

Jalna Kalske-Nieminen

Minna Tuuri

MBO - SALAKAVALA KAVERI

Kättäpidempää-esite

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitaja

Syyskuu 2015



KYAMK
University of Applied Sciences

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Jalna Kalske-Nieminen Minna Tuuri	Terveydenhoitaja	Syyskuu 2015
Opinnäytetyön nimi		
MBO - salakavala kaveri Kättäpidempää-esite		45 sivua 3 liitesivua
Toimeksiantaja		
Kuninkaantien työterveys oy		
Ohjaajat		
THM, Lehtori Sinikka Koho, toimitusjohtaja Carita Schröder		
Tiivistelmä		
<p>Metabolinen oireyhtymä (MBO) on Suomessa varsin yleinen vyötärölihavuuteen liittyvä tila, jossa aineenvaihdunnan muutokset aiheuttavat useita terveyttä uhkaavia häiriöitä samanaikaisesti. Häiriöitä todetaan erityisesti sokeriaineenvaihdunnassa, verenpaineessa ja veren rasva-arvoissa. MBO:n kriteerit täyttyvät yli kolmasosalla aikuisista suomalaisista miehistä ja yli neljäsosalla naisista. Riski sairastua metaboliseen oireyhtymään kasvaa iän myötä. Metaboliseen oireyhtymään liittyvät kansantaudit (sydän- ja verisuonitaudit ja diabetes) yleistyvät erityisesti työikäisten, 45–64-vuotiaiden, ikäryhmissä. Työterveyshuolloilla on keskeinen rooli MBO:n havaitsemisessa, kun yli 86 prosenttia kaikista palkansaajista kuuluu sen piiriin. Metabolista oireyhtymää ja siihen liittyviä kansantauteja on mahdollista ehkäistä vaikuttamalla tautien riski- ja suojatekijöihin. Esimerkiksi työikäisten kroonisista sairauksista huomattava osa on ehkäistävissä terveellisellä ruokavaliolla, liikunnalla, välttämällä tupakointia ja runsasta alkoholin käyttöä sekä ehkäisemällä lihavuutta.</p> <p>MBO salakavala kaveri -projektin tarkoituksena oli lisätä Kuninkaantien työterveyden henkilöstön mahdollisuuksia tukea suullisen ohjauksen lisäksi metabolisen oireyhtymän riskiryhmään kuuluvia asiakkaita elämäntapamuutoksessa. Projekti käynnistyi alkuvuodesta 2015. Projektin tuotoksena luotiin työterveyshuollon henkilöstön käyttöön suullisen ohjauksen tueksi Kättäpidempää-esite metabolisen oireyhtymän riskiryhmään kuuluville asiakkaille jaettavaksi. Ennen käyttöönottoa Kättäpidempää-esite esitettiin keräämällä käyttökokemuksia Kuninkaantien työterveyden henkilöstöltä ja asiakkailta kesällä 2015. Toimeksiantajalla ja muilla aiheesta kiinnostuneilla on mahdollisuus hyödyntää Kättäpidempää-esitteen lisäksi myös opinnäytetyön kirjallista raporttia asiakkaille jaettavan Kättäpidempää-esitteen taustamateriaalina.</p>		
Asiasanat		
metabolinen oireyhtymä, elintasosairaudet, terveyden edistäminen, terveystyöt, transteoreettinen muutosvaihemalli		

Authors	Degree	Time
Jalna Kalske-Nieminen Minna Tuuri	Public Health Nurse	September 2015
Thesis Title		45 pages 3 pages of appendices
The Metabolic Syndrome -Traacherous Friend The Helping Hand -Brochure		
Commissioned by Kuninkaantien työterveys Oy		
Supervisors		
Sinikka Koho Senior Lecturer, Carita Schröder CEO		
Abstract		
<p>The metabolic syndrome is quite common in Finland. It is related to waist obesity. Changes in metabolism lead to several health disorders at the same time. The health disorders occur especially as sugar metabolism, blood pressure and blood fat outcomes. More than one third of Finnish male and one quarter of female are in risk of having the metabolic syndrome. The risk of having the metabolic syndrome increases with the elderly. Cardiovascular diseases and diabetes makes a connection with the metabolic syndrome and they grow in number especially with the people in working age between the ages 45–65. The occupational health care has an important role of finding workers with the risk of the metabolic syndrome, when over 86 per cent of working people are their customers. It is possible to minimize or prevent the risk of having the metabolic syndrome or diseases which are connected to the metabolic syndrome by minimizing the risk factors. The most of the working-age people's chronic diseases for example can be prevented by healthy nutrition, exercise and by avoiding smoking, excessive drinking and obesity.</p>		
<p>The aim of the Metabolic Syndrome -Traacherous Friend -project was to make the Helping Hand -Brochure. The brochure will be given to the customers of Kuninkaantie occupational health who has the risk of getting the metabolic syndrome in the future. The project started at the spring of 2015. The Helping Hand -Brochure was tested by gathering experiences from the personnel and the customers of Kuninkaantie occupational health during the summer 2015.</p>		
<p>The Helping Hand –Brochure was made during the Metabolic Syndrome -Traacherous Friend –project. It is a big help along with oral guidance when helping the customers of Kuninkaantie occupational health to change their way of life. The brochure with this thesis helps the occupational health care specialists to support their customers to make necessary changes in their way of life and by doing these changes to minimize the risk of having the metabolic syndrome.</p>		
Keywords		
metabolic syndrome, lifestyle disease, health promotion, health behavior, trans- theoretical model of alteration phase		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	MBO - SALAKAVALAKAVERI -PROJEKTIN TAUSTA.....	7
2.1	Projektin lähtökodat	7
2.2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.....	8
2.3	Projektin yhteistyöorganisaatio	9
3	METABOLINEN OIREYHTYMÄ JA SEN EHKÄISY ELÄMÄNTAPAMUUTOKSELLA	11
3.1	Metabolisen oireyhtymän kriteerit	11
3.2	Metabolisen oireyhtymän riskitekijät, oireet ja seuraukset.....	12
3.3	Metabolisen oireyhtymän ehkäisy ja itsehoito.....	16
4	TERVEYS JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEEN VAIKUTTAMINEN.....	19
4.1	Terveyden käsite	19
4.2	Terveyden edistäminen	20
4.3	Terveyskäyttäytyminen	23
4.4	Transteoreettinen muutosvaihemalli.....	26
5	PROJEKTIN TOTEUTUS JA KEHITTÄMISTYÖSSÄ KÄYTETYT MENETELMÄT	28
5.1	Aikataulu.....	28
5.2	Resurssit ja kustannukset.....	30
5.3	Projektin toteutus.....	31
6	TUOTOS.....	34
7	POHDINTA	35
7.1	Tuotoksen arviointi.....	35
7.2	Kehittämisprosessin arviointi	39
7.3	Jatkokehittämisaiheet	40
	LÄHTEET.....	41
	LIITTEET	
	Liite 1. Kättäpidempää-palautelomake	
	Liite 2. Kättäpidempää-esite	

1 JOHDANTO

Vuonna 1972 luotiin koko väestön kattava terveyskeskusjärjestelmä säätämällä kansanterveyslaki (66/1972). Kunnan tehtäväksi määriteltiin yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuva terveydenhoito, yksilön sairaanhoito sekä niihin liittyvä toiminta (Mattila 2005; Kansanterveyslaki 28.1.1972/66). Kansanterveyslain tarkoituksena on ylläpitää ja edistää väestön terveydentilaa, koska väestössä on ihmisiä, jotka ovat sairastuneet, sairastavat tai ovat toipumassa sairaudesta. Terveitä henkilöitä uhkaava sairastumisen vaara voi johtua yksilön tai yhteisön elämäntavoista, rakennetusta ympäristöstä tai sosiaalisista suhteista. (Mattila 2005.)

Kansantaudeilla tarkoitetaan väestössä yleisesti esiintyviä sairauksia, joilla on suuri merkitys sekä koko väestön terveydentilalle, sekä kansanterveydelle että kansantaloudelle, koska ne vaikuttavat työkykyyn. Kansantautien hoito sitoo myös paljon terveydenhuollon resursseja. Suomessa kroonisiin kansantauteihin kuuluvat sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet sekä mielenterveyden ongelmat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Kansantauteja on mahdollista ehkäistä vaikuttamalla niiden riski- ja suojatekijöihin. Esimerkiksi työikäisten kroonisista sairauksista huomattava osa on ehkäistävissä terveellisellä ruokavaliolla, liikunnalla, välttämällä tupakointia ja runsasta alkoholin käyttöä sekä ehkäisemällä lihavuutta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Kansantaudit yleistyvät erityisesti työikäisissä 45–64-vuotiaiden ikäryhmissä. (Suomen tilastollinen vuosikirja 2014, 499, 501.) Työikäisestä väestöstä yli-painoisia oli viime vuonna 50 prosenttia, miehistä 59 prosenttia ja naisista 44 prosenttia. Kohonnut verenpaine tai verenpainetauti oli 15,7 prosentilla, miehistä 18,9 prosentilla ja naisista 13,2 prosentilla. Kohonnut veren kolesteroliarvo ilmeni 12,8 prosentilla, miehistä 15,6 prosentilla ja naisista 10,6 prosentilla. Sokeritauti löytyi 4,4 prosentilla, miehistä 6,3 prosentilla ja naisista 2,9 prosentilla. Vähän tai ei lainkaan liikuntaa harrastavien 16–64-vuotiaiden suomalaisten osuus oli 29 prosenttia vuosina 2012–2013. Miehistä tupakoi 20 prosenttia ja naisista 14 prosenttia. 31 prosenttia työikäisistä koki terveydentilansa huonoksi tai keskitasoiseksi ja 20 prosenttia ilmoitti toimintakykyä hait-

taavasta sairaudesta vuosina 2012–2013. (Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2014, 228–236.) Metabolisen oireyhtymän riskitekijät tuntien voidaan tilastojen perusteella havaita metaboliseen oireyhtymään sairastumisriskin olevan varsin suuri suomalaisessa väestössä. MBO:n kriteerit täyttyvät yli kolmasosalla aikuisista suomalaisista miehistä ja naisista yli neljäsosalla (Mustajoki 2015).

MBO on vyötärölihavuuteen liittyvä tila, jossa aineenvaihdunnan muutokset aiheuttavat samalla henkilöllä useita terveyttä uhkaavia häiriöitä samanaikaisesti (Mustajoki 2014; Koskinen 2013, 21). Mustajoen (2007, 95) mukaan eniten häiriöitä todetaan sokeriaineenvaihdunnassa, verenpaineessa ja veren rasva-arvoissa. Metaboliseen oireyhtymään liittyy selvästi suurentunut valtimotaudin riski keskimääräisen sydän- ja verisuonisairauksien vaaran ollessa 2–3-kertainen terveisiin verrattuna (Mustajoki 2015).

Työterveyshuollon palvelujen piiriin kuului yli 86 prosenttia kaikista palkansaajista (Suomen tilastollinen vuosikirja 2014, 508), minkä vuoksi työterveyshuollolla on merkittävä rooli myös metabolisen oireyhtymän riskiryhmään kuuluvien henkilöiden tunnistamisessa ja löytämisessä. Kansantautien hoito on kuitenkin perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon rajapintoja koskevassa keskustelussa rajattu työterveyshuollon sairaanhoidon ulkopuolelle, minkä vuoksi metabolisen oireyhtymän hoitoa ja seuranta ei voida toteuttaa työterveyshuollossa, vaikka riski terveystarkastuksessa todettaisiinkin. (Schröder 2015.) Koska metabolista oireyhtymää hoidetaan muualla kuin työterveyshuollossa, on tärkeää, että työterveyshuollossa tunnistetut ja löydetyt metabolisen oireyhtymän riskiryhmään kuuluvat henkilöt saavat suullisen ohjauksen lisäksi myös kirjallista materiaalia omahoidon tueksi sairauden puhkeamisen ehkäisyvaiheessa ja toisaalta jo puhjenneiden sairauksien hoitamiseksi ja jatkoseurannan järjestämiseksi.

Kliinisen osaamisen lisäksi työterveyshenkilöstön työssä on tärkeää tiedostaa myös asiakkaiden käsitykset terveydestä ja sen edistämisestä, tunnistaa työterveyshuollon rooli terveyden edistäjänä sekä ymmärtää asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistamisen merkitys muutoksen tukena. Oikeanlaisten ja oikea-aikaisten toimenpiteiden kohdentamiseksi on tärkeää tunnistaa myös asiakkaan muutosvaihe, jotta terveyttä edistävät muutokset mahdollistuvat.

2 MBO - SALAKAVALAKAVERI -PROJEKTIN TAUSTA

2.1 Projektin lähtökodat

Tarve MBO - salakavala kaveri -projektin käynnistämiseen syntyi Kuninkaantien työterveyden henkilöstön käytännön työn tarpeesta. Työterveyshuollon asiakkaille vuosina 2013–2014 toteutettujen terveystarkastusten perusteella huomio kiinnittyi erittäin korkeaan lihavuuden esiintyvyyteen ja korkeaan diabetesriskiin. Tehdyn selvityksen mukaan oireiden ja työkykyriskin esiintyvyys kasvaa iän myötä. (Taimela 2015, 2–3.) Työterveyshuollon henkilöstö näkee tarpeellisena tämän projektin tuloksena tuottaa MBO - salakavala kaveri, Käytäpidempää-esityksen. Esite annetaan vastaanottokäynnin yhteydessä metabolisen oireyhtymän riskiryhmään kuuluville asiakkaille, joilla on mahdollisuus elämäntapamuutoksen turvin välttää varsinaisen sairauden puhkeaminen.

Tarve juuri tähän teemaan liittyvään projektiin ja asiakkaille jaettavan kirjallisen esitteen laatimiseen nousee myös perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon keskinäisestä työnjaosta. Schröderin (2015) mukaan metabolisen oireyhtymän ehkäisymahdollisuudet rajautuvat työterveyshuollossa terveystarkastuskäynnillä toteutuvaan suulliseen ja kirjalliseen ohjaukseen, koska kansantautien hoito on rajattu työterveyshuollon sairaanhoidon ulkopuolelle, vaikka riski terveystarkastuksessa todettaisiinkin.

Kuninkaantien työterveyden toimintasuunnitelma perustuu Porvoon kaupunki-strategiaan ja henkilöstöohjelmaan sekä yksikön sisäisen valvonnan ohjeeseen. Toimintasuunnitelmaan on kirjattu työterveyshuollon toimintaa ohjaavat neljä strategista painopistealuetta: talouden tasapainottaminen, palveluiden tasalaatuisuus, palvelujen kehittäminen ja henkilöstön hyvinvointi. (Kuninkaantien työterveys 2015b, 3.) MBO - salakavala kaveri -projekti tukee osaltaan Kuninkaantien työterveyden strategisiin painopistealueisiin kirjattujen tavoitteiden toteutumista.

Toimeksiantajaorganisaation strategiaa täydentää Kuninkaantien työterveys -yksikön **viestintäohjelma ja -ohje** (2015c, 4–5), johon on kirjattu viestinnän kriittiset menestystekijät. Näitä ovat mm. yksilöasiakkaille jaettavan materiaalin sekä palveluista ja yksiköistä kertovan kirjallisen informaation kehittäminen

ja suullisen informaation antamisen lisääminen terveystarkastusten yhteydessä. Viestinnän periaatteiden mukaisesti viestinnässä tulee huomioida muun muassa kohderyhmälähtöisyys, ymmärrettävyys ja selkeys sekä kaksikielisyys. (Kuninkaantien työterveys 2015c, 3.) MBO - salakavala kaveri -projekti tukee myös toimeksiantajan viestintäohjelmaa yksilöasiakkaille jaettavasta materiaalista sekä suullisen informaation antamisen lisäämisestä terveystarkastusten yhteydessä.

Metabolinen oireyhtymä on varsin yleinen eli yli kolmasosalla aikuisista suomalaisista miehistä ja naisista yli neljäsosalla täyttyvät metabolisen oireyhtymän kriteerit. Metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen on tärkeää, koska siihen liittyy selvästi suurentunut valtimotaudin riski. Keskimääräinen sydän- ja verisuonisairauksien vaara on 2–3 kertainen terveisiin verrattuna. (Mustajoki 2007, 97, 2014.)

Metabolista oireyhtymää voidaan hoitaa lääkkeillä. Sen syntyminen on mahdollista estää kokonaan säilyttämällä normaalipaino. Laihdutettaessa vatsaontelon rasvakudos vähenee, veren sokeriarvot laskevat, hyvän kolesterolin määrä nousee, veren triglyseridi-arvo laskee ja myös verenpaine alenee. Parhaat tulokset saavutetaan yhdistämällä painonpudotus ja liikunta. (Mustajoki 2014.)

2.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyönä toteutettavan projektin tarkoituksena on lisätä Kuninkaantien työterveyden henkilöstön mahdollisuuksia tukea suullisen ohjauksen lisäksi metabolisen oireyhtymän riskiryhmään kuuluvia asiakkaita elämäntapamuutoksessa.

Projektin välittömänä tavoitteena on laatia Kuninkaantien työterveyden työntekijöiden käyttöön metabolisen oireyhtymän riskiryhmään kuuluville asiakkaille jaettava Kättäpidempää-esitys. Pitkän aikavälin tavoitteena on edistää Kuninkaantien työterveyden asiakkaiden terveyttä, elämänlaatua ja työkykyä tuemalla asiakkaita terveyttä edistävän elämäntapamuutoksen toteuttamisessa.

2.3 Projektin yhteistyöorganisaatio

Kuninkaantien työterveys on Porvoon kaupungin organisaatiossa toimiva kunnallinen liikelaitos, jonka ovat perustaneet Porvoon kaupunki ja Sipoon kunta 1.1.2009. Kansanterveys- (28.1.1972/66) ja työterveyshuoltolain (21.12.2001/1383) mukaan se täyttää Porvoon kaupungille ja Sipoon kunnalle asetetut velvoitteet järjestää työterveyshuoltopalvelut alueellaan oleville työpaikoille. Kuninkaantien työterveyden tehtävänä on tuottaa ja kehittää työelämälle terveydenhuollon palveluja, ylläpitää työterveysasematoimintaa sekä harjoittaa alan koulutus- ja konsultaatiotoimintaa yhteiskuntavastuuta noudattaen. Yhteiskuntavastuun mukaisesti kaikki palvelujen tarvitsijat pääsevät halutessaan sen asiakkaaksi. Kuninkaantien työterveyden asiakkaita ovat kuntien järjestämisen velvollisuuden piiriin kuuluvat työterveyspalveluja ostavat yritykset ja työntekijät. (Kuninkaantien työterveys 2012, 3–4.)

Kuninkaantien työterveyden **toiminta-ajatus** eli kuningasajatus on: *”Luotettava pitkäaikainen kumppani yrityksen ja työuran eri vaiheissa”*. (Kuninkaantien työterveys 2015.) Kuninkaantien työterveyden **missiona** eli palveluajatuksena on *”tuottaa kustannustehokkaasti ja laadukkaasti työterveyshuoltopalveluja tukemaan asiakasorganisaatioiden toimintaa ja työntekijöiden työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa”*. **Visio** on kirjattu seuraavasti: *”olla ammattitaitoinen, arvostettu, luotettava ja edistyksellinen työterveyspalveluiden tuottaja ja kumppani asiakkaillamme”*. (Kuninkaantien työterveys 2012, 6.)

Kuninkaantien työterveydessä työskentelee toimitusjohtajan lisäksi seitsemän lääkäriä, 11 työterveyshoitajaa, kaksi työfysioterapeuttia, kaksi työpsykologia, yksi sairaanhoitaja ja kolme työterveyssihteeriä (Kuninkaantien työterveys 2015). Kuninkaantien työterveyden palveluksessa olevien toimintaa ohjaavat yhteiset arvot: asiakaslähtöisyys, ammatillisuus, joustavuus sekä vaikuttavuus ja tehokkuus. Nämä arvot luonnehtivat vision mukaiseen määränpään vieviä toimintatapoja ja -periaatteita. (Kuninkaantien työterveys 2012, 6.)

Perustehtävän toteuttamiseksi keskeiset **avaintehtävät** Kuninkaantien työterveydessä ovat työolosuhteiden ja työympäristön turvallisuuden ja terveellisyyden arviointi ja kehittäminen, työyhteisön tukeminen muutoksessa, toiminnan kehittämisessä ja ongelmatilanteiden ratkaisemisessa erityisesti hyvinvointiin ja jaksamiseen liittyen, työntekijöiden työ- ja toimintakyvyn tukeminen, työterveyshuollon hyvän sairaanhoitokäytännön palvelujen tuottaminen kustannus-

tehokkaasti sekä henkilöstön työhyvinvoinnin seuranta ja raportointi. (Kuninkaantien työterveys 2012, 4.)

Työterveyshuoltopalvelut järjestetään työnantajan kanssa laaditussa työterveyshuoltosopimuksessa sovituissa laajuudessa. Palvelutarjonta perustuu hyvän työterveyshuoltokäytännön työlähtöiseen toteuttamiseen. Keskeisimmät palvelukokonaisuudet eli tuotteet jaetaan Kelan korvauskäytännön mukaisesti ennaltaehkäiseviin palveluihin ja sairaanhoitopalveluihin. **Ennaltaehkäiseviin palveluihin (Kela I)** kuuluvat työpaikkaselvitykset ja niiden pohjalta tehtävät työterveyden toimintasuunnitelmat, työkykyä ja työhyvinvointia tukeva toiminta, ryhmätilaisuudet, työyhteisötoiminta, lakisääteiset terveystarkastukset (työhönsijoitus- ja työhontulotarkastus, alku- ja määräaikatarkastus, työkyvyn arviointiin liittyvä tarkastus, vapaaehtoiset tarkastukset esim. ikäryhmätarkastukset), työfysioterapeutin palvelut, työpsykologin palvelut, ensiapukoulutus ja kuntoutus. (Kuninkaantien työterveys 2012, 4–5.)

Sairaanhoitopalvelun (Kela II) hankkiminen on työnantajalle vapaaehtoista, minkä vuoksi työterveyshuollolta hankittavan sairaanhoitopalvelun laajuus perustuu työterveyshuollon ja työnantajan väliseen sopimukseen. Sairaanhoitopalvelujen toteuttamisessa Kuninkaantien työterveys noudattaa hyvää sairaanhoitokäytäntöä. (Kuninkaantien työterveys 2012, 5.)

Työterveyshuollon toimintaa ohjaavan hyvän työterveyshuolto- ja sairaanhoitokäytännön noudattaminen on edellytyksenä työnantajan saamalle työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuvien kustannusten korvaamiselle. Kela (2015) korvaa työnantajalle aiheutuvia kustannuksia vahvistamalla vuosittain työntekijäkohtaisen kustannusten laskennallisen enimmäismäärän. Kelan maksaman korvauksen enimmäismäärä on korkeintaan 50 tai 60 prosenttia kustannusten laskennallisesta enimmäismäärästä. Molemmissa korvausluokissa korvaus on 50 prosenttia hyväksytyistä tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista silloin, kun korvaamisen perusedellytykset täyttyvät ja palvelua on toteutettu hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti. Ennaltaehkäisevän työterveyshuollon kustannuksista korvataan 60 prosenttia, kun työterveyshuolto ja työpaikka ovat yhteistyössä sopineet työkyvyn hallinnasta, seurannasta ja varhaisesta tuesta sekä dokumentoineet työkyvyn hallinnan toimintakäytännöt Kelan edellyttämällä tavalla.

3 METABOLINEN OIREYHTYMÄ JA SEN EHKÄISY ELÄMÄNTAPAMUUTOKSELLA

3.1 Metabolisen oireyhtymän kriteerit

Metabolisen oireyhtymän **määritelmän** mukaan vyötärön ympäryys ylittää miehillä 94 cm ja naisilla 80 cm, minkä lisäksi todetaan vähintään kaksi seuraavista muutoksista:

- *veren triglyseridien määrä on suurentunut (1,7 mmol/l tai enemmän)*
- *veren HDL-kolesterolin määrä on pienentynyt (miehillä alle 1,03 ja naisilla alle 1,29 mmol/l)*
- *verenpaine on koholla (yläpaine 130 mmHg tai enemmän ja alapaine 85 mmHg tai enemmän) ja/tai*
- *sokeriaineenvaihdunta on häiriintynyt (paastoarvo 5,6 mmol/l tai enemmän). (Mustajoki 2015, Mustajoki 2014, Mustajoki 2007, 96.)*

Mustajoen (2007, 96) mukaan raja normaalin ja epänormaalin tilan välillä on häilyvä. Osalla ihmisistä on havaittavissa kaikki kolme ongelmaa, toisilla vain osa näistä. Vyötärön ympärysmitta ei suoraan määrittele vyötärölihavuutta (raja miehillä 100 cm ja naisilla 90 cm), vaan tilanteen, jossa on aiheellista tutkia veren sokeri- ja rasva-arvot verenpaineen mittauksen lisäksi. Metabolinen oireyhtymä tulee kyseeseen, kun vyötärölihavuuden lisäksi löydetään ylläkuvatut muutokset verenpaineessa, veren rasva-arvoissa tai verensokeriarvossa.

MBO:n patogeneesi on vielä toistaiseksi tuntematon ja Laakson (2005, 1521) mukaan MBO voi ilmetä myös ilman keskivartalolihavuutta insuliiniresistensistä johtuen. Muina mahdollisina MBO:n syntyyn vaikuttavia tekijöinä hän mainitsee kroonisen tulehdusreaktion, perinnölliset tekijät, vähäisen liikunnan ja ikääntymisen.

3.2 Metabolisen oireyhtymän riskitekijät, oireet ja seuraukset

Metabolisen oireyhtymän riskitekijöiksi on kuvattu keskivartalolihavuus, kohonnut veren paastosokeriarvo, poikkeavat veren rasva-arvot ja kohonnut verenpaine. (Mustajoki 2014b; Koskinen 2013, 21.) Näiden lisäksi muina oireina on kuvattu lisääntyntä veren hyytymistaipumusta ja kihtioireita (Mustajoki 2014b). Seuraavaksi tarkastellaan yksityiskohtaisemmin MBO:n määritelmässä esiintyviä riskitekijöitä.

Keskivartalolihavuus

Vatsaonteloon kertynyt liikarasva aiheuttaa monia sairauksia, minkä vuoksi se on tärkeä tunnistaa. Keskivartalolihavuudessa ylipaino kertyy nimensä mukaisesti keskivartaloon, jolloin suuri osa liikarasvasta kertyy vatsaontelon sisään suolten ja sisäelinten väliin sekä maksan sisälle sisälmysrasvaksi eli viskeraaliseksi rasvaksi. Perimä säätelee pääasiassa sen, kerääntyykö ylimääräinen rasva vatsaonteloon vai muualle kehoon. Elämäntavoista tupakointi, runsas alkoholinkäyttö ja vähäinen liikunta vaikuttavat myös siihen, miten herkästi ylimääräinen rasva kerääntyy vatsaonteloon. (Mustajoki 2014b.)

Mustajoen (2014b) mukaan keskivartalolihavuus aiheuttaa sairauksia, koska vatsaontelossa sijaitsevien rasvasolujen toiminta on ihon alla sijaitsevia rasvasoluja vilkkaampaa. Rasvasoluista vapautuu verenkiertoon runsaasti monia aineenvaihduntatuotteita, jotka kulkeutuvat porttilaskimon kautta suoraan aineenvaihdunnan keskukseen, maksaan. Vatsaontelon rasvakudokseen kertyy runsaasti tulehdussoluja, jotka erittävät sytokiineiksi kutsuttuja aineita. Sytokiinit puolestaan ylläpitävät haitallista tulehdusreaktiota. Rasvahapot ja sytokiinit yhdessä aiheuttavat maksan aineenvaihduntaan häiriöitä, jonka yksi seuraus on rasvan kertyminen maksasoluihin. Edellä kuvatut aineenvaihdunnan häiriöt heijastuvat kaikkialle elimistöön, minkä vuoksi vaara lukuisiin sairauksiin muun muassa aikuistyyppin (tyypin 2) diabetekseen, verenpaineen kohoamiseen, unihäiriöihin ja unen aikaisiin hengityskatkoksiin, veren rasvahäiriöihin ja sydänsairauksiin suurenee.

Keskivartalolihavuus voidaan todeta helposti mittanauhalla mittaamalla, koska vatsaontelossa sijaitseva liikarasva suurentaa vyötärön ympärysmittaa. Vyötärön mittaaminen on aiheellista, kun ylipainoa on vähän tai kohtalaisesti (painoindeksin alue 25–32). Jos mittauksen perusteella todetaan keskivartaloliha-

vuutta (vyötärön ympäryys ylittää naisilla 90 cm ja miehillä 100 cm), on siitä eroon pääsy tärkeää, vaikka liikakiloja ei vielä juuri olisikaan. Jos ylipainoa on paljon, ei vyötärön mittaaminen tuo lisätietoa vaaroista, koska vaikeassa lihavuudessa sairauksien vaara on aina suuri. Joskus vatsaonteloon voi kertyä liikaa rasvaa, vaikka painoindeksin perusteella määritettynä ollaan normaalipainon alueella (painoindeksi alle 25). Tällöinkin liikarasva vyötäröllä aiheuttaa sairauksia. (Mustajoki 2014b.)

Kohonnut veren paastosokeri

Nykykäsityksen mukaan diabetes on energia-aineenvaihdunnan häiriö, joka näkyy kohonneena veren sokeripitoisuutena. Maailman terveysjärjestö WHO:n luokittelun mukaisesti **tyypin 1 diabeteksen** syynä on insuliinia tuottavien beetasolujen tuhoutuminen sisäsyntyisen tulehduksen eli autoimmuunitulehduksen seurauksena. **Tyypin 2 diabeteksessä** insuliinin vaikutus heikentyy (insuliiniresistenssi) tai insuliinineritys häiriintyy tai ilmenee molemmat häiriöt. (Diabetesliitto 2015.) Insuliiniresistenssillä tarkoitetaan insuliinin heikentynyttä vaikutusta maksassa, lihaksissa ja rasvakudoksessa. Tällöin insuliini ei pysty tarpeeksi estämään sokerintuotantoa maksassa. Tämän seurauksena maksa tuottaa liikaa sokeria eivätkä lihakset pysty käyttämään sokeria polttoaineena tai varastoimaan sitä. Rasvakudoksesta puolestaan vapautuu liikaa rasvahappoja lisäten entisestään maksan sokeri- ja rasvatuotantoa. (Virkamäki 2011, 35.)

Eri diabetestyypeillä voi olla erilaisia ilmenemismuotoja, ja hoito voi ulottua ruokavaliosta insuliiniin. Ominaista tyypin 2 diabetekselle on hidas kehittyminen ja salakavala oireettomuus. Oireina voi olla erityisesti aterioiden jälkeistä väsymystä ja vetämättömyyttä, masennusta ja ärtyisyyttä, jalkasärkyä, näön heikkenemistä ja tulehdusherkkyyttä. Mikäli lähisuvussa esiintyy tyypin 2 diabetestä, on hyvä tarkistuttaa verensokeriarvot aika ajoin, varsinkin jos on taipumusta keskivartalolihavuuteen. (Diabetesliitto 2015.)

Diabeteksen tyypilliset oireet (virtsanerityksen lisääntyminen, jano, tahaton laihtuminen ja väsymys) aiheutuvat liian sokerin kertyessä vereen elimistön insuliinin puutoksen vuoksi tai kun insuliini ei tehoa. Diabetes voidaan todeta määrittämällä veren sokeripitoisuus. Diabetes diagnosoidaan **oireisella henkilöllä**, kun paastoplasman glukoosipitoisuus (vähintään 8 tuntia ravinnotta) on 7 mmol/l tai suurempi tai kahden tunnin arvo sokerirasituskokeessa on

plasmasta mitattuna yli 11 mmol/l. **Oireettomalla henkilöllä** edellämainituista arvoista jompikumpi tulee todeta vähintään kahdesti. (Diabetesliitto 2015.)

Poikkeavat veren rasva-arvot

Veren poikkeavia rasva-arvoja kutsutaan dyslipidemiaksi, jolloin veren

- *kokonaiskolesteroli on yli 5 mmol/l (millimoolia litrassa)*
- *LDL- eli ns. huono kolesteroli on yli 3 mmol/l*
- *HDL- eli ns. hyvä kolesteroli on alle 1 mmol/l*
- *triglyseridipitoisuus on yli 1,7 mmol/l tai*
- *edellisten yhdistelmä.* (Tarnanen, Tikkanen, Syväne & Kukkonen-Harjula 2013.)

Hoito perustuu arvioon siitä, kuinka suuri riski ihmisellä on sairastua valtimosairauksiin. Riskinarvio on yksinkertainen, jos on jo ilmennyt valtimosairaus tai sille vahvasti altistava tila. Mikäli valtimosairautta tai sille vahvasti altistavaa tilaa ei voida todeta, voidaan riskinarviotyökaluna käyttää esimerkiksi FINRISKI-laskuria, joka arvioi terveen henkilön riskin sairastua sydäninfarktiin tai aivohalvaukseen seuraavien 10 vuoden aikana. FINRISKI-laskuri huomioi iän, sukupuolen, tupakoinnin, verenpaineen, kokonaiskolesterolin, HDL-kolesterolin, diabeteksen ja sukurasituksen lisäksi muita riskiin vaikuttavia tekijöitä. Näitä muita tekijöitä ovat ylipaino, vyötärölihavuus, lievästi kohonnut verensockeri, vähäinen liikunta, tulehdussairaus (kuten nivelreuma) ja liiallinen stressi. (Tarnanen ym. 2013.)

Hyvään valtimoterveyteen liittyvät arvot väestötasolla ovat kokonaiskolesteroli alle 5 ja LDL-kolesteroli alle 3 mmol/l. Jos valtimosairauden riski on suuri, LDL-tavoite on alle 2,5 mmol/l. Jos valtimosairauden riski on erityisen suuri, on LDL-tavoite sitäkin pienempi eli alle 1,8 mmol/l. Ellei LDL-tavoitteeseen päästä, riittää arvon pieneneminen puoleen alkuperäisestä. Kunkin potilaan yksilölliset tavoitteet määritellään keskusteluissa lääkärin kanssa. (Tarnanen ym. 2013.)

Dyslipidemioiden hoidolla pyritään ehkäisemään valtimosairauksia, joita ovat sepelvaltimosairaus, aivovaltimosairaus ja alaraajojen valtimosairaus eli ns. katkokävely sekä näistä johtuvat sydän- ja aivoinfarktit. Hoidon perustana ovat aina elämäntapamuutokset: terveellinen ravinto, säännöllinen liikunta, tupa-

koimattomuus, liiallisen stressin välttäminen, riittävä lepo ja uni sekä ylipainoisilla laihduttaminen. Jos elämäntapamuutokset eivät yksin riitä, tarvitaan lääkettä elämäntapamuutosten rinnalle. Tavanomaisimmin dyslipidemiaa hoidetaan statiineilla. (Tarnanen ym. 2013.)

Kohonnut verenpaine

Mustajoen (2015) mukaan verenpaine on normaali, kun se on alle 130/85 mmHg (millimetriä elohopeaa). Tyydyttävä verenpainetaso on välillä 130–139/85–89 ja koholla, kun verenpaine on 140/90 tai enemmän. Yleensä korkea verenpaine ei "tunnu" miltään ja se voidaan todeta vain verenpainemittarilla mitaten. Jos verenpaine on kohonnut hyvin paljon (yli 200/yli 130) voi tuntua päänsärkyä tai huimauksen tunnetta.

Kohonnut verenpaine voi johtua perinnöllisestä taipumuksesta, mutta suurin osa kohonneesta verenpaineesta johtuu elämäntavoista. Elämäntapoihin liittyviä syitä, joihin itse omalla terveystyöllä voi vaikuttaa, ovat Mustajoen (2015) mukaan:

- *tupakointi*
- *etenkin vyötärölle kertyvä liikapaino (yli 15 kiloa ylipainoisten keskuudessa kohonnut verenpaine on kolme kertaa yleisempää kuin normaalipainoisten keskuudessa)*
- *runsas suolan käyttö (ruokasuola on natriumkloridia, jonka osista natrium vaikuttaa verenpaineeseen)*
- *runsas lakritsituotteiden käyttö*
- *vähäinen liikunnan määrä*
- *runsas tulehduskipulääkkeiden käyttö (tulehduskipulääkkeet ovat yleisimpiä särkylääkkeitä, esimerkiksi ibuprofeeni ja naprokseeni)*
- *hormonivalmisteiden käyttö (ehkäisytabletit, vaihdevuosisien hormonihoidot)*
- *runsas alkoholin käyttö ja*
- *stressi.*

Kohonnutta verenpainetta hoidetaan, koska vuosien mittaan se rasittaa valtimoita ja sydäntä. Seurauksena tästä rasituksesta on valtimotauti, joka voi aiheuttaa sydäninfarktin tai aivohalvauksen. Kohonneen verenpaineen vaikutus

näiden sairauksien syntyminen riskiin riippuu suuresti muista valtimotaudin riskitekijöistä. Verenpaineen aiheuttamien sairauksien vaara lisääntyykin jyrkästi, jos henkilö tupakoi, veren kolesteroliarvo on koholla ja jos hänellä on diabetes tai muu sokeriaineenvaihdunnan häiriö. (Mustajoki 2015.)

Yhteenvedona voidaan todeta, että metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisy, tunnistaminen ja hoito on tärkeää, koska se lisää ateroskleroosin eli valtimonkovettumataudin vaaraa, mikä pahimmillaan voi johtaa sydäninfarktiin ja aivoverenkiertohäiriöihin. Ateroskleroosin riskin suuruus riippuu metaboliseen oireyhtymään liittyvien aineenvaihdunnan muutosten suuruudesta. (Mustajoki 2007, 96.)

3.3 Metabolisen oireyhtymän ehkäisy ja itsehoito

Mustajoen (2014) mukaan metabolisen oireyhtymän syntyminen voidaan kokonaan estää säilyttämällä normaalipaino, koska metabolinen oireyhtymä johtuu rasvan kertymisestä vatsaonteloon ja maksaan. Laihduttamalla voidaan vähentää tehokkaasti metabolisen oireyhtymän kaikkia häiriöitä, koska laihdutettaessa rasvakudosta vähenee enemmän vatsaontelosta kuin ihon alta. Vyötärömitan pienenemisen myötä verensokeriarvo laskee, hyvän kolesterolin määrä nousee, veren triglyseridi-arvo laskee ja verenpaine alenee.

Keskivartalolihavuuden paras hoitokeino on tavallinen laihduttaminen, koska laihdutettaessa rasvakudos vähenee enemmän vatsaontelon sisältä kuin ihon alta. Suositeltavaa on laihduttaa liikuntavoittoa esimerkiksi reipasta kävelyä harrastaen, koska liikunta vähentää vatsaontelon rasvaa, vaikka paino ei normalisoituisikaan. (Mustajoki 2014b.) Painonlaskun tai liikunnan lisäämisen avulla **tyypin 2 diabetesta sairastavan** on mahdollista saada verensokeritasonsa normaaliksi geeneissä olevasta alttiudesta huolimatta (Diabetesliitto 2015).

Verenpaine nousee yleensä epäterveellisten ruokatottumusten ja vähäisen liikunnan vuoksi, jolloin ensisijainen hoito on elämäntapojen muuttaminen terveellisemmiksi. Mikäli verenpaine ei itsehoitokeinoin laske riittävästi, tarvitaan lääkehoitoa. Verenpaineen itsehoitomenetelmät Mustajoen (2015) mukaan ovat:

- *ylipainoisilla painon pudottaminen 4–8 prosenttia (vähentää keskimäärin sekä ylä- että alapainetta 3–4 elohopeamillimetriä, mmHg)*
- *tupakoinnin lopettaminen (pienentää kohonneeseen verenpaineeseen liittyvää valtimotaudin riskiä)*
- *suolamäärän laskeminen 5 grammaan päivässä (verenpaineen yläarvo laskee keskimäärin 6 ja ala-arvo 4 pykälää)*
- *ravintokuidun lisääminen täysjyväleivän, -murojen, -hiutaleiden ym. muodossa (alentaa verenpaineen yläpainetta keskimäärin 6 ja alapainetta 3 mmHg verrattuna puhdistetuista valkoisista jauhoista valmistettuihin viljatuotteisiin)*
- *kaliumin ja magnesiumin saannin lisääminen käyttämällä runsaasti vihanneksia, hedelmiä ja kasviksia*
- *lakritsituotteiden välttäminen*
- *kävelemällä reippaasti tai harrastamalla vastaavaa liikuntaa vähintään 30 minuuttia päivässä useimpina päivinä viikossa ja*
- *vähentämällä runsasta alkoholin käyttöä.*

Itsehoitokeinot ovat tarpeen myös aloitettaessa verenpaineen lääkehoito, koska lääkkeiden verenpainetta laskeva teho paranee selvästi, jos samaan aikaan muutetaan elämäntapoja terveellisemmäksi (Mustajoki 2015).

Dyslipidemiassa terveellisen ruokavalion peruseriaatteita ovat monipuolisuus, huomion kiinnittäminen rasvan laatuun (vähän kovaa eläinperäistä rasvaa, kohtuudella pehmeää rasvaa, kuten kasvimargariinia ja -öljyjä), kalan suosiminen sekä riittävä kuidun määrä (täysjyvävalmisteet, kasvikset, hedelmät, marjat). Ruoan energiamäärän tulisi olla suhteutettu yksilölliseen energiankulutukseen. Ruokakaupassa ja monissa lounasravintoloissa auttaa sydänmerkki tekemään terveyden kannalta parempia valintoja. (Tarnanen ym. 2013.)

Säännöllinen liikunta, ylipainon laihduttaminen (jo 5–10 prosenttia alkupainosta auttaa) **ja tupakoinnin lopettaminen** vähentävät myös valtimosairauksien vaaraa. Myös kohonneeseen verenpaineeseen on puututtava joko elämäntapamuutoksin tai tarvittaessa lääkkein. Valtimosairausvaaraa suurentaa myös liiallinen alkoholin käyttö. Elämäntapamuutosten lisäksi voi tarvittaessa käyttää kasvistanoleita tai -steroleita (esimerkiksi levitteenä tai jugurtina). Kaikki edellä luetellut toimet yhdessä auttavat – ja pienen tai kohtalaisen

riskin potilaalle ne ovatkin usein riittävät dyslipidemian hoitokeinot. (Tarnanen ym. 2013.)

Ilman erityisperusteita ei ravintolisiä tarvita lukuun ottamatta suositusten mukaista D-vitamiinia. Kalaöljykapselit eivät muuta veren LDL-kolesterolitasoja, mutta ne voivat olla hyödyksi huomattavan korkeiden triglyseridiarvojen laskeutemiseksi. Kalassa on omega-3-rasvahappojen lisäksi muitakin hyödyllisiä ravintoaineita, joita saa parhaiten syömällä kalaa 2–3-kertaa viikossa. (Tarnanen ym. 2013.)

Osaa metabolisen oireyhtymän häiriötiloista on mahdollista hoitaa lääkkeillä, kuten kohonnutta verenpainetta ja veren sokeriarvoja. Näillä lääkkeillä yksinään ei aina saavuteta hyvää tulosta, ellei samalla pudoteta painoa. Veren triglyseridiarvoja voidaan myös hoitaa lääkkeillä, mutta tulos ei ole kovinkaan hyvä. Myöskään hyvän kolesterolin määrän lisäämiseksi ei ole olemassa tehokkaita lääkkeitä. (Mustajoki 2014.)

Tupakoimattomuus

Koskisen (2013, 26) mukaan tupakoinnin terveysvaarat on todettu useissa tutkimuksissa. Tupakointi, tyypin 2 diabetes ja valtimotaudit kietoutuvat vaarallisesti yhteen tupakoinnin vaikuttaessa haitallisesti elimistön insuliiniaineenvaihduntaan lisäten tyypin 2 diabeteksen riskiä. Edellä mainitut seikat nostavat sepelvaltimotaudin kehittymisen vaaran 2–4-kertaiseksi. Diabeetikolle tupakointi on erityisen vaarallista, koska se lisää sepelvaltimotautiriskin 4–6-kertaiseksi tupakoimattomaan verrattuna. (Suomen Sydänliitto 2015.) Erityisen huono yhdistelmä on tupakointi ja liikkailot. Tupakointi lisää myös muita terveysriskejä rappeuttaen verisuonia, nostaa verenpainetta ja altistaa syöpäsairauksille. (Diabetesliitto 2015.) Sepelvaltimotautiin sairastuminen tupakoivalla miehellä tai naisella on 2–3-kertainen tupakoimattomaan verrattuna. Sairastumisriski on suurin paljon ja kauan polttaneilla, mutta myös vähäinen tupakointi (alle viisi savuketta päivässä) lähes kolminkertaistaa sairastumisriskin. Tupakoinnin lopettaminen puolestaan alentaa sydän- ja verisuonitaudeista aiheutuvaa kuolemanriskiä jopa 36 %. (Koskinen 2013, 26.)

Myös tupakansavu vahingoittaa verenkiertoelimistöä usealla eri mekanismilla nikotiinin supistaessa verisuonia ja kiihdyttäessä sydämen sykettä, minkä seurauksena sydämen työmäärä kasvaa. Tupakka lisää myös haitallisen koleste-

rolin osuutta veressä haitaten verihiutaleiden toimintaa. Nämä muutokset lisäävät verisuonten seinämiin kertyvien plakkien muodostumista. Tupakan kemikaalit aiheuttavat elimistössä jatkuvan tulehdustilan, mikä edesauttaa verenkiertoelinten sairauksien syntyä. (Patja 2014.)

Alkoholin käyttö

Tutkimuksissa on havaittu alkoholin käytön lisäämisen nostavan HDL-kolesterolia, triglyseridiä sekä systolista ja diastolista verenpainetta. Erityisesti sepelvaltimotaudin riski nousee alkoholinkäytön lisääntymisen myötä, koska paljon alkoholia juovilla HDL-kolesterolin suotuisa nousu katoaa verenpaineen kohoamisen seurauksena. Kohtuullinen alkoholin käyttö (miehillä alle 40 g/päivä, naisilla alle 20 g/päivä) sen sijaan näyttää tutkimusten mukaan pienentävän metaboliseen oireyhtymään sairastavuutta. (Koskinen 2013, 28.)

4 TERVEYS JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEEN VAIKUTTAMINEN

4.1 Terveyden käsite

Koko yhteiskunnan tasolla terveyttä kutsutaan kansanterveydeksi, mikä kuvastaa koko väestön yleistä terveydentilaa (Mäki-Opas 2009, 13). Terveyttä voidaan lähestyä monesta eri näkökulmasta puhuen eri tieteenalojen ihmis- ja terveyskäsityksistä, yhteiskuntapolitiikan näkökulmasta, terveellisestä ympäristöstä tai yksilön omista terveyteen liittyvistä kokemuksista ja käsityksistä. Yksilöiden kokema terveys näkyy esimerkiksi tasapainona, toimintakykynä, hyvänä olona, myönteisenä elämänasenteena ja mahdollisuutena toteuttaa itseään. Useimmille sairauksien poissaolo on terveyden tärkein sisältö, mutta sitä voidaan pitää myös selviytymisenä sairauksista ja elämänlaatua heikentävistä tekijöistä. (Mäki-Opas 2009, 12–13.)

Juutilaisen (2004, 23–24) mukaan terveys on aikuiselle ihmiselle hyvin henkilökohtainen ja tärkeä asia. Terveys vaihtelee yksilöllisesti johtuen perimästä, kulttuurista, ympäristöstä sekä elämäntilanteista ja -tavoista. Terveyteen vaikuttavat elämäntilanteet eivät ole pysyviä, minkä seurauksena myös käsitykset terveydestä saattavat muuttua. Suurimmalle osalle ihmisistä terveys on arvo sinänsä, minkä vuoksi nykyihminen on valmis käyttämään varsin paljon

taloudellisia resursseja terveytensä ja työkyynsä ylläpitämiseen ja edistämiseen. Myös Mäki-Opas (2009, 13) kirjoittaa terveyden syntyvän ja heikentyvän ihmisten arjen olosuhteiden, vuorovaikutuksen, elämäntapojen ja valintojen tuloksena luonnehtien terveyttä ennemminkin prosessina kuin pysyvänä tilana. Monet terveydessä tapahtuvat muutokset ovat palautuvia ja niihin voidaan vaikuttaa. Koetulla terveydellä tarkoitetaan yksilön omaa arviota terveydestään eli käsitteellä viitataan subjektiiviseen terveyden kokemukseen. (Mäki-Opas 2009, 14–15.)

4.2 Terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on laaja ja monenlaista toimintaa sisältävä käsite, jota ei toistaiseksi ole kyetty yksiselitteisesti määrittelemään. WHO:n määritelmän mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Ottawan asiakirjassa terveys ei ole elämän päämäärä, vaan jokapäiväisen elämän voimavara, jossa korostuvat sosiaaliset ja henkilökohtaiset voimavarat sekä fyysinen toimintakyky. Ottawan asiakirjassa kuvatussa määritelmässä terveys on siis ilmaistu toiminnallisuutena, joten se soveltuu WHO:n määritelmää paremmin terveyden edistämisen näkökulmaan. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10–11.) Jakartan julistuksessa terveyden edistäminen tunnustetaan olennaiseksi osaksi terveyden kehitystä. Se nähdään prosessina, jossa ihmisten mahdollisuudet hallita ja vaikuttaa terveyteen lisääntyvät. (Vertio 1997.)

Suomen terveystalouden ensisijaisia tavoitteita ovat terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy. Terveyden edistäminen on osa kansanterveystyötä ja perustuu kansanterveystalouteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.) Koskenvuo ja Mattila (2009) kuvaavatkin terveyden edistämisen päämääräksi yksilön odotettavissa olevan terveen eliniän pidentämisen. Savola ja Koskinen-Ollonqvist (2005, 8) määrittelevät terveyden edistämisen arvoihin perustuvana tavoitteellisenä ja välineellisenä toimintana terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistäminen sisältää sekä promotiivisia että preventiivisiä toimintamuotoja. Terveyden edistämistyö ilmenee muun muassa terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistamisena ja elämäntapojen muutoksena terveellisempään suuntaan. Terveyden

edistäminen perustuu arvoihin, tavoitteisiin, toimintoihin ja tuloksiin. Kosken-
vuo ja Mattila (2009) kuvaavat terveyden edistämisen onnistumisen kannalta
olennaisina tekijöinä terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittämisen, terveelli-
sen ympäristön aikaansaamisen, yhteisöjen toiminnan tehostamisen, henkilö-
kohtaisten taitojen kehittämisen ja terveystalvelujen uudistamisen. Mäki-Opas
(2009, 13) puolestaan kuvaa terveyden edistämisen toiminnaksi, jolla pyritään
parantamaan joko yksilön tai väestön terveyttä. Sihdon, Palosuon, Topon,
Vuorekosken ja Lepon (2013, 25) mukaan terveyden edistämiseen liittyvät
interventiot kohdistetaan riskitekijöitä tuottavan käyttäytymisen muuttamiseen.

Perinteisesti on ajateltu, etteivät miehet ole kiinnostuneita terveydestä tai ter-
veellisistä elämäntavoista. Saarisen (2009, 16) mukaan miesten terveyden
edistäminen ja ennaltaehkäisy on haasteellista, koska heidän on vaikeampi
muuttaa terveystalveluistaan ja terveystottumuksiaan terveenä ollessaan
kuin naisten. Myös Kariston (2006, 10) tutkimissa miehissä on paljon enem-
män niitä, jotka suhtautuvat torjuvasti ajatukseen elämäntapojensa muuttami-
sesta terveyssyistä. Karisto (2006, 11) käyttää tästä elämäntalveluista termiä ”vii-
leys”, jolla hän tarkoittaa terveyteen liittyvää hällävälä-asennetta. Tässä ”vii-
leässä” elämäntalveluissa ajatellaan, että on parempi nauttia elämästä kuin yrittää
hallita sitä. Elämä saa kelvata sellaisena kuin se on, eikä haluta uskoa asioi-
den voivan muuttua paremmiksi. Joillekin terveellisistä elämäntalveluista
kieltäytyminen saattaa olla viimeinen keino säilyttää itsellisyys, autonomia ja
oma elämäntalvelu.

Perälän (2011, 45) mukaan ohjattavan elämäntalvelumuutoksiin ja hoitoon si-
touttamisessa tarvitaan tiedon lisäksi myös taitoon ja asenteisiin vaikuttamista.
Muutosprosessin käynnistäjäksi tarvitaan yleensä tarpeeksi vahva ärsyke, jo-
ka motivoi muutoksen tielle. Muutoksen käynnistäminen perustuu aikuisilla
suurelta osin tiedolle. Tietoon siitä, miksi kannattaa muuttaa käyttäytymistä tai
miksi kannattaa ottaa vastaan tarjottu hoito. Terveydenhuollon ammattilaisella
on tiedonantovelvollisuus, mikäli asiakas ei tiedä omia laboratorioarvojaan, ta-
voitteita tai niiden merkitystä terveyden ylläpitämisen kannalta. Toisaalta ai-
kuisilla on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa myös ottamalla itse pu-
heeksi muutoksen tarve terveydenhuollon ammattilaisen kanssa.

Työterveyshuollon rooli terveyden edistäjänä

Ensimmäisen työterveyshuoltolain valmistelu aloitettiin 1960-luvulla, kun tietoisuus työn vaaroista lisääntyi. Ensimmäinen työterveyshuoltolaki säädettiin vuonna 1979, johon työikäisen väestön perusterveydenhuolto perustuu. Lain-säädännön keskeisenä motiivina oli tarve puuttua aikaisempaa tehokkaammin ja järjestelmällisemmin työoloihin työpaikoilla, joissa on palkattua työvoimaa. Lain painopiste oli nimenomaan ennaltaehkäisyssä ja terveysriskien torjunnassa, mutta lakiin tuli myös sairaanhoitoa koskeva osa, koska perinteistä tehtaaneläköjärjestelmää ei haluttu lopettaa. Sairaanhoidon järjestäminen jätettiin työnantajan harkinnan varaiseksi ja Kela kompensoi sen kustannuksia työnantajille niukemmin kuin ennaltaehkäisevän toiminnan kustannuksia. Työterveyshuoltolaki (21.12.2001/1383) uudistettiin vuoden 2002 alussa vanhan lain keskeisten linjausten säilyessä ennallaan. (Sihto, Palosuo, Topo, Vuorenkoski & Leppo 2013, 314–315.)

Työterveyshuoltolain (21.12.2001/1383) 4. §:n mukaan *työterveyshuolto tulee järjestää ja toteuttaa siinä laajuudessa kuin työstä, työjärjestelyistä, henkilöstöstä, työpaikan olosuhteista ja niiden muutoksista johtuva tarve edellyttää*. Työterveyshuoltolain (21.12.2001/1383) 12. § mahdollistaa myös sairaanhoito- ja muiden terveydenhuoltopalvelujen järjestämisen työntekijöille ennaltaehkäisevien palvelujen lisäksi. Työterveyshuoltolain (21.12.2001/1383) mukaan työterveyshuollon toiminnan tulee kohdistua työpaikoilla terveyden ja työkyvyn edistämiseen sekä työntekijöiden terveyden ja työkyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen koko työuran ajan. Lain tarkoituksena on siis ehkäistä työstä ja työolosuhteista johtuvia terveyshaittoja ja edistää työkykyä ja terveystä. Lain tavoitteena on suunnata työterveyshuollon toimenpiteet tukemaan työelämään osallistumista entistä pidempään. (Työterveyshuoltolaki. Opas työterveyshuoltolain soveltajille 2004, 9–10.)

Työterveyshuollon sisältö on määritelty työterveyshuoltolain (21.12.2001/1383) 12. §:ssä hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti. Siinä painotetaan työpaikan tarpeista lähtevää ennalta ehkäisevää työn, työolosuhteiden ja turvallisuuden selvittämistä ja tähän perustuvien toimenpiteiden toteuttamista työntekijän terveydentilan sekä työ- ja toimintakyvyn seuraamiseksi. Tehtyjen selvitysten perusteella työterveyshuollon tulee antaa tietoja, neuvoja ja ohjausta. (Työterveyshuoltolaki. Opas työterveyshuoltolain soveltajille 2004, 12.)

Lehto ja Torkki (2013, 34) kuvaavat tietojen antamisen, neuvonnan ja ohjauksen eli terveyden edistämisen olevan keskeisessä asemassa työterveyshoitajan työssä. Työterveyshoitajan rooli on varsin itsenäinen edellyttäen monipuolisen tiedollisen osaamisen lisäksi myös ohjaus- ja vuorovaikutusosaamista (Ahonen, Laukkanen & Voutilainen 2012, 10). Jallinojan, Absetzin, Kurosen, Nissisen, Taljan, Uutelan ja Patjan (2007, 246) mukaan suurin osa hoitajista ajattelee asiakkaan olevan itse vastuussa elämäntapamuutoksiin liittyvistä päätöksistä. Enemmistö hoitajista koki tiedon antamisen, motivoinnin ja asiakkaan elämäntapamuutoksen tukemisen osaksi työtään. Kuitenkin vain noin puolet hoitajista koki omaavansa riittävät ohjaustaidot elämäntapamuutoksen ohjaamiseksi. Ahosen ym. (2012, 44) mukaan työterveyshoitajien tietoperusta osoittautui olevan heidän omaa arviotaan paremmalla tasolla.

Työterveyshoitaja arvioi terveystarkastuksessa asiakkaan ohjauksen ja neuvonnan tarpeen yhdistäen työterveyshuollossa olevan tiedon, asiakkaan subjektiivisen kokemuksen ja objektiiviset tutkimustulokset terveystarkastelmaksi (Nyholm 2015, 9). Terveystarkastelmalla koetaan turvaavan asiakkaan hoidon jatkuvuutta, potilasturvallisuutta ja vaikuttavuutta (Nyholm 2015, 46).

4.3 Terveyskäyttäytyminen

Aromaan ja Eskolan (2009) määritelmän mukaan terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan yksilön käyttäytymistä ja valintoja terveyteen vaikuttavissa asioissa (mm. ravinto, tupakointi, liikunta, alkoholinkäyttö). Valintoja tehdään tavallisesti jo lapsuudessa tai nuoruudessa vakiintuneiden, usein tiedostamattomien tottumusten pohjalta. Toisaalta terveyskäyttäytyminen voi olla myös tietoiseen pyrkimykseen perustuvaa käyttäytymistä ja valintoja. Ajan mittaan terveyskäyttäytymisellä on ratkaiseva vaikutus yksilön terveyteen ja riskiin sairastua tai kuolla.

Kesti ja Ohtonen (2012, 3) muistuttavat terveyskäyttäytymisen ja valintojen vaikuttavan yksilön terveyteen joko edistävästi tai heikentävästi. Terveyskäyttäytymiseen kuuluvat elämäntapojen ja terveystottumusten lisäksi myös terveyspalvelujen käyttäminen. Myös Mäki-Opas (2009, 13) kuvaa terveyskäyttäytymisen toiminnaksi, jonka henkilö uskoo parantavan tai ylläpitävän omaa terveyttään. Toisaalta terveyskäyttäytymisellä voidaan tarkoittaa myös terveydel-

le haitallisia käyttäytymismalleja, kuten tupakointia, epäterveellistä ravintoa, vähäistä liikuntaa ja liiallista päihteiden käyttöä, mitkä ovat useiden suomalaisten kansantautien merkittäviä riskitekijöitä ja aiheuttavat huomattavan osan estettävissä olevasta kuolleisuudesta

Kestin ja Ohtosen (2012, 3) tutkimuksen mukaan miesten terveyskäyttäytymiselle tyypillisiä piirteitä ovat vähemmät sairauspoissaolot, lääkkeiden ja terveyspalvelujen vähäisempi käyttö sekä osalla miehistä hoitoon hakeutumisen pitkittäminen, minkä seurauksena hoito tulee usein kalliimmaksi ja kuormittavammaksi. Kariston (2006, 7) mukaan ihmiset eivät kuitenkaan ole yhdestä puusta veistettyjä, vaan kukin elää oman orientaationsa ja mahdollisuuksiensa mukaisesti. Pietilän (2008, 256–257) tutkimus tukee kuitenkin toisenlaista ajatusta, jossa miehet ovat enenevässä määrin kiinnostuneita terveysasioista. Karisto (2006, 7) puhuu tapojen ja tottumusten terveellisyydestä. Pietilän (2013) tutkimuksen mukaan miehet toivat terveystietoisia näkemyksiään esille yksilöhaastatteluissa. Ryhmätilanteessa käsitykset terveydestä olivat perinteisempiä. Näin ollen voisi päätellä, ettei yksilöohjaustilanteissa ole ryhmän tuomaa painetta ylläpitää perinteisiä "äijämäisiä" terveyskäsitteitä.

Pystyvyyden tunne terveyskäyttäytymisen selittäjänä

Pystyvyyden tunteella tarkoitetaan yksilön luottamusta siihen, että hän pystyy vaikuttamaan omaan käyttäytymiseensä. Se on yksilön uskoa omaan kykyihinsä selvitä vaativista tilanteista ja haasteista. Pystyvyyden tunne näkyy sekä yksilön tavassa toimia, ajatella ja tuntea että hänen asettamissaan tavoitteissa, toiveissa ja odotuksissa. Yksilöt pystyvät sitoutumaan tehtäviin, joista uskovat selviytyvänsä, mutta pyrkivät välttämään toimia, joissa arvelevat epäonnistuvansa. Luottamus omaan pystyvyyden tunteeseen vaikuttaa siihen, kuinka yksilö on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. (Mäki-Opas 2009, 8.)

Mäki-Opas (2009, 8–10) kuvaa pystyvyyden tunteen taustalla vaikuttavat neljä informaatiota: 1) tieto aikaisemmista kokemuksista, 2) sijaiskokemukset, 3) sanallinen vaikuttaminen, toisten ihmisten vakuuttelu sekä 4) fysiologinen tila ja omien tunnereaktioiden tulkitseminen. Tärkein pystyvyyden tunteen lähde on **tieto aikaisemmista kokemuksista**, jotka ilmentävät yksilön kykyä selviytyä eteen tulevista haasteista. Vakaa pystyvyyden tunne rakentuu onnistumisten kautta. Toistuvat epäonnistumiset horjuttavat pystyvyyden tunnetta, mikäli se ei ole vielä täysin kehittynyt. **Sijaiskokemuksilla** on vahva merkitys erityi-

sesti epävarmojen henkilöiden pystyvyyden tunteeseen. Tällöin yksilö tarkkailee muita ja ottaa mallia toisista ihmisistä verraten omaa toimintaansa heihin. Muiden samankaltaisten ihmisten onnistumisten seuraaminen saattaa vahvistaa pystyvyyden tunnetta. Toisten epäonnistumiset voivat heikentää yksilön arviota omista kyvyistään laskien yksilön pystyvyyden tunnetta tai heikentäen hänen yrittämistään. **Sanallisessa vaikuttamisessa** pystyvyyden tunteen lähteenä toimivat muiden ihmisten sanalliset viestit. Positiivinen kannustus voi lisätä yksilön ponnistelua, jonka myötä onnistumisen mahdollisuus voi suurentua ja vahvistaa pystyvyyden tunnetta. Negatiivinen palaute voi aiheuttaa pystyvyyden tunteen heikentymisen esimerkiksi niin, etteivät yksilöt edes ryhdy vaadittaviin toimenpiteisiin tai he luovuttavat helpommin. **Fysiologinen tila ja omien tunnereaktioiden tunnistaminen** vaikuttavat myös pystyvyyden tunteeseen. Somaattisista tekijöistä esimerkiksi stressireaktiot vaikuttavat yksilöihin eri tavalla. Henkilö, jolla on korkea pystyvyyden tunne, tietää selviytyvänsä hieman stressaavastakin tilanteesta, mikä vain lisää hänen pystyvyyden tunnettaan. Henkilöt, joilla on alhaisen pystyvyyden tunne, tulkitsevat normaalitkin stressireaktiot johtuviksi omista alhaisista kyvyistään, mikä heikentää heidän pystyvyyden tunnetta entisestään.

Pystyvyyden tunne on yleensä vakiintunut keski-ikään tultaessa, mutta muuttuvissa tilanteissa tarvitaan sen uudelleen arviointia (Mäki-Opas 2009, 11). Mäki-Oppaan (2009, 10) mukaan terveyttä ohjaavan käyttäytymisen tuloksesta itsesääteilyä ei saavuteta tahdonvoimalla, vaan se edellyttää itsesääteilykeinojen kehittämistä ja kehittymistä näitä taitoja opettelemalla. Vahvistamalla pystyvyyden tunnetta, kehittyä myös taito vaikuttaa omaan käyttäytymiseen.

Mäki-Oppaan (2009, 49) tutkimuksen mukaan molemmilla sukupuolilla terveyden kannalta huonot elämäntavat olivat yleisempiä heillä, joilla oli alhainen pystyvyyden tunne. Pietilän (2013) mukaan miehet kaipaavat konkreettista, yksilöllistä ja pysyvää tietoa terveydestä. Perälän (2011, 45) tutkimukseen vastanneet miehet toivoivat myös terveystarkastuksia. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista miehistä oli muutosvaihemallin mukaan tarkasteltuna joko toiminta- tai harkintavaiheessa, jolloin he todennäköisesti hyötyvät terveydenhuollon ammattihenkilön tuesta ja kannustuksesta.

4.4 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ja Renfors (2007, 90) näkevät asiakkaan elämäntapamuutokset keskeisenä osana pitkäaikaissairauksien hoidossa, ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä. Muutosten toteuttaminen ja niiden ylläpitäminen osana arjen toimintoja voi olla haastava tehtävä, jos esimerkiksi ylipainosta, korkeasta verenpaineesta tai piilevästä tyypin 2 diabeteksestä ei ole ollut asiakkaalle vielä konkreettista haittaa.

Pitkäkestoisia elämäntapojen muutosten etenemistä voidaan Kyngäksen ym. (2007, 90) mukaan kuvata esimerkiksi transteoreettisen muutosvaihemallin avulla. Transteoreettinen muutosvaihemalli on yksi käyttäytymisteoreettisista malleista, jossa teorian tarkoituksena on esimerkiksi arvioida ja testata sitä, mihin käyttäytymisen osatekijöihin interventio kannattaa kohdistaa (Salmela, Kettunen & Poskiparta 2010, 208). Muutosvaihemalli kuvaa muutosprosessin vaiheet, jotka ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe, toimintavaihe sekä ylläpitovaihe (Eloranta & Virkki 2011, 34).

Esiharkintavaiheessa oleva asiakas ei ole tietoinen tilanteestaan tai muutostarpeestaan. Tässä vaiheessa ohjaajan tehtävänä onkin havahduttaa asiakas tunnistamaan ja arvioimaan omaa tilannettaan. Neutraali tiedonanto voi toimia asiakkaan havahduttajana. Esiharkintavaiheessa tavoitteena on saada asiakas miettimään muutosta. (Eloranta & Virkki 2011, 33–34.) Esiharkintavaiheessa työterveyshoitaja käy asiakkaan kanssa läpi terveystarkastuksen tutkimustulokset, joiden perusteella asiakas havahtuu tunnistamaan ja arvioimaan omaa tilannettaan tutkimustulosten toimiessa neutraalina tiedonantona.

Harkintavaiheessa oleva asiakas on tietoinen tilanteestaan ja ymmärtää muutoksen tärkeyden, muttei ole vielä valmis muutokseen. Ohjaaja voi tällöin tuoda esiin tosiasioita, joita muutos tai tilanteen muuttumattomuus merkitsevät asiakkaan tulevaisuudelle. Tavoitteena onkin saada asiakas ymmärtämään muutoksen tärkeys. Asiakasta tulee ohjata ja aktivoida omakohtaiseen tilanteensa tutkiskeluun esimerkiksi testien avulla. (Eloranta & Virkki 2011, 35). Harkintavaiheesta eteenpäin pääsemiseksi on tärkeää vahvistaa asiakkaan pystyvyyden tunnetta tarvittavan muutoksen aikaansaamiseksi.

Valmistautumisvaiheessa asiakas kokee muutoksen tarpeelliseksi. Hän tekee päätöksen muutoksesta ja päättää toimia noin kuukauden sisällä. Tässä

vaiheessa oleva asiakas tarvitsee tietoa ja keinoja muutoksen toteuttamiseksi. Ohjaajan tärkeänä tehtävänä on tukea asiakasta muutospäätöksessä ja korostaa muutoksesta koituvia hyötyjä. (Eloranta & Virkki 2011, 36–37.) Asiakkaan ollessa valmis muutokseen edetään muutoksessa hänen oman motivaationsa mukaisesti. Asiakkaan tulee saada itse määritellä tavoittelemansa muutos. Ohjauskeskustelussa tulee käsitellä myös niitä tilanteita, jotka estävät tai edistävät halukkuutta elämäntapamuutoksen toteuttamiseksi. (Kyngäs ym. 2007, 92.)

Toimintavaiheessa määritellään yhdessä asiakkaan kanssa elämäntapamuutosten tavoitteet, laaditaan suunnitelma tavoitteiden toteuttamiseksi ja arvioidaan muutossuunnitelman realistisuutta. Ohjaustilanteen tulee sisältää tiedon lisäksi myös keskustelua muutoksen toteuttamiskeinoista. (Kyngäs ym. 2007, 92–93.) Toimintavaiheen jälkeen asiakas siirtyy työterveyshuollosta perusterveydenhuollon palvelujen piiriin.

Ylläpitovaiheessa elämäntapamuutoksesta on tullut osa asiakkaan elämää, eikä hän enää tarvitse aktiivista tukea. Seuranta kuitenkin jatketaan tarpeen mukaan (Kyngäs 2007, 93.) Mahdolliset niinsanotut ”repsahdukset” puolestaan antavat tärkeää tietoa muutoksen esteistä. Ne toimivat apuna uusien elämäntapojen opettelussa. Ohjauksen avulla asiakas oppii tunnistamaan muutoksen toteuttamiseen kuuluvia vaikeita hetkiä ja valmistautumaan niihin. Pysyvät elämäntapamuutokset perustuvat elämäntapamuutokseen liittyvän toiminnan hallintaan ja laadukkaaseen vuorovaikutukseen ohjaajan ja ohjattavan välillä. Elämäntapaohjauksella on mahdollista vahvistaa asiakkaan omaa muutokskykyä. (Kyngäs ym. 2007, 93.) Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon keskinäisestä työnjaosta huolimatta työterveyshoitajalla on edelleen mahdollisuus tukea asiakasta elämäntapamuutoksen ylläpitovaiheessa työterveyshoitajien yhteydessä.

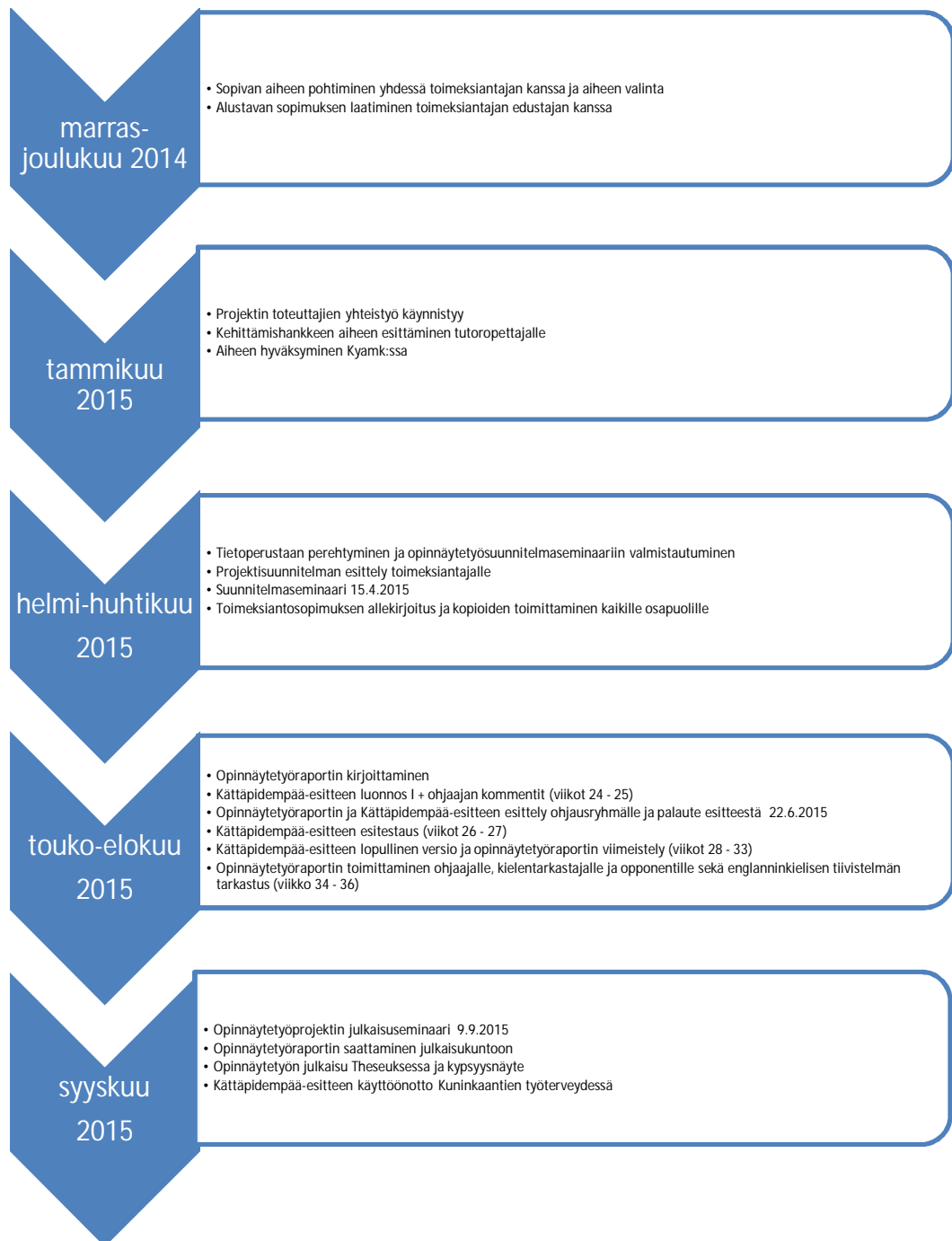
Muutosvaihemallia hyödyntämällä työterveyshoitaja pystyy tekemään asiakkaan tilanteesta kokonaisvaltaisen kartoituksen. Kartoituksen tarkoituksena on selvittää asiakkaan ajatuksia ja halukkuutta muutokseen (Absetz 2010, 11). Työterveyshuollossa muutosvaihemallia voidaan käyttää apuna arvioitaessa asiakkaan muutosvaihetta, jolloin on mahdollista antaa asiakkaalle sopivaa, yksilöllistä ja motivoivaa ohjausta. Ymmärtämällä, missä muutosvaiheessa asiakas on menossa, on mahdollista suunnata resursseja erityisesti niille asi-

akkaille, jotka siinä tilanteessa hyötyvät ohjauksesta eniten ja ovat aidosti halukkaita muutokseen (Ahonen ym. 2012, 45).

5 PROJEKTIN TOTEUTUS JA KEHITTÄMISTYÖSSÄ KÄYTETYT MENETELMÄT

5.1 Aikataulu

Tämän projektina toteutettavan opinnäytetyön ideavaihe käynnistyi loppusyksystä 2014 aiheen valintaan liittyvillä keskusteluilla toimeksiantajaorganisaation kanssa. Projektin lähtökohdissa kuvatuista syistä johtuen projektin aiheeksi valikoitui MBO - salakavala kaveri ja nimenomaan Kättäpidempää-esitteen laatiminen. Varsinainen projekti käynnistyi tammikuussa 2015 teoriaperustaan perehtymällä, kun projektin toteuttajien yhteistyö käynnistyi ja projektin aihe hyväksyttiin Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa. Projektin aikataulu ja eteneminen on kuvattu tarkemmin kuvassa 1.



Kuva 1. Projektin aikataulu ja eteneminen

Suunnitelmaseminaarin jälkeen käynnistyi Kättäpidempää-esityksen laatimistyö ja varsinaisen opinnäytetyöraportin kirjoitustyö. Kesä–heinäkuun vaihteessa toteutettiin Kättäpidempää-esityksen esitelmä toimeksiantajaorganisaatiossa. Esitelmävaiheessa pyydettiin palautetta sekä toimeksiantajan edustajilta että asiakkailta erillisellä Kättäpidempää-palautelomakkeella (liite 1). Henkilökunnalta ja asiakkailta kerättiin lomakkeet samansisältöisellä Kättäpidempää-

palautelomakkeella, jotka oli tulostettu erivärisille papereille. Näin toimien mahdollistui asiakaspalautteen ja toimeksiantajaorganisaation edustajien antaman palautteen erottaminen toisistaan. Esitestauksen aikana saadun palautteen perusteella Kättäpidempää-esitys ja opinnäytetyön raportti viimeisteltiin. Julkaisuseminaari toteutui syyskuussa 2015, kun suunnitelmaseminaarissa 14.4.2015 kuvatut riskit eivät toteutuneet projektin aikana.

5.2 Resurssit ja kustannukset

Projektin käytännön suunnittelusta, toteutuksesta, muista resursseista, voimavaroista ja mahdollisista kustannuksista vastaavat opinnäytetyön tekijät. Toimeksiantaja on luvannut osallistua tulostuskustannuksiin. Projektin kustannukset on kuvattu tarkemmin taulukossa 1.

Taulukko 1. Budjetti

Tarvittavat resurssit	Kustannus
Henkilöt: Jalna ja Minna	Ei palkkakuluja projektin aikana.
Materiaalit: Tulostuspaperi: 1 riisi Värikasetit:	3,90 e Väri: 24,95 e, musta 18,90 e Toimeksiantaja osallistuu tulostuskustannuksiin. Käytettävissä Kyamk tulostussaldo.
Tilat ja työvälineet: Olemassa olevien tilojen ja työvälineiden (tietokone, internet-yhteys, muistitikku) lisäksi ei tarvetta hankkia muita välineitä.	Ei uusia kuluja.

<p>Muut kulut:</p> <p>Kirjastokäynnit tarvittaessa</p> <p>Yhteydenpito Kuninkaantien työterveyden edustajien kanssa</p>	<p>Kustannukset yhdistettävissä muuhun asiointiin.</p> <p>Tietoliikennekustannukset: osa operaattorin pakettihintaa</p> <p>Puhelinkulut: eri erillisiä kustannuksia, osa operaattorin pakettihintaa</p> <p>Polttoainekustannukset: n. 50 km a 44 snt/km (Vero 2015), yhteensä 22 e</p>
---	--

Projektin aikana syntyneet kulut liittyivät lähinnä materiaali- ja polttoainekustannuksiin. Tehdyt työtunnit muodostuivat kirjallisen raportin tuottamisen lisäksi yhteydenpidosta toimeksiantajaorganisaation kanssa. Kättäpidempää-esityksen laatimiseen käytettiin noin 30 tuntia. Tässä tuntimäärässä ei ole huomioitu kirjallisen raportin osuutta. Terveystoimittajan peruspalkka Kunnallisen yleisen virka- ja työehtosopimuksen (KVTES) (2014, 159–160) mukaan on 2 256,42 e/kk, jolloin tuntipalkaksi saadaan noin 15 euroa. Terveystoimittajan tuntipalkkaa käyttäen projektin kustannukset (materiaali- ja polttoainekulut sekä esityksen laatiminen) ovat noin 500 euroa.

5.3 Projektin toteutus

Projekti toteutettiin työelämälähtöisenä laadullisena kehittämistyönä, jolle on tyypillistä yhteistyön lisäksi käytäntöön suuntautuminen, ongelmakeskeisyys ja aktiivinen toimijuus muutosprosessissa. (Kuula 2014; Arnell, Korteso, Laakso & Ojala 2009, 12.) Työelämälähtöisessä kehittämistyössä kiinnostuksen kohteena on nimenomaan muutos eli tuleva asiointitila (Arnell ym. 2009, 14; Metsämuuronen 2006, 102).

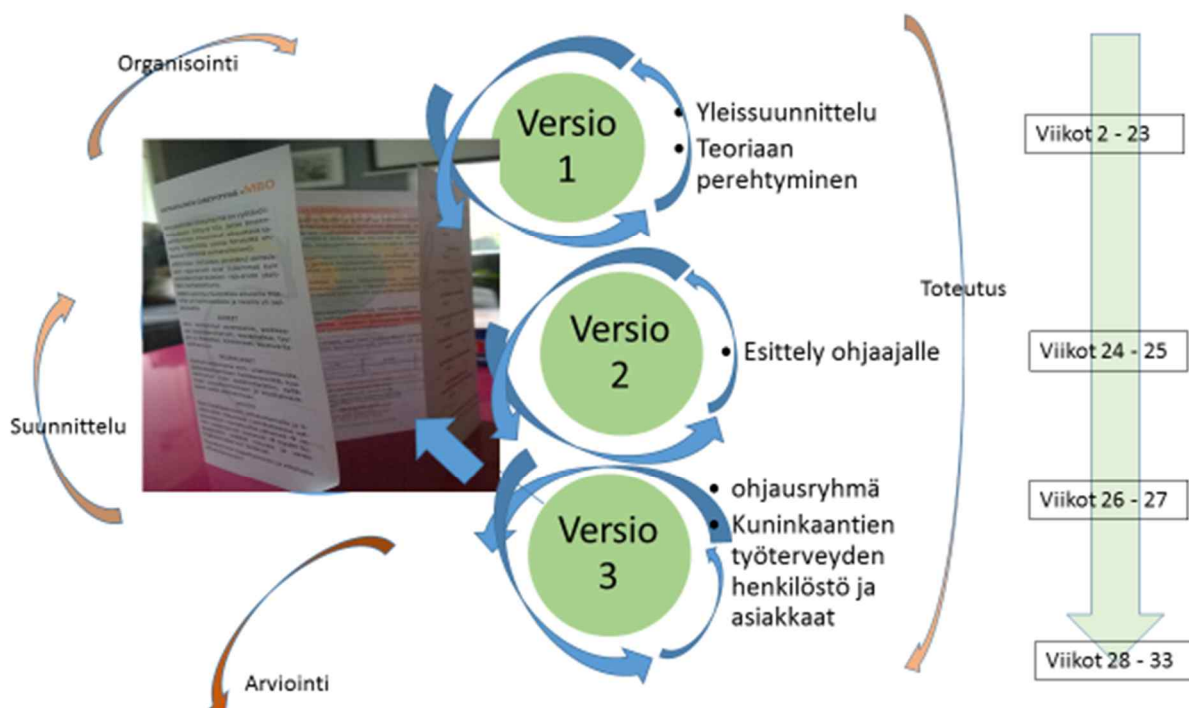
Sosiaalipsykologi Kurt Lewin on muotoillut kolmesta toisiaan seuraavasta vaiheesta koostuvan spiraalimallin kuvaamaan työelämälähtöistä kehittämistyötä.

Spiraalimallin vaiheet ovat: 1) toiminnan suunnittelu, 2) muutoksen toteutus ja 3) muutoksen vaikutusten seuranta ja arviointi. (Kuula 2014.) Myös Toikko ja Rantanen (2009, 66) korostavat kehittämispöcessin spiraalimaista rakennetta. He kuvaavat kehittämistoiminnan nelivaiheisena kehänä: 1) perusteluvaihe, 2) organisointi, 3) toteutus ja 4) arviointi. Arnell ym. (2009, 14) kuvaavat spiraalimallisen kehittämistoiminnan jatkuvana pöcessina, jossa tuloksia arvioidaan aina uudestaan. Kehittämistoiminnan tuloksellisuus riippuu yleensä siitä, kuinka monta kehää tai silmukkaa kehittämispöcessin aikana ehditään toteuttaa. Useat kehittämisen silmukat mahdollistavat pöcessin muokkaamisen koko kehittämishankkeen toteutuksen ajan. Myös Anttila (2015) tukee näkemystä siitä, että yksi kehittämissyklin kierros toimii perustana seuraavalle kierrokselle ja kehittämistyön keskiössä on kierroksittain etenevä toiminta.

Arnell ym. (2009, 14) kuvaavat kehittämistoiminnassa toistuvan konkreettisen toiminnan ja sitä käsittelevän vuoropuhelun välistä vuorovaikutusta. Anttila (2015) käyttää tästä vaiheesta myös reflektointi -termiä. Reflektoinnilla tarkoitetaan tässä yhteydessä osallistujien kantoja, syntynyttä keskustelua ja pohdintaa sekä erilaisten vaiheiden onnistumisen tutkimista ja mielikuvien toteutumista. Reflektoinnin tarkoituksena on erilaisten mielipiteiden näkyväksi tekeminen ja tuominen osallistujien kriittiseen tarkasteluun. Reflektointi toimii samalla arviointipöcessina. Se antaa toimijoille mahdollisuuden oppia ja kehittää näkemystään eteenpäin vuorovaikutuksen aikana. Kehittäjän tehtävänä on muun muassa nostaa esiin kysymyksiä sekä esittää erilaisia ongelmanratkaisumalleja, jolloin välttyään etenemästä arkitiedon tai perusteettomien näkemysten varassa.

Tämän projektin syklistyys on kuvattu kuvassa 2. Laajimman syklin muodostavat Toikon ja Rantasen (2009, 66) kuvaama nelivaiheinen kehä: perusteluvaihe, organisointi, toteutus ja arviointi. Projektin tuotoksen – Kättäpidempää-esitteen – kehittyminen koostuu kolmesta pienemmästä syklistä, joista jokaisessa toteutuu toiminnan, oppimisen ja reflektoinnin vaiheet. Ensimmäisessä syklissä toteutuu projektin toteuttajien yleissuunnittelu ja perehtyminen aiheeseen. Tämän jälkeen valmistuu ensimmäinen versio Kättäpidempää-esitteestä. Toisessa syklissä tuotos esitellään ohjaavalle opettajalle ja saadun palautteen perusteella tehdään toinen versio Kättäpidempää-esitteestä. Kolmannessa syklissä tuotos esitellään ohjausryhmälle ja annetaan Kuninkaantien työ-

terveyden henkilöstölle koekäyttöön tuotoksen arvioimiseksi ja edelleen kehittämiseksi. Tässä vaiheessa myös kohderyhmän edustajilla on mahdollisuus antaa palautetta Kättäpidempää-esitteestä. Kättäpidempää-esitteen lopullinen muoto (versio 3) tuotetaan kolmen kehittämissyklin aikana toteutuneen reflektion ja saadun palautteen perusteella.



Kuva 2. Kehittämishankkeen syklisyys (mukaillen Toikko & Rantanen 2009)

Tässä projektissa painottuu muutoksen aikaansaaminen käytännössä. Projektin lopputulemana tavoitellaan aikaisempaa parempaa tai tehokkaampaa asioiden tilaa (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 38) laatimalla Kättäpidempää-esite Kuninkaantien työterveyden henkilöstön antaman suullisen ohjauksen tueksi metabolisen oireyhtymän riskiryhmään kuuluvien asiakkaiden elämäntapamuutoksen käynnistämiseksi ja sairastumisen ehkäisemiseksi.

6 TUOTOS

Kättäpidempää-esite (liite 2) on A4-kokoon laadittu värituloste, joka on helposti tulostettavissa myös jokaisen työntekijän tietokoneelta ja taiteltavissa lopulliseen muotoonsa työterveyshuollon vastaanoton aikana. Kättäpidempää-esitteen sisältö perustuu opinnäytetyön teoriaperustaan. Tavoitteena oli laatia mahdollisimman monipuolinen, havainnollinen, positiivissävytteinen ja visuaalisesti houkutteleva esite. Esitteen vasemmanpuoleisessa etuliepeessä on kuvattu metabolisen oireyhtymän määritelmä, oireet, seuraukset ja hoitokeinot lyhyesti. Oikeanpuoleisessa etuliepeessä on kuvattu metabolisen oireyhtymän hälytysmerkit, joista on mahdollista ympyröimällä havainnollistaa ne hälytysmerkit, jotka asiakkaan kohdalla realisoituvat.

Kun edellä kuvatut esitteen liepeet avataan, on esitteen sisällä vasemmalla puolella listattuna itsehoidon keinot. Asiakas voi yhdessä työterveyshoitajan kanssa merkitä ne itsehoitokeinot, joihin asiakas sitoutuu sairastumisriskin pienentämiseksi. Esitteen keskiosassa keskitytään laihtumisen ja liikunnan merkitykseen elämäntapamuutoksessa. Arkiliikunnan määrän seuraamiseksi tähän osioon on lisätty myös taulukko, johon asiakas voi merkitä arkiliikunnan määrän askeleina, nähdä tästä edistymisensä ja verrata toteutuneita askeleita suositusaskelien määrään. Tällä sivulla motivoidaan asiakasta myös savuttomuuteen. Oikeanpuoleisen liepeen sisäpuolelta löytyy terveystietoni taulukko, johon työterveyshoitaja merkitsee asiakkaan kokonaiskolesterolin, veren HDL-kolesterolin, veren LDL-kolesterolin, sokeriaineenvaihdunnan paastoarvon, verenpaineen, vatsanympäryksen ja painoindeksin (BMI). Taulukkoon on koottu myös tavoitetilaa kuvaavat hyvät arvot, joita voidaan hyödyntää yhteisessä keskustelussa ja tavoitteiden asetannan pohjana.

Esitteen takasivulla on kuvattuna UKK-instituutin viikottainen liikuntapiirakka, johon on kuvattu terveystieteiden suositus 18–64-vuotiaille (UKK-instituutti 2015). Liikuntapiirakka antaa valmiita ehdotuksia suositeltavasta liikunnasta ja sen viikkotuntimääristä tai harjoituskertojen määrästä viikossa. Liikuntapiirakkaan asiakas voi terveydenhoitajan kanssa käymänsä keskustelun perusteella tehdä oman liikuntasuunnitelman joko ympäröimällä valmiista ehdotuksista mieleisensä lajit tai kirjaamalla liikuntapiirakkaan omat lajivalinnat. Lisäksi takasivulle on koottu lisätiedon hankkimiseksi sekä paikallisia että valtakunnallisia nettisivuja tukemaan asiakasta muutoksessa. Työterveyshuollon yhteystie-

tojen molemmin puolin on katkoviivalla merkityt alueet, joihin sekä työterveys-
huollon edustaja että asiakas allekirjoituksellaan sitoutuvat asetettujen tavoit-
teiden ja tehdyn suunnitelman noudattamiseen.

Esite tallennetaan sähköisessä muodossa toimeksiantajaorganisaation tieto-
järjestelmään, josta se on helposti löydettävissä ja tulostettavissa asiakkaan
vastaanottokäynnin yhteydessä.

7 POHDINTA

7.1 Tuotoksen arviointi

Tarve metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisyyn on todellinen kolmasosan miehistä ja neljäsoosan naisista kuuluessa riskiryhmään. Työterveyshuollon toimijat ovat avainasemassa riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden löytämisessä, kun lähes 90 prosenttia työikäisestä väestöstä kuuluu työterveyshuoltopalvelujen piiriin. Koska metabolisen oireyhtymän riskissä olevien henkilöiden seuranta ja hoito eivät kuulu työterveyshuollon perustehtävään, on tärkeää, että asiakkaat saavat riskistä kuullessaan suullisen ohjauksen lisäksi myös Kättäpidempää-esitteen kirjallisessa muodossa välttämättömän elämäntapamuutoksen toteuttamiseksi ja varsinaisen sairastumisen ehkäisemiseksi.

Metabolisesta oireyhtymästä on paljon tutkittua tietoa, joiden perusteella on laadittu muun muassa kansalliset Käypähoito-suositukset. Asiakkaille tieto on kuitenkin ennen tätä esitettä ollut osittain pirstaleisena eri potilasjärjestöjen (diabetes, sydän- ja verisuonitaudit) nettisivuilla, joilla painopiste luonnollisesti on erityisesti potilasjärjestön omassa näkökulmassa, metabolisen oireyhtymäkokonaisuuden jäädessä vähemmälle huomiolle. Pyyntö tässä opinnäytetyössä laadittavasta asiakkaille jaettavasta Kättäpidempää-esitteestä tuli toimeksiantajalta, mikä kuvastaa tarvetta koota metaboliseen oireyhtymään liittyvä olennainen tieto tiiviiksi asiakkaille jaettavaksi tietopaketti.

Projektin tuotosta arvioitiin MBO - salakavala kaveri Kättäpidempää-esitteen kehittämissyklin kaikissa vaiheissa. Ensimmäisessä vaiheessa projektin toteuttajat kokosivat materiaalin (teoriaperusta), jonka pohjalta Kättäpidempää-esitteen ensimmäinen versio luotiin. Ensimmäinen versio esiteltiin ohjaavalle

opettajalle kesäkuun puolivälissä. Saadun palautteen perusteella laadittiin Kättäpidempää-esityksen toinen versio, jossa tekijöiden nimet lisättiin esitteeseen ja korjattiin kirjoitusvirhe.

Toisessa kehittämissyklin vaiheessa Kättäpidempää-esitys esitettiin toimeksiantajan toimesta kesä-heinäkuun vaihteessa. Kättäpidempää-lomakkeella (liite 1) pyydettiin palautetta sekä toimeksiantajan edustajilta että toimeksiantajan asiakkailta.

Esitetauksen aikana palautetta saatiin yhteensä viisi kappaletta – neljä toimeksiantajan edustajilta ja yksi asiakkaalta. Toimeksiantajan edustajilta saadussa palautteessa nousi esityksen vahvuuksina esiin sen visuaalisuus ja helppokäyttöisyys. Lisäksi kaikki oleellinen tieto oli hyvin koottu samaan esitteeseen. Asiasisältö koettiin sopivaksi ja erityisesti sekä hälytysmerkkisesti että lisätieto-osio koettiin hyvänä. Kehitettävänä tai korjattavana asioina toivottiin fonttikoon pienentämistä, jottei esite ole niin täyden oloinen, askelseurannan vaihtamista liikuntapäiväkirjaotteeseen, nettisivuosoiteosion väljentämistä sekä Tapasi on elämäsi -osion selkiyttämistä. Lisäksi ehdotettiin nettisivuosoiteosion korvaamista terveystarkastusmateriaalilla, johon terveystarkastuksen yhteydessä asiakas ja hoitaja tekisivät yhdessä konkreettiset tavoitteet ja miettivät samalla keinoja tavoitteiden saavuttamiseen. Esitteeseen toivottiin myös tekijöiden nimien lisäksi laatimispäivämäärää. Kättäpidempää-esityksen arvioinnissa toistui kautta linjan kuitenkin näkemys siitä, että esitteeseen on saatu mahdutettua paljon asiaa mielenkiintoisella tavalla.

Toimeksiantajaorganisaation asiakkailta saatiin yksi palaute. Tässä palautteessa esityksen vahvuuksina mainittiin hyvä ja helppolukuinen layout ja itse tekstin helppolukuisuus. Kehittämiskohdeosioon oli kirjattu hymiön kera toive myös ruotsinkielisestä esitteestä.

Kolmannessa kehittämissyklin vaiheessa viimeisteltiin Kättäpidempää-esitys huomioiden kaikissa kehittämissyklin vaiheissa saatu palaute (liite 1). Koska esityksen layoutista ja helppolukuisuudesta annettiin positiivista palautetta, emme yhdestä toiveesta huolimatta pienentäneet fonttikokoa. Halusimme myös säilyttää nettiosoitteet, koska MBO-asiakkaiden seuranta ei ole mahdollista toteuttaa työterveyshuollon toimesta perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon keskinäisen työnjaon vuoksi. Asiakkaan on tärkeää tietää, mistä hän voi halutessaan hakea tutkittuun tietoon perustuvaa lisätietoa ja tietoa

paikallisista palveluista. Mielestämme Kättäpidempää-esite toimii tällaisenaan samalla myös terveystarkastus- ja työterveys-suunnitelmana, minkä vuoksi lisäsimme hoitajan puumerkkien ja päivämäärän lisäksi tilan myös asiakkaan allekirjoitukselle. Esitteessä ovat terveyden edistämisen tavoitteet, hälytysmerkit, terveystiedot ja itsehoitotaulukko-osiot lyhyen tietoiskun lisäksi. Päädyimme lisäämään itsehoitotaulukkoon ruudut sitoutumisen merkitsemistä varten tämän osa-alueen muutoksiin. Näin työterveyshoitaja yhdessä asiakkaan kanssa voi helposti merkitä ne muutokset, joihin asiakas sitoutuu elämäntapamuutoksen käynnistämiseksi. Myös liikuntapiirakkaan on mahdollista kirjata liikuntaan liittyvät tavoitteet.

Jälkikäteen arvioiden saadun palautteen määrään vaikutti palautteen keräysajankohta keskikesällä heti juhannuksen jälkeen, jolloin toimeksiantajaorganisaation henkilöstöstä suuri osa oli vuosilomalla kuten myös asiakkaat ja toiminta oli normaalia suppeampaa työterveystarkastusten toteutuessa enimmäkseen lomakauden ulkopuolisena toimintakautena. Saaduissa palautteissa toistuivat osittain samat teemat, minkä perusteella koemme kuitenkin saaneemme Kättäpidempää-esityksen viimeistelyn kannalta keskeisen palautteen käyttöömmee.

Pitkäkestoisia elämäntapojen muutosten etenemistä kuvataan Kyngäksen ym. (2007, 90) mukaan esimerkiksi transteoreettisen muutosvaihemallin avulla, mikä sopii mielestämme erinomaisesti kuvaamaan myös metabolisen oireyhtymän riskiryhmään kuuluvien henkilöiden elämäntapamuutoksen vaiheita. Kättäpidempää-esityksen suunnittelussa pyrittiin huomioimaan sen käyttökelpoisuus transteoreettisen muutosvaihemallin kaikissa vaiheissa.

Työterveyshuollon terveystarkastukseen tulevat asiakkaat ovat transteoreettisen muutosvaihemallin mukaisesti tarkastellen joko esiharkinta- tai harkintavaiheessa. Esiharkintavaiheessa olevat asiakkaat tulevat työterveystarkastukseen kutsuttuna ja harkintavaiheessa olevat asiakkaat ottavat yhteyttä työterveyshuoltoon epäilyjensä vahvistamiseksi tai terveydentilansa selvittämiseksi. Esiharkintavaiheessa tavoitteena on saada asiakas miettimään muutosta (Elo-ranta & Virkki 2011, 33–34) työterveyshoitajan käydessä asiakkaan kanssa läpi terveystarkastuksen tutkimustulokset. Työterveyshoitaja kirjaa Kättäpidempää-esitykseen asiakkaan terveystarkastuksen yhteydessä esiin tulleet tutkimustulokset. Tutkimustulosten perusteella on tarkoituksena havahduttaa

asiakas tunnistamaan ja arvioimaan omaa tilannettaan tutkimustulosten toimitessa neutraalina tiedonantona.

Harkintavaiheessa oleva asiakas on jo tietoinen tilanteestaan ja ymmärtää muutoksen tärkeyden, muttei ole vielä valmis muutokseen. Työterveyshoitaja voi tällöin tuoda esiin tosiasioita, joita muutos tai tilanteen muuttumattomuus merkitsee asiakkaan tulevaisuudelle. Tässä vaiheessa tavoitteena on saada asiakas ymmärtämään muutoksen tärkeys. Harkintavaiheessa olevan asiakkaan kanssa käytävissä keskusteluissa työterveyshoitajan tukena toimii muun materiaalin lisäksi myös MBO - salakavala kaveri -projektin loppuraportti. Raporttiin koottu tietoperusta metabolisesta oireyhtymästä, terveyskäyttäytymisestä ja transteoreettisesta muutosvaihemallista tukee ohjausta sekä sisällöllisesti että asiakkaan tarpeiden ymmärtämisen näkökulmasta.

Työterveyshuollossa käyvä asiakas voi olla myös valmistautumisvaiheessa, jolloin asiakas kokee muutoksen tarpeelliseksi, tekee päätöksen muutoksesta ja päättää toimia noin kuukauden sisällä. Tässä vaiheessa oleva asiakas tarvitsee tietoa ja keinoja muutoksen toteuttamiseksi. Kättäpidempää-esityksen avulla on mahdollista tukea asiakasta muutoksen toteuttamisessa, ei vain tiedonantajana vaan myös tarjoten keinoja elämäntapamuutoksen toteuttamiseksi. Työterveyshoitajan tai -lääkäriin tärkeänä tehtävänä onkin tukea asiakasta muutospäätöksessä ja korostaa muutoksesta koituvia hyötyjä.

Toimintavaiheessa olevan asiakkaan kanssa on mahdollista yhdessä määritellä elämäntapamuutosten tavoitteet, laatia suunnitelma tavoitteiden toteuttamiseksi ja arvioida muutossuunnitelman realistisuutta. Kättäpidempää-esitykseen on mahdollista kirjata elämäntapamuutokset tavoitetasojen näkyessä taulukossa. Suunnitelmassa on mahdollista kirjata esimerkiksi tärkeysjärjestyksessä kolme ensisijaista muutosta, joita asiakas sitoutuu toteuttamaan halutun muutoksen aikaansaamiseksi. Olennaista on edistää elämäntapamuutosta pienin askelin ja toteuttamiskelpoisin suunnitelmin.

Ylläpitovaiheessa elämäntapamuutoksesta on tullut osa asiakkaan elämää. Seuranta on kuitenkin hyvä jatkaa edelleen. Kättäpidempää-esityksen taulukoon on mahdollista kirjata seurattavia arvoja myös pidemmällä aikavälillä. Mahdolliset takapakit antavat tärkeää tietoa muutoksen esteistä ollen osa uusien elämäntapojen oppimista. Seurattavat arvot tukevat pysyvien elämäntapamuutosten hallintaa ja auttavat laadukkaaseen vuorovaikutukseen ohjaajan

ja ohjattavan välillä. Tavoitteena tässä vaiheessa on vahvistaa asiakkaan minäpystyvyyttä ja omaa muutoskykyä. Vaikka metabolisen oireyhtymän seuranta on rajattu työterveyshuollon palvelujen ulkopuolelle, on työterveyshoitajalla kuitenkin mahdollisuus tukea asiakasta elämäntapamuutoksen ylläpitovaiheessa erilaisten työterveystarkastusten yhteydessä.

Selvitettäessä asiakkaan kanssa käytävissä keskustelluissa hänen käsityksiään terveydestään ja minäpystyvyydestään osana terveyden edistämistä, on mahdollista huomioida asiakkaiden yksilöllisen tuen tarpeet osana elämäntapamuutosta, terveyden edistämistä ja työkykynsä säilymistä.

7.2 Kehittämisen prosessin arviointi

Kaiken kaikkiaan koimme MBO - salakavala kaveri -projektin toteutuksen mielenkiintoisena ja antoisana kehittämistehtävänä. Projekti tarjosi meille molemmille uusia haasteita sekä opinnäytetyön projektimaisen luonteen vuoksi että yhteistyön tavoissa. Tietotekniikan tarjoamat sähköiset toimintatavat edesauttoivat sujuvaa yhteistyötä, kun pilvipalveluun tallennettua opinnäytetyön raporttia oli mahdollista molempien tekijöiden työstää tahoillaan omaan aikatauluun sopivana ajankohtana. Pystyimme projektin aikana hyödyntämään joustavasti molempien tekijöiden vahvuuksia, mikä edesauttoi merkittävästi projektin toteutumista sovituissa aikatauluissa. Projektin onnistumista edesauttoivat myös huolellinen suunnittelu, jäsentyneet työskentelytavat ja suunnitelmaseminaariin laadittu riskinarviointi, jossa esitetyt riskit eivät onnekkaimmasti toteutuneet. Projektin onnistumisesta saamme kiittää myös toimeksiantajan edustajia ja henkilöstöä, joiden suosiollisella avustuksella saimme toteutettua Kättäpidempää-esitteen esitetauksen ennen varsinaista esitteen käyttöönottoa.

Projektin mielekkyyttä lisäsi käytännön elämästä noussut tarve. Toteutessaan tämä projekti tukee työterveyshuollon henkilöstön toiminnan lisäksi myös sekä toimeksiantajan strategisten painopistealueiden että viestintäohjelman ja ohjeiden toteutumista. Meillä oli käytössämme sekä ohjaajan että toimeksiantajan vankkumaton tuki koko projektin ajan, mikä edesauttoi merkittävästi projektin onnistumista. Tämän projektin aikana saimme poikkeuksellisen positiivisen kokemuksen yhteistyöstä työelämän edustajien kanssa.

MBO - salakavala kaveri -projektin tuotos Kättäpidempää-esite on hyödynnettävissä toimeksiantajaorganisaatiota laajemmin missä tahansa terveydenhuollon yksikössä, jossa asioi kansalaisia, joilla todetaan riski metaboliseen oireyhtymään sairastumisesta, ja joiden elämäntapamuutosta sairauden ehkäisemiseksi halutaan tukea suullisen ohjauksen lisäksi annettavalla kirjallisella esitteellä.

7.3 Jatkokehittämisaiheet

Tässä projektissa toteutuivat Toikon ja Rantasen (2009, 66) kuvaamasta kehittämisprosessin nelivaiheisesta kehästä kolme ensimmäistä vaihetta: perustelu, organisointi ja toteutus. Aikataulusyistä johtuen tässä projektissa jäi toteuttamatta kehittämisprosessin neljäs vaihe eli arviointi. Näin ollen esitämme tulevaisuuden jatkokehittämisaiheena Kättäpidempää-esitteen vaikuttavuuden arviointia, koska juuri elämäntapamuutoksessa onnistuminen on keskeisin tekijä ehkäistäessä Kuninkaantien työterveyden asiakkaiden sairastumista metaboliseen oireyhtymään. Selvitettäväksi jää myös Kättäpidempää-esitteen hyödyllisyyden arviointi suullisen ohjauksen tukena sekä Kuninkaantien työterveyden henkilöstön että asiakkaiden näkökulmasta tarkasteltuna. Kuninkaantien työterveyden viestintästrategiaan liittyen ja saadun asiakaspalautteen perusteella esitämme MBO - salakavala kaveri -projektin lyhyen aikavälin jatkokehittämistyönä Kättäpidempää-esitteen kääntämistä ruotsin kielelle.

LÄHTEET

Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen? *Terveydenhoitaja* 1/2010, 8–12.

Ahonen, E., Laukkanen, A. & Voutilainen, A.-L. 2012. Diabetesta sairastavan ohjaaminen työterveyshoitajan työssä. *Opinnäytetyö*. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Anttila, P. 2015. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Saatavissa: <https://metodix.wordpress.com/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/> [viitattu 20.5.2015]

Arnell, J., Kortosalu, M., Laakso, P. & Ojala, J. 2009. Toimintatutkimuksen menetelmäopas. Teoksessa *Toimintatutkimuksia. Esimerkkejä ylempään turvallisuusosaamiseen koulutusohjelman opiskelijoiden tekemistä toimintatutkimusopintojakson tehtävistä*. toim. Taatila, V. Laurea ammattikorkeakoulun julkaisusarja D 6, 7–32.

Aromaa, A. & Eskola, K. 2009. Sairauksien ehkäisy työiässä – yleisperiaatteet. *Käypä hoito*. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artik-keli=seh00144&p_haku=terveyskäyttäytyminen [viitattu 9.1.2015].

Diabetesliitto. 2015. Diabetestietoa. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/yleista_diabeteksesta/diabetestyytit. [viitattu 18.5.2015].

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. *Tutki ja kirjoita*. 15.–16. painos. Helsinki: Tammi.

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

Juutilainen, I. 2004. *Työterveyshoitajan käsikirja*. Helsinki: Edita.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

- Karisto, A. 2006. Valintoja ja mahdollisuuksia – havaintoja ikääntyvien elämäntyyliä. Teoksessa Ikääntyvien elämäntyyliä. toim. Pohjolainen, P. & Syrén, I. Ikäinstituutti. Oraita 1/2006, 5–13.
- Kela. 2015. Työterveyshuollon korvauksen määrä. Saatavissa: <http://www.kela.fi/korvauksen-maara>. [viitattu 13.8.2015].
- Kesti, J. & Ohtonen, E. 2012. Miesten kokemuksia sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolla asioinnista. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Koskenvuo, M. & Mattila K. 2009. Terveystieteen edistämisen ja sairauksien ehkäisemisen periaatteet. Käypä Hoito. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001. [viitattu 29.3.2015].
- Koskinen, H.-L. 2013. Melu, työn fyysinen rasittavuus ja vuorotyö sekä metabolinen oireyhtymä. Erillis- ja yhteisvaikutukset sepelvaltimotaudin vaaraan. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.
- Kuninkaantien työterveys. 2015. Saatavissa: http://www.porvoo.fi/fi/hallinto/liikelaitokset_ja_yhtiot/liikelaitos_kuninkaantien_tyoterveys [viitattu 20.4.2015].
- Kuninkaantien työterveys. 2015b. Yksikön oma toimintasuunnitelma. Porvoo. Tarkemmat lähdetiedot saatavissa tekijöiltä.
- Kuninkaantien työterveys. 2015c. Yksikön viestintäohjelma ja -ohjeet. Porvoo. Tarkemmat lähdetiedot saatavissa tekijöiltä.
- Kuninkaantien työterveys. 2012. Strategia 2012–2017. Hyväksytty johtokunnan kokouksessa 10.5.2012. Porvoo. Tarkemmat lähdetiedot saatavissa tekijöiltä.
- Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus (KVTES) 2014. Helsinki: KT Kuntatyönantaja.
- Kuula, A. 2014. Toimintatutkimus. KvaliMOTV. Saatavissa: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_4.html. [viitattu 3.6.2015].
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Laakso, M. 2005. Metabolisen oireyhtymän uudet kriteerit ja hoito. Duodecim 121/2005, 1521–1530.

Lehto, J. & Torkki, J. 2013. Terveystieteiden osaamisvaatimukset tulevaisuuden työterveyshuollossa. Työterveyshoitajien näkemyksiä. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Mattila, K. 2005. Perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.

Mustajoki, P. 2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki: Duodecim.

Mustajoki, P. 2014. Metabolinen oireyhtymä (MBO). Käypä Hoito. Duodecim. Terveyskirjasto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00045. [viitattu 15.3.2015].

Mustajoki, P. 2014b. Vyötärölihavuus (keskivartalolihavuus, omenalihavuus). Duodecim. Terveyskirjasto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00890. [viitattu 18.5.2015].

Mustajoki, P. 2015. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Käypä hoito. Duodecim. Terveyskirjasto. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034&p_haku=kohonnut verenpaine](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034&p_haku=kohonnut%20verenpaine). [viitattu 18.5.2015].

Mäki-Opas, J. 2009. Pystyvyyden tunteen yhteys terveyttä määrittäviin tekijöihin. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Nyholm, M. 2015. Terveystieteiden laatiminen ja dokumentointi työterveyshoitajien toteuttamissa terveystarkastuksissa. Pro Gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 1.painos. Helsinki: WSOYpro.

Patja, K. 2014. Tupakka ja sairaudet. Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066 [viitattu: 22.7.2015].

Perälä, P. 2011. 45-vuotiaiden Muuramelaisten miesten sydänterveysriskit ja terveyskäyttäytyminen heidän itsensä arvioimana. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala.

Pietilä, I. 2013. Mies ja terveys muutoksessa. Terveystieteiden päivät 8.2.2013. Saatavissa: http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/th-paivat2013esitykset/pietila_th-paivat_080213.pdf [viitattu 15.1.2014].

Pietilä, I. 2008. Between rocks and hard places: Ideological dilemmas in men's talk about health and gender. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos.

Saarinen, T. 2009. "Oli kiireet ja unohtui siinä". 40-vuotiaiden miesten poissaoloterveystapaamisesta terveyskeskuksessa. Pro Gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Salmela, S.M., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu – helpommin sanottu kuin tehty. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 47/2010, 208–218.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveystieteiden edistäminen esimerkein: käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Terveystieteiden edistämisen keskus ry.

Schröder, C. 2015. Toimitusjohtaja. Haastattelu 20.4.2015. Porvoo: Kuninkaantien työterveys Oy.

Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. Leppo, K. (toim.) 2013. Terveystieteiden politiikan perusta ja käytännöt. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja. 2014. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Terveystieteet 2015. Saatavissa: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamishankkeet_ja_hankkeet/terveys2015 [viitattu 25.5.2015].

Suomen Sydänliitto ry 2015. Mitä tupakointi uhkaa viedä sinulta? Saatavissa: http://www.sydanliitto.fi/tupakoinnin-uhat#.Va_pXWwVjIU [viitattu 22.7.2015].

Suomen tilastollinen vuosikirja. 2014. Helsinki: Tilastokeskus.

Taimela, S. 2015. Porvoon kaupunki Sante Terveyskysely. Ryhmäraportti vuosien 2013–2014 tuloksista. Copyright Evalua International Ltd.

Tarnanen, K., Tikkanen, M.J., Syväne, M. & Kukkonen-Harjula, K. 2013. Dyslipidemiat (veren poikkeavat rasva-arvot, mm. kolesteroli) kuriin potilaan ja lääkärin yhteistyöllä. Käypä hoito. Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00047 [viitattu 18.5.2015].

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Kansantaudit. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>. [viitattu 19.5.2015].

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampere University Press.

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.

Työterveyshuoltolaki. Opas työterveyshuoltolain soveltajille. 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

UKK-instituutti 2015. Liikuntapiirakka. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>. [saatavissa 13.8.2015].

Vero 2015. Kilometrikorvaus ja päiväraha. Saatavissa: https://www.vero.fi/fi-FI/Henkiloasiakkaat/Kilometrikorvaus_ja_paivaraha. [viitattu 13.8.2015].

Vertio, H. 1997. Jakartan sopimus – suomennos. 2. painos. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2/1997.

Virkamäki, A. 2011. Insuliiniresistenssi ja metabolinen oireyhtymä. Teoksessa Diabetes. toim. Ilanne-Parikka, P. Rönnemaa, T. Saha, M-T & Sane, T. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 35–37.

YSA – Yleinen suomalainen asiasanasto 2015. Saatavissa: <http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/>. [viitattu 9.8.2015].

Valmistelemme opinnäytetyönämme Kättäpidempää-esitystä MBO:n riskiryhmään kuuluville Kuninkaantien työterveyshuollon asiakkaille. Pyydämme listaamaan saamasi esitteen hyvät asiat ja kehittämiskohteet tälle palautuslomakkeelle, jonka voit jättää Kuninkaantien työterveyden asiakaspalautelaatikkoon.

Olemme kiitollisia kaikista kommentista ja saamastamme palautteesta, jonka perusteella viimeistelemme esitteen lopulliseen muotoonsa.

Kiitos avustasi kehittämistyössämme !

Terveystenhoitaja AMK –opiskelijat Jalna & Minna.

Kättäpidempää –esityksen hyvät puolet:

Kättäpidempää –esityksen korjattavat/kehitettävät asiat:

TAPASI ON ELÄMÄSI!

ITSEHOITO

MBO

sitoudun

Vyötärön ympärys

- + ateriarvot
- + annoskoko
- + kasvikset
- + liikunta
- + uni
- makeat välipalat
- piilorasva ja -sokeri
- alkoholi

Kolesteroli

- + pehmeät rasvat
- + kuitu
- + painonhallinta
- + liikunta
- tupakka
- kova rasva
- sokeri
- valkoinen vilja
- alkoholi

Verensokeri

- + kuitu
- + pehmeät rasvat
- + painonhallinta
- + liikunta
- sokeri
- valkoinen vilja

Verenpaine

- + kasvikset
- + painonhallinta
- + liikunta
- suola
- tupakka
- alkoholi

**VIELÄ EI OLE
LIIAN MYÖHÄISTÄ!**

LAIHDUTUSTA JA ELÄMÄNTAPAMUUTOSTA

Laihduttaminen ja sen jälkeinen painonhallinta onnistuu vähentämällä ruuasta ja juomista tulevia kaloreita. Siinä ei tarvita mitään erityistä dieettiä. Jo muutamilla ruokailutottumusten muutoksilla on mahdollista vähentää satoja kilokaloreita päivässä. Ideana on, että ruuan määrä (kiloina tai litroina) ei merkittävästi vähene. Voi syödä sopivan kylläiseksi, saatujen kaloreiden määrä vähenee.

Muutosten tarve määräytyy aikaisempien tottumusten mukaan. Esimerkiksi jos ei ole aterioilla syönyt kasviksia, pelkkä lautasmalliin siirtyminen voi vähentää kaloreiden saamista niin paljon, että voi laihtua kymmenen kiloa.

Liikunta yksinään ei pudota kiloja kovin tehokkaasti, mutta on tärkeä painonnousun estämisessä laihtumisen jälkeen. Liikunta on kuitenkin hyvä keino hallita painoa. Laihduttamalla pudotetut kilot myös pysyvät paremmin poissa, jos liikut säännöllisesti.

Liikunta parantaa rasva- ja sokeriaineenvaihduntaa vaikkei paino ei laskisikaan. Liikkuminen myös ylläpitää lihaksia laihduttamisen aikana, mikä on terveyden ja energiankulutuksen kannalta edullista. Jokaisen kannattaa kiinnittää huomiota arkiliikuntaan, myös niiden, joilla on jokin liikuntaharrastus

Arkiliikunnan määrää on vaikea arvioida, sen saa "näkyväksi" askelmittarilla. Alle 5 000 vähän liikkuvat, 5 000 – 10 000 kohtuullisesti liikkuvat, yli 10 000 askelta on painonhallinnan tavoite.

	nyt	1 kk	6 kk	12 kk
askeleet				

POLTA VÄHEMMÄN – ANSAITSET ENEMMÄN!

- Tupakka tuhoaa keuhkokuodosta
- Tupakka lisää sydämen kuormaa
- Tupakka vahingoittaa kaikkia elimiä
- Iho paljastaa
- Tupakointi vahingoittaa muita

TERVE JAKSAA TÖISSÄKIN!

TERVEYSTIETONI

(tavoitetila, hyvät arvot)

Kokonaiskolesteroli
(< 5 mmol/l)

pvm

arvo

Veren HDL-kolesteroli
(>1,00 mmol/l)

pvm

arvo

Veren LDL-kolesteroli
(<1,7 mmol/l)

pvm

arvo

Sokeriaineenvaihdunnan paastoarvo
(<5,6mmol/l)

pvm

arvo

Verenpaine
(yläpaine <130mmHg, alapaine <80mmHg)

pvm

arvo

Vatsanympärys (mbo ♀<80cm, ♂94cm)

pvm

arvo

BMI (<25kg/m²)

pvm

arvo

HÄLYTYSMERKKEJÄ

KESKIVARTALOLIHAVUUS

(♀>90cm, ♂>100cm)

KYLLÄ EI

TUPAKOINTI

KYLLÄ EI

RUNNAS SUOLAN KÄYTTÖ

KYLLÄ EI

VÄHÄINEN LIIKUNTA

KYLLÄ EI

RUNNAS ALKOHOLIN KÄYTTÖ

KYLLÄ EI

KOHONNUT VERENPAINE

KYLLÄ EI

KOHONNUT SOKERIARVO

KYLLÄ EI

RIITTÄMÄTÖN UNI

(kevyt/katkonainen/lyhyt)

KYLLÄ EI

Kolme (3) tai useampi "kyllä" → RISKI!
TÄSSÄ KÄTTÄ PIDEMPÄÄ avuksi!

Viikoittainen

LIIKUNTAPIIRAKKA

Paranna **kestävyyskuntoa** liikkumalla useana päivänä viikossa yhteensä ainakin 2 t 30 min reippaasti **tai** 1 t 15 min rasittavasti. **Lisäksi** kohenna **lihaskuntoa** ja kehitä **liikehallintaa** ainakin 2 kertaa viikossa.



Terveysliikunnan suositus
18-64-vuotiaille

UKK-Instituutti
2009

Lisätieto-osoitteita netissä:

www.porvoo.fi/fi/palvelut/terveyspalvelut

www.porvoondiabetes.fi

www.sydanliitto.fi/web/porvoon-seudun-sydanyhdistys / www.sydanliitto.fi/ppp

www.sydanliitto.fi

www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/finriski-laskuri

www.kiloklubi.fi

www.stumppi.fi, Porvoon sairaala keuhkopkl_tupakkaklinikan hoitaja 050 427 6549

www.omaterveyteni.fi/node/4

www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset

Kuninkaantien työterveyshuolto

Tekniikankaari 1 A

06100 Porvoo

Puh (019) 520 4693

etunimi.sukunimi@porvoo.fi

OHJAAVAHLÖ
PVM

SUUNNITELMAAN
SITOUTUNUT
HLÖ

Kalske & Tuuri 8/15

METABOLINEN OIREYHTYMÄ = MBO

Metabolinen oireyhtymä on vyötärölihavuuteen liittyvä tila, jossa aineenvaihdunnan muutokset aiheuttava samalla henkilöllä useita terveyttä uhkaavia häiriöitä samanaikaisesti.

MBO:hon liittyvien oireiden/ sairauksien raja-arvot ovat tiukemmat kuin oireiden/sairauksien raja-arvot yksitään tarkasteltuna.

MBO esiintyy Suomessa aikuisilla miehillä yli kolmasosalla ja naisilla yli neljäsosalla.

OIREET

Mm. kohonnut verenpaine, poikkeavat kolesteroliarvot, rasvamaksa, tyyppin 2 diabetes, kihtioreet, keskivartalolihavuus.

SEURAUKSET

Hoitamattomana mm. unettomuutta, työssäjaksamisen heikkenemistä, suurentunut riski sydäninfarktiin, sydämen vajaatoimintaan ja aivohalvaukseen sekä dementiaan.

HOITO

Normaalipainoon laihduttamalla ja lisäämällä liikuntaa. Laihduttaessa vatsaontelon rasvakudos vähenee → veren sokeriarvot laskevat → hyvän kolesterolin määrä nousee ja veren triglyseridiarvot laskevat.

Tupakoinnin lopettaminen ja alkoholin vähentäminen!