

Heinolan kaupungin erityisliikunnan kehittämissuunnitelma 2014–2016

Aki Pentikäinen, Teemu Rantanen

Opinnäytetyö

Liikunnan ja vapaa-ajan ko.

Vierumäen yksikkö

Kevät 2014



<p>Tekijä tai tekijät Aki Pentikäinen & Teemu Rantanen</p>	<p>Ryhmätunnus tai aloitusvuosi LOT 2011</p>
<p>Raportin nimi Heinolan kaupungin erityisliikunnan kehittämissuunnitelma 2014–2016</p>	<p>Sivu- ja liitesivumäärä 83+9</p>
<p>Opettajat tai ohjaajat Jyrki Vilhu</p>	
<p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli laatia Heinolan kaupungille erityisliikunnan kehittämissuunnitelma, jonka perusteella kaupungin erityisliikuntapalveluita voitaisiin kehittää tulevaisuudessa. Työ oli ajankohtainen, koska Heinolassa ei ollut voimassaolevaa erityisliikunnan kehittämissuunnitelmaa. Erityisliikunnan kehittämissuunnitelmien luominen on myös yksi Erityisliikunnan neuvottelupäivien keskeisistä suosituksista.</p> <p>Kehittämissuunnitelman laatimista varten tehtiin kyselytutkimus erityisliikuntapalveluiden asiakkaille loppuvuodesta 2013. Lisäksi kaupungin erityisliikunnanohjaajalle tehtiin teemahaastattelu tammikuussa 2014.</p> <p>Kyselytutkimuksessa kävi ilmi, että Heinolan kaupungin erityisliikunnan asiakkaat arvioivat erityisliikunnan palvelut hyväksi. Kehittämiskohteita löytyi muun muassa tiedotamisesta ja ulkoliikuntatoiminnasta. Haastattelussa ilmi tulleet asiat tukivat kyselyn tuloksia. Lisäksi haastattelussa nousi esille, että kehitettävää löytyi erityisesti järjestö- ja seurayhteistyöstä.</p> <p>Asiakkaille tehdyn kyselytutkimuksen sekä kaupungin erityisliikunnanohjaajan teemahaastattelun pohjalta laadittiin Heinolan kaupungin erityisliikunnan kehittämissuunnitelma 2014–2016. Kehittämistoimenpiteissä korostuu uusien erityisliikuntaryhmien luominen, toiminnan laajentaminen uusien palveluntarjoajien pariin sekä uusien liikkujien saaminen erityisliikunnan piiriin. Toimenpiteitä tulisi arvioida säännöllisesti. Kehittämissuunnitelman toteuttamista ja seuranta varten laadittiin kehittämissuunnitelman aikataulu.</p>	
<p>Asiasanat erityisliikunta, kehittämissuunnitelma, Heinolan kaupunki</p>	

Degree Programme in Sports and Leisure Management

<p>Authors Aki Pentikäinen & Teemu Rantanen</p>	<p>Group or year of entry LOT 2011</p>
<p>The title of thesis Development plan for adapted physical activities City of Heinola 2014-2016</p>	<p>Number of report pages and attachment pages 83+9</p>
<p>Advisor(s) Jyrki Vilhu</p>	
<p>The purpose of this thesis was to create a development plan for adapted physical activities for the City of Heinola. The aim of the plan is to improve the services of the sports department of the city regarding adapted physical activities. The work was current because the City of Heinola did not have a valid development plan. In addition, creating development plans for adapted physical activities is highly recommended for the municipalities of Finland at present.</p> <p>A survey was conducted to the customers of the adapted physical activities services in the end of 2013 in order to create the plan. Additionally, the instructor of adapted physical activities in Heinola was interviewed for the same reason in January 2014.</p> <p>The results of the survey indicated that the customers rated the services highly. Areas to develop included information channels and outdoor sports activities. The interview revealed that co-operation with the third party organizations and sports clubs required improvement.</p> <p>The development plan for adapted physical activities was created based on the survey and the interview. Establishing new activities, expanding the services with assistance of new service providers and acquiring new customers constitute the foundation of the plan. The execution of the plan should be assessed with regularity. A timetable was created in order to facilitate the execution and follow-up of the plan.</p>	
<p>Key words adapted physical activities, development plan, City of Heinola</p>	

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Erityisliikunta ja sen kehittyminen	3
2.1	Erityisliikunnan määritelmän kehittyminen	4
2.2	Erityisliikunnan nykytila	5
2.3	Erityisliikunnan tulevaisuuden haasteet.....	7
2.4	Erityisliikunnan tulevaisuuden linjaukset	9
3	Erityisliikuntaa ohjaava lainsäädäntö Suomessa.....	11
3.1	Liikuntalain keskeiset pykälät erityisliikunnan näkökulmasta	12
3.2	Muut erityisliikuntaa ohjaavat säännökset.....	12
4	Erityisliikunnan ryhmät ja liikunnan merkitys	14
4.1	Keskushermoston sairaudet ja vauriot	14
4.1.1	Kehitysvamma	14
4.1.2	Autismi.....	16
4.1.3	CP-vamma	17
4.1.4	Lihastaudit	18
4.1.5	Multippeliskleroosi	18
4.1.6	Parkinsonin tauti.....	19
4.2	Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	19
4.2.1	Reumasairaudet.....	19
4.2.2	Selkäsairaudet	20
4.3	Aistivammaisuus.....	21
4.3.1	Näkövammaisuus	21
4.3.2	Kuulovammaisuus	22
4.3.3	Kuurosokeus	23
4.4	Verenkiertoelimistön sairaudet.....	24
4.4.1	Sepelvaltimotauti	25
4.4.2	Verenpainetauti.....	25
4.5	Hengityselimistön sairaudet	26
4.5.1	Astma	26
4.5.2	Keuhkohtaumatauti.....	26

4.5.3	Hengityselimistön sairauksien yhteydet liikuntaan.....	27
4.6	Aineenvaihdunnan häiriöt.....	27
4.6.1	Ylipainoisuus.....	28
4.6.2	Diabetes.....	28
4.7	Mielenterveyden häiriöt.....	29
4.8	Ikääntyneet.....	30
4.9	Muita sairauksia ja häiriöitä.....	31
4.9.1	Syöpäsairaudet.....	31
4.9.2	Elinsiirrot.....	32
4.9.3	Vaikkeasti vammaiset.....	32
5	Erityisliikunnan kehittäminen kunnissa.....	34
5.1	Kuntien ja järjestöjen välinen yhteistyö erityisliikunnan kehittämisessä.....	34
5.2	Erityisliikuntaa kuntiin -projektit: Erityisliikunnanohjaajamalli.....	36
6	Heinolan kaupunki.....	38
7	Tutkimuksellisen kehittämistyön kokonaisuus.....	41
7.1	Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi.....	41
7.1.1	Kehittämisprosessin eteneminen.....	42
7.1.2	Kehittämistyössä käytettäviä menetelmiä.....	44
8	Kehittämissuunnitelman vaiheet ja toteutus.....	45
8.1	Asiakaskysely Heinolan kaupungin erityisliikunnan asiakkaille.....	45
8.1.1	Tutkimusongelma ja – kysymykset.....	47
8.1.2	Tulokset.....	47
8.1.3	Johtopäätökset.....	55
8.2	Heinolan kaupungin erityisliikunnan ohjaajan haastattelu.....	60
8.2.1	Haastattelun pääkohdat ja pohdinta.....	61
9	Kehittämissuunnitelma.....	64
9.1	Käyttäjälähtöinen ulkoliikuntatoiminta kesäkaudelle.....	64
9.2	Ohjaajapankki.....	65
9.3	Kuntosalituntien uudelleenorganisointi.....	65
9.4	Tiedottaminen.....	66
9.5	Järjestöyhteistyö.....	66
9.6	Ohjaajakoulutus.....	67

9.7 Erityisliikuntapalvelun tutustumiseteli	68
10 Pohdinta	69
Lähteet.....	74
Liitteet.....	84
Liite 1. Asiakaskyselylomake Heinolan kaupungin erityisliikunnan asiakkaille	84
Liite 2. Erityisliikunnanohjaajan teemahaastattelun kysymykset.....	89
Liite 3. Kehittämistoimenpiteiden aikataulu	90

1 Johdanto

Liikunta on tärkeä sivistyksellinen perusoikeus sekä terveyden ja hyvinvoinnin osatekijä. Sillä on erityinen merkitys vammaisille, pitkäaikaissairaille sekä ikääntyneille henkilöille. Heille liikuntapalvelut ovat välttämättömiä. Opetus- ja kulttuuriministeriö ja Sosiaali- ja terveysministeriö ovat vastuussa liikunnan ja terveyden edistämisen yleisistä linjauksista. Kuntien päävastuulla ovat erityisliikunnan palvelujen sekä niiden tukitoimien järjestäminen. Kuntien ja erityisliikuntajärjestöjen järjestämän ohjatun erityisliikunnan piirissä liikkuu noin 150 000 henkilöä. (Piispanen 2010, 3; Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012, 3.)

Erityisliikunnan asema osana kuntien liikuntatoimea on vahvistunut ja poikkihallinnollinen yhteistyö lisääntynyt. Siitä huolimatta erityisliikunnan asemaa on syytä edelleen kehittää kuntien strategioissa, hallinnonalojen ja kuntien välisessä yhteistyössä sekä liikuntatoimen sisällä. Tulevaisuudessa ikärakenteen kehitys, kansansairauksien yleistyminen ja kansalaisten yhdenvertaisuuden korostuminen asettavat uusia haasteita erityisliikunnalle. (Piispanen 2010, 9.)

Heinolan kaupungin erityisliikuntapalvelut järjestää liikuntatoimintaa ikääntyneille, erityisryhmille sekä erityislapsille (Heinolan kaupunki 2013a). Kaupunki käyttää virallisessa viestinnässään termejä erityisryhmien liikunta tai ikääntyneiden ja erityisryhmien liikunta. Tässä työssä kuitenkin käytetään edellä mainittujen muotojen sijasta erityisliikuntatermiä, joka on nykyisin vakiintunut erityisryhmien liikunnan yläkäsitteeksi. Lisäksi työssä käytetään yleisesti käytössä olevaa termiä soveltava liikunta synonyymina sanalle erityisliikunta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on laatia Heinolan kaupungille erityisliikunnan kehittämissuunnitelma vuosille 2014–2016 sekä luoda suuntaviivat toiminnan kehittämiseksi. Työtä voidaan pitää ajankohtaisena, sillä Heinolan kaupungilla ei ole voimassa olevaa erityisliikunnan kehittämissuunnitelmaa. Neljän vuoden välein järjestettävien valtakunnallisten erityisliikunnan neuvottelupäivien viimeisimpien suositusten mukaan kuntien yleisiin liikunnan kehittämissuunnitelmiin tulisi sisällyttää erityisliikunnan kehittämislinjat. (Valtion liikuntaneuvosto 2012, 7.) Tämä opinnäytetyö tukee edellä mainit-

tua suositusta. Erityisliikunnan kehittämissuunnitelma perustuu asiakkaille tehtyyn kyselytutkimukseen, kaupungin erityisliikunnanohjaajan haastatteluun sekä opinnäytetyön teoriaosaan.

2 Erityisliikunta ja sen kehittyminen

Suomalaisen erityisliikunnan määrittymiseen katsotaan kuuluvan neljä asiaa, jotka ovat osaltaan vaikuttaneet sen syntyyn ja kehitykseen. Koululaitos keräsi ensimmäisenä tahona koko ikäluokan yhteen ja 1800-luvun puolivälin jälkeen alkanut koululiikunta vaikutti osaltaan myös erityisliikunnan kehittymiseen. Ajanjaksolle tyypillinen ajattelu-tapa oli oppilaiden terveyden parantaminen, joka ideologiansa ja tavoitteidensa pohjalta pohjusti erityisliikunnan määritelmää. (Kaurala & Väärälä 2010, 21–22.) Ajattelun taustalla oli huoli nuorison terveydentilasta, jota pyrittiin ehkäisemään voimisteluolettajan tutkinnon kehittämällä. Tutkintoon sisällytettiin niin sanottu täydellinen sairasoimistelukoulutus, jonka kautta opettajat saivat myös terveydenhoidollista vastuuta työhönsä. (Rintala, Huovinen & Niemelä 2012, 11.) Toisena asiana pidetään yleisen urheilutoimen kehittymistä 1900-luvun alussa. Tuona aikana ensimmäiset vammaisurheilujärjestöt saivat alkunsa urheiluseurojen ja -järjestöjen perustamisen näyttämän esimerkin mukaisesti. (Kaurala & Väärälä 2010, 22.)

Kolmantena kohtana kehityksessä pidetään 1900-luvun maailmansotien luomaa kuntoutustarvetta, jonka myötä valtioiden oli kehitettävä erityisryhmien liikuntaa vastaamaan paremmin syntyneitä tarvetta. Yksin Suomessa haavoittui yli 200 000 sotilasta, joista 57 000 vammautui pysyvästi, vuosien 1939–1945 käytyjen talvisodan, jatkosodan ja Lapin sodan aikana. Vammaisurheilun kehityksen katsotaan vahvasti linkittyvän juuri näihin sotiin, sillä sotien jälkeen sotainvalideille luotiin järjestäytyneitä urheilutoimintaa. Myös yleinen kuntoutus kehittyi lisääntyneen tarpeen mukaisesti ja Suomeen kehittyi Euroopan tasolla ainutlaatuinen kuntoutuslaitosten verkosto. (Kaurala & Väärälä 2010, 22.)

Liikuntatieteelliset ja liikuntalääketieteelliset tutkimukset 1960- ja 1970-luvuilla lisäsivät oleellisesti tietoa liikunnan merkityksestä eri sairausryhmille. Lisääntynyt tieto positiivisista vaikutuksista terveyteen ja fyysiseen kuntoon lisäsi liikunnan käyttämistä osana sairauksien hoitoa. Tämä edesauttoi osaltaan erityisryhmien liikunnan kehittymistä, ja sitä pidetäänkin neljäntenä kehittymistä edistävänä tekijänä. (Kaurala & Väärälä 2010, 22.)

2.1 Erityisliikunnan määritelmän kehittyminen

Ensimmäisen kerran käsite erityisryhmien liikunta määriteltiin opetusministeriön asettaman Erityisryhmien liikuntatoimikunnan toimesta 1980-luvun alussa. Tehdyn määritelmän mukaisesti erityisryhmien liikunta toimi yläkäsitteenä liikunnalle, jonka toimijalla oli ”sairauden, vamman tai toimintarajoitteisuuden vuoksi vaikeuksia harrastaa riittävästi liikuntaa ja käyttää yleisiä liikuntapalveluita tai jolle liikunnalla oli erityinen terveydellinen ja kuntouttava merkitys”. Käsite vakiintui liikunta- ja terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön 1960-luvulla Suomessa. Käsitteen vakiintuminen vei kumminkin oman aikansa ja yleisessä kielenkäytössä se löysi asemansa vasta 1970-luvulla. (Kaurala & Väärälä 2010, 17.) Kansainvälinen alku erityisliikunnan termistölle saatiin vuonna 1952, jolloin USA:ssa otettiin käyttöön termi adapted physical education eli suoraan kääntäen soveltava liikuntakasvatus. (Valtion liikuntaneuvosto 2003, 3.)

Vuonna 1996 Erityisryhmien liikunta 2000-toimikunta päivitti virallista määritelmää tarkentamalla aiempaa versiota. Uuden määritelmän mukaan erityisryhmien liikunta tarkoitti ”sellaisten henkilöiden liikuntaa, joilla on vamman, sairauden tai muun toimintakyvyn heikkenemisen tai sosiaalisen tilanteen vuoksi vaikea osallistua yleisesti tarjolla olevaan liikuntaan ja joiden liikunta vaatii soveltamista ja erityisosaamista”. Määritelmän pohjana säilyi tasavertaisen liikunnan harrastamisen ja liikuntapaikkojen käytön mahdollisuus, mutta uuteen versioon tarkennettiin erityisryhmiin kuuluvat ryhmät. Toimikunta määritteli tällöin erityisryhmiksi kuuluviksi vammaiset, pitkäaikaissairaat sekä iäkkäistä sen osan, jotka heikentyneen toimintakykynsä vuoksi eivät voi osallistua yleisesti tarjolla olevaan liikuntaan. Tämän lisäksi ne henkilöt, jotka sosiaalisen asemansa vuoksi täyttivät edellä mainitun määritelmän, lisättiin kuuluvaksi erityisryhmään. (Kaurala & Väärälä 2010, 17.) Uudemman määritelmänkin jälkeen jäi auki, milloin jokin vamma tai pitkäaikaissairaus haittaa liikkumista niin paljon, että se katsotaan kuuluvaksi erityisliikunnanohjauksen pariin. (Opetusministeriö 2010, 7-8.)

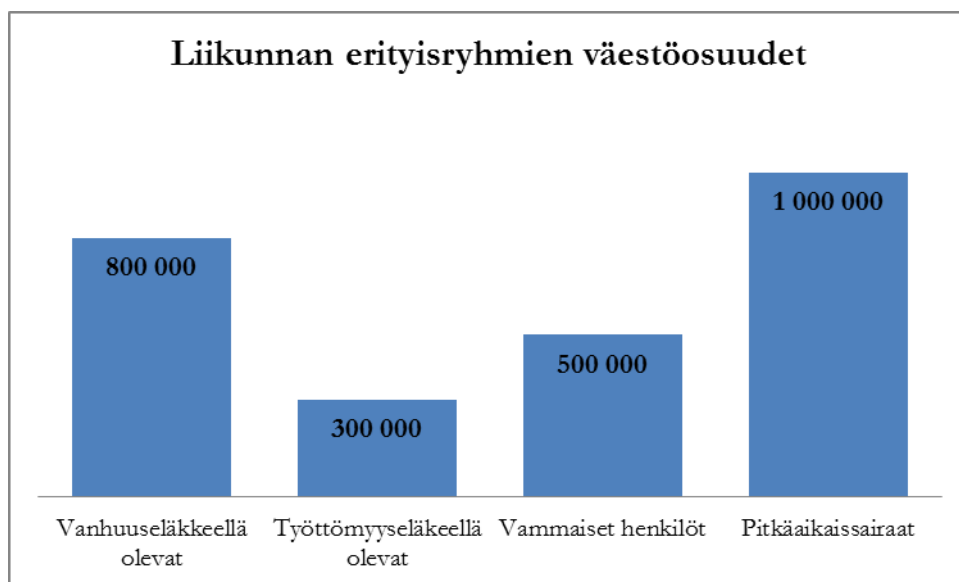
Vuosituhanneen taitteesta erityisryhmien liikunta-käsite on muuttunut erityisliikunnaksi. Käsitteellisesti ne ovat lähes samaa tarkoittavat, mutta erityisliikunnan määritelmällä halutaan enemmän korostaa liikuntaa kuin ryhmää. Erityisryhmä-sanana viittaa enemmän lääketieteellisiin perusteisiin tai ihmisten erityisyyteen kuten sairauteen, vammaan

tai sosiaaliseen tilanteeseen, kun erityisliikuntaa tai soveltavaa liikuntaa pidetään liikuntaan viittaavina termeinä. Nykyistä määritelmää tukee myös kansainvälinen soveltavan liikunnan termi *adapted physical activity*, joka on lähes synonyymi erityisliikunnalle. Soveltava liikunta kuuluu osaksi yläkäsitteenä toimivaa erityisliikuntaa, joka on terminä vakiintunut yleiseen käyttöön viimeisen parin vuosikymmenen aikana. (Kaurala & Väärälä 2010, 17; Heikinaro-Johansson & Huovinen 2007, 190.)

Tämän lisäksi soveltavan liikunnan termiä voidaan käyttää yhteyksissä, joissa se on luontevaa. Yhteistä terminologialle, erityisryhmien liikunta, erityisliikunta ja soveltava liikunta, on, että ne tarkoittavat liikuntaa, jolla on tarkoitus luoda terveyttä ja toimintakykyä. Nämä luovat mahdollisuuden itsenäiselle selviytymiselle jokapäiväisestä toiminnasta. (Kaurala & Väärälä 2010, 17.)

2.2 Erityisliikunnan nykytila

Erityisliikunnan perustiedoston 2012 (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012, 3) mukaan liikunnan erityisryhmien väestöosuudet (kuvio 1) jakautuvat seuraavanlaisesti:

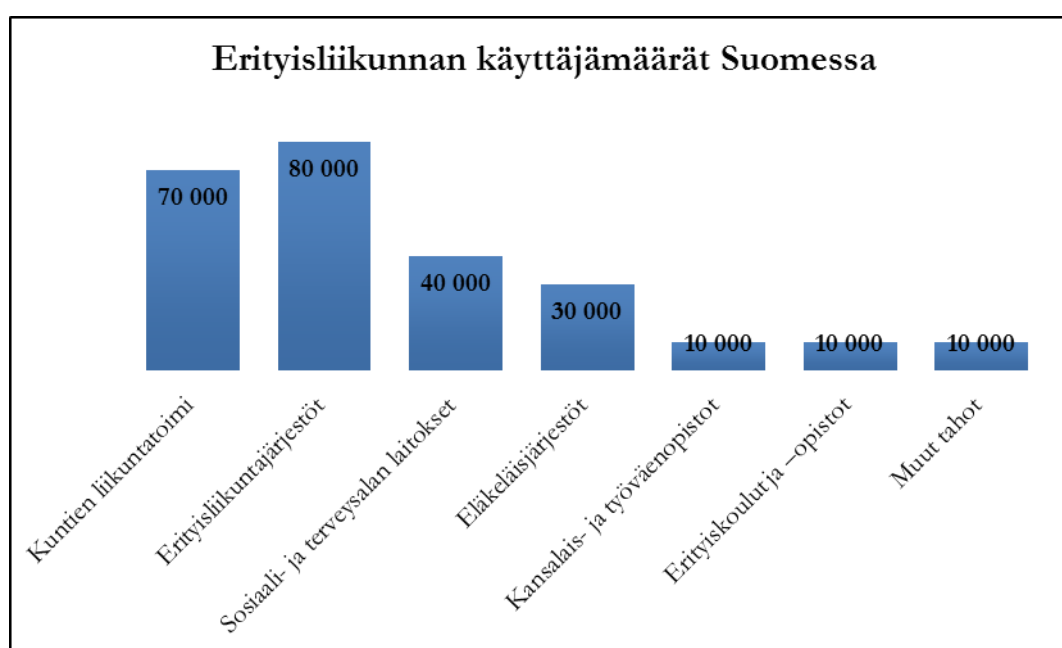


Kuvio 1. Liikunnan erityisryhmien väestöosuudet (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012, 3)

Ikäihmisten osuuteen kuuluvat sekä 800 000 vanhuuseläkkeen saajaa että työkyvyttömyyseläkkeellä olevat noin 300 000 henkilöä. Vammaisten henkilöiden osuuteen kuu-

luvut muun muassa liikuntavammaiset, aistivammaiset ja kehitysvammaiset, joita on yhteensä noin 500 000 henkilöä. Pitkäaikaissairaiden osuuteen kuuluvat muun muassa astma-, reuma-, sydän- ja verisuonisairaat, joita noin 1 000 000 henkilöä. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012, 3.) Tarkkoja käyttäjämääriä on kuitenkin vaikea arvioida, sillä useat ihmiset kuuluvat useampaan erityisliikunnan alaryhmään (Opetusministeriö 2010).

Erityisliikunnan käyttäjämäärät Suomessa (kuvio 2) vuonna 2012 jakautuivat seuraavalaisesti:



Kuvio 2. Erityisliikunnan käyttäjämäärät Suomessa (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012, 3)

Erityisliikunnan käyttäjät jakautuivat kaavion osoittamalla tavalla seuraavien järjestäjätahojen alaisuuteen. Kuntien liikuntatoimien toimintaan osallistuu 70 000 ihmistä, erityisliikuntajärjestöjen pariin 80 000 henkilöä. Sosiaali- ja terveysalan laitokset liikuttavat 40 000 henkilöä. 30 000 henkilöä osallistuu eläkeläisjärjestöjen toimintaan. Kansalais- ja työväenjärjestöt, erityiskoulut ja -opistot sekä muut tahot liikuttavat kukin 10 000 henkilöä. Yhteenlaskettuna eritahojen organisoimiin liikuntapalveluihin osallistuu 250 000 käyttäjää. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012, 3.)

2.3 Erityisliikunnan tulevaisuuden haasteet

Opetusministeriön tulevaisuuden visiossa osa erityisliikunnasta integroitaisiin yleisen seuratoiminnan osaksi. Tämä on kuitenkin mahdollinen vasta, kun ohjaajilla, opettajilla ja valmentajilla on tarvittava osaaminen ottaa erityisliikkujat mukaan osaksi toimintaansa. Asia ei ole yksiselitteinen käyttäjienkään osalta. Osa haluaa jatkaa erityisliikkujien ryhmässä ja osa liikkuisi mieluummin kaikille avoimissa ryhmissä. Koska yhteisymmärrykseen on vaikea päästä, on tulevaisuudessa tärkeä keskittyä esteettömien tilojen rakentamiseen ja peruskorjaamiseen, joka mahdollistaa molempien ryhmien käytön. Tämän lisäksi tulee panostaa ryhmäkohtaisten oppaiden tekemiseen ja liikuntaneuvontaan, jotka mahdollistavat omatoimisen liikunnan harrastamisen. (Kaurala & Väärälä 2010, 77- 78.)

Liikuntakulttuurin periaatteena on pidetty tasa-arvoista asemaa kaikkien käyttäjäryhmien osalta. Tämä ei kuitenkaan nykyisellään toimi vaikeavammaisten osalta, jotka ovat jääneet liikuntakentän sivuraiteille. Vaikeavammaisten on vaikea vaatia itsellensä palveluita, sillä heitä ei pystytä haastattelemaan. Liikunnan järjestämistä vaikeuttaa osaltaan myös erityisavustajien tarve, jota käyttäjät usein tarvitsevat osallistuakseen liikuntaryhmiin. Tasa-arvoisemman liikuntakulttuurin kehittymiselle onkin erityisen tärkeätä, että vammaisten subjektiivinen oikeus avustajaan toteutuu. (Kaurala & Väärälä 2010, 78.)

Tulevaisuudessakin erityisliikunta on pitkälti julkisen sektorin järjestämien palveluiden varassa. Hyvänä tavoitteena voidaan kuitenkin pitää, että toimijakenttä laajenisi, sillä erityisosaaajien lisäksi toiminnan järjestäjiä sekä alan puolestapuhujia tarvitaan lisää. Julkisen sektorin tarjoamat palvelut ovat usein liian kalliita henkilöille, joilla ei ole mahdollisuutta käydä töissä. Tämä heikentää pitkäaikaissairaiden ja vammaisten mahdollisuutta osallistua kuntokeskuksien tarjoamiin palveluihin. Näiden palveluiden potentiaalinen käyttäjäryhmä löytyy hyväkuntoisista ja varakkaammista ikääntyneistä henkilöistä, jotka ovat jo nykyisellään tottuneet käyttämään rahaa palveluiden saamiseksi. (Kaurala & Väärälä 2010, 78.)

Suurten ikäluokkien vanhetessa ikääntyneistä tulee yksi erityisliikunnan haasteista. Terveystenhoito ei pysty yksinään tarjoamaan niitä liikuntapalveluita, joita kasvanut käyt-

täjämäärä tulee tarvitsemaan. Liikuntatoimen on kannettava oma vastuunsa asiasta. Haasteeseen onkin alettu tarttumaan tarjoamalla esimerkiksi Kunnossa Kaiken Ikää - hankkeen myötä ennakoivia toimenpiteitä, jotta eläkkeelle siirtyminen tapahtuisi mahdollisimman terveenä ja toimintakykyisenä. (Kaurala & Väärälä 2010, 78.)

Vammaispalvelulain uudistuksen vaikutuksia erityisliikuntaan odotetaan mielenkiinnolla. Subjektiiivinen oikeus henkilökohtaiseen avustajaan helpottaisi sekä toiminnan järjestäjän että käyttäjien kannalta mahdollisuutta liikunnan harrastamiseen ja ohjattuihin ryhmiin osallistumista. Aina pelkästään liikuntapaikan läheisyys ei riitä mahdollistamaan palveluiden käyttöä, sillä useat erityisliikunnan palveluiden käyttäjistä eivät pysty itsenäisesti pääsemään näiden palveluiden luo. Tämän takia kuljetuspalveluiden tulee olla toimivia. (Kaurala & Väärälä 2010, 79.)

Liikunta kuuluu kaikille - ideologiaa on yritetty myydä seuroille jo 1980- luvulta lähtien, mutta vasta tällä vuosikymmenellä siitä on tullut todellisuutta. Tätä suuntausta pyritään valtion taholta tukemaan vastaisuudessakin. Koska erityisliikuntaa on pidetty julkisen sektorin toimintana, pitäisi seuroille osoittaa verovaroja näiden palveluiden tuottamiseen. Myös kuntien yhteistyö toimintaa järjestävien seurojen kanssa helpottaa muutoksen aikaansaamista. Yhteistapoja voi olla esimerkiksi tilojen, välineiden ja avustajien tarjoaminen seurojen käyttöön, kuten Jyväskylässä on tehty. Avustajien käyttö helpottaisi epävarmojen ihmisten lähestymistä ja kommunikointia vammaisten henkilöiden kanssa, ja alentaisi näin mahdollista kynnystä toiminnan järjestämiseen. (Kaurala & Väärälä 2010, 79.)

Erityisliikunnan asema on noussut valtion vähäisestä arvostuksesta osaksi kuntien ja valtion perustoimintaa. Tutkimustyö, koulutus ja esteetön rakentaminen ovat osoituksia erityisliikunnan tarpeellisuudesta ja ihmisten ymmärryksen sekä suvaitsevuuden lisääntymisestä. Tulevaisuuden kehityssuunnasta ei voida olla kuitenkaan varmoja. Yhteiskunnan tilanne ja arvomaailman muutos ovat ajamassa työelämää ja koulutusta enemmän tuloksiin ja saavutuksin mitattavaksi, joita on helpompi vertailla keskenään. Erityisliikunnan puolella kyse on monelle enemmän yhdessäolosta ja liikunnan ilosta. (Kaurala & Väärälä 2010, 79- 80.)

2.4 Erityisliikunnan tulevaisuuden linjaukset

Neljän vuoden välein järjestetään valtakunnallisia erityisliikunnan neuvottelupäiviä Opetus- ja kulttuuriministeriön, Liikuntalääketieteellisen Seuran ja erilaisten soveltavan liikunnan alan toimijoiden kesken. Vuonna 1986 alkunsa saaneet asiantuntijoiden kokoontumiset ovat tuottaneet linjauksia, joita on pidetty alan kehittämistyön tukipilareina. Järjestyksessään seitsemännet erityisliikunnan päivät järjestettiin Jyväskylässä 5.-6.5.2010. (Valtion liikuntaneuvosto 2012, 7.)

Erityisliikunnan seitsemänsien neuvottelupäivien kehityssuosituksiksi nousi kuusi teemaa, jotka ovat 1. Kuntien erityisliikuntatoiminta, 2. Vammaisliikunnan kehitystyö, 3. Tasa-arvon kehittäminen erityisliikunnassa, 4. Lasten- ja nuorten soveltava liikunta, 5. Iäkkäiden soveltavan liikunnan erityishaasteet ja 6. Integraation ja inklusion edistäminen. (Valtion liikuntaneuvosto 2012, 7.)

Erityisliikuntatoiminnan resurssien suuntaamista tulisi tapahtua sekä suurten kaupunkien erityisliikunnan verkostoon, jonka avulla voidaan tukea myös lähikuntia että pieniin alle 10 000 asukkaan kuntiin ja näiden keskeiseen yhteistyöhön. Tärkeänä huomiona pidetään myös kuntien yleisliikunnan kehittämissuosituksiin lisättävän erityisliikunnan kehittämislinjaukset. Opetus- ja kulttuuriministeriön tarkoituksena on jatkaa alan koordinaatiota ja esteettömyystyötä. (Valtion liikuntaneuvosto 2012, 7.)

Erityisliikunnan kehitystyön tärkeimpänä asiana pidetään Valo ry:n, Paralympiakomitean ja lajiliittojen yhteistyötä, jotta jokainen voisi löytää omiin lähtökohtiin soveltuvan liikuntamuodon. Seuratoiminnan parissa toimivien ohjaajien ja valmentajien koulutusta on jatkossa lisättävä, jotta heillä olisi saatavilla oleva tieto vammaisten liikkujien tarpeista ja liikuntatoiminnasta. (Valtion liikuntaneuvosto 2012, 7.)

Vuonna 2007 Valtion liikuntaneuvoston erityisliikuntajaosto teki ohjelman vaikeasti vammaisten henkilöiden liikunnan kehittämiseksi. Tämän ohjelman mukaisesti vaikeavammaisilla on toimintakyvyn mukaisen tasa-arvon näkökulmasta oikeus yhdenmukaiseen liikuntaan. VLN suosittaa, että toimenpiteet työn käynnistämiseksi aloitetaan. Kuntien ja järjestöjen tehtävänä on huolehtia, että puitteet erityisliikunnan järjestä-

miseksi löytyvät. Näihin lukeutuvat tilat, välineistö, kuljetukset, ohjaajat sekä avustajat. Samoin mahdollisten kuntaliitosten vaikutus erityisliikunnan alaan tulee arvioida sekä helpottaa monikulttuuristen liikuntatapahtumien järjestämistä. (Valtion liikuntaneuvosto 2012, 7.)

Lasten ja nuorten soveltavan liikunnan parissa on kyse laajasta yhteistyöstä lapsen elämänpiirissä olevien henkilöiden kesken. Sekä kunnissa että järjestöissä tarvitaan lisää ohjauskoulutusta sekä konsultoivaa työtettä harrasteliikunnan parissa. Ilman tukipalveluiden saatavilla oloa ei erityisliikunnan mahdollisuuksia saavuteta edes nykyiseen liikunnan tarjontaan. Liikuntapalveluiden kehittämisen takia on tärkeä myös sisällyttää erityisliikuntapedagogiikka kaikkeen opettajakoulutukseen sekä mahdollistaa tarvittava täydennyskoulutus. VLN ajaa kaikille lapsille tasavertaista mahdollisuutta osallistua liikunnanopetukseen. Tämä tulisi kirjata liikunnan opetussuunnitelmaan. (Valtion liikuntaneuvosto 2012, 7-8.)

Viides teema paneutuu iäkkäiden soveltavan liikunnan erityishaasteisiin. Liikunnan avulla voidaan vähentää ja ehkäistä iäkkäiden erityisryhmissä esiintyviä masentuneisuutta, muistisairauksia sekä yksinäisyyttä. Tiedotuksen tärkeyttä tulee korostaa, jotta ryhmiin kuuluvat henkilöt tavoitettaisiin. Terveysseuraa ja alkukyselyitä suositetaan käytettävän ikäihmisten soveltavien ryhmien kohdalla samoin kuin erityistä ohjaajakoulutusta. Kokoontumiskertojen tulisi olla pitempikestoisia runsaan sosiaalisen vuorovaikutuksen saavuttamiseksi. Myös toimintakyvyn perusteella ryhmien jako kohtuullisen homogeenisiin ryhmiin on suositeltavaa. (Valtion liikuntaneuvosto 2012, 8.)

Integraation ja inklusion taholta ehdotetaan koordinoivaa yhteishanketta, jolla pystyttäisiin arvioimaan tuloksia ja suunnataan tulevaa kehitystyötä. Tämän johdosta mukaan liittyville organisaatioille myönnettäisiin starttirahoitus, johon liittyy konsultointi/kehityskumppani sekä tulosten jatkuva arviointi. Tämän arviointityön tarkoituksena on selvittää soveltavan liikunnan alaisten järjestöjen keskinäistä työnjakoa. VLN vastaa kokonaisuuden koordinoinnista. (Valtion liikuntaneuvosto 2012, 8.)

3 Erityisliikuntaa ohjaava lainsäädäntö Suomessa

Ensimmäinen liikuntalaki (987/79) astui voimaan vuoden 1980 alusta. Se vahvisti aiemman käytännön, jolloin valtion talousarviossa esitettiin vuosittain eduskunnalle liikuntakulttuurin määrärahojen käyttökohteet sekä niiden käyttösuunnitelman, lainsäädännöllisesti (Aaltonen 2004, 17). Vuonna 1998 uudistetussa liikuntalaissa ja sen perustelumuihistioissa on useita kohtia, jotka korostavat erityisryhmien liikuntatoiminnan merkitystä ja järjestämistä. Perustelumuihistiossa todetaan, että kunnat ovat ottaneet vastuulleen liikunnan järjestämisen kansalaisjärjestöjen ja yksityisten liikuntapalvelujen ulkopuolelle jääneille kansalaisryhmille, ja että kuntien omassa toiminnassa painottuu erityisryhmille järjestetty toiminta. Lisäksi perustelumuihistiossa todetaan, että liikuntapalvelujen lisääminen on edullisin ja väestölle miellyttävin vaihtoehto ikääntyneiden terveyden sekä toimintakyvyn säilyttämiseksi. (Koivumäki 2004, 180.)

Opetus- ja kulttuuriministeriö (2013) on asettanut vuoden 2013 alussa lainsäädäntöhankkeen liikuntalain ja siihen koskevan lainsäädännön uudistamisesta. Työryhmän toimikausi loppui 31.12.2013.

Euroopan neuvoston urheilukomitea valmisti Suomen Opetusministeriön aloitteesta vuosina 1985–1986 erityisryhmien liikunnan eurooppalaisen peruskirjan nimeltä European Charter For Sport For All: Disabled Persons, josta tehtiin myös suomenkielinen käännös. Teoksella on ollut suuri merkitys lainsäädännöllemme. Kirjassa asetettiin Euroopan neuvoston jäsenmaille lainsäädännöllisiä tavoitteita, joista yhtenä oli kansallisten johto- ja koordinointielinten perustamista tukeva suositus kansalliseen liikuntahallintoon erityisryhmien liikuntaa varten. Euroopan neuvoston suosituksen perusteella vuonna 1998 Opetusministeriöön perustettiin erityisryhmien liikunnan neuvottelukunta koordinoimaan erityisryhmien liikunnan kehitystyötä. Neuvottelukunta on toiminut vuodesta 1991 lähtien valtion liikuntaneuvoston erityisliikunnan jaostona. (Koivumäki 2004, 180.)

3.1 Liikuntalain keskeiset pykälät erityisliikunnan näkökulmasta

Liikuntalain (1054/1998) 1 §:n mukaan lain tarkoituksena on muun muassa edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä liikunnan avulla tasa-arvoa ja suvaitsevaisuutta.

Koivumäen (2004, 180) mukaan tasa-arvon edistäminen on selkeästi kytköksissä erityisryhmien liikunnan järjestämiseen.

Liikuntalain (1054/1998) 2 §:ssä todetaan, että kunnan on luotava edellytyksiä kunta-laisten liikunnalle kehittämällä paikallista ja alueellista yhteistyötä sekä terveyttä edistävää liikuntaa. Lisäksi kunnan on tuettava kansalaistoimintaa ja tarjottava liikuntapaikkoja sekä järjestettyä liikuntaa myös erityisryhmät huomioon ottaen.

Liikuntalain (1054/1998) 4 §:n mukaan valtioneuvosto asettaa eduskunnan toimikauden ajaksi liikuntaneuvoston, johon kuuluu myös erityisryhmien liikunnan jaosto.

Liikuntalain (1054/1998) 8 §:ssä käsitellään liikuntapaikkojen perustamiseen liittyviä avustuksia, jotka rahoitetaan valtion talousarvion vuosittaisella määrärahalla. Avustuksien tarkoituksena on edistää erityisesti suurien käyttäjäryhmien tarpeita palvelevien liikuntapaikkojen rakentamista, hankkimista, peruskorjaamista sekä varustamista.

Lisäksi Liikuntalain (1054/1998) 9 §:ssä todetaan valtion talousarvioon otettavan vuosittain määräraha avustusten ja apurahojen myöntämiseksi muun muassa liikunnan ajankohtaisiin yhteistyö- ja kehittämishankkeisiin. Koivumäki (2004, 182) lisää vielä, että liikuntalain (1054/1998) perustelumuistion sivulla 13 todetaan 9 §:än liittyviä useita kehittämishankkeita, joista yksi on erityisryhmien liikunnan edistäminen.

3.2 Muut erityisliikuntaa ohjaavat säännökset

Liikuntalain ohella erityisliikunnan kannalta merkittäviä ovat myös muun muassa vammaispalvelulaki (380/87) sekä maankäyttö- ja rakennuslaki (132/99). Vammaispalvelulaki säätelee sosiaali- ja terveyshuollon hallinnoimia kuljetus- ja avustajapalvelun resursseja. Näillä resursseilla huolehditaan vammaisten henkilöiden mahdollisuuksista saada tietty määrä kuljetuspalveluita, joita voidaan käyttää esimerkiksi harrastuksiin osallistu-

miseen. Osittain näiden resurssien avulla kustannetaan myös liikuntaan tarvittavia apuvälineitä. (Koivumäki 2004, 184.)

Vammaispalvelulaki luo vammaiselle henkilölle yhdenvertaiset edellytykset toimia muiden kanssa yhteiskunnan osana, vähentää ja poistaa vammaisuuden tuomia haittoja sekä esteitä ja huomioi asiakkaan yksilöllisen avuntarpeen. Keskeisen säännöksen mukaan henkilökohtainen apu on subjektiivinen oikeus, joka toteutetaan kunkin tarpeiden mukaisesti. Palveluiden tarkoituksena on täydentää toisiaan, ja asiakkaalla onkin nykyisellään oikeus esimerkiksi asumis-, kuljetus- ja tulkkipalveluihin sekä saada omaishoitotukea. Mikäli henkilökohtainen apu ei ole paras mahdollinen avun muoto, on vastaava tuki ja apu järjestettävä muiden palveluiden ja tukitoimien avulla. (Kaurala & Väärälä 2010, 127–128.)

Maankäyttö- ja rakennuslaissa sekä -asetuksessa ovat säännökset liikuntaesteettömyydestä julkisissa tiloissa. Nämä säännökset ovat vaikuttaneet paljon liikuntatiloihin, koska julkisilla varoilla rakennettavien liikuntatilojen tulee olla soveltuvia myös liikuntaesteisille (Koivumäki 2004, 184).

4 Erityisliikunnan ryhmät ja liikunnan merkitys

4.1 Keskushermoston sairaudet ja vauriot

Ihmisen hermosto jakautuu kahteen osaan: keskushermostoon (aivot ja selkäydin) sekä ääreishermostoon (selkäydinhermot, aivohermot ja autonominen hermosto). Ihmisen hermoston kasvu ja kehitys alkavat sikiökaudella ja päättyy fyysisen aikuistumisen aikoihin. Hermoston kehitys perustuu perinnöllisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Keskushermosto on vastuussa kaikista ihmisen henkisistä toiminnoista ja se on elinjärjestelmistämme tärkein. Se ohjaa muun muassa liikkeitämme, puhuttamme sekä aistien toimintaa. Keskushermoston solujen uusiutumiskyky on heikko ja siksi keskushermoston soluvaurio ei parane. Ääreishermoston soluvauriolla on mahdollisuus parantua. Keskushermoston vaurioita on kuitenkin mahdollisuus kompensoida aivojen muovautumiskapasiteetin ansiosta, jos kuntouttavat harjoitteet aloitetaan ajoissa ja suoritetaan tehokkaasti. (Alen & Mäkinen 2011, 268–269; Rintala ym. 2012, 86.)

4.1.1 Kehitysvamma

Kehitysvammalla tarkoitetaan hermoston toimintakyvyn laaja-alaista rajoittuneisuutta, joka voi sekä älyllisissä toiminnoissa että käsitteellisissä, sosiaalisissa ja käytännöllisissä taidoissa. Kehitysvammaisuus tulee ilmi ennen 18 ikävuotta. (Rintala ym. 2012, 86.) Kehitysvammaisuudella voidaan tarkoittaa myös muidenkin elimien kuin keskushermoston vammoja ja vaurioita, mutta merkittävin ryhmä ovat kuitenkin keskushermoston sairaudet, vauriot ja muut toiminnan puutokset. Edellä mainittuja poikkeavuuksia nimitetään hermoston kehityshäiriöiksi. Tärkeimpiä näistä ovat aivojen kehityshäiriöt, joihin liittyy useimmiten älyllisten toimintojen vajaavaisuutta. (Kaski, Manninen & Pihko 2009, 16.) Kehitysvammaisuuden syitä on monenlaisia ja ne jäävät usein selvittämättä. Syy jää tuntemattomaksi noin 30 prosentissa tapauksista vaikeissa kehitysvammoissa, ja lievien kehitysvammojen kohdalla noin 50 prosentissa tapauksista. Kehitysvammaisilla on usein myös lisävammoja tai oheissairauksia. (Rintala ym. 2012, 87.) Suomessa on arvioiden mukaan noin 40 000 ihmistä, joilla on kehitysvamma (Kehitysvammlitto 2013). Yleisin kehitysvammaoireyhtymä on Downin oireyhtymä, joka on noin 10 prosentilla kaikista kehitysvammaisista (Rintala ym. 2012, 87).

Kehitysvammaisen henkilön saaman diagnoosin mukaan ei voida päätellä täysin, min-käläisiin fyysisiin ja motorisiin suorituksia hän kykenee, koska diagnoosi ei koskaan kerro kaikkea yksilöstä. Vaihtelut kognitiivisessa toimintakyvyssä ja muissa ominaisuuksissa näkyvät tiedon prosessoinnissa, ymmärtämisessä ja muistamisessa. Liikkeeseen valmistautumiseen saattaa kulua tavallista enemmän aikaa ja liikkeen suoritustahti voi olla hitaampaa. Sen lisäksi opitun taidon suorittaminen uudessa ympäristössä on haasteellista. Sosiaalisesti ja emotionaalisesti kehitysvammaiset henkilöt saattavat toimia tavanomaisesta poikkeavalla tavalla, koska heidän voi olla vaikeaa siirtää oppimaansa uusiin sosiaalisiin tilanteisiin. Lisäksi heillä voi olla vaikeuksia ymmärtää, mitä heiltä odotetaan, koska he voivat tulkita tilanteen väärin. Motorisesti kehitysvammaisten lasten kehitys voi olla vammattomia lapsia 2-4 ikävuotta jäljessä, koska heidän oman kehon hahmotus kehittyi hitaammin ja heidän liikkumisensa voi olla kömpelöä. Rajoittunut älyllinen ymmärrys voi myös olla esteenä motoristen taitojen kehittymiselle. Kehitysvammaiset lapset, ja etenkin aikuiset, ovat tutkimusten mukaan selvästi jäljessä ikäisiinsä verrattuna lihasvoimassa- ja kestävyudessa, aerobisessa suoriutumisessa, ketteryydessä, tasapainossa, juoksunopeudessa, notkeudessa ja reaktioajoissa. Monille kehitysvammaisille kertyy helposti ylipainoa jo lapsena, minkä vuoksi liikunta on erittäin tärkeää. (Rintala ym. 2012, 87.)

Lähes kaikenlainen liikunta soveltuu kehitysvammaisille, ja samoin myös liikunnan tavoitteet ovat samanlaiset niin kehitysvammaisille kuin vammattomille henkilöille. Kehitysvammaiset nauttivat erityisesti musiikkiliikunnan eri muodoista. Musiikki tukee liikkeen suorittamista ja se tukee itseilmaisun ja kommunikaatiokyvyn kehittymistä. Myös vesiliikunta ja luontoliikunta ovat suositeltavia liikuntamuotoja. Joukkuepelien idean hahmottaminen voi olla haasteellista etenkin nuorille kehitysvammaisille. Koska kehitysvammaisten fyysinen kunto ja motorinen suorittaminen ovat keskitasoa heikompaa, fyysistä kuntoa ja toimintakykyä kehittäviä harjoitteita tulisi olla ohjelmassa entistä enemmän aikuisikää lähestyttäessä. Erityisesti aerobista kestävyyttä parantavia liikuntamuotoja olisi hyvä pitää mukana kehitysvammaisten henkilöiden liikuntaohjelmassa. Olisi ihanteellista, jos kehitysvammaisen lapsi pystyisi jo kouluaikana löytämään läpi elämän kantavan liikuntaharrastuksen, joka haastaisi mielellään enemmän fyysisesti kuin älyllisesti. Kehitysvammaisten henkilöiden liikunnan tulisi olla konkreettista ja helposti ohjeistettavaa. Ohjeiden tulisi olla lyhyitä ja demonstroivia. Sanallisissa ohjeissa tulee

käyttää vähän ja yksinkertaisia sanoja ja kompensoida puhetta selkeillä näytöillä. (Rintala ym. 2012, 88–89; Kaski ym. 2009, 202.)

4.1.2 Autismi

Autismi on keskushermoston kehityshäiriö. Sen kirjoon kuuluvat autistinen oireyhtymä, Aspergerin oireyhtymä, Rettin oireyhtymä, disintegratiivinen kehityshäiriö ja laaja-alainen kehityshäiriö. Edellä mainitut häiriöt diagnosoidaan tavanomaisesta poikkeavan käyttäytymisen perusteella ja niille tunnusomaisia piirteitä ovat poikkeava sosiaalinen vuorovaikutus, epätavalliset reaktiot aistiärsykkeisiin sekä rajoittunut, stereotyyppinen käyttäytyminen. Autismin kirjon syyt ovat todennäköisesti neurobiologisia, mutta lopullista teoriaa ei ole vielä olemassa. (Rintala ym. 2012, 90; Kaski ym. 2009, 106.) Suomessa on 50 000 autismin kirjoon kuuluvaa ihmistä, joista autistisia on 10 000 (Autismi- ja Aspergerliitto ry). Autismin kirjon ihmisistä osa tarvitsee päivittäistä henkilökohtaista avustusta koko elämänsä ajan. Kasvatuksen ja kuntoutuksen tavoitteena on taata mahdollisimman itsenäinen selviytyminen arjessa, jota voidaan edesauttaa esimerkiksi selkeyttämällä ympäristö visuaalisilla ohjeilla ja merkeillä, jotka ilmaisevat esimerkiksi, mitä on tarkoitus tehdä ja milloin. (Rintala ym. 2012, 90.)

Autistisen oireyhtymän lapsista noin 40 prosenttia ei puhu ollenkaan ja loput puhuvat niin sanottua kaikupuhetta, jolla tarkoitetaan lapsen eri tilanteissa kuulemastaan ”nauhoittamaa” merkityksetöntä puhetta, joka ei auta kommunikaatiossa. Lisäksi autistisilla lapsilla on vaikeuksia ymmärtää puhetta tai he käsittelevät puhetta hitaasti. Autismissa tyypillinen piirre on myös vaikeus tavanomaiseen sosiaaliseen kanssakäymiseen. Ulkopuolisen silmiin voi näyttää siltä, että autistinen henkilö suhtautuu toisiin ihmisiin kuin esineisiin. Siksi esimerkiksi joukkuepelit ovat autistisille haasteellisia. Lisäksi autistiset henkilöt suhtautuvat aistimuksiin ja erilaisiin tilanteisiin tavanomaisesta poikkeavalla tavalla, mikä johtuu siitä, että joissain tapauksissa autistisen henkilön aistit toimivat joko yli- tai aliherkästi. Tämä johtaa siihen, että autistinen henkilö saattaa kokea erilaiset äänet ja hajut erittäin voimakkaasti tai saada niistä jopa pelkoreaktioita. (Rintala ym. 2012, 90–91; Kerola, Kujanpää & Timonen 2009, 25.)

Autistisen lapsen liikkumista suunniteltaessa on hyvä ottaa huomioon lapsen vahvuudet, koska niistä liikkeelle lähteminen tukee onnistumisen kokemusten saavuttamista. Yksilölajeilla aloittaminen on helpointa. Liikkumismuotoja valittaessa on myös hyvä huomioida perheen ja muiden läheisten liikkumistottumukset, jotta autistisen lapsen toiminnallisuus olisi mahdollisimman hyvin perheen arkeen sopivaa. Autistisen henkilön tulisi saada mahdollisimman paljon erilaisia liikuntakokemuksia vapaa-ajalla, jotta hän oppisi valitsemaan itsellensä sopivaa tekemistä. Liikkumisen tavoitteena on löytää elinikäinen harrastus. Autistisille sopivimpia liikuntamuotoja ja lajeja ovat sellaiset, joissa on selkeä alku ja loppu sekä tavoite. Vaikeimpia ovat liikuntamuodot, jotka vaativat sosiaalisiin tilanteisiin sekä muutoksiin reagoimista kuten joukkuepallolajit. (Rintala ym. 2012, 91–92.)

4.1.3 CP-vamma

CP-vamma eli Cerebral Palsy on neurologinen häiriö, joka heikentää liikuntakykyä. Sen aiheuttajana on aivovaurio kehittyvässä hermokudoksessa ennen syntymää, sen aikana tai kahden ensimmäisen vuoden aikana synnytyksen jälkeen. (Alen & Mäkinen 2011, 279.) CP-vamma on ei-etenevä tila ja se ilmenee tahdonalaisten liikkeiden kontrollin heikkenemisenä tai menetyksenä (Porretta 2011, 270). CP-vammaisella henkilöllä on rajoittunut liikkumiskyky. Myös tasapainon ja asennon ylläpitäminen on tavanomaista hankalampaa. CP-vammaan liittyy yleensä muita vammoja, koska vaurio sijaitsee aivojen alueella. Noin 80 % CP-vammaisista on liitännäisvammoja, joista yleisin on puhevamma. Muita tavanomaisia liitännäisvammoja ovat kuulo- ja näkövammat. CP-vammaisista yli neljänneksellä on vaikea henkinen kehitysvamma. Suomessa syntyy vuosittain noin 130–140 CP-vammaista lasta ja yhteensä Suomessa heitä arvioidaan olevan noin 6500 henkilöä. (Rintala ym. 2012, 96.)

Liikunnan merkitys CP-vammaisten toimintakyvyn ylläpitäjänä tunnustetaan laajasti ja on osoitettu tutkimuksien avulla. Riittävän hyvä fyysinen toimintakyky voi poistaa vamman aiheuttamia rajoituksia. Liikkumisen päätavoitteina voidaan pitää yksin tai apuvälineen kanssa liikkumaan oppimista, jatkuvan liikuntaharrastuksen löytämistä, sosiaalisen sopeutumisen edistämistä sekä minäkuvan kehittymisen tukemista. On tärkeää, että fyysisen toimintakyvyn osa-alueita harjoitetaan tasapuolisesti siten, että oh-

jelmassa on lihasvoimaa, notkeutta ja kestävyyttä parantavia harjoitteita. Spastisille henkilöille suositetaan koukistajalihasten venyttämistä ja ojentajalihasten voimistamista, koska heidän lihaksensa ovat jäykkiä ja supistusherkkiä. Harjoittelu tulee aloittaa rauhallisesti, mutta suorituksen tulisi olla jatkuvaa. Pakkoliikkeisen CP-vammaisen kannattaa tauottaa harjoittelua ja rentouttaa lihaksiaan taukojen aikana. Lajeja voidaan harrastaa niin yksin kuin ryhmissä, mutta sääntöjen tulee olla helppotajuisia ja kilpailutilanteita on suositeltava välttää. Useat lajit, kuten ratsastus ja uinti, käyvät hyvänä muotona terapias- ta ja virkistyksestä. Kestävyyttä voi harjoittaa esimerkiksi juoksemalla, pyöräilemällä, uimalla tai kelaamalla vamman laadusta riippuen. (Rintala ym. 2012, 97–101.)

4.1.4 Lihastaudit

Lihastaudit eli myopatiat ovat luurankoli hasten heikkenemistä ja surkastumista aiheut- tavia sairauksia. Niiden keskeinen oire on suhteellinen lihasheikkous. Lihastauteja on satoja eri muotoja ja suurin osa niistä on perinnöllisiä. Suomessa lihastauteja sairastavia on noin 10 000 henkilöä. Lihasheikkous esiintyy usein ainakin vartalon sekä raajojen lihaksissa, mikä tekee jokapäiväisistä toiminnoista vaikeaa. Lihastautia sairastavien lii- kunnan pääasiallinen tavoite on sydämen ja verenkiertoelimistön, hengitystoiminnan kapasiteetin sekä lihasvoiman ylläpitäminen, koska lihasheikkouden etenemistä ei voi juurikaan estää. Liikunnan tulee olla kevyttä ja siitä palautumisen kohtalaisen nopeaa. Vesiliikunta lämpimässä vedessä on lihastautia sairastaville tärkein liikuntamuoto liik- kuvuuden ja lihasjänteyden kannalta. Liikunnan vaikutuksesta lihastauteihin ei ole laa- jalti tutkittu, ja onkin suositeltavaa, että liikuntaohjelmat suunniteltaisiin yhdessä lääkä- rin ja fysioterapeutin kanssa. (Rintala ym. 2012, 103–105.)

4.1.5 Multippeliskleroosi

Multippeliskleroosi eli MS-tauti on sairaus, joka vahingoittaa keskushermoston liike- ja tuntohermoratoja. Taudin oireet ovat moninaisia ja vaihtelevat riippuen siitä, minkä hermoston alueella vaurioita on. Yleisimpiä alkuoireita ovat näköhäiriöt, raajojen heik- koudet tai hallintavaikeudet, tuntohäiriöt ja puutumiset sekä epätavallinen pistely ja polttelu. Suomessa MS-tautiin sairastuu vuosittain 200–250 henkilöä, yhteensä heitä on 6500–7000. Liikunnalla ei voida suoranaisesti vaikuttaa taudin kulkuun, mutta sillä voi- daan ylläpitää fyysistä toimintakykyä sekä parantaa yleisesti elämänlaatua. MS-potilaille

soveltuvat esimerkiksi kävely, golf, uinti, vesivoimistelu ja kuntopyörän polkeminen. Lajeja, joissa on suuri tapaturmien riski, tulisi välttää aivotärähdysten ja kaularangan vammojen estämiseksi. (Alen & Mäkinen 2011, 274–275; Rintala ym. 2012, 105–106.)

4.1.6 Parkinsonin tauti

Parkinsonin tauti on parantumaton ja etenevä hermostosairaus, jonka seurauksena tahdonalaisia liikkeitä kontrolloivat hermoradat vahingoittuvat. Taudin aiheuttajana on keskiaivojen mustatumakkeen dopamiinia tuottavien, liikkeiden säätelyyn osallistuvien, hermosolujen tuhoutuminen. Taudin oireita ovat lepovapina, lihasjäykkyys eli rigiditeetti, liikkeiden hitaus, uupumustyyppinen väsymys sekä asennon ja tasapainon säätelyn häiriöt. Parkinsonin tauti puhkeaa yleensä 50–70-vuoden iässä. Sairastuneita on Suomessa noin 14 000. Parkinsonin tautia sairastavien liikunnan tavoitteena tulisi olla fyysisen toimintakyvyn ylläpito ja lihastoimivuuden ja liikkuvuuden säilyttäminen. Taudin alkuvaiheessa harrastaminen voi tapahtua entisten tottumusten mukaisesti, mutta sairauden edetessä on tavallista luopua lajeista, joissa on korkea tapaturmariski, ja jotka vaativat nopeaa reagointikykyä ja liikehallintaa. Liikunnan tulisi olla kevyttä ja isometristä työtä sisältäviä harjoitteita tulisi välttää, koska ne voivat lisätä lihasjäykkyyttä. (Alen & Mäkinen 2011, 275–276; Rintala ym. 2012, 106–107.)

4.2 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet, TULE-sairaudet, ovat yleisimmin kipua ja työkyvyttömyyttä aiheuttava pitkäaikaissairaus Suomessa. TULE-sairauksien ominaispiirteisiin kuuluvat toimintakykyä haittaavat toiminnan häiriöt, jotka ovat voivat olla myös kivuttomia. (Lindgren 2005, 5.) Eläkeläisten keskuudessa joka kolmannella on TULE-vaivoja, työikäisten parissa joka viidennellä. Niitä pidetäänkin merkittävänä ongelmana niin kansanterveyden kuin -talouden kannalta. (Bäckmand & Vuori 2010, 8-9.)

4.2.1 Reumasairaudet

Tuki- ja liikuntaelintönn toiminnan häiriöt tai erilaiset sairaustilat lukeutuvat reumasairauksiin. (Martio, Karjalainen, Kauppi, Kukkurainen, & Kyngäs 2007, 7.) Reumasairaudet voidaan luokitella tulehduksellisiin ja ei tulehduksellisiin sairauksiin. Tulehdukselli-

siin kuuluvat muun muassa nivelreuma ja lastenreuma, ei tulehduksellisiin degeneratiiviset eli rappeutumiseen liittyvät sairaudet kuten nivelrikko ja iskias, hormonaaliset tai aineenvaihdunnalliset sairaudet esimerkiksi osteoporoosi tai kilpirauhasen vajaatoiminta sekä pehmytkudoksen sairaudet, joista fibromyalgia on merkittävin krooninen sairaus. (Karjalainen 2007, 11; Martio ym. 2007, 7.) Liikunta erimuodoissa lukeutuu reumasairauksien riskitekijöihin. Vähäinen liikunta saattaa altistaa alaselkä- ja niskakivuille, urheilu puolestaan polven- ja lonkan nivelrikolle sekä olkapään jännetulehdukselle. Liikunnalla on myös reumasairauksia ehkäisevä vaikutus kunhan loukkaantumisalttiita lajeja sekä yksipuolista kuormittamista vältetään. Vapaa-ajan liikunta ja vartalon lihasten voimakkuus ehkäisevät selkä- ja nivelsairauksien aiheuttamia työkyvyttömyyksiä. Ruumiillinen työ puolestaan aiheuttaa usein käänteisen vaikutuksen. (Heliövaara 2007, 15- 16; Heliövaara & Puolakka 2007, 17.)

Nivelreuma on tulehduksellinen nivelen sairaus. Siihen altistavia tekijöitä ei ole varmuudella selvillä, mutta osansa on ainakin perinnöllisyydellä, tupakoinnilla sekä synnytyksen jälkeisellä ajalla. Naisten osuus taudin sairastajista on kaksi kolmasosaa ja yleisimmin tauti puhkeaa 60–70-vuotiaiden keskuudessa. (Rintala ym. 2012, 116.) Aikuisväestössä sairastuneita on 35 000, tämän lisäksi osa lastenreuman sairastajista voidaan katsoa kuuluvan saman taudin alle. (Suomen Reumaliitto ry 2011.) Monipuolisella lihaskuntoa ja hapenottokykyä parantavalla liikunnalla ei ole taudin aktiivisuutta tai nivelvaurioita pahentavia ominaisuuksia. Lajivalinnoissa tulee kuitenkin huolehtia liikelaajuksien ylläpitäminen sekä liiallisen kuormituksen välttäminen oireilevissa raajoissa. Nivelreumaa sairastavan kohdalla yksilöllisen harjoittelun suunnittelu on tärkeää. Harjoitustilanteessa tulee kuunnella omaa kehoa ja keventää harjoittelua tarvittaessa. (Mikkelsson, Kauppi & Honkanen 2008, 462–463.)

4.2.2 Selkäsairaudet

Selkäsairaudet ovat yksi pääaiheuttajista lyhyt- ja pitkäaikaisiin työkyvyttömyyksiin. Yli 30-vuotiaista neljällä viidestä on jossain vaiheessa esiintynyt selkäkipua, yleisimmin 55–64-vuotiaana. Työn kuormittavuutta, tapaturmia sekä tupakointia pidetään selkäsairauksien riskitekijöinä. Samoin fyysisen työn yksipuolisuus, vaikeat työasennot ja raskaat nostot saattavat altistaa siihen. (Airaksinen & Lindgren 2005, 181–182.) Lihaskuntoa

lisäävillä harjoitteilla saadaan ehkäistä kroonista selkäkipua. Varmaa näyttöä ei kuitenkaan ole sen ennaltaehkäisevästä vaikutuksesta. Akuutissa ja pitkittyneessä kroonisessa kivussa suositetaan matalatasoista kuormittavaa liikuntaa, mieluiten noin 50–70 % maksimisyktasosta. Lajivalikoiman tulisi olla iskukuormitustyyppin vastaista, kuten kävely, pyöräily tai hiihto, erilaisten juoksuharjoitteiden sijaan. Lihaskuntoharjoitteet tulisi valita kullekin yksilöllisesti. (Arokoski 2007, 460–469.)

4.3 Aistivammaisuus

4.3.1 Näkövammaisuus

Näkövammaisuus luokitellaan eri tavoin riippuen yhteiskunnan arvomaailmasta ja sen asettamista vaatimuksista jäsenilleen. Suomessa näkövammarekisteri noudattaa Maailman terveysjärjestön suositusta, jossa näkövammot luokitellaan näöntarkkuuden ja näkökentän mukaan viiteen luokkaan: heikkonäköinen, vaikeasti heikkonäköinen, syvästi heikkonäköinen, lähes sokea ja täysin sokea. Näkövammaisena voidaan pitää henkilöä, jolle näkökyvyn alentuminen aiheuttaa huomattavaa jokapäiväistä haittaa arkitoisissaan. Mikäli näkö pystytään korjaamaan normaaliksi silmä- tai piilolaseilla, ei kyseessä ole näkövamma. Suurimmalla osalla näkövammaisista on jonkin verran näkökykyä käytössään. (Rintala ym. 2012, 132; Lieberman 2011, 234.)

Tarkkaa tietoa näkövammaisten määrästä Suomessa ei ole toistaiseksi olemassa. Viimeisimpien tutkimuksien ja kansainvälisiin vertailutietoihin perustuen Suomessa arvioidaan olevan ainakin 80 000 näkövammaista. Heistä jopa 70 000 arvioidaan olevan ikääntyneitä. Alle 18-vuotiaita näkövammaisia arvioidaan olevan 1000–1500. (Näkövammaisten keskusliitto 2013.) Näkövammaisilla esiintyy myös usein diabetesta, kehitys- ja CP-vammaisuutta, kuulovammaisuutta sekä pitkäaikaissairauksia. Lisäksi yksilöstä riippuen näkövammaisella voi olla heikko fyysinen suorituskyky, suurempi lihasjäykkyys, vaikeuksia ajan ja tilan hahmottamisessa, stereotyyppisiä liikkeitä ja kehittymättömyyttä kinesteettisessä aistissa. (Rintala ym. 2012, 133–135.)

Näkövammaisten liikunta on periaatteessa samankaltaista kuin muiden liikunta. On vain vähän liikuntalajeja, joita näkövammaisen ei voi harrastaa, mikäli hänellä on näköavustaja. Avustajan kanssa näkövammaiset kykenevät hyvinkin vaativiin liikuntasuo-

rituksiin. On silti muistettava, että liikuntatilojen turvallisuuteen ja lisättyyn valaistukseen on kiinnitettävä huomiota näkövammaisten liikuntaa suunniteltaessa. (Alaranta, Kannisto & Rissanen 2011, 532.) Suunnittelussa tulisi myös ottaa huomioon, että uuden asian opettelu vaatii näkövammaiselta tavanomaista enemmän aikaa. On suositeltavaa miettiä, miten liikuntatilanne sovelletaan näkövammaiselle ja mitkä ovat mahdollisesti avustajan tehtävät. Uusiin varusteisiin, välineisiin ja tiloihin on hyvä tutustua etukäteen rauhassa. Ohjatessa tulee käyttää selkeää sanallista kuvausta harjoiteltavasta suorituksesta. Tarvittaessa näkövammaista tulee ohjata oikeaan liikerataan käsillä avustaen. Liikuntatilanteessa sanallisella palautteella on suuri rooli, koska rajoittunut näkökyky aiheuttaa vaikeuksia oman suorituksen arvioimiseen. Kuten edellä mainittiin, monet liikuntamuodot käyvät sellaisenaan näkövammaisille. Soveltamista vaativat erityisesti lajit, joissa peliväline liikkuu äänettömästi ilmassa, kuten koripallo, ultimate sekä lentopallo. Yksilösuorituksiin perustuvat lajit kuten keilaus, jousiammunta, boccia ja painonnosto vaativat vain vähän tai ei ollenkaan soveltamista. Lisäksi näkövammaisille sopivat erityisesti tandempyöräily, maalipallo, uinti sekä kamppailulajit kuten paini ja judo. (Rintala ym. 2012, 138–143.)

4.3.2 Kuulovammaisuus

Kuulovammaisuus voidaan määritellä näkökulmasta riippuen eri tavoin. Lääketieteen näkökulmasta sillä tarkoitetaan kuulon poikkeavuutta. Kielen kehityksen ja kommunikoinnin kannalta merkityksellistä on, onko kyseessä huonokuuloinen, kuuro vai kuuroutunut henkilö. Huonokuuloisella tarkoitetaan henkilöä, joka kuulee huonosti. Kuuro ihminen ei kuule mitään auditiivisen aistikanavan kautta, mutta pystyy reagoimaan voimakkaisiin ääniin kehon tuntoaistin avulla. Kuurot ihmiset ovat menettäneet kuulonsa syntymässään tai varhaislapsuudessaan eivätkä he saa puheesta selvää apuvälineiden avulla. Kuurot ihmiset kommunikoivat enimmäkseen viittomakielellä. Kuuroutuneet ovat menettäneet kuulonsa puheen oppimisen jälkeen ja kommunikoivat useimmiten tukimenetelmien kuten tekstitulkkauksen ja viittomien avulla. (Rintala ym. 2012, 145.) Kuulovauriot luokitellaan niiden syntyperän mukaan. Ne jaetaan ulko- ja välikorvaperäisiin eli konduktiivisiin, sisäkorva- ja kuulohermoperäisiin eli sensorineuraalisiin sekä sentraalisiin eli aivoperäisiin. (Kaski ym. 2009, 141.) Suomessa on arvioi-

den mukaan jopa 750 000 kuulovammaista henkilöä. Kuurojen määrän arvioidaan olevan 2800–5000, mutta tarkkaa tietoa määrästä ei ole. (Rintala ym. 2012, 146.)

Kuulovammaisten liikunnan tavoitteet ovat fyysisiä, sosiaalisia sekä tiedollisia. Sosiaaliset ja tiedolliset tavoitteet painottuvat erityisesti kuulovammaisten lasten liikunnassa. Lähtökohtaisesti kuulovammaisella lapsella on edellytykset samantasoisiin liikuntasuorituksiin kuin samanikäisellä kuulevalla lapsella. Poikkeuksena ovat henkilöt, joiden sisäkorvan eteisessä on häiriötä, jotka vaikuttavat heikentävästi tasapainoon. Fyysisiä tavoitteita kuulovammaisten liikunnassa ovat fyysis-motorisen kunnan osa-alueista erityisesti tasapainon, avaruudellisen hahmottamisen, reaktio- ja liikenopeuden sekä rytmin kehittäminen. Sosiaalisena tavoitteena on sosiaalisten taitojen kehittymisen tukeminen, koska vamma on luonteeltaan sosiaalisesti rajoittava. Tiedollisia tavoitteita ovat oman kehon tuntemuksen kehittäminen sekä tiedon lisääminen liittyen liikunnan vaikutuksesta fyysiseen kuntoon. (Rintala ym. 2012, 149; Paulsen Hughes & Sherrill 2004, 710.)

Hyvien tuloksien saavuttaminen kuulovammaisten liikunnanohjauksessa vaatii ohjaajalta perehtymistä kommunikointi- ja ohjausmetodiin seikkoihin. Kuulovammaiselta taas vaaditaan erityistä keskittymistä, kärsivällisyyttä ja aktiivisuutta, jotta hän pystyisi kehittämään liikuntataitojaan. Harjoitteet ja ohjausmenetelmät tulisi valita ohjattavien iän, kuulovamman vaikeusasteen sekä vamman alkamisiän perusteella. Huonokuuloisten jäljellä olevaa kuuloa tulisi hyödyntää mahdollisimman paljon, kun taas kuurojen ohjauksessa tulisi käyttää pääasiallisesti viittomista kommunikointitapana. Puhetta ei saisi unohtaa kuurojenkaan kanssa kommunikoidessa, koska monet kuurot hyötyvät huulilta lukemisesta. Symbolien ja apuvälineiden käyttö ohjeidenannossa on suositeltavaa. (Rintala ym. 2012, 149–150.)

4.3.3 Kuurosokeus

Kuurosokeat eivät pysty käyttämään tehokkaasti kuulo- sekä näköaistiaan. Vaikka kuurosokeus terminä viittaisi siihen, että kuurosokeat henkilöt eivät pysty kuulemaan tai näkemään, se ei kuitenkaan ole koko totuus. Useimmat kuurosokeat pystyvät kuulemaan ja näkemään jotenkin, mutta aistikanavien kautta saadut ärsykkeet ovat heidän kohdalla usein vääristyneitä. Vain harvoissa tapauksissa henkilö on täysin kuuro sekä

sokea. (Lieberman 2011, 262.) Useimmiten kuurosokeuden aiheuttavat Usherin oireyhtymä sekä CHARGE-oireyhtymä, johon liittyy lisäksi useita muita aistimiseen liittyviä vammoja. Muita aiheuttajia ovat muun muassa erilaiset äidin raskaudenaikaiset infektiot, synnynnäiset vauriot, tapaturmien aiheuttamat vammat tai huumeiden käytöstä aiheutuneet myrkytystekijät. (Rintala ym. 2012, 152.) Suomen Kuurosokeat ry:n palveluita käyttää noin 850 kuurosokeaa tai kuulonäkövammaista henkilöä (Suomen Kuurosokeat ry).

Kuurosokeus hankaloittaa erittäin paljon kuulonäkövammaisten osallistumista koulun ja työssäkäyntiin sekä harrastuksiin. Lisäksi kuurosokeat ovat usein monivammaisia, mikä aiheuttaa lisärajoituksia eri toiminnoista suoriutumiseen. Liikuntaa harrastaessa on tärkeää, että kuurosokea henkilö tutustuu huolella liikuntatilaan ja –välineisiin ennen liikuntaharjoitteiden aloittamista. Kuurosokea saattaa tarvita ohjaajan lisäksi tulkin tai avustajan, jotta liikuntasuoritus voidaan tehdä onnistuneesti. Kuurosokean liikunnan suunnittelussa on käytettävä lähtökohtana yksilön omia tarpeita. Lisäksi on tiedettävä mahdolliset liitännäisvammat. Henkilö, jolla ei ole liitännäisvammoja, voi osallistua lähes kaikkeen liikuntaan. Hyviä lajeja ovat kestävyyttä kehittävät uinti ja muu vesiliikunta, hiihto, luistelu ja tandem-pyöräily. Lisäksi kuntosaliharjoittelu, tanssi ja keilaus soveltuvat hyvin kuurosokeille. Joukkuepelit soveltuvat kuurosokeille vaikeammin, koska ne vaativat reagoitokykyä, jota alentunut kuulo- ja näkökyky haittaavat. (Rintala ym. 2012, 152–154.)

4.4 Verenkiertoelimistön sairaudet

Verenkiertoelimistöllä tarkoitetaan sydämen, verisuonten ja veren muodostamaa kokonaisuutta, jotka toimivat yhteistyössä kuljettaen happea ja ravintoaineita soluihin ja poistaen sieltä haitallisia aineita. Sen muihin tehtäviin kuuluu muun muassa ylläpitää pH tasapainoa sekä verenpainetta sekä ehkäistä verenvuotoa. Verenkiertojärjestelmä ei ole erillinen osa-alue vaan se on tiiviissä yhteistyössä muun muassa hengitys-, umpieritys- ja ruuansulatusjärjestelmän kanssa tehtävien hoidon mahdollistamiseksi. (Smith & Fernall 2011, 3-4.) Tyypillisimmät muodot verisairauksista ovat punasolusairaus anemia sekä valkosolusairaus leukemia, verenkierto- ja verisuonisairauksista erilaiset sydänsairaudet, verenpainetauti tai aivoverenkierron häiriöt. Sydänsairauksista yleisin on sepelvaltimo-

tauti, joka on myös yleisin kuolinsyy Suomessa. Yhteisenä tekijänä näillä taudeilla toimii, että ne ovat suurelta osin elintavoista riippuvaisia. (Rintala ym. 2012, 156.)

4.4.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimot huolehtivat sydämen veren- ja hapensaannista. Valtimotauti kehittyy, kun valtimoiden sisäpintaan kehittyy rasvatäpliä sekä – juosteita, jotka ahtaavat suonen poikkipinta-alaa. Kun veri ja happi eivät liiku riittävästi, osa sydänlihaksesta kärsii hapenpuutteesta. Sepelvaltimotaudin oireisiin kuuluu rasitusrintakipu, sydäninfarkti sekä rytmihäiriö. Oireet voivat ilmentyä rasituksessa, kun valtimon pinta-alasta puolet on tukkeutunut. Tukkeutumisasteen ollessa 80 % pienikin rasitus tai jopa lepo voivat riittää siihen. (Alapappila, Hasu, Mutikainen & Koskinen 2006, 8.) Sepelvaltimotautia sairastaa Suomessa peräti 300 000 henkilöä ja sen oireisiin lukeutuvaan sydäninfarktiin kuolee noin 13 000 henkilöä vuosittain. (Rintala ym. 2012, 156.) Rintalan ym. mukaan (2012, 159) liikunnalla voidaan ennaltaehkäistä sepelvaltimotaudin vaikutuksia jo kohtalaisen kuormittavan liikunnan avulla. Mitä raskaampaa liikunta on, sitä paremman suojan sen katsotaan tarjoavan. Sairauden puhkeamisen jälkeen tulisi liikunnan olla kestävyystyyppistä. Tämä vähentää ennenaikaisen kuoleman todennäköisyyttä sekä edesauttaa toimenpiteistä palautumista.

4.4.2 Verenpainetauti

Verenpaineella tarkoitetaan valtimon sisäistä painetta. Mikäli paine on suurentunut, on kyseessä kohonnut verenpaine, hypertensio. Useimmiten kohonnut verenpaine ei aiheuta kantajalleen oireita, mutta pahimmillaan se altistaa aivohalvaantumiselle tai sydänlihaksen vasemman kammion suurentumiselle. Muita mahdollisia sairauksia ovat muutokset silmän verkkokalvolla tai munuaisissa. (Kukkonen-Harjula 2011, 131.)

Lisäksi verenpainetautia pidetään yhtenä sepelvaltimotaudin tärkeimmistä vaaratekijöistä. Geneettisten tekijöiden ohella verenpainetaudin vaaratekijöinä pidetään, fyysistä passiivisuutta, alkoholin ja suolan runsasta saantia, liikapainoa sekä stressiä. (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2011, 413.)

Verenpainetauti on yleinen ongelma Suomessa. Miehistä puolet ja naisista kolmasosa sairastaa sitä. (Rintala ym. 2012, 157.) Kohonneen verenpaineen hoitomuotona

käytetään pääasiassa elintapamuutoksia, mutta tarvittaessa myös lääkitystä. Liikunnalla, kestävyys- ja/tai voimatyypisellä harjoittelulla, on saatu positiivinen terveystulos sekä niillä, joilla ei ole kohonnutta valtimopainetta että niillä, joilla se on ennestään kohonneena. Ainoastaan selvästi kohonneen verenpaineen kohdalla liikunnan merkitys hoitomuotona jää pienemmäksi. (Kukkonen-Harjula & Rauramaa 2011, 415-416.)

4.5 Hengityselimistön sairaudet

Ihmisen hengityselimistö jaetaan kahteen eri osaan, ylä- ja alahengitysteihin sekä hengityslihakseen. Ylähengitystiet muodostuvat nenästä, suuontelosta ja nielusta ja alahengitystiet kurkunpäästä, henkitorvesta, keuhkoputkesta ja keuhkorakkuloista. Hengitysteiden kautta kulkeutuu huomattavasti ympäristön haittatekijöitä elimistöön. Hengityselimistön sairauksista kärsii noin miljoona suomalaista ja yksi suurimmista sairauksien aiheuttajista on tupakointi. Lisäksi erilaiset pölyt ja asbesti aiheuttavat hengityselimistön sairauksia. (Rintala ym. 2012, 168.)

4.5.1 Astma

Astma on keuhkoputkien tulehduksellinen sairaus ja se on Suomen yleisimpiä kansantauteja. Tulehdus laukaisee astmaatikossa oireita, joihin kuuluvat hengenahdistus, hengityksen vinkuna ja pitkäaikainen yskä. Astmaa esiintyy kahdessa eri muodossa: allerginen astma tarkoittaa sitä, että astman oireet johtuvat allergiaa aiheuttavista tekijöistä kuten siite- tai eläinpölystä. Ei-allerginen astma taas tarkoittaa sitä, että astmaoireet aiheutuvat ei-allergisista asioista kuten flunssasta tai savun sisään hengittämisestä. Astmaatikoille säännöllinen liikunta yhdistettynä kortisonin sekä muun lääkityksen kanssa on tärkeä osa hoitoa. Liikuntatiloja valitessa tulee huomioida ilmanpuhtauden merkitys hengityksen toimivuuteen. (Rintala ym. 2012, 168–169; Keistinen 2011, 260.)

4.5.2 Keuhkohtaumatauti

Valtaosa suomalaisista keuhkohtaumapotilaista on tupakoitsijoita (Kinnula 2011, 267). Useimmissa keuhkohtaumatautitapauksissa on todettavissa sekä keuhkoputkien että keuhkokudoksen sairastuminen. Suomessa on 300 000-400 000 eriasteista keuhkohtaumatautia sairastavaa henkilöä. (Rintala ym. 2012, 169.) Keuhkohtaumataudille on

tyypillistä, että siihen kuuluu krooninen keuhkoputkentulehdus tai keuhkolaajentuma tai niiden erilaisia yhdistelmiä. Keuhkoputkien pitkäaikaisen tulehduksen ja keuhkoku-
doksen tuhoutumisen vuoksi keuhkohtaumatauti sairastavilla on vaikeutunut
uloshengitys ja laajentunut rintakehä. (Tikkanen 2011, 344–345.) Taudin edetessä ilme-
nee lisääntyvissä määrin raskushengenahdistusta (Kinnula 2011, 267).

4.5.3 Hengityselimistön sairauksien yhteydet liikuntaan

Liikkumiseen vaikuttavat sellaiset hengityselimistön sairaudet, jotka ovat oireilevia tai
pitkälle edenneitä. Liikunta on kuitenkin oleellinen osa hengityssairaalan hoitoa. Liikun-
nan avulla parantunut fyysinen kunto kulkee käsi kädessä muun muassa puolustusky-
vyn paranemisen ja hengityselimistön voimistumisen kanssa. Liikunta ei itsessään poista
tulehdusta hengityselimistä, mutta suorituskyvyn parantuessa oireilu vähenee. Hengitys-
sairaille sopivat samat lajit kuin muillekin samanikäisille ja – kuntoisille ihmisille, jos
heidän lääkitys on kunnossa ja sairaus tasapainossa. Erityisen hyvin sopivat lajit, joita
voi harrastaa lämpimässä ja kosteassa ilmassa. Kylmässä ja viileässä säässä hengityseli-
mit rasittuvat helpommin. (Rintala ym. 2012, 170–174.)

4.6 Aineenvaihdunnan häiriöt

Aineenvaihdunta on kudoksissa tapahtuvien kemiallisia reaktioiden kokonaisuus, joiden
toimesta elintoiminnot ylläpidetään. Siihen kuuluu aineiden hajoamista, katabolia, sekä
uusien aineiden rakentumista, anabolia, entsyymien vaikutuksesta. Vaikka entsyymit
käynnistävät aineenvaihduntareaktiot, osallistuvat myös monet muut tekijät sen toi-
minnan säätelyyn. Näistä esimerkkeinä voidaan käyttää hermostoa, hormoneja, vita-
miineja sekä hivenaineita. (Rintala ym. 2012, 177.) Aineenvaihduntasairauksiin lukeutuu
useita satoja eri sairauksia, joista johtuen elinten toimintoissa on häiriöitä. Yleisemmin
niiden vaikutus kohdistuu aivojen, sydämen, maksan tai muiden sisäelinten tai suoliston
toimintaan yksilöllisesti. Ongelmia voi ilmetä solujen energiataloudessa, kyvyssä käsitel-
lä solujen energialähteitä tai soluihin ja kudoksiin kertyvistä haitallisista yhdisteistä.
(Duodecim 2012.)

4.6.1 Ylipainoisuus

Ylipainoa ja liikalihavuutta voidaan pitää yleisenä ongelmana niin Suomessa kuin maailmalla. OECD:n keräämien tulosten mukaan Yhdysvalloissa oli vuonna 2012 69,4 % ylipainoisia henkilöitä. Suomesta viimeisin luku on vuodelta 2007, jolloin ylipainoisten tai liikalihavien osuus oli 59,2 %. (OECD 2013.) Liikalihavuuden on todettu nostavan useiden sairauksien riskiä. Tällaisia ovat esimerkiksi tyypin 2 diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet kuten korkea verenpaine- tai kolesteroliarvot. Pienemmältä osin myös erilaisten syöpien ilmaantuvuus on yhdistetty ylipainoisten keskuudessa todennäköisemmäksi. (Hardman & Stensel 2009, 131–132.)

Painon mittaamiseen on useita menetelmiä, mutta yleisimpänä tapana pidetään painoindeksin, BMI:n, käyttöä. Siinä lasketaan elimistön paino (kg) jaettuna pituuden neliöllä (m^2). Tämä luku antaa suhteellisen painon näyttämättä kuitenkaan kehon koostumusta. Tästä johtuen suositetaan painoindeksin mittaamisen yhdistämistä keskivartalon lihavuuden mittaamiseen. (Rintala ym. 2012, 178.) Korkea luku itsellään ei välttämättä ilmaise ylipainoa, sillä tulos vääristyy lihasmassan ollessa tavanomaista korkeampi. (Fogelholm 2011, 114) Kansainvälisesti liikapainon eli ylipainon rajana pidetään BMI:n arvoa $25\text{kg}/m^2$. Lihavuuden kohdalla vastaava lukema on $30\text{kg}/m^2$. Näitä arvoja pidetään useiden sairauksien riskirajoina. Suositeltavana liikunnan määränä painonpudotuksessa pidetään 300kcal päivittäisen kulutuksen määrää. Tämä saavutetaan 45–60 minuutin kohtalaisen kuormittavalla liikunnalla. Myös pienempi liikunnan määrä edesauttaa terveyshyötyjen saantia, riippumatta painon muutokseen johtavasta vaikutuksesta. (Käypä hoito 2013b.) Vaikka liikunta saattaa vähentää painoa merkittävästi, tehokkainta on yhdistää sopiva ruokavalio ja liikunta toisiinsa. (Hardman & Stensel 2009, 146.)

4.6.2 Diabetes

Diabetesta sairastava henkilö kärsii veren glukoosin kohonneesta arvosta, joka todetaan paaston jälkeisestä arvosta. Haiman puuttuvaa insuliinin eritystä korvataan tällöin taudin muodosta, pääsäännöllisesti tyyppi 1 tai tyyppi 2, riippuen, joko erilaisilla insuliinivalmisteilla tai elämäntapamuutoksilla. (Yki-Järvinen & Tuomi 2011, 771–789.) Tyypin 1 diabetes kutsutaan nuoruusiän diabetekseksi, sillä insuliinin tuotannon heikkeneminen on alkanut jo ensimmäisen elinvuoden aikana. Taudin puhkeamisen ajankohta ei

ole vakio, sillä beeta-solujen tuhoutumisnopeus on yksilöllinen. Se tapahtuu, kun soluista on jäljellä 15–20 %. (Sipilä 2011, 217) Yleensä tämä tulee eteen alle 40- vuoden iässä. (Duodecim 2011.) Diabeteksen taustalle tarvitaan geneettinen alttius autoimmuunisairaudesta sekä jokin tulehduksen aiheuttava ulkoinen tekijä (Sipilä 2011, 217).

1 tyypin diabetes ei estä liikunnan harrastamista vaan liikunnan tulisi päinvastoin olla säännöllistä. Tärkeää on kuitenkin muistaa pitää mukana nopeasti imeytyviä hiilihydraatteja sekä rytmittää liikunta lisätyn insuliinin maksimijaoituksen ulkopuolelle. Liikunnan vaikutukset aineenvaihduntaan eivät oleellisesti eroa terveihin verrattuna. Muutokset ilmenevät insuliinin vaikutuksessa, joka ei heikkene liikuntasuorituksen johdosta. Lisäksi diabeetikko käyttää glukoosia lihaksissa enemmän, sillä lisätyn insuliinin määrä estää rasvojen käyttöä energialähteenä laskeakseen verensokerin tasoa. (Niskanen 2011, 171–173.)

Tyypin 2 diabetes on yleistynyt voimakkaasti viimeisten vuosikymmenten aikana. Yksin Yhdysvalloissa aikuisväestön keskuudessa taudin sairastavuus on noussut 40-vuodessa 2 %:sta 6 %:tiin. (Gregg & Kriska 2008, 3.) Tauti ilmenee tavallisemmin yli 40- vuoti- ailla henkilöillä, mutta nykyisin sitä tavataan myös lapsilla. Tyypin 2 diabetes eroaa tyypin 1 diabeteksestä haiman insuliinin tuotannon tai sen toiminnan heikentymisen kautta. (Hardman & Stensel 2009, 97.) Tyypin 2 diabeteksen riskitekijöinä pidetään muun muassa ylipainoa, fyysisen aktiivisuuden puutetta, keskivartalon lihavuutta sekä veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöitä. Näiden lisäksi perimällä ja ympäristöllä on merkittävä osuus siihen. (Käypä hoito 2013a.) Taudin ehkäisyssä ja hoidossa liikunnalla on oleellinen rooli. Tehokkain muoto on yhdistää kestävyystyyppinen harjoittelu voimaharjoitteluun. Tällä tavoin saadaan positiivisia vaikutuksia kehonkoostumukseen, rasvakudoksen pientyminen ja lihasmassan kasvu, perusaineenvaihduntaan sekä kudosten kykyyn käyttää sokeria eli parantaa sokeritasapainoa. Lisäksi liikunta laskee verenpainetta ja kokonaiskolesterolia. (Duodecim 2012.)

4.7 Mielen terveyden häiriöt

Mielen terveys on yksi terveyden osa-alue eli osa psyykkistä, fyysistä, henkistä ja sosiaalista kokonaisuutta. Kyse ei ole pysyvästä olotilasta, vaan se voi vaihdella elämäntilan-

teiden mukana. Sen tunnusmerkkeihin kuuluvat muun muassa kyky henkilökohtaiseen tunnelmaisuun sekä ihmissuhteisiin. Mielen terveyden määritelmä ei ole yksiselitteistä. Sen tunnus määräytyy kunkin ajanjakson tunnusmerkistön, kulttuurin ja lainsäädäntöjen sekä normien mukaisesti. (Rintala ym. 2012, 187.) Vaikka mielen terveyden ongelmista kärsivien määrä on laskenut vuodesta 2000, on kyse edelleen yleisestä vaivasta. Naisista merkittävää psyykkistä kuormitusta oli kokenut 17 % ja miehistä 14 % vuonna 2011. Työuupumuksen kohdalla tapaukset ovat vielä yleisempiä. Naisista 24 % kärsi lievää ja 3 % vakavaa työuupumusta. Miehistä lievää työuupumusta koki 23 % ja vakavaa 2 % kyseisenä vuotena. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2012b, 96.)

Liikunnan ja mielen terveyden sairauksien terveystuote on kiistaton. Sekä aerobisen että anaerobisen liikunnan harjoittaminen on tuottanut positiivisia vaikutuksia. Etenkin masennuksen osalta myös voimaharjoittelu on tuottanut vastaavanlaisia tuloksia. Kohtuullisen kuormittavalla liikunnalla pystytään pitämään masennus paremmin poissa lääkitykseen ja/tai inaktiivisuuteen verrattuna. Vaikka positiiviset vaikutukset ovat selvästi todettuja, vielä ei pystytä varmuudella sanomaan, mikä on optimaalinen liikunnan annostus eri mielen terveyden sairauksien osalta. Samoin lisänäyttöä tarvitaan liikunnan intensiivisyyteen, useuteen ja keston liittyvissä kysymyksissä. (Rintala ym. 2012, 192.)

4.8 Ikääntyneet

Ikääntyessä elimistön toimintakyky heikkenee monella tavoin. Esimerkkeinä voidaan käyttää maksimaalisen hapenottokyvyn heikkenemistä, lihasmassan vähenemistä kuten erilaisia kudoksissa tapahtuvia muutoksia luuston haurastumisesta verisuonten, sydämen rakenteen ja toimintakyvyn heikentymiseen. (Rintala ym. 2012, 26.) Vanheneminen ei ole kuitenkaan yksinään fyysinen tapahtumasarja vaan se sisältää biologisten muutosten lisäksi niin psykologiset kuin sosiaaliset tekijät sekä itsensä terveydellisen tilanteen kokemisen. Kokemusten tunteminen tapahtuu toisille nopeammin kuin toisille. Ennaltaehkäisevällä toiminnalla voidaan vaikuttaa näihin biologisiin vanhenemismuotoihin vaikka vanheneminen itsessään on monipuolisempi tapahtumasarja. (Nurmi, Ahonen, Lyytinen, Pulkkinen & Ruoppila 2006, 206.)

Iäkkäillä ihmisillä liikunnan ensisijainen tavoite ei ole ennaltaehkäistä sairauksia vaan ennemmin hallita niiden seurauksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 29.) Tätä tukee Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (2012a) julkaisema ”Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2011 ja niiden muutokset 1993- 2011” -raportti. Tulosten mukaan 79 % naisista ja 76 % miehistä tunnisti lääkärin todenneen tai hoitaneen heiltä kuluneen vuoden aikana vähintään yhden sairauden heille esitetyltä 16 sairauden listalta.

WHO (2010, 31.) on laatinut globaalit liikuntasuositukset yli 65-vuotiaille ikäihmisille. Sen mukaan tarvittava liikuntamäärä on vähintään 2 tuntia 30 minuuttia rauhallista liikuntaa tai vaihtoehtoisesti 75 minuuttia kohtuullisen rasittavaa liikuntaa viikkotasolla. Tämä tulisi jaksottaa siten, että se tapahtuisi minimissään 10 minuutin jaksoissa. Aerobisen liikunnan lisäksi tulisi kuntotasosta riippuen tehdä voima- ja tasapainoharjoittelua kahtena kolmena päivänä viikossa. Mitä huonompi lähtötaso on, sitä tärkeämpää tähän on kiinnittää huomiota. Suomalaiset ohjeistukset suosittavat 30 minuuttia aerobista liikuntaa viitenä päivänä viikossa vähintään 10 minuutin ajanjaksoissa. Rasittavan liikunnan kohdalla suositus on minimissään 20 minuuttia kolmena päivänä viikossa. Oikea kuormittumisen määrä tulee suhteuttaa liikkujan suorituskykyyn. Lisäksi ohjeistuksessa on suurten lihasten ja niiden jänteiden staattista venyttelyä kaksi kertaa viikossa sekä lihaskunto- ja tasapainoharjoituksia ylläpitämään tai kasvattamaan lihasvoimaa sekä kestävyyttä minimissään kahdesti viikossa. Tätä varten on hyvä tehdä 8-10 liikettä suurille lihasryhmille sekä ala- että ylävartalolle. (Duodecim 2009.) Ikäihmisten liikunnan kansallisen toimenpideohjelman (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2011, 25–26.) yhteenvedo liikuntamäärien suosituksista on linjauksen mukainen korostaen päivittäisen arkiliikunnan saannin merkitystä.

4.9 Muita sairauksia ja häiriöitä

4.9.1 Syöpäsairaudet

Joka neljäs suomalainen sairastuu jossain vaiheessa elämäänsä syöpään ja ne aiheuttavat noin 10 000 suomalaisen kuoleman vuosittain. Suomessa todetaankin noin 26 000 uutta syöpätapausta vuosittain. (Lanning, Rissanen & Vertio 2008, 121.) Syöpään sairastumisen riski kasvaa iän myötä ja arvioiden mukaan 80–90 % syöivistä johtuu ainakin osit-

tain ympäristön haittavaikutuksista kuten elinympäristöstä tai tupakoinnista. Miesten yleisin syöpätyyppi on eturauhassyöpä ja naisten rintasyöpä. Syöpä ja sen hoidot aiheuttavat sairastuneelle väistämättä väsymystä. Aiemmin hoitojen aikaan suositeltiin lepoa, mutta nykyään suositellaan liikuntaa mahdollisuuksien rajoissa. Liikunnan tarve tulee selvittää yksilöllisen arvioinnin perusteella. Sairastuneelle tulee asettaa lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet, jotta toipuminen hoitojen sivuvaikutuksista toteutuisi. (Rintala ym. 2012, 194.)

4.9.2 Elinsiirrot

Elinsiirrolla tarkoitetaan lääketieteellistä toimenpidettä, jossa henkilön kehoon siirretään luovuttajalta tai henkilön omasta kehosta saatu kokonainen tai osittainen elin. Elinsiirrot ovat tavanomaisimpia munuais-, maksa-, sydän- ja keuhkosairauksien hoidossa. Elinsiirtoja tehdään Suomessa lähes 400 kappaletta vuosittain. Nykyään noin 90 % siirteistä toimii vuoden kuluttua siirrosta, mutta kiinteiden elinten siirrot vaativat jatkuvaa hyljinnänestolääkitystä. Liikunnalla on tärkeä merkitys elinsiirron saaneen henkilön kuntoutusta. Säännöllisen liikuntaharrastuksen terveysvaikutukset ovat samoja kuin henkilöillä, joille ei ole suoritettu elinsiirtoa. Liikunnan tärkein tavoite on saada siitä pysyvä osa elinsiirron saaneen henkilön arkea. On tärkeää kuitenkin välttää elimistön fyysistä kuormitusta elinsiirron jälkeisen akuutin hyljintäreaktion aikana. Liikunta tulisi aloittaa varovasti lisäten kuormitusta hiljalleen. Elinsiirron saaneet voivat harrastaa liikuntaa monipuolisesti ja heille on myös olemassa omaa kilpailutoimintaa. (Rintala ym. 2012, 194–195.)

4.9.3 Vaikeasti vammaiset

Vaikeavammaisuuden määrittäminen ei ole yksiselitteistä. Se ei välttämättä liity tiettyyn sairauteen tai vammaan vaan ennemminkin toimintakyvyn sekä avuntarpeen määrään. (Rintala ym. 2012, 204.) Vaikeavammaisuus määritellään käsitteenä laissa (1987/380) vammaisuuden perusteella järjestettävissä palveluissa ja tukitoimissa. Lain 8 b §:n mukaan vaikeavammaisuus kuvataan vamman tai sairauden vuoksi erittäin vaikeaksi toimintakyvyn rajoittuneisuudeksi. Kelan (2013, 15) mukaan Suomessa ylintä aikuisten vammaistukea sai 2526 henkilöä vuonna 2012.

Vammaisuuden yksilöllinen ilmenemismuoto määrittää liikunnan avustamisen tarpeen sekä muodon. Erittäin vaikeasti vammaisen voi selvitä hyvien apuvälineiden avulla hyvinkin pienellä ulkoisella avustuksella tai vastaavasti vaatia hyvin tarkan sanallisen sekä esimerkkiä vaativan selityksen. (Salminen 2008, 27) Liikuntatilanteessa tulee huomioida, että vaikeavammaisen oppimiskyky ja tehtävien suorittaminen on vammaisiin ja vammattomiin verrattuna usein hitaampaa ja vaatii suurempia ponnistuksia. Tämän takia on suositeltavaa käyttää eriyttävämpää opetusta sekä antaa enemmän suoritusaikaa ja toistoja liikuntatilanteessa. Erilaisten liikuntaohjelmien hyödyt tulevat esille, kun näitä periaatteita noudatetaan. (Rintala ym. 2012, 209.)

5 Erityisliikunnan kehittäminen kunnissa

Erityisliikunta käsittää monenlaista liikunta- ja urheilutoimintaa kuntoutuksesta vammaisten huippu-urheiluun. Erityisliikunnan järjestäjinä ovat useat erilaiset toimijat. Kuntien liikunta- ja koulutoimi on yksi merkittävistä erityisliikunnan järjestäjistä. Liikuntalaki velvoittaa kuntia järjestämään liikuntaa erityisryhmille. Erityisliikuntapalveluista kunnissa vastaavat pääasiassa kuntien liikunta-, opetus- ja sivistystoimet sekä sosiaali- ja terveystoimi. Hallintokunnilla on omat päävastualueensa, mutta poikkihallinnollinen yhteistyö on yleistä palvelujen järjestämisessä. Kuntien tehtävänä on liikunta-toiminnan järjestämisen lisäksi myös liikuntalain velvoittamana luoda edellytyksiä erityisliikunnan järjestämiseen erimerkiksi jakamalla avustuksia järjestöille. (Rintala ym. 2012, 489–491.)

Kuntien liikuntatoimi järjestää noin 40 % kaikesta ryhmäliikuntatarjonnasta ja viikoittaisia erityisliikunnan ryhmiä on kunnissa eri puolella Suomea noin 3000. Toiminta on kasvanut tasaisesti koko 2000-luvun alun. Eniten kuntien järjestämää erityisliikuntatoimintaa on tarjolla ikäihmisille, kehitysvammaisille ja liikuntavammaisille henkilöille. Yleisimpiä erityisliikunnan muotoja ovat vesiliikunta, kuntosalitoiminta sekä eri palloilulajit. Vuoden 2011 alussa Suomessa oli 336 kuntaa, josta alle kolmasosassa erityisliikunnan suunnittelusta ja organisoinnista vastasi tehtävään nimitetty erityisliikunnanohjaaja. (Rintala ym. 2012, 491.)

Erityisliikunnan tarjonta on kasvanut tasaisesti koko 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen ajan, mihin viittaa kasvuresurssaja, työmääriä sekä tarjontaa koskevat luvut. Erityisliikunnanohjaajat näyttävät myös verkostoituvan aiempaa tehokkaammin muiden toimijoiden kanssa ja etenkin yhteistyö sosiaali- ja terveyssektorin kanssa on muuttunut konkreettisempaan suuntaan. Myös järjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä arvostetaan erityisliikunnan ohjaajien keskuudessa. (Opetusministeriö 2010, 35.)

5.1 Kuntien ja järjestöjen välinen yhteistyö erityisliikunnan kehittämisessä

Erityisliikuntaa voidaan kehittää kunnissa liikuntatoimen sekä järjestöjen välisellä yhteistyöllä (Rintala ym. 2012, 492). Kuntien ja järjestöjen välistä yhteistyötä tarvitaan

tulevaisuudessa entistä enemmän, mikäli halutaan tarjota kaikille vähintään yhtä hyvät mahdollisuudet liikuntaan kuin nyt. Ensisijaisesti vastuu yhteistyön lisäämisestä on kunnilla, jotka koordinoivat liikuntapalveluja. Hyviä liikunnan yhteistyökumppaneita ovat esimerkiksi Kansanterveys- ja vammaisjärjestöt, jotka tavoittavat ihmisiä, joita tavalliset liikuntapalvelut eivät tavoita. Lisäksi niillä on soveltavan liikunnan tietotaitoa, jonka avulla liikuntaa voidaan kehittää sopivaksi kaikille. (Hölsömäki 2008, 13–14.)

Soveltavan liikunnan edistämisen ei tule olla vain erityisliikunnanohjaajien asia vaan kaikkien kunnan virkamiesten ja päättäjien. Toimivat liikuntapalvelut edellyttävät poik-kihallinnollista yhteistyötä, koska ne edellyttävät muun muassa esteettömiä liikunta- paikkoja, terveydenhuollon asiakkaiden ohjausta sopiviin liikuntaryhmiin, riittäviä kulje- tuspalveluita sekä soveltavien liikuntavälineiden saatavuutta. (Hölsömäki 2008, 15.)

Toimiva soveltavan liikunnan yhteistyökulttuuri vaatii liikuntatoimen erityistä kiinnos- tusta soveltavan liikunnan asioihin. Ratkaisevassa roolissa on erityisliikunnanohjaaja: ohjaaja koordinoi toimintaa, on aloitteellinen ja hoitaa yhteydenpidon eri toimijoihin. Tälle on vaatimuksena, että erityisliikunnanohjaajalla on oikeanlainen toimenkuva sekä riittävät toimintaedellytykset. (Kuusela 2008, 23.)

Kunnan liikuntatoimen tulisi selvittää, mitä soveltavan liikunnan toimijoita kunnan alu- eelta jo löytyy, jotta toimiva yhteistyöverkosto voitaisiin luoda. Lisäksi tulisi selvittää näiden toimijoiden olemassa olevan toiminnan lisäksi sen puutteet sekä mahdolliset halut ja motiivit toiminnan kehittämiseksi tulevaisuudessa. Yhteistoimintaverkoston pohjaa selvittäessä on otettava huomioon myös naapurikuntien erityisliikuntatoiminta. (Kuusela 2008, 24.)

Soveltavan liikunnan paikallisyhdistysten kiinnostus jäseniensä liikuntaharrastuksen kehittämiseen ja ylläpitämiseen on vaihtelevaa ja tilanne riippuu usein yksittäisten hen- kilöiden halukkuudesta ottaa vetovastuu koko järjestön puolesta. Siksi olisi tärkeää löy- tää järjestöistä muutama kiinnostunut vastuhenkilö, joiden avulla voi herättää jäsenis- tön kiinnostuksen omaan liikuntatoimintaan. Kunnan roolina olisi toimia näiden ver- taisohjaajien kouluttajana, kehittäjänä sekä motivoijana. (Kuusela 2008, 25.)

Opetus- ja kulttuuriministeriön (2010, 14) mukaan järjestöyhteistyö toimii parhaiten suurissa kaupungeissa, minkä arvellaan johtuvan siitä, että suurimmissa kaupungeissa kumppaneita yhteistyöhön löytyy helpommin kuin pienissä kaupungeissa. Yleisimpiä järjestöyhteistyön muotoja kunnissa ovat olleet tiedotus, tiedonvaihto ja toimintojen koordinointi sekä yhteiset hankkeet. Pienimmillä kunnilla järjestöjen kanssa on ollut myös ohjausyhteistyötä, ja järjestöiltä on ostettu palveluita.

5.2 Erityisliikuntaa kuntiin -projektit: Erityisliikunnanohjaajamalli

Liikuntatieteellinen Seura ry:n järjestämissä Erityisliikuntaa kuntiin 2004–2006 ja 2007–2009-projekteissa on ollut tavoitteena kehittää erityisliikuntaa kokonaisvaltaisesti projektikunnissa ja luoda niihin toimivat toimintamallit soveltavaan liikuntaan. Projektissa kannustettiin projektikuntia poikkihallinnolliseen ja kuntarajat ylittävään yhteistyöhön. Projektissa kokeiltiin neljää erilaista toimintatapaa erityisliikunnan järjestämiseksi riippuen siitä, oliko kunnassa puoli- tai kokoaikaista erityisliikunnan työntekijää vai hoidettiin palvelut esimerkiksi yhteistyössä eri toimijoiden kesken. (Jokinen & Piispanen 2008, 55–56.)

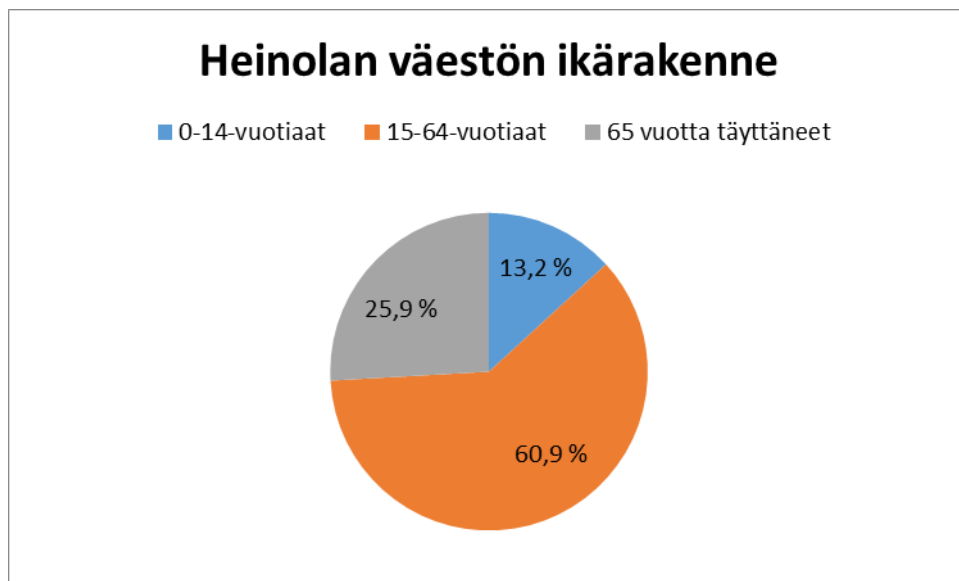
Projekteissa käytetyssä Erityisliikunnanohjaaja-mallissa erityisliikunnan koordinoinnista vastasi kokonaisuudessaan kokoaikainen erityisliikunnanohjaaja. Mallissa ohjaaja käytti 10 000–20 000 asukkaan kunnissa 15–16 tuntia viikossa ohjaustyöhön ja 12 tuntia toiminnan organisointiin. Erityisliikunnanohjaaja hallitsi toimintaa ja piti laajasti yhteyttä erityisliikunnan eri toimijoihin kunnassa. Erityisliikunnanohjaaja-mallia käytettiin esimerkiksi Liedon kunnassa, jossa erityisliikunnanohjaajan virkaan valittiin soveltavaan liikuntaan erikoistunut liikunnanohjaaja. Hänen 38,25 tunnin viikoittaisesta työajastaan 70 % oli käytännön liikunnanohjausta ja loput suunnittelua sekä organisointia. Alkuun erityisliikunnanohjaajan työ koostui ohjauksista, yhteistyöpalaverista sekä toiminnan suunnittelusta. Lisäksi eri tahojen kesken käytiin keskusteluja erityisliikunnan tilasta ja tarpeista. Suunnittelussa huomioitiin sosiaali- ja terveystoimen toiveita ja pidettiin yhteyttä poikkihallinnollisesti sekä yli kuntarajojen. Erityisliikuntaa järjestävät yhdistykset kutsuttiin yhteiseen palaveriin lukukauden alussa ja palaverissa sovittiin yhteisiä tavoitteita sekä kuultiin yhdistysten toiveita. (Jokinen & Piispanen 2008, 60–61.)

Liedosta saadut kokemukset osoittivat, että tarpeiden selvitys oli hyvä apuväline erityisliikunnan suunnittelussa, koska se auttoi erityisliikunnanohjaajaa kohdentamaan voimavaroja oleellisiin asioihin. Lisäksi teemojen rajaaminen koettiin helpottavaksi tekijäksi asioiden eteenpäin viemisessä. Liedossa ensimmäiseksi teemaksi otettiin ikääntyneiden liikuntapalveluiden kehittäminen, jota varten perustettiin uusia ryhmiä, järjestettiin ohjaajakoulutusta ja jaettiin tietoa vanhusten hoitohenkilökunnalle. Liedossa erityisliikunnan ryhmät toimivat pääosin päiväsaikaan ja iltatoiminnan pyörittämiseen aktivoitiin kansalaisopistoa sekä seuroja ja järjestöjä. Liedossa koettiin, ettei erityisliikunta voinut olla vain yhden ohjaajan vastuulla, vaan kaikkien toimijoiden oli osallistuttava sen kehittämiseen. Oli tärkeää, että terveyskeskus tarjosi riittävästi kuntouttavaa liikuntaa, ja että fysioterapiassa keskityttiin ryhmäohjaukseen yksilöohjauksien sijaan. Myös seuroja kannustettiin ottamaan ryhmiin soveltamista tarvitsevia liikkujia ja heitä tuettiin liikuntaryhmien perustamisessa avustuksia jaettaessa. Varoja tarvittiin pääosin ohjaajien koulutukseen sekä välineiden hankintaan. (Jokinen & Piispanen 2008, 62.)

Erityisliikunnanohjaajan-mallissa painopisteenä oli kunnan sisäisen verkoston kehittäminen, joka näkyi eri hallintokuntien välisen yhteyden pidon lisääntymisessä. Kehittämistyön kohteina olivat suunnittelu sekä käytännön järjestelyt. Malli korostaa verkoston hallinnan kannalta oleellista kysymystä toimijoiden jaetusta osaamisesta ja yhteistyöstä erityisliikuntapalveluiden toteuttamisessa. Erityisliikunnan järjestäminen on kaikkien toimijoiden yhteinen tehtävä ja se edellyttää yhteistä ymmärrystä siitä, että eri toimijoiden tekemiset ovat yhteydessä toisiinsa. (Jokinen & Piispanen 2008, 62.)

6 Heinolan kaupunki

Heinola on Päijät-Hämeen maakunnassa sijaitseva kunta (Päijät-Hämeen Liitto 2013), jonka maapinta-ala on 676 neliökilometriä (Tilastokeskus 2013). Kunnan väkiluku vuoden 2012 lopussa oli 20 049 asukasta. Heinolan väestöstä (kuvio 3) 0-14-vuotiaiden osuus on 13,2 %, 15–64-vuotiaiden 60,9 % sekä 65 vuotta täyttäneiden 25,9 %. (Tilastokeskus 2013.)



Kuvio 3. Heinolan väestön ikärakenne (Tilastokeskus 2013)

Heinolassa työllisten osuus 18–74-vuotiaista vuoden 2011 lopussa oli 53,0 % ja työttömyysaste 14,1 %. Koko maassa työllisten osuus vastaavasta ikäryhmästä oli 60,7 % ja työttömyysaste 9,8 %. Heinolan huoltosuhte eli työvoiman ulkopuolella tai työttömänä olevien suhde yhtä työllistä kohden oli vuoden 2011 lopussa 1,62. (Tilastokeskus 2013.)

6.1 Heinolan liikuntapalvelut

Heinolan liikuntapalvelujen tavoite on tarjota kunnan asukkaille hyvät mahdollisuudet terveyden ylläpitämiseen liikunnan keinoin sekä yleiset mahdollisuudet liikuntaan, ul-

koiluun ja viihtymiseen. Liikuntapalvelujen tehtäviin kuuluvat myös erityisryhmien liikuntapalvelut, Kunnossa Kaiken Ikää -yrityслиikuntapalvelut sekä liikuntajärjestöjen avustaminen. Liikuntatoimi toteuttaa terveysliikuntapalvelut yhteistyössä muiden hallintokuntien kanssa. Liikuntapalveluissa työskenteli vuoden 2013 alussa 7,5 henkilöä sekä yksi oppisopimusopiskelija. (Heinolan kaupunki 2013c, 72.) Heinola on kaupunginhallituksen päätöksellä nimennyt kunnan terveysliikuntakaupungiksi vuonna 2006. Terveysliikuntaa kaupungissa toteutetaan terveysliikunnan Heinolan mallin (kuvio 4) mukaisesti. Siitä käy ilmi kaupungin liikuntapalveluiden jaottelu kohderyhmien mukaan. (Heinolan kaupunki 2014b.)



Kuvio 4. Heinolan terveysliikunnan malli (Heinolan kaupunki 2014b)

Heinolan liikuntapalvelut hallinnoi ja ylläpitää (Heinolan kaupunki 2013c, 72) liikuntapaikkoja, joihin kuuluvat:

- Uimahalli
- Jäähalli
- Kirkonkylän liikuntahalli
- Lähiliikuntapaikat
- Polut, ladut, laavut sekä uimarannat

6.2 Erityisliikuntapalvelut

Heinolan kaupungin erityisliikuntapalvelut järjestävät liikuntatoimintaa ikääntyneille, erityisryhmille sekä erityislapsille. Toimintaa järjestetään kevät- sekä syyskaudelle erillisen ohjelman mukaan. (Heinolan kaupunki 2013a.) Syyskaudella 2013 Heinolan kaupungin erityisliikunnan järjestämissä ryhmissä kävi noin 220 asiakasta. Asiakkaista noin 100 henkilöä oli yli 75-vuotiaita ja olivat siten oikeutettuja liikuntapalveluiden käyttöön ilmaiseksi. Muut asiakkaat maksoivat kaudesta 44€. (Saarinen, J. 21.1.2014.)

Syksyllä 2013 (2.9.- 13.12.2013) ikääntyneiden ja erityisryhmien liikuntaa (kuvio 5) järjestettiin eri kohderyhmille seuraavasti:

HEINOLAN KAUPUNGIN ERITYISRYHMIEN LIIKUNTA	
KOHDERYHMÄT:	LAJIT:
Näkövammaiset Liikuntarajoitteiset Sotainvalidit ja -veteraanit Kuulovammaiset Rintamaveteraanit Seniorit (miehet ja naiset)	Kuntojumppa Kuntosali Ohjattu kuntosali Vesijumppa Senioritanssi Voima- ja tasapainojumppa Vertaisjumppa Sydänjumppa Vesijuoksu Syvävenyttely Tuolijumppa Istumalentopallo Lentopallo Kävely

Kuvio 5. Ikääntyneiden ja erityisryhmien liikunta 2.9.- 13.12.2013 (Heinolan kaupunki 2013b)

6.3 Erityisliikunnan rahoitus

Heinolan kaupunki käyttää erityisliikuntaan vuoden 2013 talousarvion perusteella noin 2,5€ asukasta kohden (Nieminen, M. 1.11.2013). Opetusministeriön (2010, 20) raportin

kuntien erityisliikunnan tilanteesta 2009 mukaan kuntien keskimääräinen määrärahaosuus erityisliikunnalle on noin 2,3€ asukasta kohden.

7 Tutkimuksellisen kehittämistyön kokonaisuus

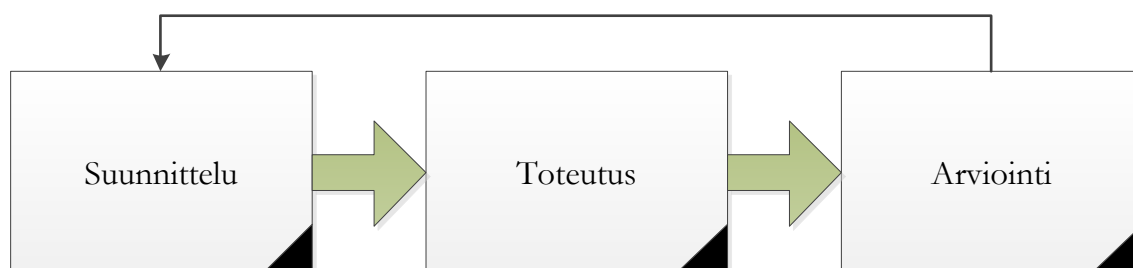
Tutkimus ja kehittäminen liittyvät usein yhteen ja kehittämistyössä korostuu tutkimuksellisuus. Tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohdat voivat olla erilaisia. Ne voivat saada alkunsa esimerkiksi organisaation kehitystarpeista tai muutoshaluista. Tutkimukselliseen kehitystyöhön kuuluu usein käytännön ongelmien ratkaisua ja uusien ideoiden, käytäntöjen tai palvelujen toteuttamista. Tutkimuksellisen kehittämistyön pohjalta kehitetään ja otetaan käyttöön uusia ratkaisuja. Sen tarkoitus ei ole vain kuvailla tai selittää asioiden nykytilaa vaan etsiä parempia vaihtoehtoja käytännön tekemiseen. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä on siis keskiössä toiminnallisuus ja parannusten hakeminen asioiden nykytilaan. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 17–20.)

Tutkimuksellisuuden merkitys kehittämistyössä on perusteltavissa sillä, että sen avulla kehittämistyöhön vaikuttavat tekijät otetaan kattavammin ja suunnitelmallisemmin huomioon ja kehittämistyön tulokset voidaan perustella paremmin. Eri toimialoilla on vallitsevia käsityksiä, jotka usein määrittävät niiden toimintaa. Jos tutkimuksellisuuden sijaan päätökset perustuvat vallalla oleviin, kritiikittömiin näkemyksiin, uskomukset vaikuttavat päätöksiin eikä asioiden puolueettomaan tarkasteluun kyetä. Tutkimuksellisuuteen liittyy olennaisesti myös se, että omat ratkaisut ja tuotettu tieto rakentuvat aiemman tietoperustan päälle. Käytännön kehittämistyössä on siis hyödynnettävä olemassa olevia teorioita ja niistä muodostuvaa tietoperustaa. (Ojasalo ym. 2009, 21–22.)

7.1 Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi

Kehittämistyötä kuvataan useimmiten prosessina eli kehittäminen koostuu selkeistä vaiheista, jotka seuraavat toisiaan. Prosessiajattelu auttaa toimimaan järjestelmällisesti ja

ottamaan huomioon, mitä kussakin vaiheessa olisi hyvä tehdä ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä. Esimerkiksi kehittämistyön tavoitteet olisi hyvä olla määritelty ennen kuin käytettävistä menetelmistä päätetään. Jokainen kehittämistyö voidaan kuvailla yksinkertaisena muutostyön prosessina. (Kuvio 6.)

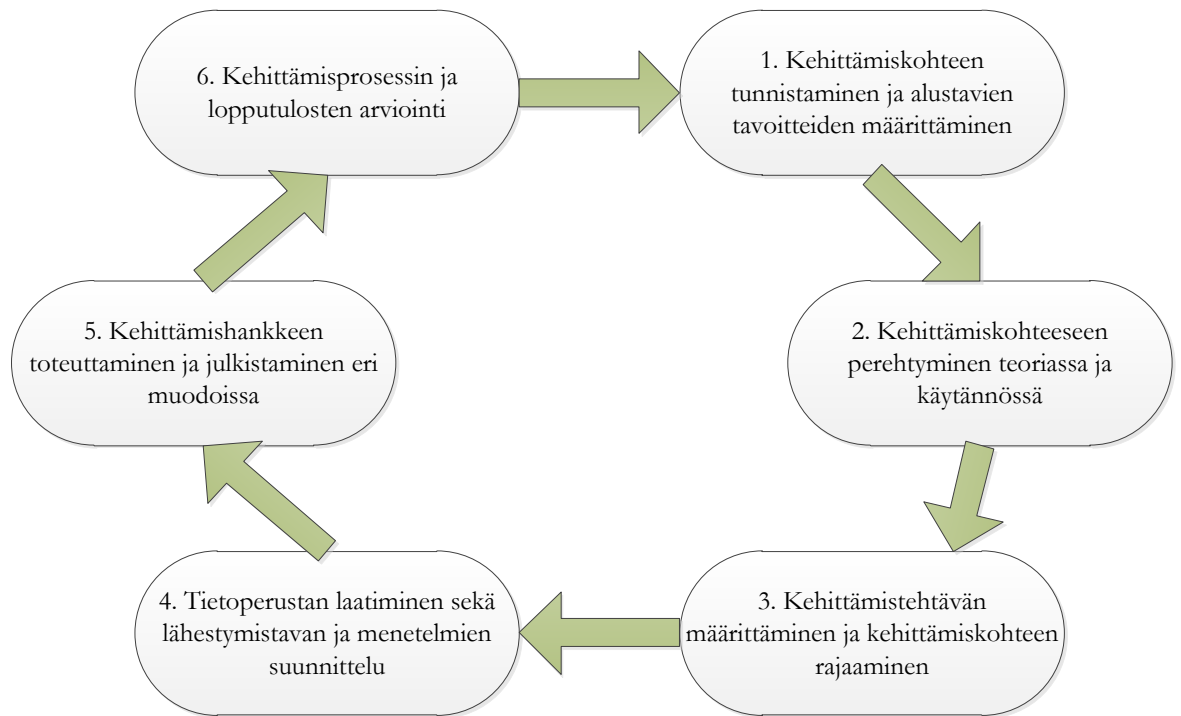


Kuvio 6. Muutostyön prosessi (Ojasalo ym. 2009, 23)

Ensimmäisenä muutosprosessissa selvitetään kehittämishaasteet, asetetaan niitä koskevat tavoitteet ja tehdään suunnitelma tavoitteiden saavuttamiseksi. Nämä tehtävät muodostavat *suunnitteluvaiheen*. Seuraavaksi muutosprosessissa on edessä *toteutusvaihe*, johon kuuluu suunnitelman toteutus. Lopuksi *arviointivaiheessa* arvioidaan, miten muutostyössä on onnistuttu. Arvioinnin pohjalta aloitetaan usein uuden kehittämistyön suunnittelu. (Ojasalo ym. 2009, 22–23.)

7.1.1 Kehittämispöcessin eteneminen

Kuviossa 7 on esitettyä tyypillinen malli tutkimuksellisen kehittämistyön prosessista. Prosessimalli on tarpeellinen, jotta saadaan havainnollistettua kokonaiskuva kehittämistyöhön liittyvistä vaiheista. Käytännössä prosessi on kuitenkin vaikeampi jakaa selkeästi vaiheisiin ja vaiheiden eroa voi olla vaikea nähdä. Usein prosessissa myös edetään edestakaisin eri vaiheiden välillä, joten on normaalia, että prosessi ei etene tarkalleen vaiheiden mukaisesti. (Ojasalo ym. 2009, 23–24.)



Kuvio 7. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi (Ojasalo ym. 2009, 24)

Tutkimuksellisen kehittämishanke käynnistyy *kehittämiskohteen tunnistamisella* ja siihen liittyvien tekijöiden *ymmärtämisellä*. Kehittämishanke kohdentuu yleensä työelämän tai liiketoiminnan kehittämiseen ja sen tarkoituksena on aikaansaada muutos. Tavoitteena voi olla esimerkiksi uusi tuote/palvelu tai prosessien kehittäminen ja uudistaminen. Kun kehityskohde on tunnistettu, *haetaan siihen liittyvää tietoa*. Tietoa haetaan sekä käytännöstä että teoriasta. Koottu tieto käsitellään siten, että se on merkityksellistä kehittämishankkeen kannalta. Seuraavaksi *määritetään ja rajataan tarkempi kehityskohde*. Rajauksen perusteella on helpompi *suunnitella kehittämiskohteen lähestymistapa ja menetelmät* kehittämiseen. Suunnitelma on hyvä tehdä kirjallisesti. Lähestymistavalla tarkoitetaan tapaa, jolla kehitettävää ilmiötä lähestytään ja siinä voidaan käyttää apuna erilaisia menetelmällisiä ratkaisuja. Lähtökohtana voi olla tavanomaisten tutkimusmenetelmien ohella myös erilaisia luovia kehittämismenetelmiä, kuten aivoriihiyöskentely. Koska kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa muutoksia nykyisiin toimintatapoihin, tulisi resursseja suunnata riittävästi itse *muutoksen toteuttamiseen*. Prosessin viimeinen vaihe on *kehittämistyön arviointi*. Arviointia tehdään niin kehittämistyön tuloksista kuin itse kehittämisprosessista. (Ojasalo ym. 2009, 23–26.)

7.1.2 Kehittämistyössä käytettäviä menetelmiä

Kehittämistyössä on mahdollista käyttää monenlaisia menetelmiä, jotka eivät rajoitu pelkästään tieteellisiin tutkimusmenetelmiin. Tutkimusmenetelmät on jaettu määrällisiin ja laadullisiin menetelmiin. Tyypillisenä määrällisen menetelmän muotona on käytetty lomakekyselyä tai strukturoitua lomakehaastattelua, jossa kysytään isolta joukolta vastaajia samoja asioita samassa muodossa. Tämä joukko muodostaa otoksen, joka valitaan suuremmasta perusjoukosta. Määrälliset menetelmät sopivat hyvin tilanteeseen, jossa halutaan testata jonkin oletuksen paikkansapitävyyttä. Kyselyn tuottama materiaali analysoidaan tilastollisin menetelmin ja tiedot yleistetään koskemaan koko perusjoukkoa. Tyypillisiä laadullisia menetelmiä ovat esimerkiksi teema- ja ryhmähaastattelut sekä osallistuva havainnointi. Laadullisten menetelmien käyttö on suositeltavaa, kun halutaan ymmärtää jotain ilmiötä paremmin ja kokonaisvaltaisemmin. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä määrällisten ja laadullisten menetelmien ero hämärtyy ja niiden rooli on auttaa saavuttamaan parhaat mahdolliset uudet käytännöt kehittämistyössä. Lisäksi kehittämistyössä voi käyttää erilaisia luovia ideointimenetelmiä, joista voi saada uusia ideoita kehittämistyöhön, kuten aivoriiheä. (Ojasalo ym. 2009, 94–95.)

8 Kehittämissuunnitelman vaiheet ja toteutus

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on luoda Heinolan kaupungin erityisliikunnalle uusi kehittämissuunnitelma. Suunnitelmaa varten tehtiin erityisliikuntapalveluiden asiakkaille asiakaskysely sekä kaupungin erityisliikunnanohjaajalle teemahaastattelu. Tutkimusmenetelmät valikoituivat niiden käytettävyyden mukaisesti. Kyselylomake sopii suurelle otokselle, kun taas teemahaastattelu antaa yksityiskohtaisempaa sekä vapaampaa pohdintaa halutuista aiheista. Tärkeänä lähtökohtana toimi myös, että tiedonkeruun avulla saatuja tuloksia voidaan tuloksellisesti mitata sekä analysoida.

8.1 Asiakaskysely Heinolan kaupungin erityisliikunnan asiakkaille

Heinolan erityisliikuntapalveluiden asiakkaille tehtiin asiakaskysely, joka oli tyypiltään kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Asiakaskysely suoritettiin kirjallisena 9.-12.12.2013 Heinolan uimahallilla, jossa kaupungin erityisliikunnan ryhmät pääsääntöisesti kokoontuvat. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisessä asemassa ovat muodostetut johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely, otoksen valinta perusjoukosta, aineistokeruun suunnitelmallisuus sekä havaintomateriaalin tilastollinen analysointi esimerkiksi prosenttitaulukoiden muodossa. (Hirsjärvi 2009, 140.)

Asiakaskyselystä annettiin ohjeet ennen liikuntatuntien alkua ja suoritettiin heti näiden jälkeen. Tätä varten tutkijat olivat paikan päällä kyseisen viikon kertoen työn tarkoituksesta sekä ohjastaen tarvittaessa kyselyn täytössä vastaajia. Ratkaisulla pyrittiin saamaan mahdollisimman suuri otos, joka lopulta oli 82 vastausta. Kyselytutkimuksessa haastateltavat usein kieltäytyvät tai jättävät vastaamatta, mutta haastattelututkimuksessa kato on yleensä pienempi kuin postikyselyssä (Koivula 1999, 25). Asiakaskyselyt täytettiin nimettöminä ja niiden sisältämiä tietoja on tutkittu luottamuksellisesti. Kyselyn esille tuomia tuloksia on käytetty kehityssuunnitelman laadinnan pohjana.

Asiakaskyselylomake (liite 1) on muokattu Liikuntatieteellisen Seuran Erityisliikuntaa kuntiin 2013–2015 -hankkeen kyselylomakepohjasta asiakkaille kohdekunnan tarpeita paremmin vastaaviksi. Alkuperäinen lomake on muovautunut aiempien kolmen hankkeen palautteiden pohjalta käyttökelpoiseksi, sillä peruslaatuiset ongelmakohdat ovat

karsiutuneet pois. Hankkeen projektipäällikkö Saku Rikala antoi vapaat kädet materiaalin käyttöön.

Kysely vaatii aina hyvän etukäteissuunnittelun ja kyselylomake tulee testata koevastaajaryhmällä. Siten voidaan havaita, miten kysymykset ymmärretään ja onko kysymysten muotoilua tarpeen muuttaa. (Koivula 1999, 47.) Heinolan kaupungille räätälöity kyselylomake testautettiin etukäteen kaupungin erityisliikunnan ohjaajalla sekä ulkopuolisilla henkilöillä, jotta saimme karsittua mahdolliset epäkohdat pois. Tämän lisäksi saimme tietoomme kyselylomakkeen täyttämiseen kestävän ajan. Kyselylomake ei saa olla liian pitkä. Aikuisille suunnattu tutkimus voi olla pituudeltaan enintään viisi sivua. Tärkeää on ottaa huomioon, ettei kyselyn täyttöön käytettävä aika ylitä pistettä, jolloin keskittymiskyky laskee. Mikäli näin käy, tutkimuksen luotettavuus saattaa kärsiä. (Valli 2010, 105–106.) Näillä asioilla pyrimme alentamaan kyselyyn osallistumisen kynnystä.

Kyselylomakkeen sisältö koostui monivalintakysymyksistä sekä avoimista kysymyksistä. Alkuun vastaajilta tiedusteltiin taustakysymyksiä muun muassa ikään, sukupuoleen ja asuinalueeseen liittyen. Kysymyksillä vastaaja pyritään johdattamaan itse aiheeseen. Ne toimivat myös muuttujina, joihin varsinaisia mitattavia ominaisuuksia verrataan. (Valli 2010, 104) Monivalintakysymyksillä tiedusteltiin yleistietojen lisäksi palvelun nykytilan, käytettävyyttä haittaavia tekijöitä sekä tiedotukseen liittyviä kysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä tiedusteltiin vastaajien toiveita ja kehitysehdotuksia liittyen erityisliikunnan palveluihin. Monivalintakysymykset helpottavat vastausten mielekästä vertailua ja tuottavat vähemmän kirjavia vastauksia. Monivalintakysymysten vastauksia on helppompaa käsitellä ja analysoida tietokoneella. Avoimet kysymykset puolestaan sallivat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin. (Hirsjärvi 2009, 201.) Tästä johtuen ne saattavat tuottaa aineistoa, josta saadaan käyttökelpoisia ideoita (Valli 2010, 126).

Monivalintatyyppiset kysymykset sitovat vastaajan valmiiksi annettuihin vaihtoehtoihin, kun taas avoimet kysymykset saattavat tuottaa aineistoa, joka on kirjavaa ja vaikeasti käsiteltävää. (Hirsjärvi 2009, 201.) Avoimiin kysymyksiin saatetaan myös jättää kokonaan vastaamatta tai vastataan liian epämääräisesti, jolloin niiden käytettävyys heikkenee. (Valli 2010, 126.) Kyselyjen analysointi suoritettiin Microsoft Excel 2010- ohjel-

malla, johon vastaukset syötettiin havaintomatriisiin ja muutettiin sitä kautta kaavioiksi ja taulukoiksi.

8.1.1 Tutkimusongelma ja – kysymykset

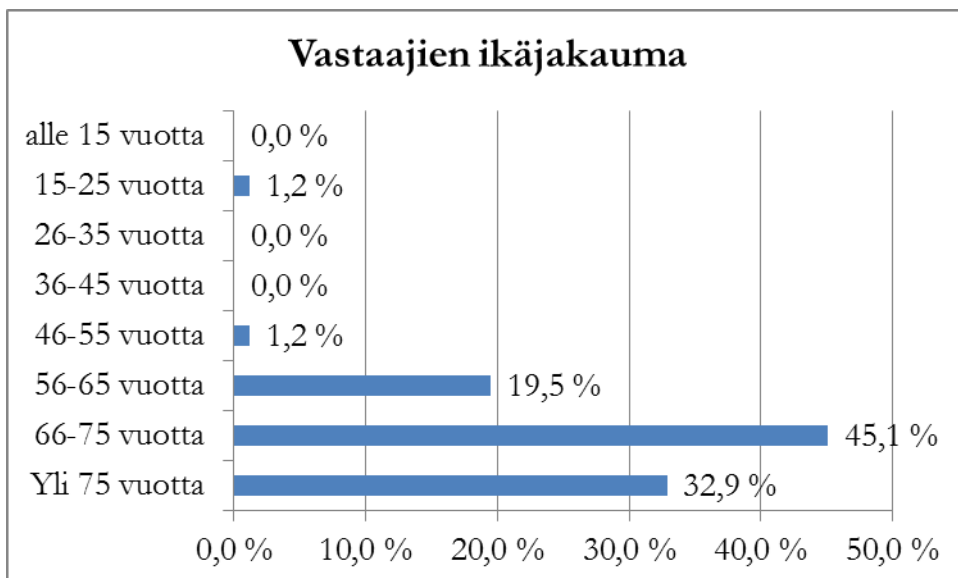
Tutkimusongelma oli, mitä mieltä Heinolan kaupungin erityisliikunnan asiakkaat ovat palvelun nykytilasta. Jotta tutkimusongelmaan saatiin mahdollisimman laaja-alaiset vastaukset, tuettiin sitä seuraavien tutkimuskysymyksien avulla:

- Mitkä tekijät haittaavat liikunnan harrastamista kunnassa?
- Mitä kautta asiakkaat saavat tietoa erityisliikunnan harrastusmahdollisuuksista?
- Mitä erityisliikuntaryhmiä asiakkaat haluaisivat perustettavan Heinolaan, ja miten kunnan erityisliikuntaa tulisi kehittää?

Kyselylomake laadittiin siten, että saisimme suorat vastaukset tutkimusongelmaan sekä – kysymyksiin.

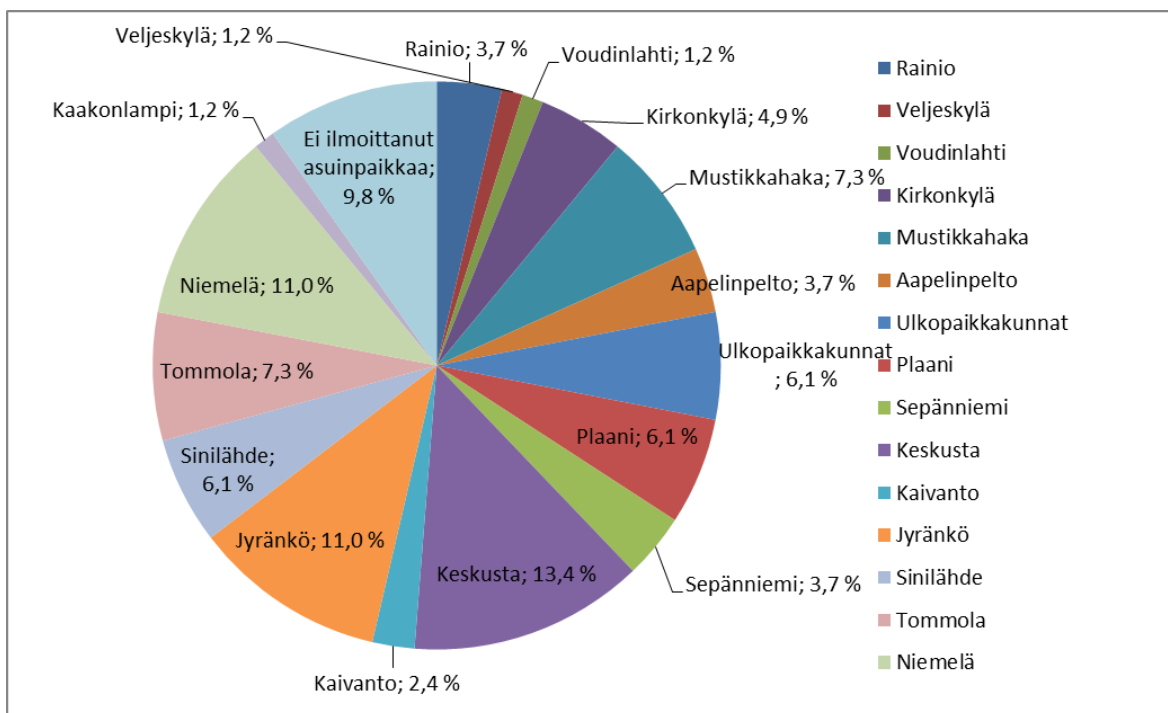
8.1.2 Tulokset

Asiakaskyselyyn vastasi 82 erityisliikuntapalveluiden asiakasta, jotka osallistuivat kyselyviikolla 9.-12.12.2013 Heinolan uimahallilla järjestettyihin liikuntatunteihin. Tarkkaa vastausprosenttia on mahdoton arvioida, sillä vastaamatta jättäneiden asiakkaiden määrää ei kyselytilanteen toteutustavasta johtuen kyetty laskemaan. Vastaajista 19 oli miehiä ja 57 naisia. Kuusi vastaajaa ei ilmoittanut sukupuoltaan. 32,9 % vastaajista oli yli 75-vuotiaita, 45,1 % 66–75-vuotiaita, 19,5 % 56–65-vuotiaita, 1,2 % 46–55-vuotiaita ja 1,2 % 15–25-vuotiaita. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Kyselyyn vastanneiden (n = 82) ikäjakauma

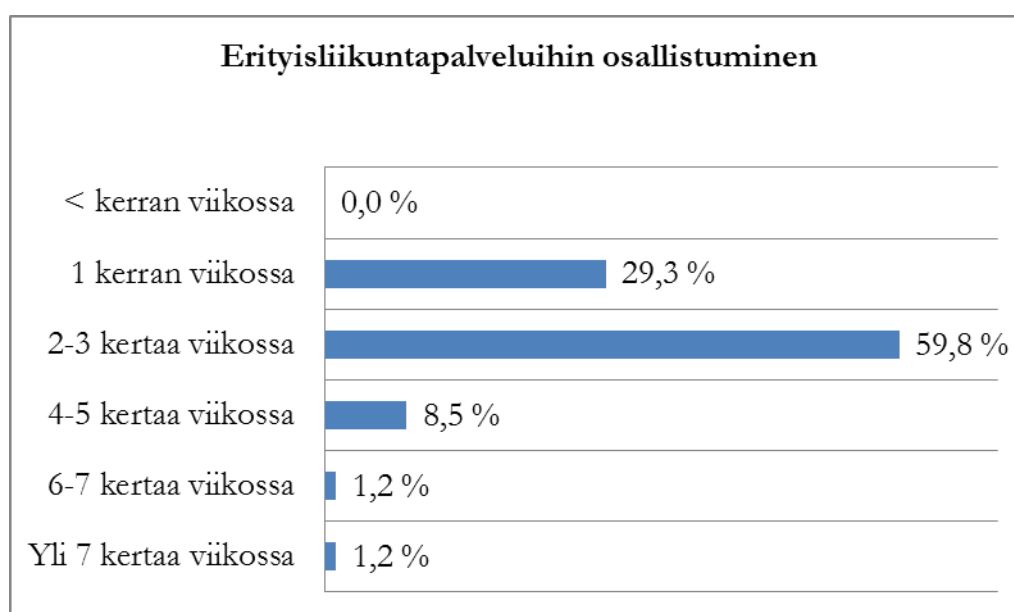
Vastaajista 3,7 % ilmoitti asuinpaikakseen Rainion kaupunginosan, 1,2 % Veljeskylän, 1,2 % Voudinlahden, 4,9 % Kirkonkylän, 7,3 % Mustikkahaan, 3,7 % Aapelinpellon, 6,1 % ulkopaikkakunnan, 6,1 % Plaaniin, 3,7 % Sepänniemen, 13,4 % Keskustan, 2,4 % Kaivannon, 11,0 % Jyrängön, 6,1 % Sinilähteen, 7,3 % Tommolan, 11,0 % Niemelän, 1,2 % Kaakonlammen. Vastanneista 9,8 % ei ilmoittanut asuinpaikkaansa. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Kyselyyn vastanneiden (n = 82) asuinpaikat

Kyselyyn vastanneista vähintään 73,1 % asuu korkeintaan 2,5 kilometrin päässä Heinolan uimahallilta, missä erityisliikunnan palveluita pääosin järjestetään. Lukema voi olla suurempi, koska 9,8 % vastaajista ei ilmoittanut asuinpaikkaansa. Googlen karttapalvelun (2013) mukaan asuinpaikoista Sinilähde, Heinolan Kirkonkylä sekä ulkopaikkakunnat sijaitsevat yli 2,5 kilometrin päässä Heinolan uimahallista.

Vastaajista Heinolan kaupungin erityisliikuntapalveluihin osallistui kerran viikossa 29,3 %, 2-3 kertaa viikossa 59,8 %, 4-5 kertaa viikossa 8,5 %, 6-7 kertaa viikossa 1,2 % ja yli seitsemän kertaa viikossa 1,2 % (kuvio 10).



Kuvio 10. Kyselyyn vastanneiden (n = 82) osallistuminen erityisliikunnan palveluihin

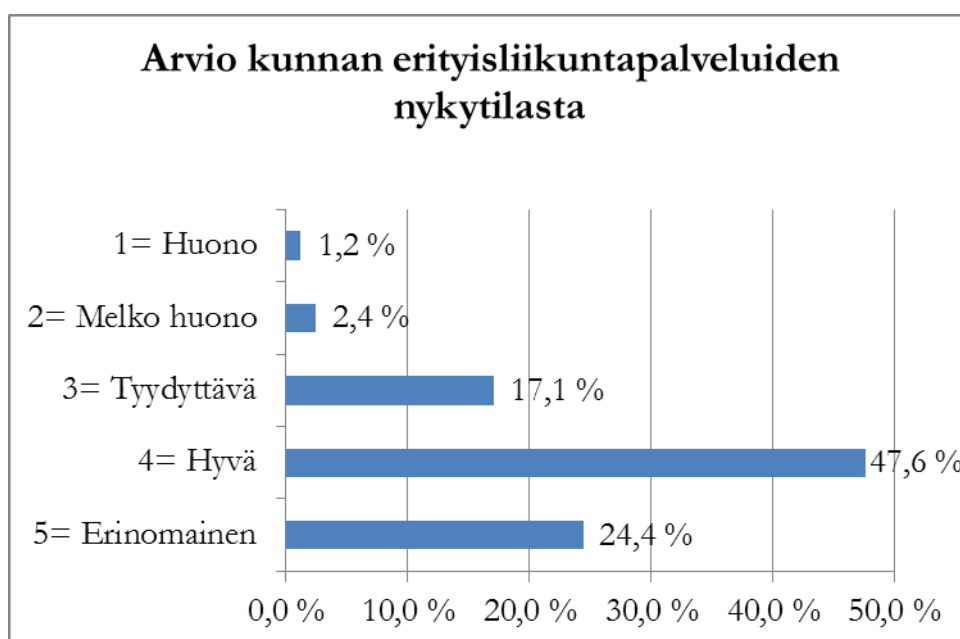
Taulukko 1. Vastaajien osallistuminen erityisliikunnan palveluihin sukupuolen mukaan

		Osallistuminen/vko					n=
		1 kerta	2-3 kertaa	4-5 kertaa	6-7 kertaa	>7 kertaa	
Sukupuoli	Mies	10 (52,6 %)	8 (42,1 %)	1 (5,3 %)	0	0	19
	Nainen	13 (22,8 %)	37 (64,9 %)	5 (8,8 %)	1 (1,8 %)	1 (1,8 %)	57
Yhteensä		23 (30,3 %)	45 (59,2 %)	6 (7,9 %)	1 (1,3 %)	1 (1,3 %)	76

Ristiintaulukoimalla selvitimme, onko sukupuolella vaikutusta erityisliikunnan palveluiden käyntimäärään. Miesten (n = 19) osallistumisaktiivisuus jäi naisten lukuja alhaisimmiksi, sillä 52,6 % miehistä osallistui yhden kerran viikossa. 42,1 % puolestaan liikkui 2-3 kertaa viikossa. Naisista (n = 57) suurinosa, 64,9 %, osallistui 2-3 kertaa

viikko tasolla. Toiseksi suurin ryhmä oli kerran viikossa liikkuvat, joiden osuus oli 22,8 %. (Taulukko 1.)

Vastaajia pyydettiin arvioimaan Heinolan kaupungin erityisryhmien liikuntapalveluiden taso asteikolla 0-5, jossa 0= en osaa sanoa, 1= huono, 2= melko huono, 3= tyydyttävä, 4= hyvä, 5= erinomainen. Vastaajista 1,2 % arvioi tason huonoksi, 2,4 % melko huonoksi, 17,1 % tyydyttäväksi, 47,6 % hyväksi ja 24,4 % erinomaiseksi. (Kuvio 11.)
Numeerinen keskiarvo palvelutasolle oli 4.



Kuvio 11. Kyselyyn vastanneiden (n = 82) arvio erityisliikuntapalveluiden nykytasosta

Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden miesten ja naisten (n = 76) sukupuolen vaikutus palvelutason arviointiin

		Palvelutaso					n=
		Huono	Melko huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen	
Sukupuoli	Mies	1 (5,3 %)	0	3 (15,8 %)	12 (63,2 %)	3 (15,8 %)	19
	Nainen	0	2 (3,5 %)	11 (19,3 %)	26 (45,6 %)	18 (31,6 %)	57

Yhteensä	1 (1,3 %)	2 (2,6 %)	14 (18,4 %)	38 (50,0 %)	21 (27,6 %)	76
-----------------	-----------	-----------	-------------	-------------	-------------	----

Ristiintaulukoimalla (taulukko 2) selvitimme sukupuolen ja palvelutason keskinäistä merkitystä. Taulukosta jäivät pois vastaajat (n = 6), jotka eivät sukupuoltaan lomakkeessa ilmoittanut. Tästä johtuen kokonaispalvelutason prosentuaalinen osuus on eri kuin arvio kunnan erityisliikuntapalveluiden nykytilasta esittää (kuvio 11). Miehistä (n = 19) 5,3 % arvioi palvelun huonoksi, 15,8 % tyydyttäväksi, 63,2% hyväksi ja 15,8% erinomaiseksi. Naiset (n = 57) kokivat palvelun laadun siten, että 3,5 % antoi arvosanan melko huono, 19,3 % tyydyttävä, 45,6 % hyvä ja 31,6 % erinomainen. Numeraaliset keskiarvot muodustuivat siten, että naisten vastausten keskiarvo oli 4,05 ja miesten 3,84.

Kahden muuttujan välistä merkitsevyyttä testattiin Khiin neliö-yhteensopivuustestillä, joka suoritettiin IBM SPSS Statistics-ohjelmalla. Khiin neliö-yhteensopivuustesti on soveltuva testaamaan sitä, onko luokittelumuuttujan jakauma satunnainen tai tietyn odotetun jakauman mukainen (Metsämuuronen 2004, 44). Khiin neliö-yhteensopivuustestin perusteella arvon todennäköisyys on 0,205, kun sen pitäisi olla alle 0,05, jotta voitaisiin väittää vastaajien sukupuolella olevan merkitystä siihen, kuinka hyväksi he arvioivat palvelutason. Kun vertailtavia arvoja on kaksi, on vaatimuksena, että soluja, joissa odotettu frekvenssi on pienempi kuin 5 olisi korkeintaan 20 % soluista. Lisäksi kaikissa soluissa odotetun frekvenssin tulisi olla vähintään 1. Mikäli odotetun frekvenssin ehdot eivät täyty, tulisi tuloksia tulkita varovaisesti. (Metsämuuronen 2004, 45–48.) Tässä tapauksessa soluja, joissa odotettu frekvenssi on pienempi kuin 5, on 5 kappaletta eli 50 % solujen kokonaismäärästä. Lisäksi kahden solun odotettu frekvenssi on pienempi kuin 1. Siten tuloksia luettaessa tulisi noudattaa tulkinnallista varovaisuutta.

Taulukko 3. Kyselyyn vastanneiden (n = 82) iän vaikutus palvelutason arvioimiseen

	Palvelutaso					n=
	Huono	Melko huono	Tyydyttävä	Hyvä	Erinomainen	
Ikä 15–25	0	1 (100 %)	0	0	0	1
46–55	0	0	1 (100 %)	0	0	1
56–65	0	1 (6,3 %)	4 (25 %)	9 (56,3 %)	2 (12,5 %)	16

66–75	0	0	4 (10,8 %)	20 (54 %)	13 (35,1 %)	37
Yli 75	1 (3,7 %)	0	5 (18,5 %)	15 (55,6 %)	6 (22,2 %)	27
Yhteensä	1 (1,2 %)	2 (2,4 %)	14 (17,1 %)	44 (53,7 %)	21 (25,6 %)	82

Ristiintaulukoimalla selvitettiin vastaajien (n = 82) iän vaikutusta palvelutason arvioimiseen (taulukko 3). Yli 75-vuotiaiden (n = 27) joukosta erinomaiseksi palvelun arvioi 22,2 % vastaajista, hyväksi 55,6 % ja tyydyttäväksi 18,5 % ikäluokasta. 66-75-vuotiaista (n = 37) vastauksen erinomainen antoi 35,1 %, hyvän 54 % ja tyydyttävän 10,8 %. 56-65-vuotiaiden (n = 16) vastaajien taholta palvelutaso arvioitiin 12,5 % mielestä erinomaiseksi, 56,3 % mielestä hyväksi, 25 % mielestä tyydyttäväksi ja 6,3 % mielestä melko huonoksi. Tätä nuorempien kohdalla yksittäiset vastaukset jakautuvat kohtiin tyydyttävä, 46-55-vuotiaat (n = 1) ja melko huono, 15-25-vuotiaat (n = 1). Vastauksista voidaan huomata alle 65-vuotiaiden kohdalla suurempi tyytymättömyys palvelutason. Khiin neliö-yhteensopivuustestissä perusteella muuttujien arvon todennäköisyys on 0.000, jonka mukaan ikä vaikuttaa siihen, miten palvelutaso arvioidaan. 50 %:ssa soluista odotettu frekvenssi on kuitenkin pienempi kuin viisi, joten tuloksia tulee tulkita harkinnanvaraisesti.

Vastaajilta kysyttiin myös perusteluja palvelutason arviointiin avoimella kysymyksellä. 39 vastaajaa täydensi arviotaan vastaamalla avoimeen kysymykseen. Avoimissa vastauksissa painottui vastaajien tyytyväisyys ohjaajiin sekä tuntien laatuun. Näkövammaisten erityisryhmistä kritisoitiin ohjauksen vähäistä kuvailuvuutta sekä vuorojen riittävyyttä/kestoja.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, miten eri tekijät haittaavat liikuntapalveluihin osallistumista (taulukko 4). Arviointiasteikkona käytettiin asteikkoa 0-5, jossa 0= en osaa sanoa, 1= estää liikunnan harrastamisen, 2= haittaa paljon, 3= haittaa melko paljon, 4= haittaa vähän, 5= ei haittaa lainkaan. Taulukko x näyttää vastausten prosentuaalisen jakauman. Tuloksista voidaan nähdä asiakkaiden yleinen tyytyväisyys palveluun, sillä yli 80 % vastaajista totesi, että ryhmien aikataulut, ohjauksen laatu, kuljetuspalveluiden riittämättömyys, ongelmat avustajan saamisessa, liikunta-apuvälineiden puuttuminen tai sopivan liikkumiskaverin puute ”ei haittaa lainkaan” tai ”haittaa vähän” erityisliikuntapalveluihin osallistumista. Liikuntatilojen esteellisyys jäi

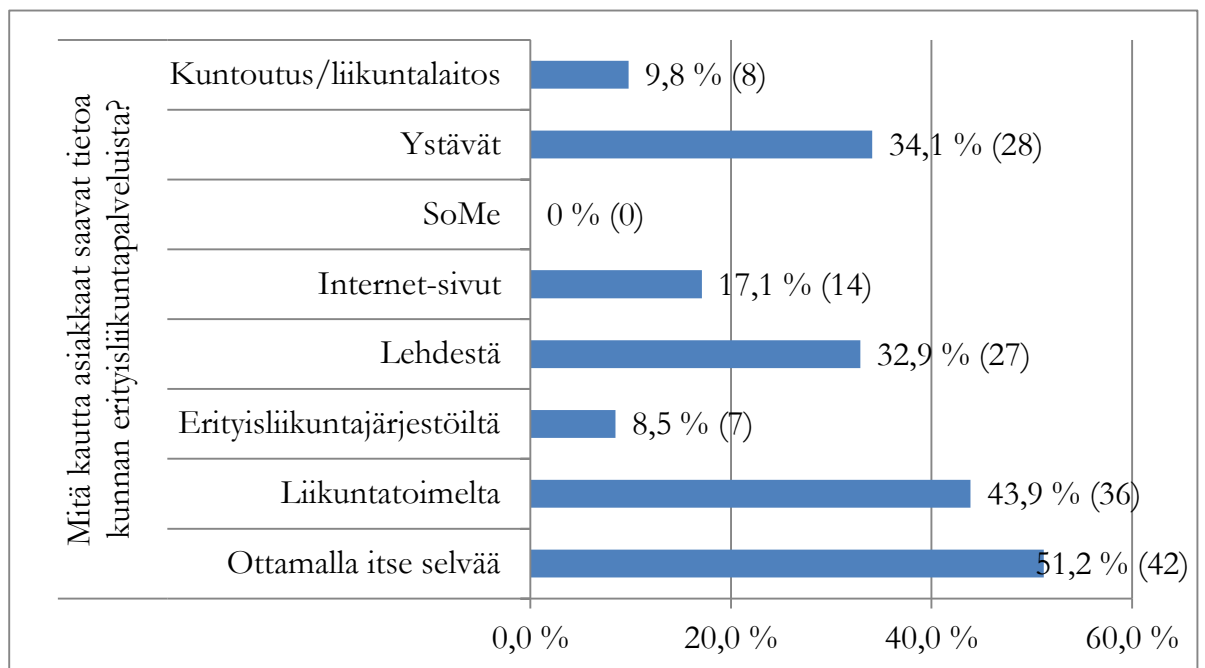
hieman tämän alle. Sen vastaukset jakoutuivat siten, että 63,9 % vastaajista ilmoitti ettei liikuntatilojen esteellisyys haitannut lainkaan. 15,3 % vastauksista annettiin vastausvaihtoehdoille ”haittaa vähän” sekä ”haittaa melko paljon”. Kysymyskohdat ”soveltuvista liikuntapalveluista ei saa tietoa” ja ”liikuntapalvelut ovat liian kalliita” poikkesivat yleisestä linjasta siten, että niiden ”ei haittaa lainkaan”- ja ”haittaa vähän”- vastaukset saivat yhteenlaskettuina 71,8 % ja 74,7 %. Kyselyyn osallistuneista 4,1 % - 16,9 % valitsi eri kysymyskohdissa vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”. Näiden lisäksi osa jätti kokonaan kysymykseen vastaamatta, mikä tiputti kysymyksen vastausten lukumäärän 71-73 eri arvioitavasta tekijästä riippuen.

Taulukko 4. Prosentuaaliset osuudet vastaajien (n = 71-73) arvioinneista kaupungin liikuntapalveluihin osallistumiseen haittaavista tekijöistä

Mitkä tekijät haittaavat erityisliikuntapalveluihin osallistumista?							
	En osaa sanoa	Estää liikunnan harrastamisen	Haittaa paljon	Haittaa melko paljon	Haittaa vähän	Ei haittaa lainkaan	Vastausten lukumäärä
Ryhmien aikataulut eivät sovi	4,1 %	4,1 %	1,4 %	5,5 %	20,5 %	64,4 %	73
Ei saa laadukasta ohjausta	11,0 %	0,0 %	0,0 %	6,8 %	15,1 %	67,1 %	73
Liikuntatilojen esteellisyys	5,6 %	0,0 %	0,0 %	15,3 %	15,3 %	63,9 %	72
Kuljetuspalveluiden riittämättömyys	12,5 %	0,0 %	1,4 %	2,8 %	8,3 %	75,0 %	72
Ongelmat avustajan saamisessa	16,9 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %	9,9 %	70,4 %	71
Soveltuvista liikuntapalveluista ei saa tietoa	15,5 %	4,2 %	4,2 %	4,2 %	14,1 %	57,7 %	71
Liikuntapalvelut ovat liian kalliita	8,5 %	0,0 %	4,2 %	12,7 %	12,7 %	62,0 %	71
Liikunta-apuvälineiden puute	11,3 %	2,8 %	1,4 %	1,4 %	12,7 %	70,4 %	71

Ei ole sopivaa kaveria, jonka kanssa liikkua	9,9 %	2,8 %	2,8 %	1,4 %	5,6 %	77,5 %	71
--	-------	-------	-------	-------	-------	--------	----

Vastaajilta kysyttiin, että mitä kautta he saavat tietoa erityisliikunnan harrastusmahdollisuuksista. Kysymykseen sai valita enintään kolme vastausvaihtoehtoa. Kuvio 12 näyttää vastausten prosentuaalisen jakauman suhteutettuna vastausmäärään (n = 82) eri vastausvaihtoehtojen välillä sekä niiden saaman vastauslukumäärän. Vastanneista 9,8 % saivat tietoa kaupungin erityisliikuntapalveluista kuntoutus-/liikuntalaitosten kautta, 34,1 % ystävien kautta, 0 % sosiaalisen median kautta, 17,1 % Internet-sivujen kautta, 32,9 % lehdistä, 8,5 % erityisliikuntajärjestöiltä, 43,9 % liikuntatoimelta ja 51,2 % ottamalla itse selvää.



Kuvio 12. Kyselyyn vastanneiden (n = 82) tiedonsaantikanavat kaupungin erityisliikunnan palveluista

Lisäksi vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, miten he kehittäisivät erityisliikuntapalveluista tiedottamista. Tähän kysymykseen 28 vastaajaa antoi kehitysehdotuksen. Seitsemän vastaajaa ilmaisi tyytyväisyytensä nykytilanteeseen, kuusi vastaajaa toivoi enemmän ilmoituksia lehtiin. Kolmessa vastauksessa toivottiin enemmän tiedotteita

näkövammaisten Tähtihetki-äänijulkaisuun. Kolme vastaajaa toivoi julkisten tiedotteiden jakamista kotiin.

Vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, mitä erityisliikuntaryhmiä he haluaisivat perustettavan Heinolaan. Avoimeen kysymykseen tuli 25 vastausta, joista 7 oli sitä mieltä, että palvelut ovat nykyisellään hyviä. Neljä vastaajaa toivoi lisää kehonhallintaa kehittäviä tunteja, kuten joogaa ja pilatesta. Kaksi vastaajaa toivoi ohjattua kuntosalituntia ”tavallisille” eläkeläisille. Kolmessa vastauksessa toivottiin erillisiä tunteja nivel- ja selkävaivaisille. Kolmessa vastauksessa toivottiin ulkoliikuntaa kuten luontoretkeilyä, lumikenkäkävelyä ja frisbeegolfia. Lisäksi yksittäisissä vastauksissa toivottiin kesäkaudelle, touko-syyskuulle, toistuvia tunteja sekä näkövammaisille tarkoitettuja sisäjumppa, maalipallo, spinning ja ohjattuja kävelytunteja.

Lopuksi vastaajilta kysyttiin avoimella kysymyksellä, miten kaupungin järjestämään erityisliikuntaa tulisi heidän mielestään kehittää. Kysymykseen vastasi 22 vastaajaa, joista kahdeksan ilmaisi tyytyväisyytensä palveluiden nykytilaan. Kahdessa vastauksessa toivottiin laadukkaampaa ohjausta näkövammaisille. Neljässä vastauksessa oltiin tyytymättömiä liikuntatiloihin tilanvähyyden tai huonon ilmastoinnin vuoksi. Kahdessa vastauksessa ilmaistiin halukkuus yhteisiin suunnittelutapahtumiin liittyen sekä liikuntatuntien sisältöihin että tilojen muutokorjausten suhteen. Kuntosalilaitteisiin tulisi kahden vastaajan mielestä saada parempaa perehdytystä korostuen aina uusien ryhmien aloittamisen aikoihin. Näiden lisäksi yksittäisissä vastauksissa ilmaistiin toiveita halvemmista hinnoista, seniorikortti-ian laskusta sekä liikuntatuntien levittämisestä eri puolelle kaupunkia. Yksi vastaaja esitti huolensa vanhemmista liikuntarajoitteisista eläkeläisistä, jotka eivät yksinään pääse tulemaan järjestetyille tunneille.

8.1.3 Johtopäätökset

Ensimmäiset kysymykset asiakaskyselyssä koskivat taustatekijöitä saadaksemme selville tietoja, joiden suhteen tutkimusongelmaa sekä -kysymyksiä pystyttiin tarkastelemaan. Taustakysymyksiä oli yhteensä kuusi jakautuen viiteen kysymykseen: sukupuoli ja ikä, kaupunginosa, jossa vastaaja asuu, pääasiallinen keino kulkea liikuntapalveluiden pariin,

kuinka usein vastaaja osallistuu kaupungin erityisliikunnan palveluihin sekä mihin ryhmiin vastaajat osallistuvat.

Tutkimusongelmana oli selvittää, mitä mieltä Heinolan kaupungin erityisliikunnan asiakkaat ovat palvelun nykytilasta. Tutkimusongelmaa varten vastaajia pyydettiin antamaan erityisryhmien liikuntapalvelun tasolle numeerinen arvo asteikolla 0-5. Lisäksi vastaajilta pyydettiin avoimella kysymyksellä perusteluja antamalleen arviolle. Kaikkien vastaajien antamien arvioiden keskiarvo oli 4. Miesten vastausten keskiarvo oli 3,84 ja naisten 4,05. Osa vastaajista ei ilmoittanut sukupuoltaan. 39 vastaajaa antoi lisäksi perusteluja arviolleen ja perusteluissa painottui tyytyväisyys sekä ohjaajiin että tuntien laatuun. Näkövammaisten tuntien kestoa pidettiin liian lyhyenä ja ohjausta liian vähän kuvailevana. Avoimien perustelujen vastaukset myötäilivät annettuja numeerisia arvioita. Vastausten perusteella voidaan sanoa, että yleisesti asiakkaiden mielestä Heinolan kaupungin erityisliikunnan palvelujen nykytila on hyvä.

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää, mitkä tekijät haittaavat liikunnan harrastamista kunnassa. Asiakaskyselylomakkeessa esitettiin vaihtoehtoja mahdollisista haittaavista tekijöistä, joiden lisäksi kyselyssä oli avoimet kohdat, jotta vastaaja olisi voinut halutessaan lisätä jonkun muun syyn vastaukseensa.

Useampi vastaaja jätti vastaamatta ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Näiden lisäksi merkittävä osa antoi vastauksen ”en tiedä”. Epävarmojen vastausten määrän voidaan katsoa kertovan osittain kysymyksen epäselvyydestä, vaikka vastaajille kerrottiin, että olimme paikanpäällä neuvomassa lomakkeentäyttöön liittyvissä epäselvyyksissä. Lisäksi voidaan olettaa, että mikäli kysymyskohtaan liittyviä haittaavia tekijöitä ei ole, vastaus sivuutettiin antamalla kohdalle ”en tiedä” vastausvaihtoehto. Asiakkailta saadut suulliset palautteet tukevat tätä olettamusta. On myös mahdollista, että vastaajien keskittymiskyky kyselylomakkeeseen vastaamiseen heikkeni mitä pidemmälle kysymyksissä edettiin.

Saaduista vastauksista voidaan tulkita, että käyttäjät ovat pääosin tyytyväisiä palveluiden tilaan, sillä melko - tai paljon haittaavia sekä kokonaan liikunnan harrastamisen estäviä tekijöitä löytyi vai satunnaisten vastausten kohdalta. Yksittäisistä kysymyskohdista kohdat ”soveltuvista liikuntapalveluista ei saa tietoa” ja ”liikuntapalvelut ovat liian kalliita”

jäivät yleisestä tasosta, sillä niiden kohdalla vastausvaihtoehdot ”haittaa melko vähän” tai ”ei haittaa lainkaan” saivat yhteenlaskettuna alle selvästi alle 80 % annetuista vastauksista. Liikuntatilojen esteellisyyttä käsittelevässä kysymyksessä vastausvaihtoehto ”haittaa melko paljon” sai merkittävän osuuden vastauksista, mutta yleinen mielipide oli kuitenkin hyvää luokkaa. Muiden kysymysten kohdalla myönteisten, ”ei haittaa lainkaan” tai ”haittaa vähän”, vastausten prosenttiosuudet nousivat 80 % tuntumaan tai sen yli, jolloin niitä voidaan pitää yleisesti toimivina ominaisuuksina.

Tiedonpuute soveltuvista liikuntapalveluista saattaa olla yhteydessä kysymyksessä, mitä kautta asiakkaat saavat tietoa erityisliikunnan palveluista, ilmi tulleeseen suosituimpaan tiedonsaantitapaan. Koska yli puolella suosituin tapa oli ottaa itse asioista selvää, voidaan pohtia, onko palveluiden tiedot helpoimmalla mahdollisella tavalla asiakkaiden saatavilla. Yli kymmenesosa vastaajista koki tiedon puutteen ongelmalliseksi. Nämä vastaukset jakautuivat tasaisesti vastausvaihtoehtojen ”estää liikunnan harrastamisen”, ”haittaa paljon” ja ”haittaa melko paljon” kesken. Vastausvaihtoehdon ”en tiedä” antoi 15,5 % vastaajista. ”En tiedä” -vastausten osuutta voidaan pitää yleisesti suurena. Toisaalta tässäkin tapauksessa luultavasti osa vastausvaihtoehdon antaneista ei koe heidän kohdallaan kysymyksen tilannetta ongelmalliseksi. Tätä näkemystä tukee tiedottamiseen liittyvän avoimen kysymyksen tuottamat vähäiset kehitysehdotukset.

Liikuntapalveluiden kalleus ”haittaa paljon” vain pientä osaa vastaajista ja vaihtoehto ”haittaa melko paljon” sai sekin vain reilun 10 % vastauksista. Heinolan kaupungilla on käytössä niin sanottu seniorikortti, joka mahdollistaa yli 70-vuotiaille ilmaisen osallistumisen kaupungin erityisliikunnan liikuntaryhmiin sekä uimisen uimahallilla ja käyntioikeuden kaupungin kuntosaleille. Maksuttomat käyttöoikeudet ladataan SporttiKorttiin, jonka hinta lunastaessa on 5€. Uusittu ikäraja tuli voimaan 2.1.2014. (Heinolan kaupunki 2014a.) Asiakaskyselyn toteuttamisen aikana 12.12.2013 kortin saanti-ikä oli 75- vuotta. Voisi olettaa, että tyytymättömiä palveluiden hintatasoon olisivat ne henkilöt, jotka eivät ole oikeutettuja ilmaiseen palveluun kaupungin liikuntapaikoilla. Ristiintaulukoimalla iän ja kalleuden voidaan kuitenkin tämä oletus murtaa. Haittaavuutta palveluiden kalleudesta löytyy myös yli 75-vuotiaiden ryhmästä, mikä saattaa olla osoitus kysymysasettelun heikkoudesta sekä kysymyksen väärinymmärtämisestä. Yli 75-vuotiaista 17,6 % vastasi ”haittaa melko paljon”, vaikka nämä henkilöt olivat kyselyn

aikaan oikeutettuja ilmaisiin palveluihin. Alle 55-vuotiaiden keskuudessa palvelun hinta ei vaikuttanut osallistumiseen. 56–65-vuotiaista puolet oli heidän kanssa samaa mieltä. Tulosten ristiriitaisuudesta johtuen liikuntapalveluiden hintatason vaikutuksesta palveluiden käyttöön ei voida tehdä merkitseviä johtopäätöksiä.

Liikuntatilojen esteellisyys häytti liikuntapalveluihin osallistumista vähän tai melko paljon melkein kolmasosaa vastaajista. Vaikkei liikuntatilojen esteellisyys estänyt yhäkään vastaajan osallistumista liikuntapalveluihin kokonaan, koetaan tiloissa olevan parantamisen varaa. Tämä käy ilmi myös avoimien kysymysten vastauksista, jotka käsittelivät kehitysehdotuksia liikuntapalveluiden parantamiseksi. Saaduista vastauksista neljässä toivottiin liikuntatilojen parantamista. Niiden mukaan liikunta- tai pukutilat koettiin liian ahtaiksi sekä liikuntatilojen ilmanvaihto riittämättömäksi. Asiakaskyselyn toteuttamisen aikaan asiakkaat luulivat uimahallin menevän peruskorjaukseen kesällä 2014. Erityisliikunnanohjaajan haastattelussa (Saarinen, J. 14.1.2014) saadun tiedon mukaan korjaustyöt on kuitenkin siirretty vuoteen 2015. Asialla saattaa olla vaikutusta annettuihin vastauksiin.

Toisella tutkimuskysymyksellä selvitettiin, mitä kautta asiakkaat saavat tietoa erityisliikunnan harrastusmahdollisuuksista. Vastaajille annettiin vaihtoehtoja, joista he saivat valita kolme tärkeintä. Lisäksi heiltä kysyttiin avoimella kysymyksellä, että miten erityisliikunnan harrastusmahdollisuuksista tiedottamista tulisi kehittää. Yli puolet vastaajista ilmoitti saavansa tietoa ottamalla itse selvää. Tuloksen voidaan katsoa johtuvan tiedon puutteellisesta julkisesta saatavuudesta, mutta varsinkin vanhemman väestön tavasta omatoimiseen tiedonhankintaan. Yli 40 % sai tiedon harrastusmahdollisuuksista suoraan liikuntatoimelta. Myös ystävät ja lehdet olivat suosittuja tietolähteitä. Huomionarvoista on se, että vain vajaa kymmenesosa vastaajista piti kuntoutus-/liikuntalaitosta sekä erityisliikuntajärjestöjä tärkeimpinä keinona saada tietoa erityisliikuntapalveluista. Lukema kertoo oletettavasti siitä, että Heinolan kaupungin erityisliikunnan asiakkaat ovat pääosin hyväkuntoisia, mutta myös siitä, että palvelujen pariin ohjautunee hyvin vähän asiakkaita järjestöjen tai terveydenhuollon parista. Yksikään vastaajista ei valinnut vaihtoehtoa sosiaalinen media, mikä kertonee yleisesti sosiaalisen median vähäisestä suosioista ikääntyvien ja ikääntyneiden keskuudessa.

Avoimeen kysymykseen tiedottamisen kehittämistä vastasi 28 vastaajaa. Heistä seitsemän ilmaisi tyytyväisyytensä nykytilanteeseen. Kuusi vastaajaa toivoi ilmoituksia lehtiin. Lehti-ilmoitukset olivat kolmasosalle vastaajista tärkeimpien tiedonsaantitapojen joukossa nykyisellään, mutta halukkuutta enemmässäkin määrin näyttäneen olevan. Huomioitavaa oli, että kolmessa vastauksessa toivottiin enemmän tiedottamista näkövammaisten Tähtihetki-äänijulkaisuun. Lukema on suhteellisen iso, sillä kyselyyn ei osallistunut montaa näkövammaista. Suurimmalla osalla asiakkaista ei ollut tiedottamiseen liittyviä kehitysehdotuksia, sillä moni jätti kokonaan vastaamatta avoimeen kysymykseen. Asiakaskysely itsessään ei kuitenkaan vastaa, onko kaupungissa sellaisia henkilöitä, jotka eivät käytä erityisliikunnan palveluita, koska he eivät saa niistä tarpeeksi tietoa.

Kolmannen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää, mitä erityisliikuntaryhmiä asiakkaat haluaisivat perustettavan Heinolaan ja miten Heinolan kaupungin järjestämä erityisliikunta tulisi heidän mielestään kehittää. Kysymykseen uusista erityisliikuntaryhmistä saatiin 25 vastausta. Suurin osa jätti kokonaan vastaamatta tähän kysymykseen, mikä kertoo siitä, että suurella osalla asiakkaista ei ollut toivomuksia uusista liikuntamuodoista tai heillä ei ole riittävästi tietoa erilaisista liikuntamahdollisuuksista. Useimmin esiin nousseet toiveet koskivat tasapainoa ja kehonhallintaa kehittäviä lajeja, erillisiä tunteja nivel- ja selkävaivaisille sekä ulkoliikuntaa. Lisäksi toivottiin ohjattua kuntosalituntia ”tavallisille eläkeläisille”. Muut vastaukset olivat yksittäisiä toiveita. Mikään toive ei toistunut huomattavan montaa kertaa vastauksissa, joten kysymyksen vastauksista on vaikea tehdä johtopäätöksiä uusien liikuntaryhmien perustamista varten, mutta joogan sekä pilateksen tyyppisiä kehonhuoltoon liittyviä harjoitteita voisi lisätä osaksi tuntien sisältöä.

Avoimeen kysymykseen erityisliikuntapalveluiden kehittämistä vastasi noin neljännes vastaajista. Esiin nousi tyytymättömyys liikuntatilojen tilanpuutteeseen tai huonoon ilmanvaihtoon. Muissa vähintään kaksi kertaa toistuvissa ehdotuksissa toivottiin laadukkaampaa ohjausta näkövammaisille, perehdytystä kuntosalilaitteisiin sekä mahdollisuutta osallistua yhteisiin suunnittelutilaisuuksiin liittyen liikuntatuntien sisältöihin sekä tilojen muutoskorjauksiin. Vastauksissa mikään toive ei toistunut useasti, jotta vastauksista voitaisiin tehdä yleistäviä johtopäätöksiä palveluiden kehittämisen suhteen, mutta

esiinnoituneet toiveet olisi hyvä huomioida liikuntapalveluiden jokapäiväisessä toteuttamisessa.

Vastausmäärät viimeiseen tutkimuskysymykseen jäivät harmittavan alhaiseksi ja useassa vastauksessa ainoastaan todettiin palvelun nykytilan olevan hyvä. Jälkeenpäin on helppo todeta, että kysymyslomakkeen huolellisemmalla suunnittelulla asiaan olisi mahdollisesti voitu vaikuttaa. Vaikka vastaajille ilmaistiin ennen lomakkeiden jakamista siihen arvioitu 5-10 minuutin ajallinen kesto, oli se ilmeisesti liian pitkä. Toisaalta laittamalla kysymykset toisenlaiseen järjestykseen näihin kohtiin olisi voitu saada parempi vastausprosentti. Tällä tavoin olisi voitu kohdentaa käytössä oleva keskittymiskyky paremmin kysymyksiin, jotka koskivat erityisliikunnan palveluiden kehittämistä, joka on kuitenkin kehityssuunnitelman kannalta tärkeä osa.

Palveluiden kehittämisen kannalta on huomionarvoista, että kyselyyn osallistuneista näkövammaiset olivat keskimääräistä tyytymättömämpiä erityisliikuntapalveluiden laatuun. Tutkimuksen taustakysymyksissä yritettiin selvittää liikuntaryhmissä käymisen perusteella, mihin erityisryhmiin vastaajat kuuluvat. Avoimien vastausten laatu jätti kuitenkin liikaa tulkinnanvaraa pitävien johtopäätösten tekemiseksi. Tästä huolimatta tutkimuksen aikana havaittiin, ettei näkövammaisia vastaajia ollut montaa. Silti avoimissa kysymyksissä toistuivat esimerkiksi näkövammaisten toiveet ohjauksen laadun parantamisen puolesta. Suhteutettuna näkövammaisten vastaajien vähäiseen määrään, voidaan heidän esittämien toiveiden määrää pitää huomioimisen arvoisena.

8.2 Heinolan kaupungin erityisliikunnan ohjaajan haastattelu

Teemahaastattelun idea on tuottaa haastattelijalle tietoa siitä, mitä toinen ajattelee. Mikäli haluttu tieto ei ole liian arkaluontoista, yksinkertaisin ja tehokkain tapa siihen on kysyä häneltä sitä suoraan. Teemahaastattelua voidaan kuvata myös termillä keskustelu. Normaaliin keskusteluun verrattuna eroavaisuutena on se, että keskustelu etenee haastattelijan aloitteesta ja tämän ehdoilla. Tarkoituksena on tuottaa ilmapiiri, joka mahdollistaa avoimen vuorovaikutuksen, jolloin haastattelusta saadaan esille tutkijaa kiinnostavat asiat. Haastattelutapahtuma tulee olla mahdollisimman keskustelunomainen. (Eskola & Vastamäki 2010, 26.)

Heinolan kaupungin erityisliikunnanohjaajaa haastateltiin Heinolan uimahallin kabinetissa 14.1.2014. Haastattelu suoritettiin ennakkoon suunnitellun rungon (Liite 2) mukaisesti, mutta sen annettiin kulkea keskustelunomaisesti. Siten pyrittiin varmistamaan, ettei keskustelu rajoittunut ainoastaan ennalta määrättyihin aiheisiin. Haastattelussa käsiteltiin erityisliikunnanohjaajan työtä, työnkuvaa ja koulutusmahdollisuuksia, Heinolan kaupungin erityisliikuntapalveluiden tarjontaa ja suunnittelua, erityisliikunnan ohjaajaresursseja, yhteistyökumppaneita sekä kehitystä mahdollisesti jarruttavia tekijöitä. Haastattelun tarkoituksena oli kartoittaa erityisliikunnanohjaajan näkemyksiä kehittämiskohteista sekä erityisliikunnan palveluiden eri osien toimivuudesta. Haastattelu äänitettiin ja vastaukset koottiin jälkikäteen äänitteestä. Haastattelussa ilmi tulleita asioita käytettiin osana kehityssuunnitelman laadinnassa.

8.2.1 Haastattelun pääkohdat ja pohdinta

Heinolan kaupungin erityisliikunnanohjaaja Johanna Saarinen työskentelee 38 tuntia viikossa. Maanantaista torstaihin hänellä on 3-5 ryhmäliikuntatuntien ohjausta päivittäin. Perjantaipäivät on varattu toimistolla työskentelyyn. Saarinen toivoo, että voisi työskennellä enemmän toimistolla ja käyttää aikaa suunnittelutyöhön sekä puhelimeen vastaamiseen. Tällä hetkellä ohjausten aikana voi tulla 4-6 puhelua, joihin hänen täytyy soittaa takaisin ohjausten välisenä aikana. Olisi ihanteellista, että ohjausten välissä olisi pidempiä taukoja, joiden aikana hän olisi paremmin tavoitettavissa. Toinen vaihtoehto olisi sijoittaa ohjaamiset joko aamu- tai iltapäiviin, jolloin toimistolla ehtisi olemaan kerralla kauemmin. Saarinen ei koe olevansa työstään kuormittunut, vaikka kausien alku- sekä loppupuolet vaativat suurempaa työpanosta. Saariselle on budjetoitu vuosittain koulutusmääräraha, jonka käytöstä hän saa itse päättää. Tarvittaessa lisärahoituksesta voi keskustella liikuntatoimenjohtajan Matti Niemisen kanssa.

Erityisliikunnanohjaaja tekee suurimmaksi osaksi kausisuunnitelmat, mutta kysyy mielipiteitä myös muilta ohjaajilta. Asiakkaat voivat osallistua tarjonnan sisältöön kausien lopussa tehtävien asiakaskyselyiden avulla. Uusia ryhmiä perustetaan ajoittain ohjaajien käymien koulutusten sekä asiakkaiden toiveiden mukaisesti, mutta mikäli ryhmissä ei käy asiakkaita pidemmällä aikavälillä, ne lopetetaan. Viime aikoina toiveita on tullut

uusien kuntosaliryhmien perustamisesta. Nämä toiveet esiintyivät myös asiakkaille tehdyssä tutkimuksessa, jossa toivottiin tuntimäärien lisäämistä, tuntien keston pidentämistä sekä perehdyttämistä kuntosalilaitteiden käyttöön.

Heinolan kaupungin erityisliikuntaa ohjaavien ohjaajien lisäksi sijaisohjaajia saadaan tarvittaessa Suomen Urheiluopistolta Vierumäeltä, jossa opiskelee opiskelijoita, jotka ovat olleet aiemmin tekemisissä Heinolan liikuntatoimen kanssa esimerkiksi työharjoittelun kautta. Mitään laajempaa rekisteriä sijaisohjaajista ei nykyisellään kuitenkaan ole olemassa. Lisäksi Heinolan kansalaisopistolla on ohjaaja, joka tulee tarvittaessa ohjaamaan omien aikataulujensa niin salliessa. Suunniteltuja tunteja joudutaan sairastumisten takia perumaan vain todella harvoin, sillä nykyiset tuntiohjaajat tekevät myös ylitöitä tarpeen vaatiessa.

Heinolan kaupungin erityisliikuntapalvelut tekevät monimuotoista yhteistyötä eri hallintokuntien sekä järjestöjen kanssa. Koulutusyhteistyötä tehdään kansalaisopiston kanssa siten, että kaupungin työntekijät voivat käydä heidän koulutuksissaan ja vastaavasti toisinpäin. Lisäksi järjestöillä on järjestetty vertaisohjaajakoulutusta, jotta heidän ohjaajatilannettaan on saatu parannettua. Yhdistyksiltä on tullut pyyntöjä, että voisiko kaupungin liikunnanohjaajat ohjata heidän liikuntaryhmiään, mutta siihen ei ole ollut resursseja. Erityisliikunnanohjaaja Saarinen näkee ohjaajien puutteen suurimpana ongelmana järjestöyhteistyön kehityksessä. Tällä hetkellä Heinolan kaupungin erityisliikuntapalveluiden tuntiaikataulun puitteissa järjestetään Sydänyhdistyksen toimesta Sydänjumppaa, johon saa osallistua kaikki erityisliikunnan asiakkaat. Erityisliikunnanohjaaja käy myös vierailuilla yhdistyksien kokouksissa kertomassa kaupungin erityisliikuntatoiminnasta ja liikunnasta yleisesti Heinolassa.

Hallinnollista yhteistyötä tehdään lähinnä terveydenhuollon kanssa. Kotihoidon kanssa on yritetty tehdä yhteistyötä, jotta tavoitettaisiin uusia liikuntaa tarvitsevia asiakkaita. Fysioterapiaoasasto ohjaa asiakaskäyntien yhteydessä henkilöitä sopiviin erityisliikuntaryhmiin. Lisäksi fysioterapiaryhmissä käydään esittelemässä erityisliikunnan palveluita. Terveysasemalle on perustettu liikuntaneuvojan virka, joka auttaa sairaalahoidosta kotihoitoon siirtyviä liikunnallisesti. Pelastuslaitoksen kanssa on järjestetty aiemmin yhteistyössä ikääntyneille paloturvallisuus-/ liikuntaneuvontaa kotikäynteinä. Hallinnollista

yhteistyötä on mahdollista kehittää erityisesti uuden liikuntaneuvojan viran puitteissa, joka Saarisen mukaan on vasta muovautumassa kohti lopullista muotoaan.

Erityisliikunnanohjaaja Saarisen mielestä erityisliikuntapalveluiden kehitystä jarruttaa lähinnä byrokratia. Esimerkiksi teknisen toimen kanssa asiointi on hidasta. Tekninen toimi vastaa muun muassa uimahallirakennuksesta, jossa erityisliikunnanpalveluita pääasiassa järjestetään. Asiakkailta on tullut palautetta liittyen huonoon ilmanvaihtoon ja liikuntatoimi on pyytänyt asiaan parannusta. Tekninen toimi ei ole kuitenkaan puuttunut ilmanvaihdon parannusehdotuksiin. Osa asiakaskyselyyn vastanneista toi myös huonon ilmanvaihdon esille kysyttäessä erityisliikunnan palveluiden kehitysehdotuksia. Saarinen kokee ongelmallisena, että asiakkaat eivät tiedosta uimahallirakennuksen liittyvien muutostöiden olevan teknisen toimen päätettävissä.

9 Kehittämissuunnitelma

Kehittämissuunnitelman laadinnassa on hyödynnetty asiakaskyselyn (liite 1) ja erityisliikunnan ohjaajan haastattelun (liite 2) tuloksia sekä opinnäytetyön teoriaosaa sekä havainnointia asiakaskyselyä tehtäessä. Kehityssuunnitelman laadinnassa keskeisenä ajatuksena toimi uusien erityisliikuntaryhmien luominen, toiminnan laajentaminen uusien palveluntarjoajien pariin sekä uusien liikkujien saaminen erityisliikunnan piiriin. Tämän lisäksi pidettiin tärkeänä, että kehitystoimenpiteet tukisivat Heinolan kaupungin Terveysliikunnan mallin tavoitteita. Kehityssuunnitelma on otsikoitu aihealueittain ja jokaisen otsikon alta löytyvät sen piiriin kuuluvat kehittämistoimenpiteet. Kehittämistoimenpiteet on aikataulutettu vuosille 2014–2016 (liite 3). Kehittämissuunnitelman toimeenpanosta, tiedottamisesta ja kehittämistoimenpiteiden onnistumisen arvioinnista vastaa Heinolan kaupungin erityisliikunnanohjaaja Johanna Saarinen.

9.1 Käyttäjälähtöinen ulkoliikuntatoiminta kesäkaudelle

Ehdotetaan perustettavaksi ulkoliikuntatoimintaa kesäkaudelle, touko-syyskuulle. Mikäli kaupungilla ei ole ohjaajaresursseja kesäkaudella, ulkoliikuntatoiminta voisi tarvittaessa toimia vertaisohjaaja periaatteella. Erityisliikuntaryhmistä tulisi selvittää kesäkauden toiminnasta kiinnostuneet sekä järjestää suunnittelutilaisuus toiminnasta kiinnostuneille asiakkaille. Mahdollisuutta liikuntatoiminnan suunnitteluun toivottiin asiakaskyselyssä. Tilaisuudessa tulisi selvittää asiakkaille sopivat ulkoliikuntapaikat sekä saatavilla olevat välineet. Lisäksi selvitettäisiin asiakkaiden liikunnallista osaamistaustaa, jota voitaisiin halukkuuksien mukaan hyödyntää osana toiminnan suunnittelua ja toteuttamista. Tilaisuuden pohjalta tulisi laatia asiakaslähtöinen ulkoliikuntatoiminnan kalenteri kesäkaudelle. Suositetaan, että kesäkauden toiminta perustuisi matalan kynnyksen liikuntaan, joka olisi avoin kaikille erityisliikunnan ryhmille.

Ulkoliikuntatoiminnalla vastattaisiin asiakkaiden toiveisiin ulkoliikunnan lisäämisestä. Toiminnan sijoittaminen kesäkaudelle parantaisi kaupungin erityisliikunnan tarjontaa luomalla ympärivuotista toimintaa asiakkaiden tarpeisiin. Kesäkauden toimintaa tarjoamalla kaupunki pystyisi huolehti-

maan paremmin erityisryhmiin kuuluvien liikunnallisesta elämäntavasta läpi vuoden. Lisäksi katsotaan, että toiminnan aloittaminen tukisi Heinolan Terveysliikunnan mallia, jonka mukaan ikääntyneiden ja erityisryhmien liikuntapalveluiden tavoitteisiin kuuluvat muun muassa liikunta-aktiivisuuden lisääminen sekä liikuntaympäristön kehittäminen.

9.2 Ohjaajapankki

Ehdotetaan perustettavaksi ohjaajapankkia yhteistyössä Haaga-Helia ammattikorkeakoulun Vierumäen toimipisteen opiskelijajärjestön Tahkon Tallin kanssa. Ohjaajapankki tulisi sisältää ohjaajatietokannan, jota ylläpidettäisiin ja päivitetäisiin yhteistyössä Tahkon Tallin kanssa aina syys- ja kevätlukukauden alkaessa. Ohjaajatietokanta pitäisi sisällään halukkaiden ohjaajien yhteystiedot, käytettävyyden sekä erikoisosaamisalueet. Opiskelijajärjestö toimittaisi päivitetyn listan 2 kertaa vuodessa kaupungin erityisliikunnanohjaajalle, joka vastaisi ohjaajapankin tietojen välittämisestä myös liikuntajärjestöjen sekä seurojen käyttöön. Erityisliikunnanohjaajan haastattelussa sopivien liikunnanohjaajien puuttuminen nousi esille yhtenä järjestöyhteistyön suurimpana ongelmakohtana. Ohjaajatietokantaa voisi hyödyntää myös kaupungin yleisten liikuntapalveluiden suunnittelun ja toteutuksen osana.

Ohjaajapankin perustamisella helpotettaisiin erityisliikuntapalveluiden järjestämistä sekä järjestöissä ja seuroissa että kaupungin liikuntapalveluiden osalta. Katsotaan, että ohjaajapotentialin koordinointi osaltaan madaltaisi tuntien järjestämisen kynnystä kaikilla erityisliikunnan osa-alueilla. Tällä tavoin edesautettaisiin uusien asiakkaiden tavoittamista liikuntapalveluiden pariin. Yhteistyö Haaga-Helian opiskelijajärjestö Tahkon Tallin kanssa avaisi opiskelijoille väylän esimerkiksi työharjoittelun suorittamiseen Heinolan kaupungilla sekä tukisi kaupungin Terveysliikunnan mallin mukaista tavoitetta liikuntapalveluiden tuottamisen yhteistyöverkosta.

9.3 Kuntosalituntien uudelleenorganisointi

Ehdotetaan kuntosaliryhmien toteutuksen uudelleenorganisointia. Asiakaskyselyssä ja erityisliikunnanohjaajan haastattelussa ilmi nousi kuntosalituntien ajallisen keston riittämättömyys sekä tarve uusille kuntosaliryhmille. Pidennetty tunnin kesto mahdollistaisi myös paremman perehdytyksen kuntosalilaitteisiin sekä nykyisten että uusien asiakkaiden kohdalla. Suositellaan nykyisten kuntosaliryhmien tuntien pidentämistä ja/tai

uuden kaikille erityisryhmille avoimen kuntosaliryhmän perustamista. Erityisliikunnan neuvottelupäivien mukaan ikääntyneiden liikuntaa järjestäessä tulisi suosia kestoaltaan pidempiä esimerkiksi 1,5 tuntia pitkiä kokoontumiskertoja. (Valtion liikuntaneuvosto 2012, 8.)

Kuntosaliryhmien toiminnan kehittäminen nousi esille taustatutkimuksissa. Toiminnan organisointi tulisi saattaa vastaamaan paremmin asiakkaiden toiveita. Ikääntyneiden lihasvoiman ja tasapainon parantaminen on osa Heinolan terveystoiminnan mallia. Katsotaan, että kuntosaliajan lisääntyminen tukee tavoitteen toteutumista.

9.4 Tiedottaminen

Ehdotetaan, että kaupunki jakaisi kaikille yli 65-vuotiaille sekä vammaispalvelulain piiriin kuuluville erityisliikunnanohjelman yhteistietoineen kausittain. Erityisryhmiin kuuluvia kuntalaisia voidaan selvittää esimerkiksi sosiaali- ja terveystoimen sekä KELA:n rekistereistä. Näistä saataisiin selville eläkkeen, hoitotuen, erityiskorvattavien lääkkeiden sekä kuljetuspalveluiden saajat. (Liikuntatieteellinen Seura 2012.) Tämän lisäksi tiedottamisväylänä tulisi hyödyntää paikallisia lehtijulkaisuja. Lisäksi ehdotetaan Tähtihetki -äänijulkaisun käyttöä osana näkövammaisten tiedotusta. Tiedottamisen kehittämistä tukevat asiakaskyselyn tulokset. Tällä tavoin voitaisiin myös varmistaa, että tieto kaupungin liikuntapalveluista saavuttaisi koko potentiaalisen asiakaskunnan. Erityisliikunnan neuvottelupäivät suosittavat tiedotukseen keskittymistä tavoittaakseen kaikista haastavimmat ryhmät (Valtion liikuntaneuvosto 2012, 8).

Tiedottamisen laajentaminen koko asiakaskuntaa koskevaksi mahdollistaisi koko asiakaspotentiaalintavoittamisen. Tätä voidaan pitää tärkeänä, sillä liikuntapalveluiden osallistuvien henkilöiden määrää tulee pystyä kasvattamaan ennaltaehkäistykseen muun muassa väestön vanhenemisen mukanaan tuomia terveyshaittoja. Lisäksi katsotaan, että tiedotuksen parantaminen hyödyntäisi myös nykyisen asiakaskunnan tarpeita tuomalla informaation paremmin saataville.

9.5 Järjestöyhteistyö

Ehdotetaan toteutettavaksi järjestöyhteistyöselvitys Heinolan kaupungin johdolla. Yhteistyöselvityksen kautta tulisi kartoittaa Heinolassa toimivilta urheiluseuroilta sekä lii-

kunta- ja kansanterveysjärjestöiltä mahdolliset halukkuudet ja esteet erityisliikunnan järjestämiseen sekä toiminnan järjestämiseen vaikuttavat tekijät. Palvelun halukkuuden tai -tarpeen ilmaiseiden toimijoiden kanssa tulisi järjestää yhteistyötapaaminen erityisliikuntapalveluiden aloittamisen mahdollistamiseksi ja yhteisten tavoitteiden luomiseksi. Liikuntapalveluiden osalta yhteistyö eri järjestöiden välillä perustuu nykyisellään lähinnä koulutukselliseen yhteistyöhön. Katsotaan, että edellytyksiä laajempaankin yhteistyöhön olisi. Tämä tukisi lähtökohtaa saada lisää asiakkaita liikuntapalveluiden pariin.

Erityisliikunnanpalveluiden toteuttaminen ei tule olla pelkästään kaupungin järjestämien palveluiden varassa. Tätä varten suositellaan, että kaupunki ottaisi aktiivisemman roolin kehittääkseen yhteistyötään eri liikuntajärjestöiden ja seurojen suuntaan. Saamalla lisää järjestäviä tahoja liikuntapalveluille luodaan paremmat edellytykset laaja-alaisemmalle liikuntatoiminnalle. Tämä mahdollistaisi myös uusien asiakkaiden saamisen toimintaan mukaan.

9.6 Ohjaajakoulutus

Ehdotetaan, että liikunnanohjaajien koulutustarpeet huomioitaisiin vahvemmin osana liikuntapalveluiden kehittämistä. Koulutussuunnitelma tulisi toteuttaa vuosittain vastaamaan osa-alueita, joita esimerkiksi itsearviointien, vertaisarviointien tai asiakaspalautteiden kautta havaitaan. Lisäksi nähdään, että liikunnanohjaajien erityistaidot voitaisiin paremmin hyödyntää järjestämällä vertaiskoulutusta liikunnanohjaajien kesken. Erityisryhmien laaja-alaisuus tuottaa haasteita ohjaajien taitotasolle vaatien jatkuvaa koulutautumista sekä erityisryhmien haasteisiin perehtymistä. Asiakaskyselyssä koulutuksen tarve havaittiin erityisesti näkövammaisten liikunnanohjauksen muodossa.

Erityisliikunnanohjaajan kouluttautuminen perustuu nykyisellään osa-alueisiin, joita hän itse näkee tarpeelliseksi. Koska koulutustapaa voidaan pitää toimivana, suositeltaisiin, että myös muut erityisliikunnan tuntiohjauksia tekevät ohjaajat voisivat kouluttaa itseään samojen lähtökobtien mukaisesti. Katsotaan, että säännöllinen, tarpeeseen perustuva koulutus edesauttaa erityisryhmien asiakkaiden asiakaspalvelua. Ohjaajien koulutus on osa kaupungin ikääntyneiden ja erityisryhmien liikuntapalveluiden Terveysliikunnan mallin mukaisia tavoitteita.

9.7 Erityisliikuntapalvelun tutustumiseteli

Ehdotetaan lisättäväksi erityisliikuntapalvelun tutustumiseteliä osaksi perusterveydenhuollon LIIKKUMIS -lähetteeseen perustuvaa liikuntaneuvontaprosessia. Tutustumisetelillä asiakkaille mahdollistettaisiin erityisliikunnan palveluihin osallistuminen ilmaiseksi kahdella ensimmäisellä kerralla. Tällä tavoin madallettaisiin mahdollista kynnystä toiminnan aloittamiseen. Erityisliikuntaryhmiin tutustuminen on nykyisellään myös ilmaista, mutta tutustumisetelillä tämä mahdollisuus tuotaisiin selkeästi asiakkaiden tietoon. Tutustumiseteleitä jakaisi ensisijaisesti liikuntaneuvonta, jonka kanssa yhteistyötä suositellaan koordinoitavaksi. Suositellaan lisäksi, että kartoitettaisiin kaupungin terveydenhuollon parissa työskentelevien lääkäreiden, hoitajien ja fysioterapeuttien mahdollisuutta osallistua tutustumiseteleiden jakamiseen. Tämä avaisi erityisliikunnan kentän useampien toimijoiden piiriin edesauttaen Heinolan terveystuotteen mallin mukaisia ikääntyneiden ja erityisryhmien liikuntapalveluiden tavoitteiden toteutumista.

Tutustumisetelillä voitaisiin madaltaa asiakkaiden kynnystä osallistua erityisryhmien liikuntapalveluihin ilman suurta taloudellista panostusta. Tutustumisetelin tulisi sisältää tarvittava määrä kaupungin erityisliikuntapalveluihin liittyvää tietoa, jotta tutustumaan tuleminen tehtäisiin mahdollisimman helpoksi. Korostetaan poikkeahallinnollisen yhteistyön roolia erityisliikunnanpalveluiden kehittämiseksi. Tutustumiseteli olisi osa Terveystuotteen mallin mukaista sosiaali-, terveys- ja liikuntapalveluiden yhteistyötä.

10 Pohdinta

Heinolan kaupungille tehtyä erityisliikunnan kehittämissuunnitelmaa voitiin pitää ajankohtaisena, sillä Opetus- ja kulttuuriministeriön, Liikuntalääketieteellisen Seuran ja erityisliikunnan alan keskeisten toimijoiden kesken järjestetyt erityisliikunnan neuvottelupäivät nostivat kuntien erityisliikunnan kehittämisen yhdeksi kuudesta teemastaan.

Teeman keskeisessä osassa korostettiin erityisliikunnan kehittämissuunnitelman luontia osaksi liikunnan yleistä kehittämissuunnitelmaa. (Valtion liikuntaneuvosto 2012, 7.)

Tällä työllä vastattiin tuohon suositukseen. Aihetta voitiin perustella myös kaupungin tarpeiden mukaisena, sillä erityisliikuntapalveluilla ei ollut voimassaolevaa kehittämissuunnitelmaa.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi Heinolan kaupungin erityisliikunnan kehittämissuunnitelma 2014–2016. Kehittämissuunnitelman laatiminen perustui erityisliikuntapalveluiden asiakkaille tehtyyn kyselytutkimukseen, kaupungin erityisliikunnanohjaajan teema-haastatteluun sekä työn taustateoriaan. Asiakkaat ja kaupungin erityisliikunnanohjaaja olivat keskeisessä roolissa palveluiden kehittämisen kannalta. Tämän takia he olivat tärkeä osa kehittämisprosessia. Jälkeenpäin on helppo todeta, että kunnan sisällä vaikuttavat seurat ja erityisliikuntajärjestöt olisi voitu ottaa osaksi tutkittavaa joukkoa, sillä erityisliikunnanohjaajan haastattelun jälkeen kävi ilmi, että halukkuutta yhteistyöhön löytyisi. Tämä asia on tuotu esille myös kehityssuunnitelmassa.

Erityisliikunnan asiakkaille teetetyn asiakaskyselyn tarkoituksena oli kerätä heidän mielipiteensä palveluiden nykytilasta sekä antaa mahdollisuus vaikuttaa tulevaisuuden ratkaisuihin. Asiakaskysely toteutettiin siten, että asiakkaita opastettiin, neuvottiin ja autettiin lomakkeen täytössä Heinolan uimahallilla kaikkina neljänä kyselypäivänä, jolloin erityisliikuntaryhmiä kokoontui. Toteutustavalla onnistuttiin saamaan asiakaskunnasta varsin kattava kuva. Asiakkaiden kanssa pystyttiin myös keskustelemaan suullisesti erityisliikunnan palveluiden toimivuudesta, mitä pidettiin asiakaslähtöisen toteutustavan kannalta tärkeänä. Suulliset mielipiteet tukivat lomakkeen kautta ilmi tulleita asioita.

Asiakaskyselyn ohjeistus toteutettiin suullisesti niille ryhmille, joiden liikuntapaikkana toimi uimahallin kuntosali tai liikuntasali. Uimahallin puolella toimiville ryhmille kyselyn ohjeistuksen antoi kunkin ryhmän liikunnanohjaaja, jota oli etukäteen ohjeistettu siten, että hän kertoo asiakaskyselyn olevan osa erityisliikunnan tulevaa kehittämissuunnitelmaa. Tarkoituksena oli myös, että hän ohjaa asiakkaat kahvioon tunnin jälkeen asiakaskyselyn täyttämistä varten. Ratkaisuun päädyttiin, koska osa tunneista järjestettiin lomittain. Näiden ryhmien asiakkaiden tavoittaminen kuitenkin tuotti haastattelu tilanteessa vaikeuksia, sillä erityisryhmien asiakkaita oli vaikea tunnistaa uimahallin muista käyttäjistä. On myös mahdollista, että nämä henkilöt eivät kokeneet kyselylomakkeen täyttämistä omakseen suoran kontaktin puuttumisen vuoksi. Suora kontakti vastaajiin edesauttoi varmasti muiden ryhmien vastaamisaktiivisuutta.

Järjestämällä asiakaskysely liikuntatuntien yhteyteen saavutettiin hyvä vastausprosentti paikallaolijoiden keskuudessa. Toisaalta kyselyn pitäminen joulun läheisyydessä oli vähentänyt paikallaolijoiden määrää normaalista viikkotasosta. Mikäli kyselystä olisi varoitettu asiakkaita etukäteen, olisi aktiivisuutta voitu saada hieman ylemmäksi, sillä muutama kyytipalveluiden varassa oleva asiakas ei ennättänyt jäädä vastaamaan kyselyyn. Onnistuneena sattumana voidaan kuitenkin todeta, että liikuntatuntien yhteydessä järjestetty jouluglögi tarjoilu edesauttoi asiakkaiden kiireellisyyden karkottajana. Kyselyiden suorittamiseen olisi voitu varautua vielä paremmin miettimällä erilaisia tapoja kerätä vastauksia. Jälkikäteen ajateltuna asiakkaat olisivat hyvin voineet ottaa kyselyn mukaan kotiinsa, jos he olisivat palauttaneet sen vielä saman viikon aikana takaisin uimahallille. Mikäli asiakaskysely olisi toimitettu postitse asiakkaille, nykyisen kaltaista vastausprosenttia ei olisi välttämättä saatu. Tosin tällä tavoin oltaisi varmuudella tavoitettu myös niitä asiakkaita, jotka eivät olleet paikanpäällä kyselyn järjestämisen aikaan. On myös huomioitavaa, että vastaukset olisivat voineet olla monipuolisempia ja kattavampia, mikäli asiakkailta olisi ollut aikaa miettiä kysymyksiä kauemmin. Yleisesti postikyselyiden vastaamisaktiivisuutta pidetään kuitenkin valittua toteutustapaa heikompana, mikä puoltaa tehtyä ratkaisua.

Työn kannalta oli myös olennaista saada tietoa Heinolan kaupungin erityisliikunnanohjaaja Johanna Saariselta, sillä hänellä on suuri rooli erityisliikuntapalveluiden tuottamisen kannalta. Lisäksi hänellä on kattava näkemys erityisliikunnan tilasta Heinolassa,

mikä auttoikin kehityssuunnitelman laatimisessa. Jotta Saarisen mielipiteet voitiin selvittää, valittiin tutkimusmenetelmäksi teemahaastattelu. Keskustelun haluttiin etenevän luontevasti, mutta kuitenkin siten, että sitä pystyttiin ohjaamaan toivottuun suuntaan haastattelukysymysten avulla. Teemahaastattelun koettiin palvelevan parhaiten tätä tarkoitusta eikä vaihtoehtoisia tutkimusmenetelmiä oikeastaan edes harkittu. Erityisliikunnanohjaajan haastattelun avulla pyrittiin selvittämään Heinolan erityisliikunnan kokonaiskuvaa, erityisliikunnanohjaajan työnkuvaa sekä palveluiden mahdollisia ongelmakohtia. Haastattelukysymykset valikoituivat kyselytutkimusten tulosten pohjalta siten, että erityisliikunnan tilaa Heinolassa pystyttiin selvittämään mahdollisimman hyvin.

Teemahaastattelu suoritettiin Heinolan uimahallin kokoustilassa. Tila valikoitui sen perusteella, että se oli rauhallinen ja tuttu haastateltavalle. Haastattelu nauhoitettiin, mikä saattoi tehdä haastattelutilanteesta aluksi vähemmän luontevan. Nauhoittaminen auttoi myöhemmin haastattelun purkamisessa, ja sen tulokset olivat nauhoitteen kanssa helpommin analysoitavissa. Haastattelutilanne muistutti lopulta enemmän keskustelua, mikä onkin teemahaastattelun tarkoitus. Keskustelun sisältö ei rajoittunut pelkästään haastattelukysymyksiin, mikä antoi enemmän tietoa aiheista, jotka haastateltava koki työn kannalta tärkeiksi.

Haastattelu kesti suunnitellusti 60 minuuttia, jonka aikana saatiin käytyä läpi kaikki haastattelukysymykset. Haastatteluun varattu aika olisi voinut olla hieman pidempi, jotta aikaa vapaalle keskustelulle olisi ollut enemmän. Tiukka aikataulu saattoi osaltaan rajoittaa keskustelua, sillä sitä jouduttiin ohjaamaan haluttuun suuntaan tasaisin väliajoin. Haastateltava ei ollut saanut haastattelukysymyksiä etukäteen, mikä saattoi myötävaikuttaa vapaan keskustelun määrään. Mikäli kysymykset olisi lähetetty etukäteen, olisi haastateltava voinut valmistautua vastaamaan paremmin, mutta silloin vapaan keskustelun määrä olisi saattanut pienentyä.

Asiakaskyselyssä käyttäjät ilmaisivat tyytyväisyytensä erityisliikuntapalveluiden toimivuuteen. Sitä voidaan pitää merkinä palvelun hyvästä toimivuudesta nykyisten käyttäjien parissa. Kehittämissuunnitelman laadintaa varten asiakastyytyväisyys toi oman haasteensa, sillä selkeitä kehittämiskohtia ei asiakkaiden vastauksista juuri saatu. Tämä muokkasi lähestymistapaa työtä kohtaan, koska palveluiden sisällössä oletettiin olevan

enemmän kehitettävää. Keskeiseksi ohjenuoraksi muodostui uusien asiakkaiden hankinta ja sitä kautta uusien liikuntaryhmien luonti sekä monipuolisempi yhteistyö erityisliikunnan toimijoiden suuntaan. Koska yli 25 % heinolalaisista on yli 65-vuotiaita, on selvää, että potentiaalisten asiakkaiden joukko on todella iso verrattuna erityisliikuntapalveluiden nykyiseen käyttäjämäärään. Näiden henkilöiden tavoittaminen toimii kehittämissuunnitelman kantavana tekijänä.

Kehittämissuunnitelmaa voidaan pitää onnistuneena kokonaisuutena, vaikka sen sisältämät kehityssuunnat poikkesivat siitä, mitä alun perin suunniteltiin. Suunnitellut kehittämistoimenpiteet pystyvät vastaamaan tutkimuksessa esiin nousseisiin tarpeisiin. Jokainen kehittämistoimenpide on perusteltavissa ja ne on pystytty sitomaan Heinolan terveysliikunnan mallin mukaisiin tavoitteisiin. Lisäksi kehittämistoimenpiteet ovat yksinkertaisia sekä taloudellisia, jotta ne olisivat mahdollisimman helposti toteutettavissa. Suunnitelmasta ei haluttu tehdä liian laajaa, jotta se ei kasaisi liikaa töitä kaupungin erityisliikunnanohjaajalle. Siitä huolimatta suunnitelman jalkauttamisen toteutus vaatii useita henkilötyötunteja ja on toivottavaa, että kaupungilla on resursseja saattaa toteutus loppuun asti. Suunnitelmassa olisi voitu ottaa huomioon paremmin erityislapsset ja –nuoret, koska he ovat osa erityisliikuntapalveluiden kohderyhmää. He eivät kuitenkaan liikkuneet tutkimuksen kohteena olleissa ryhmissä, joten heidän mielipiteensä jäivät kuulematta. Sen takia he jäivät ryhmänä kehittämistoimenpiteiden ulkopuolelle.

Kehittämissuunnitelma esiteltiin 18.2.2014 Heinolan kaupungin erityisliikunnanohjaaja Johanna Saariselle Heinolan kaupungin uimahallilla järjestetyssä tapaamisessa. Kokouksessa käytiin läpi kehittämissuunnitelma kohta kohdalta sekä kehittämistoimenpiteiden aikataulut. Suunnitelma otettiin vastaan positiivisesti. Toimenpiteitä pidettiin aikataulullisesti ja taloudellisesti toteuttamiskelpoisina. Tapaamisessa kävi ilmi, että esimerkiksi tarve ohjaajakoulutukselle oli noussut esille jo aiemmin, mutta se ei ollut vielä toteutunut. Muissakin kehittämistoimenpiteissä, kuten ohjaajapankissa ja kuntosalituntien uudelleenorganisoinnissa, oli sellaisia kohtia, joiden toteuttamista oli aiemmin mietitty. Aikataulutettu suunnitelma edesauttaneen näiden toimenpiteiden toteutumista. Heinolan kaupungin erityisliikunnan kehittämissuunnitelma 2014–2016 on annettu tilaajatähon edustajista erityisliikunnanohjaaja Saariselle sekä liikuntatoimenjohtaja Matti Niemiselle. Kehittämissuunnitelman toteuttamisesta on vastuussa erityisliikunnanohjaaja Saarinen.

Yleisesti ottaen erityisliikunnan tilaa Heinolassa voidaan pitää hyvänä verrattuna keskimääräiseen tasoon Suomessa. Heinolan kaupunki käyttää valtakunnallista keskiarvoa enemmän rahaa erityisliikunnan palveluiden toteuttamiseen, ja sillä on kokopäiväinen erityisliikunnanohjaaja. Yleisesti oma erityisliikunnanohjaaja löytyy vain suurimmilta kunnilta ja kaupungeilta Suomessa. Näiden asioiden voidaan katsoa vaikuttavan asiakkaiden mielipiteisiin erityisliikunnan hyvästä palvelutasosta Heinolassa. Jatkon kannalta on tärkeää, että uusien asiakkaiden hankintaan panostetaan, sillä potentiaalinen asiakaskunta on huomattavasti nykyistä suurempi. Merkittävää kuitenkin on, että Heinolan kaupunki arvostaa palveluiden kehittämistä, mikä mahdollistaa asiakastytyvyyden pysymisen hyvällä tasolla myös tulevaisuudessa.

Lähteet

Aaltonen, K. 2004. Liikuntalainsäädäntö. Teoksessa Aaltonen, K. (toim.), Anttila, R., Ekman, K., Koivumäki, K., Paavola, S., Koivisto, N., Sjöholm, K., Tarasti, L., Tolonen, H., Tuunanen, P. & Virtala, M. Urheilun ja liikunnan oikeus käytännössä, s. 17–31. Tietosanoma Oy. Helsinki.

Airaksinen, O. & Lindgren, K.-A. 2005. Selkäkivun yleisyys. Teoksessa Lindgren, K.-A. (toim.). Tules. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet, s. 181–182. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Alapappila, A., Hasu, R.L., Mutikainen, A. & Koskinen, H. 2006. Sepelvaltimotauti ja liikunta. Suomen Sydänliitto ry. Helsinki.

Alaranta, H., Kannisto, M. & Rissanen, P. 2011. Vammaisuus ja liikunta. Teoksessa Vuori, I. (toim.), Taimela, S. & Kujala, U. Liikuntalääketiede, s. 525–537. Duodecim. Helsinki.

Alen, M. & Mäkinen, T. 2011. Neurologiset oireet ja sairaudet. Teoksessa Vuori, I. (toim.), Taimela, S. & Kujala, U. Liikuntalääketiede, s. 268–280. Duodecim. Helsinki.

Arokoski, J. 2007. Selkäsairaudet. Teoksessa Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M.L. & Kyngäs, H. (toim.). Reuma, s. 459–470. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Autismi- ja Aspergerliitto. Autismin kirjo. Luettavissa:

http://www.autismiliitto.fi/autismin_kirjo. Luettu: 6.11.2013

Bäckmand, H. & Vuori, I.(toim.). 2010. THL. Terve tuki- ja liikuntaelimestö. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Luettavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d1fa552c-8d7b-4450-92df-2b9605f85604>. Luettu: 20.11.2013.

Duodecim. 2009. Liikunnan lisääminen. Sairauksien ehkäisy. Luettavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00149&p_haku=liikuntasuositukset. Luettu: 5.11.2013.

Duodecim. 2012. Perinnölliset aineenvaihduntasairaudet lapsilla. Luettavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00963&p_haku=aineenvaihduntasairaudet. Luettu: 18.11.2013.

Eriksson, J. 2012. Duodecim. Liikunta ja tyypin 2 diabetes. Luettavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00930. Luettu: 19.11.2013.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2010. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltonen, J. (toim.) & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, s. 26–44. PS -kustannus. Juva.

Fogelholm, M. 2011. Lihavuus ja kehon koostumus. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. Terveysliikunta, s. 112–123. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Google -karttapalvelu. 2013. Luettavissa: <https://maps.google.com/>. Luettu: 13.1.2014.

Gregg, E.W. & Kriska, A.K. 2008. The Increasing Burden of Type 2 Diabetes: Magnitude, Causes, and Implications of the Epidemic. Teoksessa Hawley, J.A. & Zierath, J.R. (toim.). Physical activity and type 2 diabetes, s. 3-14. Human Kinetics. Champaign.

Hardman, A.E. & Stensel, D.J. 2009. Physical Activity and Health. Routledge. New York.

Heinolan kaupunki. 2013a. Erityisliikuntapalvelut. Luettavissa:
<http://www.heinola.fi/FIN/Palvelut/Liikunta/Erityisryhmat/liikuntapalvelut.htm>.
Luettu: 31.10.2013.

Heinolan kaupunki. 2013b. Erityisliikuntapalvelut. Ikääntyneiden ja erityisryhmien liikunta 2.9-13.12.2013. Luettavissa: <http://www.heinola.fi/NR/rdonlyres/C0F95B0B-BE93-42A6-9D48-8AB51209F28C/0/Erysyksy2013liikuntaohjelma.pdf>. Luettu: 31.10.2013.

Heinolan kaupunki. 2013c. Talousarvio 2013 ja taloussuunnitelma 2014- 2016. Luettavissa: http://www.heinola.fi/NR/rdonlyres/13D78CB8-5DE5-4016-81B4-AF6DE9ABA826/0/Heinolan_talousarvio_ja_taloussuunnitelma_20132016.pdf. Luettu: 30.10.2013.

Heinolan kaupunki. 2014a. Erityisliikuntapalvelut. Luettavissa: <http://www.heinola.fi/FIN/Palvelut/Liikunta/Erityisryhmat/liikuntapalvelut.htm>. Luettu: 14.1.2014.

Heinolan kaupunki. 2014b. Terveysliikunta. Luettavissa: <http://www.heinola.fi/FIN/Palvelut/Liikunta/Terveysliikunta/terveysliikunta.htm>. Luettu: 29.1.2014.

Heliövaara, M. 2007. Riskitekijät reumasairauksien takana. Teoksessa Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M.L. & Kyngäs, H. (toim.). Reuma, s. 14–17. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Heliövaara, M. & Puolakka, K. 2007. Reumasairauksien ehkäisy. Teoksessa Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M.L. & Kyngäs, H. (toim.). Reuma, s. 17. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Hirsjärvi, S. 2009. Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita, s. 123–166. Tammi. Helsinki.

Hölsömäki, H. 2008. Yhdessä liikkeelle- Yhdistykset ja kunnat liikunnan kumppaneina. Teoksessa Hölsömäki, H. (toim.). Johdanto, s. 12–19. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Jokinen, L. & Piispanen, T. 2008. Verkostomaisuus toteutuu kunnissa eri tavoin. Teoksessa Hölsömäki, H. (toim.). Yhdessä liikkeelle, s. 55–73. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Kaurala, O. & Väärälä, A. 2010. Erityisestä kaikille avoimeen liikuntaan. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden laitos. Jyväskylä.

Karjalainen, A. 2007. Reumasairauksien monimuotoisuus. Teoksessa Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M.L. & Kyngäs, H. (toim.). Reuma, s. 9-12. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Kaski, M. (toim.), Manninen, A. & Pihko, H. 2009. Kehitysvammaisuus. WSOY. Helsinki.

Kehitysvammaliitto. 2013. Kehitysvammaisuus. Luettavissa:
<http://www.kehitysvammaliitto.fi/suomeksi/tietoa-liitosta/kehitysvammaisuus/>. Luettu: 5.11.2013.

Kela. 2013. Kelan vammaisetuustilasto 2012. Luettavissa:
[http://uudistuva.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/130613085310MV/\\$File/Kelan%20vammaisetuustilasto_2012.pdf](http://uudistuva.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/130613085310MV/$File/Kelan%20vammaisetuustilasto_2012.pdf). Luettu: 18.12.2013.

Keistinen, T. 2011. Astma: oireet ja diagnostiikka. Teoksessa Jousimaa, J., Alenius, H., Atula, S., Kattainen, A., Kunnamo, I. & Teikari, M. (toim.). Lääkärin Käsikirja, s. 260–261. Duodecim. Helsinki.

Kerola, K., Kujanpää, S. & Timonen, T. 2009. Autismin kirjo ja kuntoutus. PS-kustannus. Jyväskylä.

Kinnula, V. 2011. Keuhkohtaumatauti (COPD). Teoksessa Jousimaa, J., Alenius, H., Atula, S., Kattainen, A., Kunnamo, I. & Teikari, M. (toim.). Lääkärin Käsikirja, s. 266–269. Duodecim. Helsinki.

Koivula, U-M. 1999. Opinnäytetyön muotoja ja menetelmällisiä vaihtoehtoja. Teoksessa Suihko, K. & Tyrväinen, J. MISSION: POSSIBLE- Opas opinnäytteen tekijälle, s. 1-58. Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu. Tampere.

Koivumäki, K. 2004. Liikunnan Erityisryhmät. Teoksessa Aaltonen, K. (toim.), Anttila, R., Ekman, K., Koivisto, N., Koivumäki, K., Paavola, S., Sjöholm, K., Tarasti, L., Tolonen, H., Tuunanen, P. & Virtala, M. Urheilun ja liikunnan oikeus käytännössä, s. 176–185. Tietosanoma Oy. Helsinki.

Koivumäki, K. VLN/ Erityisliikunnan jaosto. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Erityisliikunnan perustiedosto 2012. Luettavissa:

http://lts.fi/sites/default/files/page_attachment/erityisliikunnan_perusteet_2012.pdf.

Luettu: 22.4.2013.

Kukkonen-Harjula, K. 2011. Kohonnut verenpaine. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. & Vasankari, T. Terveysliikunta, s. 131–136. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Kukkonen-Harjula, K. & Rauramaa, R. 2011. Kohonnut verenpaine. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.). Liikuntalääketiede, s. 413–420. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Kuusela, K. 2008. Yhdessä liikkeelle- Yhdistykset ja kunnat liikunnan kumppaneina. Teoksessa Hölsömäki, H. (toim.). Soveltava liikunta muuttuvissa kunnissa, s. 20–27. Edita Publishing Oy. Helsinki.

Käypä hoito. 2013a. Diabetes. Luettavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>. Luettu: 19.11.2013.

Käypä hoito. 2013b. Lihavuus (aikuiset). Luettavissa:

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010?haku_sana=painoindeksi. Luettu: 18.11.2013.

Lanning, M., Rissanen, P. & Vertio, H. 2008. Syöpä. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). Kuntoutus, s. 121-137. Duodecim.

Lieberman, L. 2011. Hard of Hearing, Deaf, or Deafblind. Teoksessa Winnick, J. (toim.). Adapted Physical Education and Sport, s. 251-268. Human Kinetics.

Lieberman, L. 2011. Visual Impairments. Teoksessa Winnick, J. (toim.). Adapted Physical Education and Sport, s. 233-250. Human Kinetics.

Liikuntatieteellinen Seura. 2012. Erityisliikuntaa kuntiin 2013–2015. Erityisliikunnan kehittämishanke. Erityisliikunnan kuntakohtainen peruskartoitus. Luettavissa: http://lts.fi/sites/default/files/page_attachment/peruskartoituksen_esimerkkirunko.pdf. Luettu: 3.2.2014.

Lindgren, K.-A. 2005. Tules. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M.L. & Kyngäs, H. (toim.). 2007. Reuma. Duodecim. Suomen Reumaliitto ry. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Mikkelsson, M., Kauppi, M. & Honkanen, V. 2008. Reumataudit. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. Kuntoutus, s. 458–471. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Metsämuuronen, J. 2004. Pienten aineistojen analyysi- Parametrittomien menetelmien perusteet ihmistieteissä. International Methelp Ky. Helsinki.

Nieminen, M. 1.11.2013. Liikuntatoimenjohtaja. Heinolan kaupunki. Sähköposti.

Niskanen L. 2011. Liikunnan ja muun hoidon yhteensovittaminen tyypin 1 diabeteksessä. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha M.-T. & Sane, T. (toim.). Diabetes, s. 172–174. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., L. Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. WSOY. Helsinki.

Näkövammaisten keskusliitto. 2013. Näkövammarekisterin vuosikirja 2011. Luettavissa: http://www.nkl.fi/fi/etusivu/nakeminen/julkaisu/nvrek_vuosikirja. Luettu: 15.11.2013.

OECD.2013. Non-Medical Determinants of Health: Body weight. Luettavissa: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. Luettu: 14.11.2013.

Oikeusministeriö. 1998. Liikuntalaki. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19981054>. Luettu: 15.4.2013.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenaista osaamista liiketoimintaan. WSOYpro Oy. Helsinki.

Opetusministeriö. 2010. Raportti kuntien erityisliikunnan tilanteesta vuonna 2009. Luettavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2010/liitteet/tr17.pdf?lang=fi>. Luettu: 31.10.2013.

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2011. Ikäihmisten liikunnan kansallinen toimenpideohjelma- liikunnasta terveyttä ja hyvinvointia. Luettavissa: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKM30.pdf?lang=fi>. Luettu: 5.11.2013.

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2013. Liikuntalain uudistamista valmisteleva työryhmä. Luettavissa: http://www.hare.vn.fi/mHankePerusSelaus.asp?h_id=19082. Luettu: 26.11.2013.

Paulsen Hughes, P. & Sherrill, C. 2004. Deaf and Hard-of-Hearing Conditions. Teoksessa Sherrill, C. (toim.). Adapted Physical Activity, Recreation and Sport, s. 695-712. McGraw-Hill.

- Piispanen, T. 2010. Erityisliikunnan kehittäminen kunnissa. Erityisliikuntaa kuntiin 2007–09-kehittämis- ja konsultointiprojekti. Liikuntatieteellinen Seura ry. Helsinki.
- Porretta, D. 2011. Cerebral palsy, Traumatic brain injury, and stroke. Teoksessa Winnick, J. (toim.). Adapted physical education and sport, s. 269-290. Human kinetics.
- Päijät-Hämeen Liitto. 2013. Www-sivut. Luettavissa: <http://www.paijat-hame.fi/>. Luettu: 30.10.2013.
- Rintala, P. & Huovinen, T. 2007. Erityisryhmien liikunnasta erityisliikuntaan. Teoksessa Heikinaro-Johansson, P. & Huovinen, T. (toim.) Näkökulmia liikuntapedagogiikkaan, s. 186-195. WSOY. Helsinki.
- Rintala, P., Huovinen, T. & Niemelä, S. 2012. Soveltava liikunta. Liikuntatieteellinen seura. Tampere.
- Saarinen, J. 14.1.2014. Erityisliikunnanohjaaja. Heinolan kaupunki. Haastattelu. Heinola.
- Saarinen, J. 21.1.2014. Erityisliikunnanohjaaja. Heinolan kaupunki. Sähköposti.
- Saraheimo, M. 2011. Duodecim. WWW-julkaisu. Tyypin 1 diabetes. Luettavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia02047. Luettu: 19.11.2013.
- Salminen, J. 2008. Vammaisen henkilön avustaminen liikuntatilanteessa. Teoksessa Teiska, M. (toim.) Liikuntaa liikkujille- soveltaen sopivaksi. Suomen CP-liitto ry. WWW-julkaisu. Luettavissa: http://www.sosiaaliportti.fi/File/5d9b590d-77ae-479c-b6bc-8a6b0c91f7ad/liikuntaa_080109_low.pdf. Luettu: 2.1.2014.
- Sipilä, I. 2011. Tyypin 1 diabetes. Teoksessa Kunttu, K., Komulainen, A., Makkonen, K. & Pynnönen, P. (toim.). Opiskeluterveys, s. 217-220. Duodecim. Helsinki.

Smith, D.L. & Fernall, B. 2011. Advanced cardiovascular exercise physiology. Advanced exercise physiology series. Human Kinetics. Champaign.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2004. Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystoiminnan laatusuositukset. Luettavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3553.pdf. Luettu: 5.11.2013.

Suomen Kuurosokeat ry. 2013. Tietoa kuurosoikeudesta. Www-sivut. Luettavissa:

http://www.kuurosokeat.fi/tietoa_kuurosoikeudesta/. Luettu: 20.11.2013.

Suomen Reumaliitto ry. 2011. Nivelreuma. Luettavissa:

<http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/reumataudit/nivelreuma/>. Luettu: 20.11.2013.

Tikkanen, H. 2011. Keuhkosairaudet ja liikunta. Teoksessa Vuori, I. (toim.), Taimela, S. & Kujala, U. Liikuntalääketiede, s. 333–347. Duodecim. Helsinki.

Tilastokeskus. 2013. Heinolan kuntatiedot. Luettavissa:

<http://tilastokeskus.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/111.html>. Luettu: 30.10.2013.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2012a. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2011 ja niiden muutokset 1993–2011. Luettavissa:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104397/URN_ISBN_978-952-245-716-5.pdf?sequence=1. Luettu: 5.11.2013.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2012b. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Luettavissa:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1. Luettu: 6.11.2013.

Valli, R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. (toim.). & Valli, R. Ikku-noita tutkimusmetodeihin 1, s. 103–127. PS -kustannus. Juva.

Valtion liikuntaneuvosto. 2012. Työsuunnitelma vuosille 2011–2015. Luettavissa: http://www.liikuntaneuvosto.fi/files/85/erli_tyosuunnitelma.pdf. Luettu: 30.10.2013.

Valtion liikuntaneuvosto. 2003. Erityisryhmien liikunnan käsitteistö. Luettavissa: www.soveli.fi/@Bin/115827/erityisliikunta_kasitteet.doc. Luettu: 31.10.2013.

WHO. 2010. Global recommendation on physical activity for health. Luettavissa: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf. Luettu: 5.11.2013.

Yki-Järvinen, H. & Tuomi, T. 2011. Diabetes. Teoksessa Jousimaa, J., Alenius, H., Atula, S., Kattainen, A., Kunnamo, I. & Teikkari, M. (toim.) Lääkärin käsikirja, s. 771–808. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.

Liitteet

Liite 1. Asiakaskyselylomake Heinolan kaupungin erityisliikunnan asiakkaille

1. Vastaajan tiedot

Sukupuoli Mies Nainen

Ikä alle 15v 15–25v

26–35v 36–45v

46–55v 56–65v

66–75v yli 75v

2. Missä kaupunginosassa asutte? _____

3. Mikä on pääasiallinen keinonne kulkea liikuntapalveluihin?

kävellen pyörällä autolla

julkinen liikenne kuljetuspalvelu muu, mikä _____

4. Kuinka usein osallistutte kunnan järjestämään erityisliikuntatoimintaan?

harvemmin kuin kerran viikossa kerran viikossa

2–3 kertaa viikossa 4–5 kertaa viikossa

6–7 kertaa viikossa enemmän kuin 7 kertaa viikossa

5. Mihin erityisliikuntaryhmiin osallistutte? (Esimerkiksi vesijumppa, ohjattu kuntosali..)

Erityisliikuntaryhmä 1

Erityisliikuntaryhmä 2

Erityisliikuntaryhmä 3

Erityisliikuntaryhmä 4

Erityisliikuntaryhmä 5

6. Minkä tasoiseksi arvioitte kuntanne erityisryhmien liikuntapalvelut?

(0 = en osaa sanoa, 1 = huonot, 2 = melko huonot, 3 = tyydyttävät, 4 = hyvät, 5 = erinomaiset)

0

1

2

3

4

5

Perusteluni:

7. Mistä saatte tietoa erityisliikunnan harrastusmahdollisuuksista? Rastita enintään kolme tärkeintä

- ottamalla itse selvää
- kunnan liikuntatoimelta
- erityisliikuntajärjestöltä
- lehdestä
- internetsivuilta
- sosiaalisesta mediasta
- ystäviltäni
- kuntoutus-/liikuntalaitoksesta

muualta, mistä? _____

8. Miten kehittäisitte tiedottamista erityisliikunnan harrastusmahdollisuuksista?

9. Mitkä seuraavista tekijöistä haittaavat liikunnan harrastamista kunnassanne?

Ympyröi jokaisen vaihtoehdon kohdalta numero 0–5 (0 = en osaa sanoa, 1 = estää liikunnan harrastamisen, 2 = haittaa paljon, 3 = haittaa melko paljon, 4 = haittaa vähän, 5 = ei haittaa lainkaan)

Ryhmien aikataulut eivät sovi	0	1	2	3	4	5
Ei saa laadukasta ohjausta	0	1	2	3	4	5
Liikuntatilojen esteellisyys	0	1	2	3	4	5
Kuljetuspalveluiden riittämättömyys	0	1	2	3	4	5
Ongelmat avustajan saamisessa	0	1	2	3	4	5
Soveltuvista liikuntapalvelusta ei saa tietoa	0	1	2	3	4	5
Liikuntapalvelut ovat liian kalliita	0	1	2	3	4	5
Liikunta-apuvälineiden puuttuminen	0	1	2	3	4	5
Ei ole sopivaa kaveria kenen kanssa liikkua	0	1	2	3	4	5
Muu syy, mikä?						
_____	0	1	2	3	4	5
_____	0	1	2	3	4	5
_____	0	1	2	3	4	5

10. Mitä erityisliikuntaryhmiä haluaisitte perustettavan Heinolaan?

11. Miten kuntanne järjestämää erityisliikuntaa tulisi mielestänne kehittää?

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Liite 2. Erityisliikunnanohjaajan teemahaastattelun kysymykset

Tarjonta:

1. Ketkä tekevät erityisliikuntaa koskevat kausi- sekä tuntisuunnitelmat?
2. Minkä perusteella tämänhetkinen tarjonta on valikoitunut?
3. Ovatko asiakkaat mukana suunnitteluprosessissa?
4. Onko kaikilla tunneilla kävijöitä? Onko tiedossa asiakkaiden toiveita muutostarpeista?
5. Käyvätkö ryhmissä mielestäsi henkilöt, jotka tarvitsisivat liikuntaa eniten vai pelkästään ”hyväkuntoiset” eläkeläiset? Tavoitetaanko koko Heinolaa asiakas-kuntana vai käykö tunneilla lähinnä lähellä uimahallia asuvat ihmiset?

Erityisliikunnanohjaajan työ:

6. Koetko olevasi kuormittunut työstäsi?
7. Mitkä tekijät kuormittavat yleisesti?
8. Jääkö tarpeeksi aikaa suunnittelutyöhön ja muiden asioiden hoitamiseen ohjauksilta? Toteutuuko suunniteltu tuntijakauma ohjausten ja muiden työtehtävien välillä?
9. Mitä työpäivä pitää sisällään?
10. Tuleeko muutoksia (esim. aikatauluihin), jotka vaikuttavat työpäivään?

Ohjaajien rekrytointi:

11. Onko ohjaajia/ sijaisohjaajia tarpeeksi?
12. Miten ohjaajia koulutetaan?

Yhteistyö:

13. Toimiiko poikkihallinnollinen yhteistyö?
14. Ohjataan terveydenhuollosta erityisliikunnan palveluiden pariin?
15. Tehdäänkö järjestöjen kanssa yhteistyötä? Onko mahdollisuuksia kartoitettu?

Tiedotus:

16. Kuinka tiedotus asiakkaille hoidetaan? Miten se toimii mielestäsi?
17. Miten kulkee tieto muutoksista esim. tuntien peruuntumisista?

Yleiset asiat:

18. Mitkä tekijät jarruttavat erityisliikuntapalveluiden kehitystä?

Liite 3. Kehittämistoimenpiteiden aikataulu

KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN AIKATAULU	
KEVÄT 2014	<p>Ulkoliikuntatoiminta kesäkaudelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Kartoitetaan kesäkauden ulkoliikunnasta kiinnostuneet asiakkaat kaikista erityisliikunnan ryhmistä → Selvitetään mahdollisuus ohjaajaan tai tehdään suunnitelma vertaisohjaajien kouluttamiseksi. Selvitetään ulkoliikuntapaikat toiminnan järjestämiseen → Kutsutaan toiminnan suunnittelusta kiinnostuneet kokoukseen, jossa kartoitetaan asiakkaiden toiveet liittyen toiminnan sisältöön, saatavilla oleva välineistö. Selvitetään toiminnan suunnittelijoiden osaamisalueet, jos he haluavat olla itse mukana liikuntaryhmien ohjauksessa → Laaditaan asiakkaiden kanssa yhteistyössä kesäkauden ulkoliikuntatoiminnan kalenteri → Tiedottaminen toiminnasta asiakkaille <p>Ohjaajapankki:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Yhteydenotto Haaga-Helia ammattikorkeakoulun Vierumäen yksikön opiskelijajärjestöön Tahkon Talliin. Ehdotus yhteistyöstä ohjaajapankin aloittamiseksi → Sopiminen toiminnan suuntalinjoista sekä tavoitteista <p>Tiedottaminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Erityisliikuntapalveluista tiedottamisen käynnistäminen Heinolan näkövammaisten Tähtihetki-äänijulkaisussa. Hoidetaan yhdistyksen tiedottajan kautta (seija.saari@phnet.fi) → Lehtimainonnan hyödyntäminen erityisliikuntatapahtumien yhteydessä. Niiden yhteydessä myös yleisesti kaupungin erityisliikunnasta tiedottaminen
SYKSY 2014	<p>Ulkoliikuntatoiminta kesäkaudelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> → PALAUTE & ARVIOINTI SEKÄ PÄÄTÖKSET TOIMINNAN JATKAMISESTA <p>Ohjaajapankki:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Yhteystietojen keruu ohjaajapankkia varten. Muistutus Tahkon Tallille ohjaajalistojen toimituksesta. → Ohjaajapankista tiedottaminen ja sen jakaminen muille liikuntatoimen sisällä sekä mahdollisten kiinnostuneiden seurojen ja järjestöjen kesken <p>Tiedottaminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Erityisliikunnanohjelman jakelu yli 65-vuotiaille sekä vammaispalvelulain piiriin kuuluville → Eläkkeen, hoitotuen, erityiskorvattavien lääkkeiden sekä kuljetuspalveluiden saajien selvittäminen sosiaali- ja terveystoimen sekä KELA:n rekisterien avulla → Selvitys kustannustehokkaimmasta ratkaisusta tiedotteen suunnitteluun sekä jakamiseen → Suunnitellaan tiedote, toteutetaan ja jaetaan se edellä mainituille henkilöille joulukuun aikana. Tiedotteen tulisi sisältää seuraavan kauden erityisliikunnan kausisuunnitelma yhteystietoineen

Kuntosalitunnit:

- Syysliikuntakauden suunnittelun yhteydessä uuden kuntosalitunnin sisällyttäminen kausisuunnitelmaan
- Mahdollinen kuntosalituntien pidentäminen vähintään kauden alkuun, jotta aikaa laitteisiin perehdyttämiseen olisi enemmän

KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN AIKATAULU

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">KEVÄT 2015</p>	<p>Ohjaajapankki:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Päivitys: Ohjaajalistan päivitys Tahkon Tallilta. <p>Kuntosalitunnit:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Uuden kuntosaliryhmän lisäämisen onnistumisen ARVIONTI <p>Tiedottaminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Uusien tiedottamistoimenpiteiden ARVIOINTI läpi kevään asiakaspalautteen perusteella <p>Järjestöyhteistyö:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Selvitetään järjestöiltä ja seuroilta heidän erityisliikuntatoiminnan nykytila sekä halukkuudet/esteet erityisliikuntatoiminnan järjestämiseen → Tapaaminen toiminnan aloittamiseksi ja yhteisten tavoitteiden luomiseksi erityisliikuntatoiminnan järjestämisestä kiinnostuneiden kanssa → Tilojen ja ohjaajien resursointi tarpeita varten ja toiminnan suunnittelu <p>Ohjaajien kouluttaminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Erityisliikuntaa ohjaavien ohjaajien osaamiskartoitus. Tarkoituksena tunnistaa vahvuudet ja heikkoudet → Ohjaajien vertaiskoulutuksen toiminnan suunnittelu. Sopiminen tavoitteista ja sisällöistä perustuen ohjaajien osaamisalueisiin → Mahdolliset ulkopuoliset koulutukset
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">SYKSY 2015</p>	<p>Ohjaajapankki:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Päivitys <p>Ohjaajakoulutus:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Ohjaajien vertaiskoulutuksen toteutus → Mahdolliset ulkopuoliset koulutukset <p>Tutustumisseteli:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Yhteistyön käynnistys liikuntaneuvonnan kanssa tutustumissetelin käyttöönottoon liittyen → Tutustumissetelin suunnittelu → Tiedottaminen käyttöönotosta erityisliikunnan työntekijöille sekä lopullinen käyttöönotto → Tutustumissetelin jakamisen laajentaminen perusterveydenhuollon parissa työskentelevien kautta. Koordinoidaan yhdessä liikuntaneuvonnan kanssa

KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN AIKATAULU

KEVÄT
2016

Ohjaajapankki:

→ PÄIVITYS ja toiminnan onnistumisen arviointi

Järjestöyhteistyö:

→ ARVIOINTI yhteisessä kokouksessa ja toiminnan jatkaminen sekä kehittäminen

Tutustumiseteli:

→ ARVIOINTI toiminnan onnistumisesta perustuen tutustumisetelin avulla liikunnan aloittaneiden asiakkaiden määrään sekä heiltä saatuun asiakaspalautteeseen

SYKSY
2016

Ohjaajapankki:

→ PÄIVITYS

KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN
ONNISTUMISEN ARVIOINTI SEKÄ
TULEVAISUUDEN
KEHITTÄMISKOHTTEIDEN KARTOITUS

→ ERITYISLIIKUNTAPALVELUIDEN
KEHITTÄMINEN NYKYTARPEITA
VASTAAVIKSI