has consistently advocated the importance of the private sector alongside the public sector. The means for achieving this goal is raising the levels of health insurance compensation, designing a more effective payroll system, emphasizing local solutions in service production and using different purchaser-provider models. The weight given to the different ideas by the Association has varied depending on the institutional situation in the welfare state. After the early 1990s, the Association's ideas became more concrete. Rather than promoting its own interests, the Association has made a strong reference in its argumentation to the "common good". However, the ideas are not in fact radical. The reason is that the welfare state institutions have created a system where the Association itself holds strong interests. **Originality/value:** The ideas of physician association's towards health care system restructuring have been not studied in countries with large social security systems. It is important to study physicians' ideas because system will be structured on them.

Sosiaaliset ja organisatoriset tekijät terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa: EUnetHTA HTA Core Model

Heidi Anttila (1), Ulla-Saalasti-Koskinen (1), Juha Koivisto (2), Tuija Ikonen (1), Päivi Reiman-Möttönen (1)
1) Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö (Finohta), STAKES; 2) Sosiaalipalvelujen arviointiryhmä (Finsoc), STAKES; Yhteystiedot: heidi.anttila@stakes.fi, puh. 09-39672687

Tausta: Terveydenhuollon menetelmien arviointi (HTA) tuottaa näyttöön perustuvaa ja arvioitua tietoa päätöksentekijöille. EUnetHTA -hankkeessa (2006–2008) tavoitteena on perustaa toimiva ja kestävä eurooppalainen HTA-verkosto. Finohta johtaa kokonaisuutta, jonka tavoitteena on kehittää mallit (HTA Core Models) terveydenhuollon menetelmien ja diagnostiikan arviointiin. Malleissa arvioidaan kymmentä eri osa-alueita: 1. terveysongelma ja nykykäytännöt, 2. menetelmän kuvaus, 3. diagnostiikan tarkkuus, 4. vaikuttavuus, 5. turvallisuus, 6. kustannus-vaikuttavuus, sekä 7. eettiset, 8. organisatoriset, 9. sosiaaliset ja 10. lakisäätötekijät.

Tavoitteet: Perinteisiä HTA:n osa-alueita ovat mm. vaikuttavuuden, turvallisuuden ja kustannus-vaikuttavuuden arviointi. EUnetHTA:ssa näkökulmaa on laajennettu myös sosiaalisiin ja organisatorisiin tekijöihin, joissa selvitetään mm. millaisia resursseja (ihmiset, tuki) tarvitaan sekä kartoitetaan seurauksia, joita menetelmän käyttö aiheuttaa. Tässä paperissa tarkoituksena on selvittää: 1) Miten sosiaaliset ja organisatoriset tekijät otetaan mukaan HTA:ssa 2) Mitkä ovat näiden tekijöiden arvioinnin menetelmät ja tietolähteet.

Menetelmät ja aineisto: Malli kehitettiin osa-aluekohtaisissa kansainvälisissä ryhmissä, joista sosiaalisten ja organisatoristen tekijöiden arviointia varten oli omat ryhmänsä. Ryhmien konsensuskokouksissa määriteltiin osa-alueen sisältö ja kehitettiin arviointia varten yleisiä tutkimuskysymyksiä (issue), jotka ryhmiteltiin aiheittain (topics), sekä kysymysten tietolähteet ja arviointimenetelmät. Jokaisen tutkimuskysymyksen tärkeys ja siirrettävyys eri maiden välillä luokiteltiin ryhmän konsensusena. Mallit ja niiden osa-alueet validoitiin kahdessa kansainvälisessä kyselyssä ja niitä testattiin kahdessa HTA-arvioinnissa, joiden aiheena oli lääketehtit ja monirivi-TT.

Tulokset: Ensimmäisen validaatiokyselyn jälkeen koko mallissa oli 55 aihetta (topics) ja 163 tutkimuskysymystä (issues). Näistä 8 aihetta ja 11 kysymystä koski sosiaalisia tekijöitä ja vastaavasti 7 ja 27 organisatorisia tekijöitä. Validaation perusteella aiheita ja kysymyksiä muokattiin edelleen. Toisen validaatiokyselyn (syys-lokakuussa 2008 diagnostisten menetelmien malli) tulokset ovat vielä kesken. Relevanttia tietoa kerätään tietokantahauilla, rekistereistä ja harmaasta kirjallisuudesta tai sitä voidaan koota kyselyin ja haastatteluin. Parasta tietoa saadaan laadullisista tutkimuksista, joissa on sovellettu translaatiomallin mukaista relationaalista arviointia. Tehdyissä kahdessa HTA-arvioinnissa valmista tietoa organisatorista ja sosiaalisista tekijöistä löytyi vain vähän.

Johtopäätökset: Sosiaaliset ja organisatoriset tekijät ovat uusia osa-alueita terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa. EUnetHTA -hankkeen avulla niiden selvittämiseksi on löytynyt sopivia menetelmiä ja ne on kansainvälisessä konsensuskassa hyväksytty mukaan menetelmien arviointiin. Mallin toimivuutta sosiaalisten ja organisatoristen tekijöiden arvioinnissa pitää testata vielä laajemmin käytännössä.

POSTERIT

Sosioekonominen asema ja elintapamuutoksen psykososiaaliset mekanismit Ikihyvä-elintapaneuvonnassa

Nelli Hankonen (1), Pilvikki Absetz (1), Ari Haukkala (2), Antti Uutela (1)

1) Kansanterveyslaitos, Terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn osasto; 2) Helsingin yliopisto, Sosiaalipsykologian laitos

Nelli Hankonen, Kansanterveyslaitos, Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki, nelli.hankonen@ktl.fi

Tausta: Sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot tunnetaan, mutta tietoa ei juurikaan ole siitä, mitkä psykososiaaliset mekanismit saattavat vaikuttaa terveyskäyttäytymisen ja sen muuttamisen eroihin sosioekonomisten ryhmien välillä.

Tavoite: Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella, miten koulutustaso vaikuttaa elintapamuutoksen psykososiaalisiin välittäjätekijöihin elintapainterventiossa.

Metodit: Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn Ikihyvä-elintapaneuvonta (GOAL Lifestyle Implementation Trial) suunniteltiin perusterveydenhuollossa käytettäväksi ja sen käyttäytymisen muuttamistekniikat perustuivat sosiaaliskognitiivisiin ja itesesäätelyteorioihin. Ryhmissä toteutetun intervention tavoitteena oli lisätä liikuntaa ja parantaa ruokavalion laatua diabeteksen riskitekijöiden alentamiseksi. Interventioon osallistuneet naiset (N=279) jakautuivat tasaisesti kolmeen ryhmään ylimmän saavutetun koulutuksen mukaan. Psykososiaaliset determinantit (eli terveyskäyttäytymisen muuttamiseen ja ylläpitoon liittyvä pystyvyyden tunne, terveellisten valintojen sekä repsahduksen estojen suunnittelu, ja sosiaalinen tuki) mitattiin ennen interventiota, sen jälkeen 3 kuukauden päästä sekä 12 kuukauden seurannassa. Lopputulokset eli liikunta ja terveellinen syöminen mitattiin ennen interventiota ja 12 kuukauden seurannassa.

Tulokset: Psykososiaaliset determinantit alkumittauksessa sekä niiden intervention-aikaiset muutokset olivat pääosin samanlaiset koulutustasosta riippumatta. Kuitenkin liikunnan esteiden voittamiseen liittyvä pystyvyyden tunne lisääntyi vähiten alimmassa koulutusryhmässä, ja ylimmän koulutusryhmän naiset saivat vähiten negatiivista sosiaalista tukea liikunnasta. Koulutus ei moderoinut determinanttien ja käyttäytymisen välisiä suhteita: Vahva pystyvyyden tunne ja huolellinen suunnittelu lisäsivät terveyskäyttäytymisen muutoksen todennäköisyyttä sekä kolmen että 12 kuukauden seurannassa.

Johtopäätökset: Pystyvyyden tunteen ja suunnittelun lisäämiseen tarkoitettujen terveystieteiden strategiat ovat yhtä tehokkaita terveyskäyttäytymisen muutosmekanismeja kaikkien koulutustasojen naisilla. Kuitenkin alempien koulutusryhmien lähiympäristön sosiaaliseen tukeen ja pystyvyyden tunteen kohentamiseen on syytä kiinnittää huomiota interventioissa.

EU:n COST Action IS0603: Health and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe (HOME)

Suomen edustajina HOME action (2007–2011) Management Committeeessa toimivat:

Dosentti, PsT Kaija Matinheikki-Kokko, GSM +358 40 334 0855, kaija.matinheikki-kokko@metropolia.fi

TtT Arja Liinamo, GSM +358 40 334 0918, arja.liinamo@metropolia.fi

Hankkeen johtajana toimii professori David Ingleby, J.D.Ingleby@uu.nl.

Suomessa ei ole tehty kokonaisvaltaista tutkimusta maahanmuuttajien terveydestä ja terveydenhoidosta. Alan tutkimustoimintaa harjoitetaan yksittäisten tutkijoiden toimesta eri yliopistoissa ja tutkimuslaitoksissa, joissa kiinnostus ihmisen terveyteen kulttuurin näkökulmasta on kasvanut. Alan tutkimuksen pirstaleisuus on todettu ongelmaksi myös laajemmin Euroopassa. EU:n COST ohjelman HOME-tutkijaverkosto pyrkiikin vähentämään tutkimuksen pirstaleisuutta ja päällekkäisyyttä kokoamalla yhteen alan tutkimusta. Mukana on 28 Euroopan maata, joiden korkeakouluissa ja tutkimuslaitoksissa on useita vähemmistöjen terveyskysymyksiin erikoistuneita tutkijoita.

Home -verkon tavoitteena on edistää maahanmuuttajien terveyteen liittyvää tutkimusta ja hyviä käytäntöjä. Tämä tapahtuu tukemalla alan tutkijoiden verkottumista ja kannustamalla heitä kansainväliseen monialaiseen tutkimusyhteistyöhön. Home ei rahoita kuitenkaan itse tutkimustoimintaa eri maissa. Osana Home-yhteistyötä järjestetään teemakohtaisia työryhmiä, jotka laativat 'state of the art' -teemakatsauksia. Lisäksi raporteissa käsitellään moni-

POSTERIT

kulttuurisen terveydenhuollon kehityksen esteitä ja ratkaisumalleja. Home-verkosto järjestää konferensseja, seminaareja sekä julkaisee alan raportteja ja artikkeleita. Hankkeen kohderyhmiä ovat maahanmuuttajien terveyttä käsittelevät tutkijat, palvelutuotannosta vastaavat sekä maahanmuuttajien organisaatioiden ja päättäjien edustajat.

Monialainen tutkimustieto lisää ymmärrystä maahanmuuttajien terveyden ja sairauden taustalla olevista syistä eri maissa. Alan interventiotutkimukset tarjoavat tietoa palvelujen kehittämiseen. Home -yhteistyön tavoitteena on stimuloida moniulotteisuutta monikulttuurisen terveystutkimuksen metodeissa ja teoreettisissa lähestymistavoissa, sen sijaan että pyrittäisiin luomaan suurta yhtenäistä teoriaa maahanmuuttajien terveydestä. Tutkimuksen laadun ja relevanssin odotetaan lisääntyvän parantuneen tiedonkulun myötä. Pitkän tähtäimen tavoitteena on parantaa maahanmuuttajille suunnattujen terveys- ja sosiaalipalvelujen laatua.

Jos olet kiinnostunut COST Action IS0603 -yhteistyöstä, ota yhteys Kaijaan tai Arjaan.

Cost Home sivusto tarjoaa taustamateriaalia ja tietoa hankkeen seminaareista:

http://www.costhome.eu/management/index.php/Main_Page

Näyttöön perustuvan toimintamallin kehittäminen ja käytäntöön soveltaminen

Anneli Sarajarvi., TtT, yliopettaja, projektipäällikkö, Metropolia ammattikorkeakoulu, Helsinki

Strateginen linjauspäätös näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisestä on tehty sekä kansallisesti että kansainvälisesti, jossa näyttöön perustuva toiminta nähdään keskeiseksi keinoksi hoidon laadun ja vaikuttavuuden parantamisessa. Tavoitteena on että hoitokäytänteet perustuvat parhaaseen mahdolliseen tutkimusnäyttöön. (STM 2003,2008). Hoitotyön johtajille on asetettu haasteeksi järjestää hoitotyössä toimiville mahdollisuus vahvistaa osaamistaan siten, että hoitotyössä toimivat käyttävät parhaaseen näyttöön perustuvia toimintatapoja ja varmistaa että hoitotyössä on käytettävissä riittävät resurssit toimia näyttöön perustuen. Tämä tutkimus on osa laajempaa hoitotyön projektia, jossa toimintatutkimuksen periaatteita noudattaen kehitetään näyttöön perustuvaa hoitotyön osaamista Helsingin kaupungin terveyskeskuksen akuuttisairaalaosastossa. Tämän osaprojektin tarkoituksena on kuvata näyttöön perustuvan hoitotyön toimintamallin kehittämisprosessia. Tavoitteena on vahvistaa hoitohenkilökunnan näyttöön perustuvaa toimintaa sekä vahvistaa hoitohenkilökunnan tutkimus, kehittämis- ja projektitaitoja.

Näyttöön perustuvan hoitotyön alustavan toimintamallin kehittäminen aloitettiin Helsingin kaupungin terveyskeskuksen akuuttisairaalaostojen Malmin ja Herttoniemen sairaaloiden nykytilan kartoituksella, jossa aineisto kerättiin osastonhoitajilta (n=26), sairaanhoitajilta (n=115), (n=15) ja perushoitajilta (n=53) (N=209) kyselylomakkeilla helmikuussa 2007. Aineisto on analysoitu SPSS tilasto-ohjelmalla. Alkukartoituksessa saatujen tulosten pohjalta, teoreettisen tiedon- sekä hoitohenkilökunnan kliinisen kokemuksen sekä hoitohenkilökunnan kanssa käydyn dialogin pohjalta on muodostettu interventioitoimenpiteillä näyttöön perustuva hoitotyön toimintamalli, joka pilotoidaan 1,5 vuotta niissä sairaaloissa, joista aineisto koottiin. Pilotoinnin jälkeen kerätään uusi aineisto, jonka pohjalta täsmennetään näyttöön perustuva hoitotyön toimintamalli ja juurrutetaan työelämään. Interventioitoimenpiteinä käytettiin hoitohenkilökunnan koulutusta, osallistamista ja arviointia. Koulutusta järjestettiin näyttöön perustuvasta toiminnasta sen merkityksestä potilaalle, hoitohenkilökunnalle, ja organisaatiolla, tutkimus- ja kehittämistyönmenetelmistä, tiedonhausta sekä yhteistoiminnallisuudesta ja muutosprosessista toimintamallin muodostamisvaiheessa kaikkiaan 18 kertaa. Osallistaminen sisälsi hoitohenkilökunnan yhteistoiminnallisuuden ja workshop työskentelyn sekä dialogin projektipäällikön, ohjausryhmän, projektiryhmien ja hoitohenkilökunnan välillä. Arviointi sisälsi johtoryhmän, ohjausryhmän, projektiryhmien sekä muun hoitohenkilökunnan itse- ja vertaisarvioinnin koko prosessin ajan. Tutkimusaprojektin tuloksena syntyy hoidon tuloksellisuutta parantava näyttöön perustuva hoitotyön toimintamalli, joka on Helsingin kaupungin terveyskeskuksen käytössä ja jaksossa myös muiden eri organisaatioiden käytössä sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Lisäksi tuloksena ovat hoitotyötekijöiden valmiudet toimia näyttöön perustuvasti, joka lisää hoidon vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta.

Alkoholinkulutus ja työstä poissaolot: Tulokset paneeliaineistosta Suomessa 1993-2005

Antti Uutela (1), Edvard Johansson (2), Petri Böckerman (3)

1) Kansanterveyslaitos; 2) Palkansaajien tutkimuslaitos; 3) Elinkeinoelämän tutkimuslaitos

Antti Uutela, Kansanterveyslaitos, Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki, antti.uutela@ktl.fi

Ongelma. Nordström on esittänyt vuosia 1935-2002 koskeneiden Ruotsin tietojen perusteella, että per capita alkoholinkulutus on vahvassa riippuvuussuhteessa työstä poissaoloihin. Nordströmin väitteen todistelua vastaan voidaan kuitenkin esittää pätevää metodikritiikkiä. Nordströmin aika-sarja asetelma ei nimittäin pysty ollenkaan kontrolloimaan sitä mahdollisuutta, että jokin muu vaikuttava tekijä kuin alkoholinkulutus olisi vastuussa havaitusta yhteydestä. Käytössämme ollut alueellinen paneeliaineisto antaa selvästi paremman asetelmakontrollin kuin Nordströmin käyttämä ja koskee sitä paitsi erityisen mielenkiintoista suomalaisjaksoa, jonka aikana työttömyysluvut vaihtelivat ajan mukana ja alueittainkin suuresti. Mielenkiintoa lisäsi myös vuonna 2004 toteutuneet alkoholin saatavuuden paraneminen Suomessa: Suomi menetti erityisoikeutensa alkoholin maahantuontirajoituksiin EU:sta ja Viro liittyi EU:hun, mitkä yhdessä alennetun kotimaisen verotason kanssa johtivat alkoholinkulutuksen nopeaan kasvuun.

Aineistot ja menetelmät. Käytössämme ollut Kansanterveyslaitoksen AVTK-aineisto (vastausprosentti 73%) lähtökohtanaan 5000 15-64-vuotiaan suomalaisen vuosittaiset satunnaisotokset aikaväliltä 1993-2005 sekä siihen liitetty Tilastokeskuksen NUTS3-alueitasoinen tieto sukupuolten työttömyysluvuista, teki mahdolliseksi välttää useat Nordströmin virheistä. Käytimme Ruhmin suosittelemaa kiinteiden mallien metodiikkaa tarkastellessamme alueiden sisäistä alkoholinkulutuksen muutosta. Hyödynsimme myös yksilöitä koskevia kontrollimuuttujia, koulutusta, ikää, iän neliötä sekä siviilisäätystä.

Tulokset. Naisilla oli miehiä enemmän työstä poissaoloja. Kummallakin sukupuolella todettiin työstä poissaolojen lisääntyvän ajan myötä. Uudenmaan maakunnassa, jossa pääkaupunkiseutu oli mukana, todettiin eniten työstä poissaoloja 18 tarkastellun alueen joukossa. Päähavaintona oli, että alkoholinkulutus todella oli tämän suomalaisaineiston mukaan yhteydessä työstä poissaoloihin niin erityisesti suuremman kulutuksen luonnehtimilla miehillä kuin myös naisilla.

Johtopäätökset. On todennäköistä, että itseraportoidut alkoholinkulutusluvut ovat todellisia matalampia ja että suur- tai riskikuluttajat usein jättävät vastaamatta kyselytutkimuksiin. Kun kiinnostuksen kohteena kuitenkin oli ajan mukana muutos, ei kulutuksen tasoharhalla todennäköisesti ole olennaista harhauttavaa vaikutusta. Vahvempaan tutkimusasetelmaan nojaavat tuloksemme siis tukevat Nordströmin väitettä.

OSALLISTUJALISTA

Aaltonen, Mari	Tampereen yliopisto	Lehto, Ulla-Sisko	KTL
Anttila, Heidi	Stakes	Leppo, Anna	Helsingin yliopisto
Artama, Miia	Stakes	Liinamo, Arja	Metropolia ammattikk.
Aho, Leena	Helsingin kaupunki	Lillrank, Annika	Helsingin yliopisto
Aittomäki, Aleksi	Helsingin yliopisto	Lindfors, Pirjo	Tampereen yliopisto
Alanko, Anna	Helsingin yliopisto	Luoto, Riitta	Tampereen yliopisto
Borodulin, Katja	KTL	Lämsä, Riikka	Helsingin yliopisto
Burell, Gunilla	Uppsala, Sweden	Manderbacka, Kristiina	Stakes
Forma, Leena	Tampereen yliopisto	Martikainen, Janne	Kuopion yliopisto
Gissler, Mika	Stakes	Matinheikki-Kokko, Kaija	Metropolia ammattikk.
Haavio-Mannila, Elina	Helsingin yliopisto	Mertanen, Enni	Jyväskylän ammattikk.
Hakamäki, Pia	TaY/Stakes	Mäntyranta, Taina	Rohto
Heinonen, Heikki	KTL	Ojaniemi, Karoliina	KTL
Hämäläinen, Riitta-Maija	Stakes	Opari, Päivi	Tekry
Hämäläinen, Päivi		Ostamo, Aini	KTL
Hankonen, Nelli	KTL	Palosuo, Hannele	Stakes
Hautamäki, Lotta	Helsingin yliopisto	Paltta, Päivi	Kela
Heino, Anna	Stakes	Pietilä, Ilkka	KTL
Helin-Salmivaara, Arja	Turun yliopisto	Pietiläinen, Olli	Helsingin yliopisto
Impinen, Antti	KTL	Piha, Kustaa	Helsingin yliopisto
Jakobsson, Maija	HUS	Prättälä, Ritva	KTL
Jallinoja, Piia	KTL	Rahkonen, Ossi	Helsingin yliopisto
Jauho, Mikko	Kuluttajatutkimuskeskus	Raussi-Lehto, Eija	Stakes
Jolanki, Outi	Tampereen yliopisto	Ray, Carola	Folkhälsan
Jormanainen, Vesa	Rohto	Rigoff, Anne-Marie	Stakes
Katainen, Anu	Helsingin yliopisto	Rogatcheva, Anastasiya	KTL
Kankaanpää, Eila	KuY	Rosengren, Arsi	HUS
Kapiainen, Satu	Stakes	Ruokoniemi, Päivi	Turun yliopisto
Karvonen, Sakari	Stakes	Saalasti-Koskinen, Ulla	Stakes
Keskimäki, Ilmo	Stakes	Saarinen, Arttu	Turun yliopisto
Kestilä, Laura	KTL	Saaristo, Vesa	Stakes
Klemetti, Reija	Stakes	Sannisto, Tuire	Tampereen yliopisto
Koivusalo, Meri	Stakes	Sarajärvi, Anneli	Metropolia ammattikk.
Kokko, Simo	Stakes	Sihvo, Sinikka	Stakes
Konttinen, Hanna	Helsingin yliopisto	Simonsen-Rehn, Nina	Helsingin yliopisto
Koponen, Päivikki		Suominen, Sakari	
Kosunen, Elise	Tampereen yliopisto	Tapper, Anna-Maija	HUS
Kurki, Merja	Miina Sillanpään Säätiö	Teperi, Juha	STM
Kuronen, Risto	PHSOTEY	Topo, Päivi	Stakes
Kuusio, Hannamaria	Stakes	Tuominen, Ulla	Stakes
Laaksonen, Mikko	Helsingin yliopisto	Uutela, Antti	KTL
Lahti, Jouni	Helsingin yliopisto	Vehko, Tuulikki	Stakes
Lallukka, Tea	Helsingin yliopisto	Volanen, Salla-Maarit	KTL
Laitinen, Jaana	Työterveyslaitos	Vuorenkoski, Lauri	Stakes/Lääkäriliitto
Larivaara, Meri	Stakes	Wiss, Kirsi	Stakes
Latvala, Antti	KTL	Ylilehto, Hannele	Oulun yliopisto
Laurén, Kirsi	Joensuun yliopisto		

