

Opinnäytetyö (YAMK)

Kuntoutuksen koulutusohjelma

Kevät 2010

Turun Ammattikorkeakoulu

Ville Rahko

LIIKUNTANEUVONTA TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

– Salon kaupungin liikuntaneuvonnan
kehittäminen



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala | Kuntoutuksen koulutusohjelma

Kesäkuu 2010 | Sivumäärä 76

Ohjaaja Raija Nurmi

Ville Rahko

LIIKUNTANEUVONTA TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ – Salon kaupungin liikuntaneuvonnan kehittäminen

Terveyden edistämällä tarkoitetaan päivittäin tapahtuvia erilaisia tapahtumia, joiden oletetaan lisäävän ihmisten hyvinvointia tai ennaltaehkäisevän sairauksia. Terveyden edistämisen ja fyysisesti aktiivisen liikunnan on osoitettu olevan tehokas tapa ennaltaehkäistä yleisimpien kansansairauksien esiintymistä sekä se on oleellinen osa niiden hoidossa.

Hyvinvointivaltioissa kuten Suomessa ylipainon, tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien esiintyvyys on lisääntynyt voimakkaasti. Pelkästään diabetesta on diagnosoitu Suomessa 250 000:lla, mutta arvioiden mukaan diabetes on alidiagnosoitu sairaus, jota sairastaa yhteensä puoli miljoona suomalaista. Huolestuttavaa on, että sairastuneista ja riskiryhmiin kuuluvissa on yhä nuorempia henkilöitä.

Liikuntaneuvonnan on osoitettu olevan tehokas tapa edistää terveyttä. Henkilökohtaisella ohjauksella on mahdollista vaikuttaa ihmisen aktivoitumiseen suhteessa omaan liikunnalliseen aktiivisuuteen. Liikuntaneuvonnan keskeisenä tavoitteena on saada liikunnallisesti passiiviset ja riittämättömästi liikkuvat aktivoitumaan ja vaikuttamaan itse liikunnan avulla omaan terveytensä edistämiseen.

Kehittämistyön tarkoituksena on selvittää Salon kaupungissa toimivan liikuntaneuvonnan toteutumista, sen toimintamallia ja toimintaedellytyksiä. Kehittämistyön tavoitteena oli selvittää käytössä ja olemassa olevan liikuntaneuvonnan toteutumista, laatia ja kehittää liikuntaneuvonnan toimintamallia Salon kaupungissa sekä selvittää Liikkumisreseptin soveltuvuutta liikuntaneuvonnan sisäisen viestinnän toteutumisessa. Kehittämistyöhön osallistuivat liikuntaneuvontaa toteuttavat tahot eli perusterveyden huollon terveyden edistämisen yhdyshenkilö, avohoidon ylilääkäri ja liikuntatoimen liikunnanohjaajat.

Kehittämistyö toteutettiin syksystä 2008 keväälle 2010. Kehittämistyö toteutettiin ryhmähaastatteluilla, joilla kerättiin liikuntaneuvontaan osallistuvienöntekijöiden kokemuksia ja mielipiteitä käytössä olevasta toimintamallista. Kehittämistyön tuloksena syntyi liikuntaneuvonnan toimintamalli, joka hyödyntää sähköistä potilastietojärjestelmää sekä Liikkumisreseptiä.

ASIASANAT:

Terveyden edistäminen, liikuntaneuvonta, liikkumisresepti

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care, Sports and Social services | Rehabilitation

June 2010 | 76 pages

Instructor Raija Nurmi

Ville Rahko

EXERCISE COUNSELING IN HEALTH PROMOTION

Health promotion means such various everyday life activities that are assumed to increase the wellbeing of people and to prevent illnesses. Health promotion and physically active exercise are proven efficient methods to prevent the incidence of the most common diseases and play an essential role in the treatment of these diseases.

In western countries like Finland the incidences of diabetes mellitus type 2 and cardiovascular diseases have increased intensively. A great number of these diseases are left undiagnosed and involved younger and younger people.

Exercise counseling is proven efficient method to promote health. Personal guidance gives a possibility to have an effect on individual's own activity. The main aim of the exercise counseling is to get inactive and underactive people physically activated and to make them influence themselves on their own health promotion.

The aim of the improvement project was to investigate the exercise counseling given in Salo municipal. The aim was to study the performance of the on-going exercise counseling method and to create and improve exercise counseling and also to find out about the feasibility of the exercise prescription in the internal communication of the workplace. The participants of the improvement project were the ones involved with the exercise counseling.

The Improvement project was timed from autumn of 2008 to spring of 2010 and it was carried out as group interviews. The opinions and experiences of those involved with exercise counseling were collected about the on-going exercise counseling model. As the outcome of the improvement project a new exercise counseling method was developed that utilizes electric system for patient data and exercise prescription.

KEYWORDS:

Promotion of health, exercise counselling, exercise prescription.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN LIIKUNTANEUVONNAN AVULLA	8
2.1 Liikunta terveyden edistämisessä	9
2.1.1 Kansalliset liikuntasuosituks	10
2.1.2 Terveyskunto toimintakyvyn edistäjänä	11
2.2 Liikuntakäyttämisen huomioiminen terveyden edistämisessä	13
2.3 Terveyden lukutaito	15
2.4 Liikunnan vaikutus kansansairauksien ennaltaehkäisyssä	17
2.5 Liikkumisreseptin käyttö liikuntaneuvonnassa	21
3 HENKILÖKOHTAINEN LIIKUNTANEUVONTA	26
3.1 Liikuntaneuvonta terveydenhuollon palveluketjussa	27
3.2 Liikuntaneuvonta osana kuntoutuksen palveluketjua	30
3.3 Liikuntaneuvonnan toteutuminen	34
3.4 Liikuntaneuvonnasta kokeiluun	37
3.5 Kokeilusta säännölliseen liikuntaan	38
4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS	39
5 SALON KAUPUNGIN LIIKUNTANEUVONNAN KEHITTÄMINEN	39
5.1 Tutkimusmenetelmän valinta	39
5.2 Kehittämistyön luotettavuus	41
5.3 Kehittämistyön toteutusmenetelmä	43
6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	49
6.1 Olemassa olevan toimintamallin selvittäminen	50
6.2 Liikuntaneuvonnan toimintamallin rakentelu	54
6.3 Liikuntaneuvonnan toimintamalli	56
7 KEHITTÄMISTYÖN HERÄTTÄMIÄ AJATUKSIA JA POHDINTAA	58
LÄHTEET	63

LIITTEET

KUVIOT

Kuvio 1. UKK-liikuntapiirakka ja terveysliikunnan suositus.	13
Kuvio 2. Terveyskäyttämiseen vaikuttavat tekijät. (Miilunpalo 1999, 423.)	14
Kuvio 3. Liikunnan ja terveyden välinen suhde liikunnan intensiteetin ja terveydentilanteen mukaan (Vuori 2007, 2984).	33

Kuvio 4. Liikuntatottumusten omaksumisen eteneminen vaiheittain (Nupponen & Suni 2005, 218.)	36
Kuvio 5. Kehittämistyön eteneminen syksystä 2008 keväälle 2010.	46
Kuvio 6. Kehittämistyön eteneminen kohti kevään 2010 toimintamallia.	49
Kuvio 7. Liikuntaneuvonnan toimintamalli syksyllä 2008, joka on laadittu liikunnanohjaajien yksilöhaastatteluiden pohjalta.	51
Kuvio 8. Liikuntaneuvontaan osallistuvat tahot ja niiden toimeenkuvat.	55
Kuvio 9. Liikuntaneuvonnan toimintamalli Liikkumisreseptiä hyödyntäen.	57

1 Johdanto

Terveyden edistämisellä tarkoitetaan erilaisia päivittäisiä tapahtumia ja toimintoja, joilla pyritään lisäämään ihmisten hyvinvointia tai ennaltaehkäisemään sairauksien syntyä. Terveyden edistäminen kohdistuu ihmisen omiin päätöksiin ja ratkaisuihin hallita omaa elämäänsä suhteessa elintapoihin. Onnistuneella ja menestyksekkäällä terveyden edistämisellä on merkitystä sekä kansantaloudelle että yksilölle itselleen hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantuessa. Liikunnalla on oleellinen osa terveyden edistämisessä. Liikunta lisää työ- ja toimintakykyä ja parantaa suorituskykyä sekä työssä että vapaa-ajalla. Liikunnallisesti aktiivisella toiminnalla on katsottu olevan ennalta ehkäisevää vaikutusta useissa kansansairauksissamme. Suomessa on arvioitu olevan yli puoli miljoonaa todettua tai toteamatonta tyyppin 2 diabeetikkoa. Vielä suuremmalla osalla on ylipainoa, joka altistaa yhdessä passiivisen elintapojen kanssa erilaisille sairauksille. Huolestuttavaa on, että riskiryhmiin kuuluu yhä enemmän lapsia ja nuoria (Lammi 2009, 9). Elintavat muotoutuvat jo varhaisessa vaiheessa ja lapsuudessa, mutta niiden vaikutusta terveyteen tai sairastuvuuteen voidaan arvioida vasta kymmenien vuosien kuluttua. On arvioitu, että terveyden edistämisen kulmakiven muodostaa ajatus mahdollisuudesta vaikuttaa yksilön elämäntapoihin ja terveysvalintoihin ohjauksella ja neuvonnalla. (Helakorpi 2009, 1,19; Kiiskinen 2008, 14; Valtioneuvoston periaatepäätös 2008, 6.)

Terveyden edistämisen haasteena on saada liikunnallisesti passiiviset ja riittämättömästi terveytensä kannalta liikkuvat ihmiset aktivoitumaan ja vaikuttamaan hyvinvointiinsa liikunnan avulla osana muita terveitä elintapoja. Liikuntatottumuksien muuttaminen aktiivisempaan suuntaan on eräänlainen prosessi, jossa ihmisen tulee saada kokea myönteisiä liikunnan kokemuksia vähitellen ja omat resurssit huomioiden ja hyödyntäen. Terveyden edistämisen

ja liikunnan lisäämisen yhtenä työkaluna on käytetty liikuntaneuvontaa. Liikuntaneuvonta on henkilökohtainen ja yksilöllinen liikunnan ohjaamisen muoto. Liikuntaneuvonnan tavoitteet asetetaan yksilöllisesti, jolloin arvioidaan asiakkaan lähtötilanne ja resurssit muutosta kohtaan. Menestyksellisen liikuntaneuvonnan avulla asiakkaan aktivoituminen ja motivoituminen on mahdollista. Tällöin huomioidaan asiakkaan kiinnostuksen herääminen sekä asenteiden muokkaaminen aktiivista liikuntakäyttäytymistä kohtaan. On arvioitu, että muutoshaluinen asiakas, jolla on aikaisempia myönteisiä liikuntakokemuksia, hyötyy liikuntaneuvonnasta. Tällöin liikuntaneuvonnalla on realistinen tavoite onnistua. Liikuntaneuvonnan avulla asiakkaalla on mahdollisuus kokea ja toteuttaa muutosprosessi sekä löytää uusia tai unohtuneita liikuntamahdollisuuksia. Liikuntaneuvontaa toteuttavat terveydenhuollon ja liikunta-alan ammattilaiset, jotka toimivat yhteistyössä sekä keskenään että asiakkaan kanssa. Liikuntaneuvontaan sisältyy liikuntaohjeiden antaminen sekä niiden toteutumisen seuranta. (Aittasalo 2010; Käypä hoito – suositus 2008; Poskiparta ym. 2004, 1492.)

Liikuntaneuvonnassa asiakkaan vaikutusmahdollisuuksien parantamisessa oleellisena asiana on asiakkaan kuulluksi tuleminen sekä näkemyksien huomioiminen. Lisäksi asiakkaalla on oltava mahdollisuus vaikuttaa oman asiansa päätöksentekoon. Liikuntaneuvontaa on kuvailtu prosessiksi, jossa muutostarpeella ja motivaatiolla on oleellinen osuus tavoitteeseen pääsemiseksi. Liikuntaneuvojan tulee osata huomioida ohjaustilanteessa asiakkaan henkilökohtainen terveyden lukutaito sekä arvioida liikuntakäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä asiakkaan fyysis-psykkis-sosiaalisessa ympäristössä. Terveystiedon edistämisessä ja liikuntaneuvonnassa tulisikin huomioida asiakkaan käyttäytymisen altistavat, mahdollistavat sekä vahvistavat tekijät. Käyttäytymistä säätelevien seikkojen huomioiminen ja niiden yhdensuuntaisuus luo hyvän perustan liikuntaneuvonnalle ja liikunnan edistämiseksi. (Piirainen & Kallanranta 2008, 101; Miilunpalo 1999, 422-423.)

Liikuntaneuvonta on toteutuessaan moniammatillista yhteistyötä kunnan tuottamien sosiaali-, terveys- ja liikuntapalveluiden välillä. Työnjako kunnan sisäisen organisaation ja palveluita tuottavien tahojen kesken tulee olla verkostoitunutta, selkeää ja suunnitelmallista. Terveystuottopalveluiden toimenkuvaan ei kuulu järjestää varsinaisia liikuntapalveluja. Terveystuottamisen asiakkaille, joille liikunta on todettu olevan terveyden ennaltaehkäisy ja sairauden hoidon kannalta suositeltavaa, tulee kuitenkin tarjota ja avata reittejä kunnallisesti järjestettyihin eri liikuntamuotoihin ja – palveluihin. Toimivan palveluketjun tulee turvata asiakkaan pääsy asetettujen liikunnallisten tavoitteiden mukaisiin liikuntapalveluiden piiriin

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on soveltaa terveyden edistämisen ja liikunnan myönteisten vaikutusten yhdistämistä liikuntaneuvonnassa sekä soveltaa sitä tietoa Salon kaupungin liikuntaneuvonnan toimintamallia kehitettäessä. Toimintamalli kuvataan palveluketjuna, jossa hyödynnetään sähköistä potilastietojärjestelmää ja Liikkumisreseptiä viestinnän välittäjänä. Kehittämistyö on yhteistyötä Salon kaupungin terveyskeskuksen ja liikuntatoimen välillä, jossa yhdistyvät moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys.

2 Terveyden edistäminen liikuntaneuvonnan avulla

Terveyden edistämällä tarkoitetaan päivittäin tapahtuvia erilaisia tapahtumia, joiden oletetaan lisäävän ihmisten hyvinvointia tai ennaltaehkäisemään sairauksia. Virallisesti terveyden edistäminen – käsitteenä tarkoittaa maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaisesti toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia hallita ja parantaa terveyttään. Määritelmä on laadittu vuonna 1986 ja sen jälkeen tämä terveystoimintainen sisältö on ollut perusteena WHO:n jäsenmaissa. (Paronen & Nupponen 2005, 206.)

Terveystoimintainen sisältö ulottuu moneen yhteiskunnan tasoon. Yhteistä on kuitenkin se, että terveyden edistämässä tavoitteena on suojata ja parantaa väestön terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia. Lainsäädännöllä vaikutetaan organisaatioihin, kuntiin ja yleiseen päätöksentekoon, joka välillisesti vaikuttaa myös yksilöön. Terveystoimintaisilla päätöksillä ja terveyden edistämällä pyritään lisäämään ihmisten kykyä ja taitoa huolehtia itsensä ja lähimmäistensä terveydestä. Tuloksellinen terveyden edistäminen syntyy pitkäjänteisen, monimuotoisen ja laaja-alaisen yhteistyön pohjalta eri toimijoiden välillä. (Valtioneuvoston periaatepäätös 2008, 16; Paronen & Nupponen 2005, 207.)

Terveys-käsite ei sisällä pelkästään sairauden tai vamman puuttumista. Terveyden edistämisen perustehtävänä ja päämääränä onkin käyttää terveyttä voimavarana, jonka avulla voidaan ylläpitää, kehittää sekä lisätä muuta hyvinvointia, kuten yksilöllisten ja yhteisöllisten tavoitteiden saavuttamista. Terveyskäsite ja terveyden edistäminen keskittyy siis yksilön omien voimavarojen käyttöön sekä niiden hyödyntämiseen. Ajatuksena onkin, ettei terveyttä voi ostaa eikä myydä, vaan se syntyy ihmisten omien ja yhteisöjen välisten tekemisien ja toimintojen avulla. Nyt ja jatkossa kunnan sisällä ja yhteisöjen välillä tarvitaan yhä enemmän yhteistyötä, jotta kaikilla olisi

tasavertainen mahdollisuus terveyden edistämiseen, liikuntaan ja fyysisesti aktiiviseen elämään. Vastuu yhteistyön tiivistymisestä on ensisijassa kunnalla, joka koordinoi terveys-, hyvinvointi- ja liikuntapalveluja. (Hölsömäki 2008, 13-14; Paronen & Nupponen 2005, 207.)

Kunnalla on liikuntalain (1054/1998) ja kansanterveislain (66/1972) mukaisesti luotava edellytykset terveyttä edistävälle toiminnalle yksilö, väestö ja elinympäristö huomioiden, kuten koordinoita terveys -, hyvinvointi - ja liikuntapalveluja, joiden avulla kuntalaisten on mahdollisuus edistää omaa terveyttään. Toisaalta kunnalla on velvollisuus huolehtia ja järjestää terveysneuvontaa ja asianmukaisia liikunta(neuvonta)palveluita ja huomioida kaikessa toiminnassaan liikuntapaikkojen fyysisen ympäristön edellytykset liikunnan toteutumiseen, kuten erityisliikuntaryhmien tarpeet ja toteuttamiseen vaadittavat seikat. (Valtioneuvoston periaate päätös 2008, 7; Kansanterveyslaki; Liikuntalaki.)

2.1 Liikunta terveyden edistämisessä

Liikunta on oleellinen osa terveyden edistämisessä. Riittävä liikunta kuuluu niihin elintapoihin, jotka ylläpitävät ja parantavat fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia (Fogelhom ym. 2004, 2040). Ihmisten liikunnan harrastamiseen ja liikunta-aktiivisuuteen vaikutetaan myös liikuntapoliittisella ja yhteiskuntarakenteiden päätöksenteolla. Liikunnan yhdistystoimintaan osallistuu huomattava määrä vapaaehtoisia. Liikkumalla ihmiset itse tuottavat huomattavaa terveyshyötyä itselleen ja läheisilleen. Liikunta ja harrastaminen lisäävät, ylläpitävät ja kehittävät sekä henkilökohtaista hyvää oloa että sosiaalista toimintakykyä. Subjektiviivisen hyvän olon ja terveyden tavoittelu ei kuitenkaan ole ainoa selitys liikuntaharrastusten suosioon. Aktiivista liikuntaa on myös verrattu muihin pitkäaikaisiin ja keskittymistä vaativiin toimiin ja harrastuksiin. Liikunnasta kuten myös muista harrastuksista voi saada

voimaantumista, hallintaa sekä havaintoja taitojen kehittymisestä ja karttumisesta. Liikunnalla voi toteuttaa itseään. Liikunnan avulla on mahdollista kehittää ja ylläpitää sosiaalista ympäristöä ja kontakteja, joiden avulla koetaan yhteisöllisyyttä sekä osallisuutta. Tämä kaikki lisää hyvinvointia ja monipuolistaa elämää. Terveiden edistämisen käsitteessä kuitenkin mainitaan, ettei kaikki liikuntaan liittyvä ole terveyden edistämistä. *Liikunnan edistäminen on osa terveyden edistämistä niissä toiminnoissa, joissa pyritään ensisijaisesti parantamaan väestön tai rajatun ihmisryhmän terveydentilaa, toimintakykyä ja hyvinvointia liikunnan avulla.* (Paronen & Nupponen 2005, 208.)

2.1.1 Kansalliset liikuntasuosituks

Kansalliset liikuntasuosituksen määrittelevät terveyden edistämisen kannalta merkityksellisen ja oleellisen liikunnan määrän ja laadun. Suositukset ovat muuttuneet ja tarkentuneet vuosien aikana. Vielä 1990-luvulla liikunta suositukset ohjasivat liikkumaan reipasta kävelyä kovatehoisemmin ja fyysisemmin. Toisaalta liikuntaan käytetty viikoittainen aika ja tiheys olivat nykypäivän suosituksia vähäisempää. Suositukset ohjasivat liikkumaan 20-60min kerrallaan ja kolmesti viikossa. 2000-luvulle tultaessa liikuntasuosituks täsmentyivät ja muuttuivat. Nykysuosituksia noudatetaan hieman vaihtelevasti ainakin useissa länsimaissa ja taustalla on laajoja terveys- ja väestötutkimuksia. Suositukset ohjaavat liikkumaan kohtalaisen rasittavalla tasolla vähintään 30 minuuttia päivässä, jonka tarvittaessa voi vielä osittaa 10-15 minuutin jaksoihin. Perusteluina ovat, että terveysliikunnan tuomat terveyden edistämisen vaikutukset edellyttävät säännöllistä liikuntaa riittäväällä kuormituksella ja teholla. Riittäväällä ja kuormittavalla liikunnalla tarkoitetaan kaikkea fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa, joka hengästyttää jonkin verran, mutta rasituksena aikana kuitenkin pystyy vielä keskustelemaan esimerkiksi kävellessä. (Aittasalo 2010; Fogelhom ym. 2004, 2040; Vuori & Oja 1999, 406.)

Fogelholmin (2004, 2041-2042) tekemän yhteenvedon perusteella liikunnalla on vaikutusta ja merkitystä sekä terveyden edistämässä että sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Kävelyn ja rasittavamman liikunnan lisääminen pienentää oleellisesti ylipainon, sairastuvuuden ja kuolleisuuden esiintymistä ja todennäköisyyttä. Ne, joilla on riittävästi ja runsaasti terveysliikuntaa sekä kuntoliikuntaa ovat terveimpiä. Nykyisen 30 minuuttia päivässä – suosituksen tuomaa räsitusta voidaan pitää aikaisemman kuntoliikunnan määritelmän (3 x 20-60 min) mukaisen liikunnan täydentäjänä, ei korvaajana. Fogelholmin (2004) mukaan tätä viestiä ei ole riittävästi korostettu.

Nykyisen terveysliikuntasuosituksen keskeisin ajatus on, että sen tarkoituksena on alentaa liikunnan lisäämisen kynnyistä varsinkin niiden ihmisten keskuudessa, joita ei perinteinen kuntoliikunta kiinnosta tai joiden terveydentilanne ei mahdollista rasittavan liikunnan annostelua. Jokainen askel ja minuutti eivät kuitenkaan ole terveyden edistämisen kannalta yhtä tehokasta. Ihminen liikkuu perustoimissaan päivittäin noin 5000 askelta, jolloin suoriudutaan vain pakollisista pienistä siirtymisistä ja arkiaskareista. Terveyden edistämisen kannalta päivittäisen minimiaskelmäärään lisätään 30 minuutin kävelyn tuomat 4000 askelta, jolloin savutetaan 9000 askeleen päivittäinen tavoite. Askelmittarin käyttäminen konkretisoi askelmäärän seurannan ja saavuttamisen. Askelmittarin käyttö on osoitettu toimivaksi ja motivaatiota lisääväksi liikunnan edistämisen välineeksi. (Aittasalo 2008; Fogelhom ym. 2004, 2040-2041.)

2.1.2 Terveyskunto toimintakyvyn edistäjänä

Terveyskuntokäsité on syntynyt ja kehittynyt liikunnan terveysvaikutuksia koskevan tutkimustiedon lisääntyessä. Terveyskunto on alun perin jalostunut urheilun, liikunnan ja fyysisen kunnan osatekijöistä sekä laajentunut toimintakyvyn ja suorituskyvyn arviointiin ja toteutukseen. Terveyskuntokäsité

muotoutuu ja tarkentuu edelleen sitä mukaa, kun terveyden ja liikunnan keskinäiset mekanismit ja yhteydet tarkentuvat esimerkiksi tutkimustiedon ja käytännöistä saadun kokemustiedon karttuessa. (Vuori 2006, 1003-1004; Fogelhom ym. 2004, 2041; Oja 1999, 57.)

Fyysinen aktiivisuus vaikuttaa terveystuntoon myönteisesti ja sen puute kielteisesti. Hyvä terveystunto koostuu useasta tekijästä, kuten kestävydestä (aerobinen kunto), liikkeiden ja asennon hallinnasta ja tasapainosta (motoriikka ja koordinaatio), lihasvoimasta, tuki- ja liikuntaelimestön kunnosta sekä vartalon mittasuhteista (vyötärö, painoindeksi BMI). Terveysliikunnan tavoitteena parantaa ja ylläpitää terveystunnon eri osa-alueita. UKK-instituutin liikuntapiirakka (Kuvio 1.) perustuu sisällöllisesti terveystuntokäsitteen osatekijöihin mahdollisimman monipuolisesti ja kattavasti. Liikuntapiirakka jaetaan kahtia perusliikuntaan ja kuntoliikuntaan. Perusliikunta muodostuu päivittäisistä askareista, kuten työmatkaliikunnasta, kävely / asiointi, pihatyöt, siivoaminen ja remonttityöt. Suositeltava annos edellä mainittuja arki- hyöty ja työmatkaliikuntaa on vähintään 30 min päivässä. Kuntoliikuntaa suositellaan annosteltavan 1-5 kertaa viikossa jakautuen edelleen kestävyys ja lihaskuntaa parantavaan liikuntaan, kuten reippaat aerobiset liikuntamuodot ja kuntosaliharjoittelu. Liikuntapiirakassa yhdistyvät siis eri aikakausien liikuntasuositukset. Liikuntapiirakan toisen puolen käyttäminen ehkäisee passiivisuudesta aiheutuvia terveystriskejä, mutta koko piirakan toteuttaminen on ihanteellista terveyden ja painohallinnan kannalta. (Praet ym. 2008, 736; Vuori 2006, 1003; Fogelholm & Oja 2005, 77-79; Fogelhom ym. 2004, 2041-2042.)



Kuvio 1. UKK-liikuntapiirakka ja terveystiikunnan suositus.

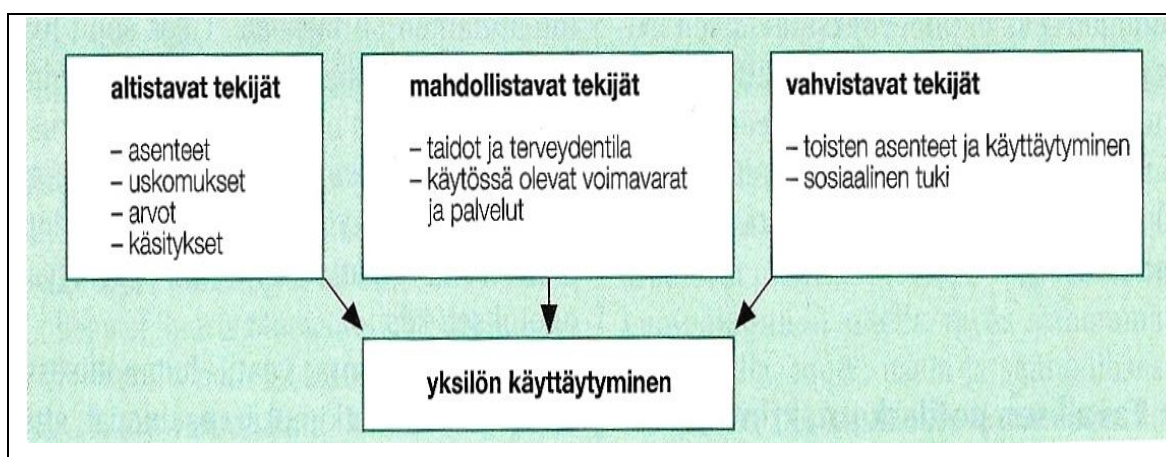
2.2 Liikuntakäyttämisen huomioiminen terveyden edistämässä

Liikunnan vaikutusta terveyden edistämässä perustellaan yleensä fyysisillä vaikutuksilla ihmisen kehoon ja elimistöön. Kuitenkin fyysinen aktiivisuus toteutuu yksilöiden käyttämisenä, jolloin perusteena on ihmisen olemassa olemisen psykofyysisenä kokonaisuutena. Liikuntakäyttämisen tarkastelussa on huomioitava psykologista, sosiaalipsykologista, kasvatustieteellistä sekä sosiologista erityistietämystä. (Paronen & Nupponen 2005, 210.)

Liikuntakäyttämisen tarkastelun taustatietoa on usein kerätty urheilijoiden ja aktiiviliikkujien kokemuksista. Kuitenkaan tämä tieto ei aina sovellu kaikilta

osiltaan terveystiikkumisen edistämiseen. Terveystiikkunnan edistämisessä ja liikuntakäyttätymisen arvioinnissa on oleellista tarkastella fyysisesti vähän liikkuvien ihmisten käyttätymistä sekä kohdentaa menetelmät yleisimpiin fyysisiin aktiviteetteihin. Liikunnallisesti passiivisten ihmisten tarkastelussa on hyödynnetty terveystiikkäyttätymisen psykologiaa, jonka avulla on mahdollista tunnistaa liikunnan aloittamisen ja harjoittamisen ennustavia psykologisia tekijöitä, kuten asenteita, odotuksia, aikomuksia ja valintoja. Näitä yksilöllisiä ominaisuuksia tulee arvioida ja hyödyntää esimerkiksi yksilöllisessä ohjauksessa ja neuvonnassa. (Paronen & Nupponen 2005, 210.)

Liikuntakäyttätymisessä voidaan soveltaa myös terveystiikkäyttätymisen mallia (Kuvio 1.). Terveystien edistämisessä ja neuvonnassa tulisi huomioida asiakkaan käyttätymisen altistavat, mahdollistavat sekä vahvistavat tekijät. Käyttätymistä säätelevien seikkojen huomioiminen ja niiden yhdensuuntaisuus luo hyvän perustan liikuntaneuvonnalle ja liikunnan edistämiselle. (Miilunpalo 1999, 422-423.)



Kuvio 2. Terveystiikkäyttätymiseen vaikuttavat tekijät. (Miilunpalo 1999, 423.)

Altistavat tekijät liittyvät liikunnan aloittamiseen ja kokeiluvaiheeseen, jolloin uskomukset, asenteet, arvot sekä käsitykset muodostavat

asennekäyttäytymismalleja, jotka muodostavat muutostoiminnalle oleelliset odotukset. Mahdollistaviin tekijöihin sisältyy oleellisesti asiakkaan liikuntataidot, kunto, terveydentila, käytössä olevat asiakkaan resurssit, mutta myös palveluiden saatavuus ja ympäristö, kuten liikuntapaikkojen saavutettavuus ja välineiden saatavuus. Vahvistavat tekijät muodostuvat sosiaalisesta verkostosta ja sen tuomasta tuesta. Lisäksi vahvistavia tekijöitä ovat liikunnasta ja toisilta saatu palaute ja kannustus, mutta myös liikunnan tuomat henkilökohtaiset elämykset. (Miilunpalo 1999, 423.)

Terveydenhuollon vaikutusmahdollisuudet asiakkaan liikuntakäyttäytymiseen muodostuvat haastattelun pohjalta. Asiakaskontaktin aikana voidaan keskustella liikunnan merkityksestä sairauden ennaltaehkäisyyn tai hoidon kannalta. Keskustelussa kuvaillaan konkreettisesti ja täsmällisesti terveyden edistämisen ja liikunnan ominaisuuksia, varsinkin silloin kun sairaus tai hoito mahdollisesti rajoittaa liikuntaa tai sen annostelua. Keskustelussa voidaan siis vähentää tarpeettomasti sairauden rajoittavien käsitysten ja ennakoasenteiden osuutta liikunnan suorittamisessa. (Miilunpalo 1999, 423.)

2.3 Terveyden lukutaito

Terveystiedon saatavuudesta ja olemassaolosta huolimatta vain noin puolet suomalaisista liikkuu riittävästi terveytensä ylläpitämiseksi. Väestö on jakautumassa selkeämmin kahtia; niihin, jotka liikkuvat ja ylläpitävät kuntoaan ja niihin, jotka liikkuvat vähän. Liikunnan osuus työtehtävistä on vähentynyt, jonka vuoksi liikunnan harrastaminen on siirtynyt vapaa-ajalle. Osaksi tämän vuoksi hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitämisen vastuu on enemmän siirtynyt yksilölle itselleen. Terveyden lukutaitokäsitteellä tarkoitetaan niitä yksilön kognitiivisia ja sosiaalisia taitoja, jotka määrittävät motivaation ja valmiudet löytää, ymmärtää ja käyttää tietoa terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen. Taustalla on myös kyky ja taito vuorovaikutukseen tilanteissa, jolloin tehdään terveyden

edistämiseen ja sairauksien hoitoon liittyviä päätöksiä. Päätöksen tekoon vaikuttavat yksilön tiedot, asenteet ja käyttäytyminen, jotka myös kertovat yksilön terveyden lukutaidon tasosta. Terveyden lukutaito on kehittyvä ominaisuus, jota voidaan kehittää viestinnällä / vuorovaikutuksella sekä vaikuttamalla ympäristön rakenteellisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. Terveyden lukutaidolla on kolme tasoa, jotka ovat toiminnallinen, vuorovaikutuksellinen ja kriittinen terveyden lukutaito. (Helakorpi ym. 2009, 10; Poskiparta ym. 2009, 46-47; Nutbeam 2000, 263.)

Heikko *toiminnallinen terveyden lukutaito* voi muodostua liikuntaan osallistumisen esteeksi. Liikuntaohjelmien yhteydessä jaettava ohjeistus ja materiaali voi olla vaikea selkosta ja haastavaa, jolloin tieto jää omaksumatta. Mikäli liikuntatietous jää omaksumatta muodostetaan käsitys asenteiden ja tunteiden pohjalta. Terveyden edistävän toiminnan kuten liikunnan onnistuminen vaatii, että asiakas on tavoitteineen motivoitunut, ympäristö sallii ja mahdollistaa kyseisen toiminnan sekä asiakkaalle tulee kokemus tilanteen hallinnasta ja kokemuksesta. Motivaation syntyminen rakentuu asenteille, tiedoille, uskomuksille ja käsityksille, joiden avulla realistiset tavoitteet on mahdollista saavuttaa. Riittämätön tieto liikunnan mahdollisuuksista ja vaikutuksista voivat olla epärealistisia. (Poskiparta ym. 2009, 46-47; Nutbeam 2000, 263.)

Vuorovaikutuksellinen terveyden lukutaito mahdollistaa asiakkaan henkilökohtaisten taitojen kehittymisen sekä aktiivisen osallistumisen terveyden esittämiseen. Tällöin asiakkaalla on valmiuksia luoda toimintaan suunnitelmallisuutta, joka mahdollistaa liikunnan toteutumisen tavoitteiden mukaisesti. Terveyden edistämisessä sosiaalisen tuen antaminen ja saaminen on oleellista terveyden lukutaidon kehittämistä, jossa yhdistyvät myös fyysisten ympäristöjen kehittäminen ja huomioiminen. Vuorovaikutuksellisuuteen sisältyy myös luottamuksen saavuttaminen suhteessa omiin kykyihin ja omaan

päätöksentekoon. Liikunnan aloittaminen ja jatkaminen on todennäköisempää, kun luottamus itseensä on hyvä ja asiakas osallistuu omaan päätöksentekoonsa. (Poskiparta ym. 2009, 46-47.)

Kriittisellä terveyden lukutaidolla tarkoitetaan asiakkaiden ja yhteisöjen voimaantumista, kriittistä analysointitaitoa ja kykyä selvittää vastoinkäymisistä. Asiakas analysoi ja pohtii tietojensa ja taitojensa ja toimintansa välisiä suhteita, joka mahdollistaa terveyden edistämisen toimiin osallistumisen sekä valintoja eri fyysisten ympäristöjen välillä. (Poskiparta ym. 2009, 48.)

2.4 Liikunnan vaikutus kansansairauksien ennaltaehkäisyssä

Suomalaisten keskeisiä kansanterveysongelmia ovat sydän- ja verisuonitaudit, tyypin 2 diabetes, kotitapaturmat sekä vapaa-ajan tapaturmat ja murtumat. Liikunnalla on osoitettu olevan merkitystä ja vaikutusta näiden ongelmien taustalla oleviin riskitekijöihin. Kiiskisen (2008, 25, 30) raportin mukaan useihin riskitekijöihin voidaan vaikuttaa elintapoja muuttamalla. Myös Käypä hoito –suositusten taustalta löytyy tutkimustuloksia, jotka toteavat että säännöllisellä liikunnalla on liikunta- ja toimintakykyä ylläpitävä vaikutus ja vähentää riskiä sairastua edellä mainittuihin kansasairauksiin. Lisäksi liikunta vaikuttaa painonhallintaan ja mielialaan sekä vähentää masennus- ja jännitysoireita. Liikunnalla on myös ennaltaehkäisevää merkitystä tapaturmien ja murtumien esiintymisessä. Fyysisillä ominaisuuksilla, kuten lihasvoimalla, koordinaatiolla ja tasapainolla on merkitystä kaatumisista johtuvien murtumien ehkäisyssä. Fyysisen aktiivisuuden ennaltaehkäisevät vaikutukset eivät ole riippuvaisia iästä tai sukupuolesta. Lisäksi liikunnan avulla myönteisiä tuloksia fyysisiin ja harjoitettaviin ominaisuuksiin on mahdollista saavuttaa myös monisairaiden ja iäkkäidenkin asiakkaiden keskuudessa. (Heikkinen 1999, 104; Jeon ym. 2007, 744; Praet ym 2008, 736.)

Valtionneuvosto laati vuonna 2008 periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Periaatepäätöksen tavoitteena on linjata riittävän fyysisen aktiivisuuden ja terveellisen ravinnon merkitykset terveyden edistämässä ja kroonisten kansansairauksien ennaltaehkäisyssä. Elintapoja muuttamalla voidaan myös lisätä toimintakykyä ja elämänlaatua entisestään. Erittäin ajankohtaista on vaikuttaa liikunnalla ja ravitsemuksella lisääntyneen ylipainon ja tyypin 2 diabeteksen rajuun lisääntymiseen Suomessa. Periaatepäätöksen mukaisesti terveyttä edistävää liikuntaa ja terveellistä ravitsemusta edistetään vaikuttamalla kulttuuriin, ympäristöön, olosuhteisiin ja rakenteisiin. Toisaalta on varmistettava että kaikilla väestöryhmillä on riittävästi tietoja ja taitoja terveyden edistämisen toteuttamiseksi. Terveyden edistäminen vaatii myös kannustusta, tukea ja ohjausta, jotta yksilöt ja yhteisöt olisivat tasa-arvoisessa asemassa suhteessa terveyden edistämässä. Lammin (2009) tekemän tutkimuksen yhteenvedona todetaan, että lasten ja nuorten diabetes on hälyttävästi lisääntymässä. Nuorten keskuudessa oleellista on liikunnan ja ravinnon merkityksen korostaminen ja toimenpiteet tulisi aloittaa jo lapsuusiässä lihavuuden ja ylipainon ehkäisemiseksi.

Diabeteksen yleisyys kasvaa niin Suomessa kuin muissakin hyvinvointivaltioissa. Huolestuttavaa on se, että yhä useampi sairastunut ja riskiryhmään kuuluva on nuori. Diabeteksen puhkeaminen tyypin 1 osalta on yleensä nopea tapahtuma. Toisaalta tyypin 2 diabeteksen oireilu on epämääräisen vähäistä, jolloin sairauden kehittyminen on salakavalaa ja hidasta. Tyypin 2 diabeteksen riskitekijöitä ovat (keskivartalo-) lihavuus, riittämätön liikunta ja muut ns. epäterveelliset elintavat, kuten tupakointi. Taustalla on myös perinnölliset tekijät, jotka vaikuttavat sairauden puhkeamiseen. Usein ulkoiset ja laukaisevat tekijät tuovat sairauden esille. Mikäli toisella vanhemmalla on tyypin 2 diabetes, niin lapsen sairastumisriski on 40 %. Mikäli molemmilla vanhemmilla on sairaus, niin riski sairastumiseen on jopa 70 %. Diabeteksen hyväksyminen on prosessi ja sen tulee olla osa omaa

elämää. vaikka diabetes on omahoitoinen sairaus, niin sitä ei ole tarkoitus hoitaa yksin. (Ilanne-Parikka ym. 2006, 15–17, 25.)

Riittämättömän liikunta altistaa verensokerin nousulle, kun taas liikunta sinänsä laskee sokeriarvoja. Verensokerin nousun taustalla ovat usein istumatyö, arkiliikunnan vähäisyys sekä ruokavalion korkeat energia- ja rasva-arvot. Energian saannin ja kulutus suhde lisää riittämättömästi liikkuvan ylipainoa, joka edesauttaa sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden esiintymistä. Liikunta onkin keskeinen osa diabeteksen hoitoa ja se vaikuttaa monin tavoin hoitotasapainoon. Tutkimustulosten perusteella tiedetään, että tyypin 2 sairastumista voidaan ehkäistä tai sairastumista voidaan myöhentää. WHO:n arvion mukaan 90 % tyypin 2 diabeteksestä olisi mahdollista välttää parantamalla ruokailutottumuksia, lisäämällä liikuntaa ja lopettamalla tupakointi. Lihavuuden on arvioitu olevan tärkein tyypin 2 diabeteksen yksittäinen riskitekijä. (Jeon ym. 2007, 744; Kiiskinen 2008, 26; Ilanne-Parikka ym. 2006, 153–155; Käypä hoito -suositus Diabetes 2009.)

Verenkiertoelinten sairauden ovat suomalaisten yleisin kuolinsyy. Tilastojen valossa verenkiertoelinsairauksiin kuolleiden osuus on 40 %. Yleisin yksittäinen sairauden muoto on sepelvaltimotauti. Sepelvaltimotauti on sydämen valtimoverenkierron ahtauma, joka johtuu useimmiten valtimoiden ateroskleroosista. Tauti ilmeneekin usein sydänperäisenä äkkikuolemana eli sydäninfarktina tai raskituskipuna eli angina pectoris – oireena. Sepelvaltimotauti on yleinen ja sitä esiintyy nykyään enemmän väestön ikääntymisen seurauksena ikääntyneillä naisilla. Sanotaan, että tauti on muuttunut työikäisten miesten sairaudesta ikääntyneiden naisten sairaudeksi. Toisaalta miesten terveellisten elintapojen muutos näkyy veri- ja kolesteroliarvojen laskuna sekä tupakoinnin vähentymisen seurauksena. (Kiiskinen 2008, 26.)

Aivoverenkierron häiriöillä (AVH) tarkoitetaan tilapäistä tai pysyvää aivovaltimoverenkierron heikentymistä tai aivoverenvuotoa. Aivohalvauksella so. aivoinfarktilla tarkoitetaan puutteellisen verenkierron seurauksena syntynyttä pysyvää aivokudoksen vauriota. Aivoinfarktilla on suuri kansanterveydellinen merkitys, sillä sen vuoksi menetetään enemmän laadukkaita elinvuosia kuin minkään muun sairauden takia. Aivoinfarkti on kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa, vaikka sairauden aiheuttama kuolleisuus onkin vähentynyt. Aivoinfarktin riski kasvaa iän myötä ja siihen sairastuu vuosittain noin 10 000 suomalaista. Uusintahalvaukset lisäävät lukumääriä entisestään. (Käypä hoito -suositus Aivoinfarkti 2006)

Murtumat aiheutuvat useimmiten kaatumisista tai muista tapaturmista. Kaatumiset lisääntyvät ikääntyessä, siten että murtumariski kasvaa voimakkaasti 50 ikävuoden jälkeen, 70-vuotiailla kaatumisriski on kolminkertainen verrattuna 60-vuotiaisiin. On arvioitu, että länsimaisista 65-vuotiaista joka kolmas kaatuu kotonaan vähintään kerran vuodessa ja kaatujista puolet kaatuu toistuvasti. Kaatumisista seuranneiden luunmurtumien taustalla on luun tiheyden heikentyminen. Väestön ikääntyessä ja odotetun eliniän pidentyessä luunmurtumat ja osteoporoosi muodostavat merkittävän kansanterveydellisen ja kansantaloudellisen haasteen. Erityisesti lonkkamurtumien aiheuttamat toiminta- ja liikuntakyvyn vajavuudet, pitkäaikaisen laitoshoidot, kuntoutukset, hoivan tarpeet ja ennenaikaisten kuolemien aiheuttamat taakat ovat yksilölle ja yhteiskunnalle merkittävät. Tilastojen mukaan lonkkamurtuma on vanhusväestön yleisin tapaturmainen välillinen peruskuolinsyy ja viidesosa kuolee ennenaikaisesti vuoden kuluessa murtumasta. Ennen murtumaa laitoshoidon ulkopuolella asuneista yli 30 % murtumapotilaista päätyy vuoden kuluessa murtumasta pitkäaikaiseen laitoshoittoon. (Kiiskinen 2008, 28.)

Kaatumisriskin lisääntyminen vanhusväestöllä selittyy normaalien ikääntymisen tuomien biologisten muutosten kautta. Muutokset esiintyvät niin lihaksissa, luustossa kuin asennonhallinnassa, tasapainossa ja reagointikyvyssäkin. Ikääntymisen myötä lihasmassa pienenee, erityisesti nopeissa lihassoluissa joiden tehtävänä on nopeasti reagoida ja tuottaa voimaa liikkumisessa ja asennonhallinnassa. Hidastunut aistitoiminnot ja reaktiokyky yhdistettynä heikentyneeseen lihastoimintaan lisää kaatumisen riskiä oleellisesti. Aktiivisella liikunnalla ja fyysisellä toimintakyvyn harjoittamisella voidaan ennaltaehkäistä ikääntymisen tuomia kaatumisia iästä ja sukupuolesta riippumatta. Tasapaino- ja lihasvoimaharjoitteet ovatkin yleistyneet kuntoutusmuotoina ikääntyneiden keskuudessa hyvin tuloksin, kunhan harjoittelu toteutuu säännöllisesti ja pitkällä ajalla. (Heikkinen 1999, 104-105.)

2.5 Liikkumisreseptin käyttö liikuntaneuvonnassa

Henkilökohtaisella liikuntaneuvonnalla on selkeä vaikutus liikunta-aktiivisuuteen. Liikuntaneuvonnan on katsottu olevan vaikuttavinta etenkin väestön ryhmissä, joilla on hyvä muutosvalmius. Näitä ryhmiä ovat esimerkiksi ylipainoiset tai hyvin vähän ja riittämättömästi liikkuvat ihmiset. Liikuntaneuvonnassa annetut suulliset neuvot ja kirjalliset materiaalit lisäävät fyysistä aktiivisuutta ja toimivat tällöin kannustimena alkukipinän saaneissa väestöryhmissä. (Poskiparta ym. 2009, 49; Kiiskinen ym. 2008, 46.)

Vuosien varrella on esitetty yksittäisiä ajatuksia ja yrityksiä saada ”liikuntamääräys” reseptillä. Menettely on edennyt käytännössä kehittä- ja kokeiluvaiheiden läpi valmiiksi tuotteeksi, Liikkumisreseptiksi. Ajatuksena on, että liikunnasta hyötyvä väestö on laaja ja terveydenhuollon resurssit eivät riitä liikuntaneuvonnan toteuttamiseen laajalla rintamalla. Reseptilomake toimii perinteisesti asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välisenä viestin ja kirjaamisen välineenä, joten liikuntareseptin käyttäminen ja laatiminen on

joustava, mutta asiallinen menetelmä osana muuta vastaanottotoimintaa. Liikkumisresepti syntyi Terveysten edistämiskeskuksen ja useiden yhteisöjen yhteistyönä vuonna 2002. (Vuori 2003, 149; Aittasalo 2002, 1.)

Liikkumisreseptin kehittämisen pilottihanke käynnistyi vuonna 2001 yhteistyössä Suomen reumaliiton, Suomen Sydänliiton, Suomen Lääkäriliiton, KKI-ohjelman, Jyväskylän yliopiston terveyden edistämisen tutkimuskeskuksen ja UKK-instituutin kanssa. Kehityshankkeen ja pilottitutkimuksen tavoitteena oli lisätä perusterveydenhuollon lääkärivastaanoitoilla käyvien vähän liikkuvien asiakkaiden liikunnallista aktiviteettiä. Kehityshankkeen tarkoituksena oli myös lisätä koulutusta liikunnan terveysvaikutuksista ja neuvonnan keskeisistä periaatteista sekä tuottaa asiakkaalle annettavien ohjeiden ja materiaalin sisältöä ja laatua. Kehityshankkeen tuotoksena syntyi liikkumisreseptilomake (Liite 1.) sekä reseptin käytön ohjeistus / opas. Hankkeen myötä havaittiin, että oleellista on kehittää yhteistyötä kunnan eri liikuntaneuvontaa ja liikuntapalveluja toteuttavien ammattiryhmien välillä. Yhteistyöverkoston, etenkin terveyshuollon ja liikuntatoimen avulla on mahdollista tukea liikuntareseptin saajien liikunnan aloittamista ja jatkamista. (Aittasalo 2002, 1,7.)

Pilottitutkimuksen mukaan asiakkaat osallistuivat aktiivisesti ja mielellään liikkumisreseptin täyttämiseen. Lomakkeen läpikäymiseen ja täyttämiseen kului muutama minuutti. Lomake koettiin selkeäksi ja hyväksi apuvälineeksi liikuntaneuvonnan jäsentämisessä. Alkuun ongelmaksi koettiin ”vain” sopivien asiakkaiden löytyminen, joille reseptin laatiminen olisi ollut sopivaa. Reseptin katsottiin soveltuvan erityisesti asiakkaille, joilla oli tuki- ja liikuntaelinongelmia, diabetes, ylipainoa, metabolinen oireyhtymä tai osteoporoosi. Toisin sanoen lääkärit kokivat reseptin käytön perustelluksi moniin liian vähän liikkuviin asiakkaisiin. Kehitysajatuksia nousi esiin lisäkoulutuksen ja käyttöohjeiden osalta, joissa kiinnitettäisiin seurannan tehostumista ja konkretisoitumista. Käyttöohjeeseen kaivataan lisäyksiä, tarkennuksia, mutta myös tiivistystä, jotta

täyttämistä koskeva oleellinen tieto olisi nopeasti löydettävissä. (Miilunpalo & Aittasalo, 2002, 2206; Aittasalo 2002, 5-7.)

Aittasalon (2008) väitöskirjan tarkoituksena oli kartoittaa ja kehittää perusterveydenhuoltoon systemaattisia liikunnan edistämisen tapoja sekä selvittää niiden soveltuvuutta että vaikuttavuutta. Tutkimus koostui kolmesta osatutkimuksesta. Ensimmäisessä tutkimuksessa verrattiin kolmen ryhmän saamaa liikuntaneuvontaa. Yksi ryhmä sai työterveyshoitajan antamaa liikuntaneuvontaa. Toinen ryhmä sai liikuntaneuvonnan lisäksi fysioterapeutin tekemän kuntotestauksen palautteineen. Kolmanteen ryhmään kuuluneet täyttivät liikuntapäiväkirjaa. Ensimmäinen osatutkimus kesti 12kk, jonka aikana järjestettiin yhteensä neljä liikuntaneuvontatuokiota. Toisessa osatutkimuksessa arvioitiin lääkärien tekemien liikuntareseptien mukaisen liikuntaneuvonnan vaikuttavuutta, jota arvioitiin satunnaistetusti liikuntapäiväkirjan itsetarkkailun merkinnöillä ja askelmittareilla. Kolmannessa osatutkimuksessa liikuntaneuvontaa toteutettiin äitiys- ja lastenneuvolassa. Koeryhmän asiakkaat saivat tehostetun liikuntaneuvonnan viiden käyntikerran ajan sekä mahdollisuuden osallistua viikoittaiseen liikuntaryhmään.

Aittasalon (2008) tutkimuksessa arvioitiin liikuntaneuvonnan eri työtapojen vaikuttavuutta vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuteen lyhyellä (2kk), keskipitkällä (6kk) ja pitkällä (12kk) aikavälillä. Lisäksi arvioitiin eri työtapojen soveltuvuutta ja toteutumiskelpoisuutta siten, miten liikunnan edistämisen työtavat toteutuivat suunnittelulla tavalla sekä asiakkaiden että työntekijöiden arvioimana. Tutkimustulokset osoittivat, että jokainen liikuntaneuvontamenetelmä toimi omassa ympäristössään ja oli näin toteutuskelpoinen. Liikuntaresepti lisäsi vapaa-ajan liikuntaa perusterveydenhuollossa sekä lyhyellä että keskipitkällä aikavälillä. Myös itsetarkkailu askelmittarin ja päiväkirjan avulla toi haluttuja tuloksia liikuntakäyttämiseen lyhyellä aikavälillä tavanomaiseen vastaanottokäyntiin verrattuna.

Aittasalon (2008) väitöskirjan toisena tavoitteena oli arvioida valtakunnallista Liikkumisresepti-hanketta, jolla on tarkoitus lisätä perusterveydenhuollon lääkärien tekemää liikuntaneuvontaa sekä liikkumisreseptin käyttöä että siihen liittyvää oheismateriaalia. Suomen Lääkäriliiton kyselyssä arvioitiin tilattujen lomakkeiden määrää ja levikkiä valtakunnallisesti sekä lääkärien antamaa liikuntaneuvonnan määrää ja kirjallisen ohjeen käyttöä neuvonnan tukena. Toteutumista arvioitiin usean osa-alueen avulla, jotka liittyivät liikuntareseptin ja tukimateriaalin kehittämiseen, materiaalin avoimuuteen ja saatavuuteen, koulutukseen, tieteellisen näytön tuottamiseen, tiedonlevitykseen ja rahoitukseen. Seuranta ja kehittämishanke kestivät neljä vuotta, jonka aikana liikkumisreseptin osoitettiin näkyvän eri hankkeissa ja dokumenteissa. Kaikesta huolimatta hanke ei lisännyt liikuntaneuvontaa eikä oheismateriaalin, kuten liikkumisreseptin käyttöä perusterveydenhuollossa työskentelevien lääkäreiden liikuntaneuvonnassa. Hanke onnistui odotetusti, mutta se ei saanut muutoksia lääkäreiden toteuttamassa liikuntaneuvonnassa.

Lääkärien kirjoittamaa Liikkumisreseptiä on sovellettu käytäntöön menestyksekkäästi esimerkiksi Karjaalla, jossa reseptimääräyksellä mennään Fysiooteekkiin. Fysiooteekki on apteekkihenkinen liikuntaneuvontaa ja ohjausta antava paikka, jossa asiakkaat saavat konkreettista tietoa ja vinkkejä liikunnan harrastamisesta ja mahdollisuuksista fysioterapeutin vastaanotolla. Suurin osa asiakkaista tulee työterveyshuollon lääkärin läheteellä. (Hannus 2006, 485-486.)

Liikuntareseptin käytännön kokemuksia on laadittu myös pro gradu tutkielmien muodossa. Tuominiemi (2006) selvitti pro-gradu tutkielmassaan liikkumisreseptin käyttöä ja soveltuvuutta YTHS:n lääkäreiden työväliseenä. Tutkielman tuloksena havaittiin, että liikuntareseptin käyttö ei ollut työlästä tai vaikeaa. Reseptin käyttö koettiin myönteisesti sekä lääkärien että asiakkaiden

osalta. Tärkeäksi todettiin myös liikkumisreseptin liittämistä osaksi sähköistä potilaskertomusjärjestelmää, mikä lisää käyttömukavuutta ajan ja paperityön vähentymisen osalta. Salmela (2005) toteutti pro gradu tutkielmansa toimintatutkimuksena, jonka tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa liikuntapoliklinikalla käytettävää ja tarvittavaa kirjallista materiaalia, jota on mahdollista muokata erilaisten liikuntaneuvontaa toteuttavissa organisaatioissa. Molemmissa tutkielmissa kerättiin käyttökokemuksia sekä asiakkailta että työntekijöiltä, joiden mielestä liikuntaneuvosta saatu hyöty kannustaa liikkumaan. Lisäksi liikuntaneuvonnan toteutuminen ja materiaali oli selkeää ja helppokäyttöistä sekä ymmärrettävää.

Manner ja Parvi (2009) pro gradun -tutkielman aiheena oli henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan suunnittelu, toteutus ja arviointi. Tutkielmassa arvioitiin neljää vähän liikkuvaa 17-18- vuotiaista lukiolaispoikaa ja näiden liikuntakäyttäytymistä 3,5kk seurannassa. Seurantajakson aikana annettiin henkilökohtaista liikuntaneuvontaa alku- ja loppumittauksin sekä käytännön ohjeita esimerkiksi aikatauluun, harjoitusohjelmiin sekä kuntosaliharjoitteluun. Liikuntamotivaatio lisääntyi kaikilla koehenkilöillä ja liikuntaneuvonta koettiin hyödylliseksi.

3 Henkilökohtainen liikuntaneuvonta

Kunnat ja urheiluseurat ovat perinteisesti tuottaneet suurimman osan liikuntapalveluista ja vastanneet näin alueellisesti ja paikallisesti yleisestä liikunnan kehittämisestä. Liikunnan järjestämisessä kunnissa oleellisiksi tahoiksi nousevat liikuntatoimen lisäksi sosiaali- ja terveystoimi. Kunnan alueella toimii myös kolmannen sektorin edustajia, kuten useita yhdistyksiä ja järjestöjä. Yhteistyö kaikkien tahojen kesken on oleellista toimivan ja joustavan liikuntatoiminnan järjestämiselle ja toteutumiselle. Sosiaali-, terveys-, ja liikuntapalvelut muodostavat kuntalaisen näkökulmasta merkittävän osan hyvinvointiyhteiskunnan palveluista, joten toimijoiden välisen yhteistyön eli palveluketjun tulee toimia asiakkaan ja työntekijöiden kannalta tiiviisti ja aukottomasti. Palveluketju on toimintamalli, jossa asiakkaan ongelmien ratkaisuun vaadittavat toimet muodostavat ajasta, paikasta ja organisaatiosta riippumatta toimivan kokonaisuuden. Palveluketjun toimintatavassa on oleellista verkostomainen yhteistyö, jossa osallisena ovat asiakas, terveydenhuollon ammattilaiset ja toimintaorganisaatiot. (Kuusela 2008, 20; Ruotsalainen 2000, 7,15.)

Liikuntapalveluiden järjestämisessä on vuosikymmenen aikana tapahtunut muutosta. Kunnan liikuntapalveluissa korostetaan ja keskitytään yhä enemmän terveyden edistämiseen, jota lisäämällä saadaan kuntalaisille lisää hyvinvointia ja elämänlaatua. Osansa kehitykseen ovat tuoneet lisääntyneet kansasairaudet (kts. luku 2.4) kuten ylipaino, tyypin 2 diabetes sekä muu terveyserojen kasvaminen. Yleisesti ottaen väestö on jakautumassa kahtia; niihin, jotka kiinnittävät huomiota erilaisiin terveellisiin elintapoihin ja niihin, jotka eivät. Ero on kasvamassa huolestuttavasti. Kunnan terveyden edistämisen haasteena onkin suunnata terveys- ja liikuntapalveluita enemmän liikunnallisesti passiivisiin ja riittämättömästi liikkuviin kuntalaisiin. Tämä tulee huomioida myös

kunnan terveystoimintastrategiaa laadittaessa. (Kuusela 2008, 21, 26; Valtion periaatepäätös 2008, 7.)

Kunnan sisäisen liikuntapalvelujärjestelmän ja moniammatillisen yhteistyön tuloksena syntyy myös henkilökohtainen liikuntaneuvontapalvelu. Henkilökohtainen neuvonta on terveystoiminnan edistämisen yksilöllisin toteuttamisen tapa. Henkilökohtainen liikunnan edistäminen voi muodostua omatoimisen liikunnan tukemisesta tai liikuntaneuvonnan avulla ulkopuolisen henkilön tuella (Vuori 2003, 135). Liikuntaneuvonta toteuttaa terveyden edistämistä kasvatuksellisin ja viestinnällisin keinoin. Neuvonta on myös perinteinen terveydenhuollon työntekijöiden työskentelymuoto. Liikuntaneuvonta on osa terveysneuvontaa, jossa kiinnostuksen kohteena on terveys ja liikunta. Liikuntaneuvonnan erityispiirteinä on sovittaa terveyden tukitaitoa ja fyysisen aktiivisuuden terveystietoutta asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja sen hetkiseen elämäntilanteeseen. Neuvonnan sisällön tulee olla mahdollisimman konkreettista ja ymmärrettävää muodossa. (Nupponen & Suni 2005, 216; Poskiparta ym. 2004, 1491.)

3.1 Liikuntaneuvonta terveydenhuollon palveluketjussa

Liikuntaneuvonta muodostuu usean terveydenhuollon ammattilaisen yhteistyöstä. Yksittäinen työntekijä ei huolehdi läheskään aina asiakkaan liikuntaneuvonnasta yksin alusta loppuun asti. Usealla toimipaikalla tai kunnalla ei kuitenkaan ole sovittuna liikuntaneuvonnan yhteisiä linjoja tai käytäntöjä. Yhtenäisten käytäntöjen puute vähentää liikuntaneuvonnan vaikuttavuutta, sillä se vaikeuttaa työntekijän syventymistä neuvontaan, hämmentää asiakasta entisestään ja aiheuttaa palveluprosessin ja – ketjun todennäköisen katkeamisen. Ståhl ym. (2004, 3729.) selvitti lääkäreiden antaman liikuntaneuvonnan yleisyyttä ja tarvetta. Tuloksena oli, että 64 % lääkäreistä kysyi asiakkailtaan liikuntatottumuksista ja noin puolet asiakkaita koki

saaneensa riittävästi informaatiota liikunnan merkityksestä terveyden edistämiseksi. Asiakkaat eivät kuitenkaan saaneet juurikaan esitteitä tai liikuntaohjeita. 75 % Asiakkaista oli sitä mieltä, että lääkäri tulisi olla mahdollisuus kirjoittaa Liikkumisresepti. Aittasalon (2002, 2008) tutkimustulokset ovat yhtenevät liikuntaneuvonnan toteutumisesta sekä annettavan informaation saatavuuden tarpeesta. (Nupponen & Suni 2005, 226.)

Liikuntaneuvonta on toteutuessaan moniammatillista yhteistyötä kunnan tuottamien sosiaali-, terveys- ja liikuntapalveluiden välillä. Työnjako kunnan sisäisen organisaation ja palveluita tuottavien tahojen kesken tulee olla verkostoitunutta, selkeää ja suunnitelmallista. Terveystuotepalveluiden toimenkuvaan ei kuulu järjestää varsinaisia liikuntapalveluja. Terveystuotteen asiakkaille, joille liikunta on todettu olevan terveyden ennaltaehkäisy ja sairauden hoidon kannalta suositeltavaa, tulee kuitenkin tarjota ja avata reittejä kunnallisesti järjestettyihin eri liikuntamuotoihin ja – palveluihin. Toimivan palveluketjun tulee turvata asiakkaan pääsy asetettujen liikunnallisten tavoitteiden mukaisiin liikuntapalveluiden piiriin. Liikuntaneuvonnan toteutumisessa tulisikin hyödyntää työterveyshuollon ja terveyskeskuksen työkykyä ylläpitävän (TYKY) toiminnan kokemuksia, joissa on totuttu toimimaan yhteistyössä liikuntatoimen, eri kansalais- ja työväenopistojen ja kaupallisten liikuntapaikkojen kanssa. (Nupponen & Suni 2005, 227; Ruotsalainen 2000, 15.)

Saumattoman palveluketjun keskeisenä käsitteenä on *asiakaslähtöisyys*. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että asiakas on palveluiden keskipisteessä ja liikuntaneuvontapalvelua järjestetään asiakkaan tarpeet ja lähtökohdat huomioiden. Lisäksi tulee huomioida asiakkaan itsemääräämisoikeuden tukeminen ja kunnioittaminen. Palvelun toimivuuden kannalta on oleellista sen joustavuus ja saumattomuus organisaation eri toimipaikoissa, jossa palvelua kulloinkin toteutetaan. Saumattoman toiminnan

edellytyksenä on usein organisaation sisäinen viestinnän toimivuus, jolloin palvelun toteutumisen kannalta olevat tiedot ovat työntekijän käytettävissä palvelua suunnitellessa, toteutettaessa ja arvioitaessa. (Kiikkala 2000, 112, 116; Ruotsalainen 2000, 16,18-19).

Palveluketjun toimivuuden kannalta organisaatioviestinnän tulee olla selkeää ja suunnitelmallista. Viestinnän tasot tulee ilmetä esimerkiksi organisaatioviestinnän strategiasta. Viestinnän strategia määrittelee, miten viestintä toteutetaan organisaatiossa eri osapuolten kesken. Viestinnän strategian laatimiselle on tunnusomaista, että suunnittelu ja toimeenpano liittyvät sujuvasti yhteen. Strategiaa kuvataan eräänlaiseksi jatkuvaksi prosessiksi, jossa strategian luominen, tarkennus/rajaus, toteutus ja arviointi ovat jatkuvasti käynnissä, johon osallistujien on mahdollisuus aktiivisesti osallistua. Viestinnän strategialla tarkoitetaan sitä viestinnän tapaa ja suuntaa, jolla tieto siirtyy organisaatiossa, sen sisällä ja ulkopuolella. Strategia tarkoittaa myös viestinnän kohteet, menetelmät ja siihen osallistuvat tahot ja yhteisöt. Strategia ei siis ole yksittäinen menetelmä, vaan kyse on yksittäisen menetelmän perustellusta valinnasta, jolla strategiaa toteutetaan. Strategian toteutuminen vaatii paljon vuorovaikutusta ja viestintää. (Juholin 2009, 112-113; Juholin 2006, 64-65.)

Toimivan viestinnän strategian taustalla on viestintäosaaminen, joka koostuu kyvystä kommunikoida ja vuorovaikuttaa. Juholin (2009, 30-31) jaottelee onnistuneeseen viestintäosaamiseen vaikuttavat tekijät neljään osa-alueeseen. Ensimmäisenä tarvitaan kykyä ilmaista ajatuksia puhuen ja kirjoittaen sekä valmiuksia käydä keskustelua / dialogia eri muodoissa. Toisena osa-alueena ovat ihmisten väliset suhteet ja käytössä olevat verkostot muihin asiantuntijoihin, kollegoihin, yhteisöihin ja organisaatioihin. Kolmanteen osa-alueeseen kuuluvat eri viestintämenetelmien hyödyntämisen taitoa, kuten kykyä käyttää sähköisiä viestimiä (sähköposti, Internet, digitaalitekniikkaa eri

muodoissa). Tulisi kuitenkin muistaa, että välineet ja tekniikka ovat vain menetelmien hyödyntämistä, jotta strategian mukainen viestintä toteutuisi tavoitteen mukaisesti. Neljäntenä osa-alueena on viestinnän strategia, joka määrittelee, miten organisaatio käyttää ja hyödyntää yhtenäisesti viestinnän osaamista ja muiden osa-alueiden ominaisuuksia eri tilanteissa ja eri osapuolien kesken. Liikuntaneuvonnan palveluketjun toteutuminen on viestintää ja sen hallitsemista.

3.2 Liikuntaneuvonta osana kuntoutuksen palveluketjua

Kuntoutuksella tarkoitetaan yleensä toimia ja menetelmiä, joilla tuetaan asiakkaan tilapäistä tai pysyvää toimintakyvyn heikkenemistä sekä toimia, joilla tuetaan asiakkaan selviytymistä fyysisessä ympäristössään. Kuntoutuksen ydinkäsitteenä pidetään prosessinomaista ja pitkäjänteistä tapaa vaikuttaa koordinoitusti asiakkaan kokonaisuuteen ja toimintakykyyn. Toimintakykyä voidaan määritellä kuitenkin usealla tavalla. Se voi tarkoittaa asiakkaan kykyä huolehtia omista fyysis-psykkis-sosiaalisista tarpeistaan itseään tyydyttävällä tavalla ja tyydytettävissä olevin määrin sekä tiedostaa omien resurssiensa olemassaolon ja rajallisuuden. Laajempi määritelmä huomioi myös elämänhallinnan, jolloin toimintakykyinen ihminen tuntee hallitsevansa riittävässä määrin omaa elämäänsä, vaikka elämää itseään ja sen käännteitä ei ihminen voikaan kontrolloida. (Antti-Poika 2003, 181; Kettunen ym. 2002, 21-22; Järvikoski ym. 2000, 87.)

Kuntoutuspalveluiden tavoitteen mukaisessa toteuttamisessa on haasteena kaksi näkökulmaa. Toinen keskittyy kuntoutustapahtumien sujuvuuteen ja onnistumiseen ja toinen tarkastelee hallinnollista palvelujärjestelmää ja sen mahdollisuutta ja toimivuutta tukea yksilöllisten tavoitteiden saavuttamista. Palvelujärjestelmässä havaittuihin kitkakohtiin on alettu kiinnittää huomiota yhä enemmän. Kitkakohtia on arvioitu olevan eniten kuntoutusprosessin

käynnistämässä, toisaalta lopettamisessa ja jatkosuunnitelmien toteutuksessa. (Järvikoski 2005, 71-72.)

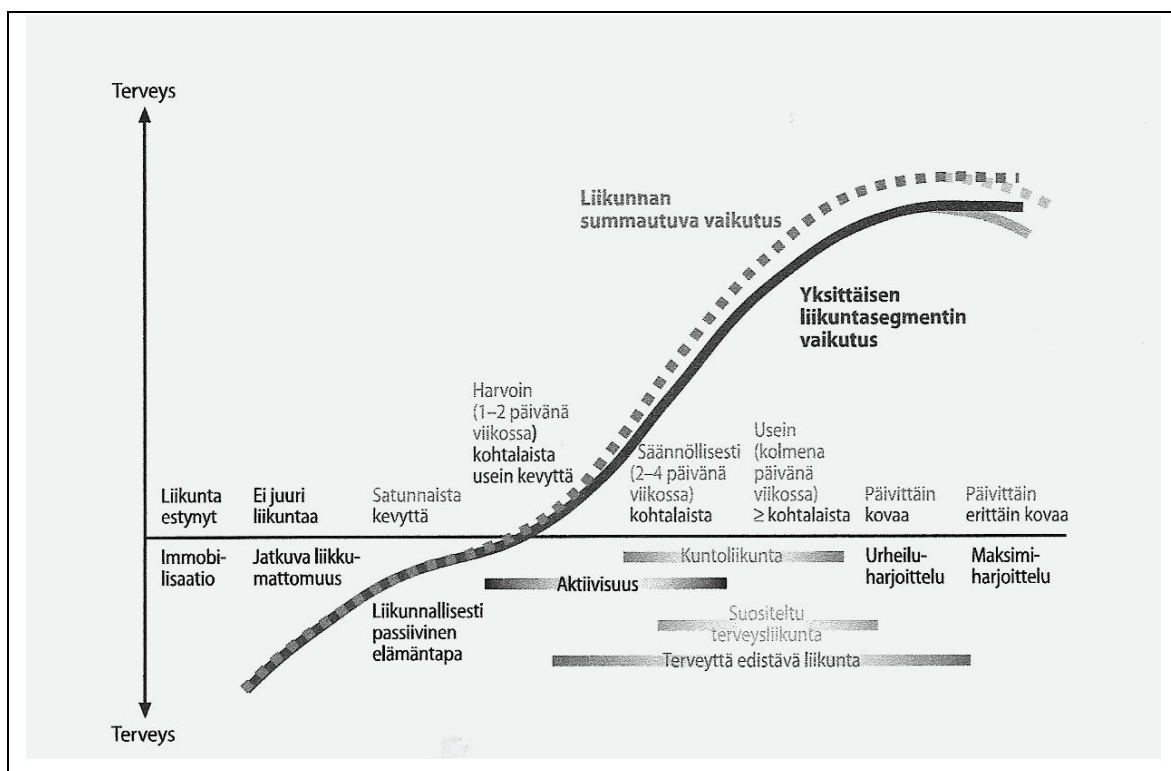
Kuntoutuksen palveluketjuun sisältyy prosesseja, polkuja ja ketjuja. On kuitenkin osoittautunut haasteelliseksi saada toimiva ja yhtenäinen toimenpiteiden tai interventioiden koordinoitu kokonaisuus. Kuntoutuksessa on usein kyse yksittäisistä toimenpiteistä, jolloin niiden yhteys ja merkitys toisiinsa eivät aukene asiakkaalle itselleen tai kuntoutusorganisaatiolle. Syiksi Järvikoski ym. (2000, 88) toteaa asiakkaan ympärillä toimivien kuntoutusjärjestelmien monitahoisuuden, jolloin eri toimijoilla on kuntoutuksen suhteen omat tavoitteensa, vastuunsa ja odotuksensa. Toimijoita ovat sosiaali- ja terveystoimen, kuntoutuslaitosten ja -keskusten lisäksi kansaneläkelaitos, työhallinto, opetustoimi, vakuutusyhtiöt ja – laitokset. Palveluiden yhtäaikaisuus ja päällekkäisyys vähentää vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arviointia, toisaalta kuntoutuksen etenemiseen ja järjestämiseen voi tulla katkoja eri organisaatioiden kiistellessä kuntoutuksen menetelmistä, tavoitteista ja mahdollisuuksista. (Suikkanen & Lindh 2008, 71.)

Liikuntaneuvontaa voisi kuvailla kuntoutuksessa hyödynnettävissä olevaksi menetelmäksi. Liikuntaneuvonnalla on tavoitteena saada asiakas kiinnostumaan aktiivisesta itsensä hoitamisesta ja kiinnostumaan terveyden edistämisestä osana omaa kuntoutusprosessia. Kuntoutuksen palveluketju ja liikuntaneuvonta alkaa usein terveydenhuollon asiantuntijan havainnosta suhteessa asiakkaan liikuntakäyttämiseen. Kuntoutuksen palveluketjun alkupäässä lääkäri tekee lähetteen kuntoutukseen. Lähetete voi olla fysioterapiapyyntö tai alun perin lääkärin käyttöön laadittu Liikkumisresepti. Kuntoutuksessa esimerkiksi fysioterapeutti toteuttaa kuntoutuksen menetelmiä yhdessä asiakkaan kanssa. Liikuntaneuvonnalla tuetaan itsenäistä fyysistä harjoittelua ja liikunnan lisäämistä kuntoutusinterventioiden jatkeena. Liikuntaneuvontaa antavan tulee siis tuntea sekä kuntoutuksen menetelmät

että terveyden edistämisen mahdollisuudet, kuten liikuntatoimen järjestämät palvelut. Tällöin asiakkaan on mahdollista jatkaa tavoitteen mukaisesti liikunnan parissa myös kuntoutus interventioiden päätyttyä. Fysioterapeutti voi edelleen käyttää Liikkumisreseptiä, kirjata liikunnan tavoitteet ja rajoitteet ja lähettää se esitietoineen liikuntatoimeen liikunnanohjaajalle. Liikkumisresepti toimii kirjallisena dokumenttina lähettäjän ja vastaanottajan välillä. Liikkumisreseptin hyödyntämistä ja käyttöä viestin välityksessä voi verrata kuntoutuksen palveluohjaukseen, jossa alun perin asiakasta ohjataan käyttämään tarvitsemiaan palveluita ja pyritään koordinoimaan eri palvelut tavoitteelliseksi kokonaisuudeksi. Palveluohjaus mahdollistaa toimiessaan myös kuntoutuksen seurannan ja arvioinnin. (Järvikoski 2000, 89-90.)

Kunnallisen terveydenhuollon kuntoutus keskittyy pääasiallisesti lääkinälliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen, jolloin toiminta liittyy sairaanhoito-ohjelmaan tai työterveyshuollon ja työhallinnon toimiin. Asiakkaan kuntoutustarpeen taustalla on usein työ-, liikunta-, tai toimintakyvyn heikkeneminen. Tällöin kuntoutuksen menetelmät kohdistuvat pääsääntöisesti liikunta- ja toimintakyvyn rajoituksiin. Lääkinällisen kuntoutuksen menetelminä on fysikaalinen hoito, apuvälinepalvelut sekä jatkohoitoon liittyvä ohjaus- ja sopeutumisvalmennus. Toisaalta lääkinällisen kuntoutuksenkin asiakkailla taustalla voi esiintyä laajoja ja monitahoisia mielenterveysongelmia, syrjäytymistä, pitkäaikaistyöttömyyttä, päihderiippuvuutta tai muita työ- ja toimintakykyä uhkaavia tekijöitä. Liikunnan ja terveyden välistä suhdetta tulee arvioida kuntoutustoimia toteutettaessa ja liikunnan intensiteettiä tulee havainnollistaa (Kuvio 3.), jotta asiakkaan on mahdollista tiedostaa oma käsityksensä omasta tilanteestaan suhteessa kuntoutustavoitteisiin ja liikunnan terveyttä edistävään vaikutukseen. Kuntoutustoimet keskittyvät kuntoutusprosessissa täydellisestä immobilisaatiovaiheesta kohti itsenäistä aktiiviliikuntaa. Liikunta-aktiivisuuden eri tasot ovat osittain päällekkäisiä ja rajat ovat häilyviä. (Antti-Poika 2003, 181, 187; Vuori 2007, 2983-2984.)

Liikuntaneuvonnan toteutuminen on moniammatillista ja yhteistyöverkostojen käytön tulee olla monipuolista ja aktiivista. Liikuntaneuvonta keskittyy asiakkaan terveyden, hyvinvoinnin, toimintakyvyn sekä terveystiikunnan huomioimiseen ja kehittämiseen. Liikuntaneuvonnalla tulee olla erityisesti merkitystä avoterveydenhuollon asiakaskohtaamisessa ja neuvonnan antamisessa. Terveystenhuollon ammattilaiset, kuten lääkärit, terveydenhoitajat ja fysioterapeutit ja liikunnanohjaajat toteuttavat liikuntaneuvontaa, jolloin ohjataan aloittelevia liikkujia, kuntoutujia tai muihin kuntoutustoimiin osallistuvia asiakkaita liikunnan eri vaihtoehtoihin sekä terveyden kannalta riittävään liikuntaan. Aloittavalle liikkujalle on oleellista omaksua säännöllinen liikuntatottumus sekä omaehtoisen ja aktiivisen liikuntakäyttötymisen mahdollistaminen ja jatkuminen. Liikuntaneuvonnan avulla on mahdollista löytää ja kokea uusia tai unohtuneita liikuntamuotoja yhdessä liikunnan asiantuntijan opastuksella. (Nupponen & Suni 2005, 217.)



Kuvio 3. Liikunnan ja terveyden välinen suhde liikunnan intensiteetin ja terveydentilanteen mukaan (Vuori 2007, 2984).

3.3 Liikuntaneuvonnan toteutuminen

Liikuntaneuvonnan tulee olla monipuolista asiakkaan ja neuvojan välistä vuoropuhelua ja neuvottelua. Neuvojen tulee olla rohkaisevia ja tukea antavia. Luennointi, ohjeiden ja neuvojen jakaminen sekä tiedon tarjoaminen ei ole liikuntaneuvontaa, vaikka ne ovatkin oleellisia tiedon jakamisen menetelmiä. Liikuntaneuvonta koostuu tasapuolisesta vuorovaikutuksesta, asiakkaan kuulemisesta sekä asiakkaan aktiivisesta osallistumisesta. Oleellista on keskittyä asiakkaan kanssa ongelmanratkaisuun, jolla pyritään kehittämään ja selvittämään asiakkaan omia näkemyksiä ja taitoja, joiden avulla tuetaan terveyttä, hyvinvointia sekä toimintakykyä. Terveysneuvonta- ja potilasohjaustutkimukset ovat osoittaneet, ettei ohjeiden ja neuvojen tarjoaminen sellaisenaan ole riittävää, jolloin vaikutus jää lyhytaikaiseksi ja vähäiseksi. (Aittasalo 2008, Nupponen & Suni 2005, 217; Vuori 2003, 142-143.)

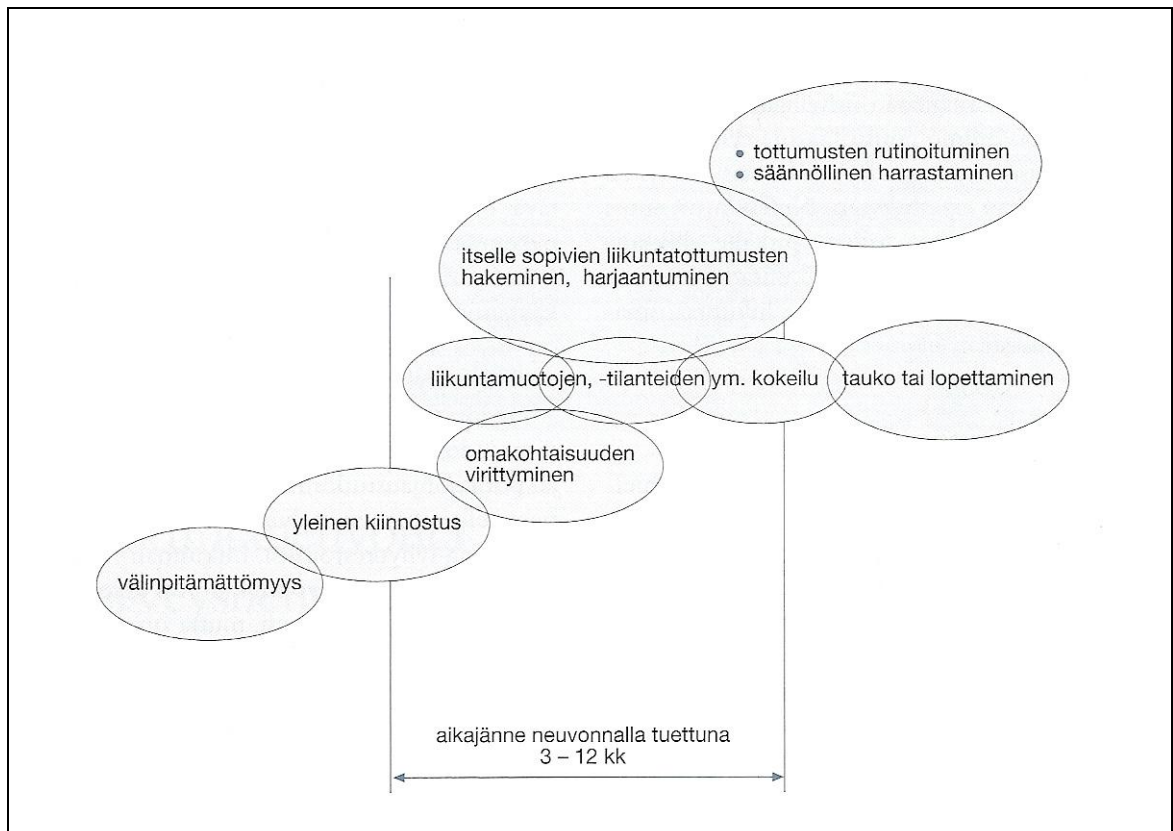
Liikuntaneuvonnan tarpeen havaitseminen voi alkaa terveystarkastuksesta, vastaanotosta tai kontrollikäynnistä, jolloin on herännyt ajatus fyysisen toimintakyvyn arvioimisen tai neuvonnan tarpeen määrittämisestä. Kuntoutuksessa fysioterapeutti voi liikuntaneuvonnalla varmistaa omatoimisen kuntoutumisen jatkumisen. Toisaalta terveydenhoitaja voi tarttua aiheeseen tiedusteltaessa terveystarkastuksen yhteydessä liikunnan määrästä tai yleisestä jaksamisesta. Liikuntaneuvonnan yhteydessä on oleellista, että asiakas itse tuo esille omia näkemyksiään ja tavoitteitaan. Liikuntaneuvonnan keskustelun tavoitteena on, että asiakkaan omat ajatukset muotoutuvat konkreettiseen kysymykseen tai ongelmaan, joka on mahdollista pyrkiä neuvonnan aikana ratkaisemaan tai käsittelemään. Saavutettuun ratkaisuun sisältyy ajatus siitä, että asiakas on valmis sitoutumaan ja kokeilemaan neuvonnan aikana esiin nousseita käytännön toimia ja ehdotuksia. Muutoksen sovittaminen arkeen tukee sitoutumista muutokseen edelleen. (Törne ym. 2008, 45; Nupponen & Suni 2005, 217.)

Liikuntaneuvojan tehtävänä on perehtyä asiakkaan tavoitteisiin, tilanteeseen, näkemyksiin ja tarpeisiin. Asiantuntemuksen pohjalta tavoitteet muovautuvat käytännön toimiksi, joissa huomioidaan asiakkaan kyvyt, resurssit ja eteneminen suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Ensisijaisia tavoitteita ovat asiakkaan käytöksen ja ajattelun muutokset. Haasteen asettavatkin terveysvaikutteiden arviointi ja tuloksellisuuden mittaaminen. Käyttäytymisen muutokseen vaaditaan myönteistä asennetta ja muutos on koettava itselleen merkitykselliseksi. Merkityksellinen tekijä voi olla terveysongelma tai muu henkilökohtainen tekijä, josta muutostarve syntyy. Transteoreettisessa muutosvaihemallissa muutos jaetaan viiteen vaiheeseen: esiharkinta, harkinta, valmistautuminen, toiminta ja ylläpito. Liikuntaneuvojan tulee pystyä tunnistamaan missä muutosvaiheessa asiakas kulloinkin on, jotta liikuntaneuvonnasta tulisi mahdollisimman henkilökohtaista ja realistista. (Törne ym. 2008, 45; Vuori 2003, 143.)

Terveysvaikutukset ovat välillisiä ja niiden havaitseminen on mahdollista vasta kun käyttäytyminen on muuttunut riittävästi ja aikaa on kulunut tarpeeksi kauan. Liikuntaneuvonnan haasteena onkin selvittää asiakkaan halu muutoksia kohtaan ja mitkä ovat asiakkaan pyrkimykset ja ajatukset. Muutoksien tapahtuminen vie aikaa jopa vuosia, jolloin toiminto muuttuu vakiintumiseksi. Liikuntatottumuksien omaksuminen etenee vaiheittain ja seuraavaan vaiheeseen pääsemisen edellytyksenä on edellisen vaiheen selvittäminen (Kuvio 4.). Muutokseen ja toivottuun tavoitteeseen ja ratkaisuun pääsemiseksi kuluu aikaa, joka vaatii mahdollisesti useita liikuntaneuvontainterventiota. (Vuori 2003, 143).

Muutosprosessin etenemisessä on oleellista asiakkaan mielenkiinnon löytyminen, jolloin omien asenteiden ja tottumuksien harkitseminen on mahdollista. Mikäli mielenkiintoa liikuntatottumusten muutosta kohtaan ei ole, voi neuvonta ja ehdotusten tulva aiheuttaa vastarintaa. Asiakkaalle tulee tarjota

mahdollisuus käsitellä ja määrittää keskustelun aikana itse omaa suhdettaan liikuntaan. Haluttomalle asiakkaalle tuleekin esitellä konkreettisia liikunnan hyötyjä ja tarjolla olevia vaihtoehtoja, jolloin lopullisen päätöksen muutoksen etenemisestä jää asiakkaan omaan harkintaan. Liikuntaneuvonnasta on hyötyä vain silloin, kun liikunta sopii asiakkaan elämäntilanteeseen. Haastattelulla selvitetään aikaisempia liikuntakokemuksia ja tuntemuksia, joiden avulla saavutetaan sitoutumista ja luottamusta. Haastattelulla arvioidaan myös asiakkaan terveyden lukutaitoa, jolla merkitystä arvioitaessa asiakkaan tietoja. käsityksiä ja resursseja vaikuttaa omaan terveyteensä. (Leinonen & Havas 2008, 147; Nupponen & Suni 2005, 218–219.)



Kuvio 4. Liikuntatottumusten omaksumisen eteneminen vaiheittain (Nupponen & Suni 2005, 218.)

Sosiaalis-kognitiiviseen teoriaan pohjautuva keskustelu korostaa asiakkaan omien itsesääätelykeinojen löytämistä, kuten esteiden poistamista, liikunnan etujen pohtimista ja omien tavoitteiden asettamista. Liikuntaneuvonnan tavoitteena on saada asiakas motivoitumaan fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen ja uskomaan omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa toteuttaessaan terveyden edistämisen mukaista ja edellyttämää aktiivista ja fyysistä liikunta- ja elämäntapaa. (Leinonen & Havas 2008, 147.)

Liikuntaneuvoja voi ohjaustilanteessa ja liikuntatottumusten määrittelyssä sekä omaksumisprosessin aikana hyödyntää Kuuden K:n menetelmää eli Kysy - Kirjaa – Keskustele – Kehota – Kontrolloi – Kannusta – menetelmää. Lähtökohtana Vuoren (2003, 145) esittämässä menetelmässä on, että määrätietoinen liikuntaan kannustaminen voi edistää käyttäytymisen muutosta. Myönteinen vaikutus korostuu erityisesti asiakkailta, joilla elintavoista ja liikunnan vähäisyydestä johtuvia terveysriskejä ja – ongelmia. Kuuden K:n menetelmää voidaan soveltaa henkilökohtaiseen neuvontaan tai suuremmalle väestölle suunnatuissa terveyden edistämisen tapahtumissa ja hankkeissa.

Vuoren (2003, 145.) mallin mukaisesti ja yhteneväisesti myös Aittasalo (2010) mainitsee haastattelun perusteella tehdyn ja jäsennetyn liikuntaneuvonnan olevan tavoitteellinen prosessi, jossa edetään tapaamisesta toiseen järjestelmällisesti. Tällöin voidaan edetä ns. Viiden (5) A - mallin mukaisesti, jossa vaiheet ovat Arvio – Anna tietoa – Aseta – Auta – Aikatauluta.

3.4 Liikuntaneuvonnasta kokeiluun

Mikäli asiakas havaitsee muutoksen tarpeellisuuden ja on halukas kohtaamaan muutokset, liikuntaneuvonnan toteutuminen etenee kohti käytäntöä ja konkretiaa. Asiakkaan kanssa sovitaan määräaikainen ja suunnitelmallinen

kokeilu. Kokeilu on aktiivinen työvaihe. Kokeilu on sitä konkreettisempaa mitä vähäisempää on asiakkaan liikunnallinen kokemus. Oman haasteen tuovat asiakkaan mahdollisen sairauden, vamman tai rajoitteen tuomat haasteet suhteessa liikuntaan. Kokeilun jälkeen siirrytään harjaantumisen vaiheeseen, jonka aikana voi yleisesti esiintyä luopumista tai paluuta kokeilijavaiheeseen tai jopa takaisin vähän liikkuvaksi. Säännöllisen liikunnan jatkamisessa ja keskeytymisessä on olemassa eräänlainen sääntö, jonka mukaan jokainen aktiivisesti aloitettu liikunnan jakso lisää todennäköisyyttä, että seuraavalla kerralla liikkumisen kausi jatkuu muutaman kuukauden kauemmin. Tällöin repsahtamisen todennäköisyys tuleekin ottaa huomioon liikuntaneuvonnan yhteydessä, jolloin keskeyttämistä voidaan käsitellä ja ennaltaehkäistä. Hyötyliikunnan tottumukset pysyvät tiukemmin kuin harrastusten tai kuntoilun. Arjen hyötyliikunta muuttuu tottumukseksi ja niiden vaaliminen onnistuu helpommin, kunhan fyysinen ympäristö ja päivittäiset toimet pysyvät ennallaan. (Nupponen & Suni 2005, 219.)

3.5 Kokeilusta säännölliseen liikuntaan

Kokeiluvaiheessa kokeillaan ja valitaan sopivia liikuntamuotoja ja – tapoja. Onkin oleellista, että asiakas kokee edistyvänsä suhteessa omiin tavoitteisiinsa ja pyrkimyksiinsä ja saa myönteistä palautetta ja tulosta lyhyessä ajassa. Liikunnan avulla voidaan vastata muihinkin tavoitteisiin, kuten irrottautumisesta työkiireestä tai varata aikaa itselleen ja rentoutumiseen. Aikaisemmin liikkumattoman on vaikea arvioida liikunnan tuomia vaikutuksia itsessään. Tulosten tulee siis ilmetä varsin nopeasti, jotta kokeilusta edetään kohti säännöllistä liikuntamuutosta. Lähitavoitteiden tulee olla mielekkäitä, realistisia sekä tarpeeksi helppoja. Toimintakyvyn heikentyminen vaatii liikunnan suhteen lisävoimavaroja ja tulokset voivat jäädä saavuttamatta, sillä omat resurssit ovat entuudestaan jo vähentyneet.

4 Kehittämistyön tarkoitus

Kehittämistyön tarkoituksena on kehittää Salon kaupungin liikuntaneuvontaa. Työn tavoitteena on selvittää käytössä olevaa liikuntaneuvonnan toimintamallia sekä selvittää Liikkumisreseptin soveltuvuutta liikuntaneuvonnan viestinnässä osana sähköistä potilastietojärjestelmää. Toimintamallin kehittämiseen osallistuvat liikuntaneuvontaa toteuttavat tahot eli Salon terveyskeskuksen avohoidon ylilääkäri, terveyden edistämisen yhdyshenkilö ja liikuntatoimen liikunnanohjaajat.

Kehittämistyön tavoitteet ja kehittämisen kohteet:

- Selvittää käytössä olevan liikuntaneuvonnan toteutuminen.
- Laatia ja kehittää Salon kaupungin liikuntaneuvonnan toimintamallia.
- Selvittää Liikkumisreseptin soveltuvuutta liikuntaneuvonnan sisäisen viestinnän toteutumisessa.

5 Salon kaupungin liikuntaneuvonnan kehittäminen

5.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Kehittämistyö toteutui toimintatutkimusmenetelmällä, sillä siinä kehitetään olemassa olevaa toimintaa ja tavoitteina ovat muutokset työelämässä ja käytännössä. Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Tutkimuksen kohteena ovat ihmisen toiminta sekä kehitetään käytäntöjä entistä paremmiksi. Toimintatutkimuksessa päähuomio kiinnitetään prosessin kehittämiseen. Toimintatutkimuksessa yhdistyvät toiminnan muuttamisen ja kehittämisen tavoitteet. Tällöin tutkija, työntekijät ja osalliset tekevät yhteistyötä

sekä osallistuvat aktiivisesti prosessin kulkuun. (Anttila 2007, 135; Heikkinen 2006, 16.)

Toimintatutkimus on prosessi, jonka tavoitteena on toiminnan muutos ja kehittäminen entistä paremmaksi. Kiinnostuksen kohteena on se, miten asiat ovat ja toimivat, muuta oleellisesti myös se, miten asioiden tulisi olla. Tutkimusmenetelmä on strateginen ajatusmalli ja se etenee syklisesti. Se voidaan lukea laadulliseen tutkimukseen, mutta se on myös ajatusmalli ja lähestymistapa, jolla kehittämishanketta voidaan tarkastella. Toimintatutkimus poikkeaa tavanomaisesta tutkimusprosessista, sillä sen lähtökohtana voi olla arjen toiminnassa havaittu ongelma, jota työntekijät spontaanisesti alkavat kehittää. Uusien ja toistuvien interventioiden ja syklien avulla toimintaa on mahdollista suunnitella, havainnoida ja reflektoida sekä edelleen kehittää kiinnostuksen kohteena olleita toimintoja ja asioita. (Anttila 2007, 135–137; Heikkinen 2006, 78–79.)

Liikuntaneuvonnan kehittämistyön tutkimusmenetelmäksi on valittu toimintatutkimus, jolloin on mahdollista kehittää ja arvioida olemassa olevaa toimintaa. Perusteena tutkimusmenetelmän valinnalle on, että toimintatutkimuksella on mahdollista kehittää olemassa olevaa työtapaa ja useiden (2-3) syklien arviointien/interventioiden avulla kehittää toimintaa, jossa itse tutkija on aktiivisesti osallisena. Toimintatutkimuksen lähtökohtana ovat käytännön ongelmat, joihin tutkija ja osallistujat pyrkivät vastaamaan suunnittelemalla uusia menetelmiä tai kehittämällä käytettävissä olevia menetelmiä.

5.2 Kehittämistyön luotettavuus

Toimintatutkimuksessa tiedon ja tulosten luotettavuuden arviointi ei onnistu normaalilla reliabiliteetin ja validiteetin käsitteillä, sillä selkeä tutkimuksellinen lähtökohta on toisenlainen tai jopa se voi puuttua kokonaan. Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää luotettavuus - sanan paikalla sanoja ”soveltuva” tai ”käyttökelpoinen”, joka siis on kyseessä olevan tutkimuksen tulkintaa.

Kehittämistyön tutkimusmenetelmän luotettavuutta ja sopivuutta kohteena olevan aiheen tarkasteluun on verrattu vastaavalla tutkimusmetodiikalla tehtyjen tutkimusraporttien tuloksiin. Toimintatutkimuksen toteutumista on tarkasteltu kolmen tutkimuksen avulla, jotka sisällöllisesti muistuttavat kehittämistyön aihetta. Yhteistä on myös aiheiden moniammatillisuuden ja ammatillisen yhteistyön kehittämisen tavoitteet. Tutkimusraporteista löytyy kehittämistyön toteutumisen ja käytännön soveltuvuuden osalta tietoa luotettavuudesta, haastattelujen analyysistä, kirjaamisesta ja raportoinnista. Tutkimusten pohdintaosuuksista löytyy valitun tutkimusmenetelmän eli toimintatutkimuksen arviointia, toteuttamiskelpoisuutta sekä mielipiteitä ja näkökulmia menetelmää kohtaan.

Salmela (2005) teki pro gradu -tutkielmansa liikuntapoliklinikkakokeilusta, joka toteutettiin Keski-Suomen keskussairaalassa. Tarkoituksena oli toimintatutkimuksen avulla kehittää poliklinikan kirjallista potilasmateriaalia. Toimintatutkimusta käytettiin materiaalin suunnittelussa, toteutuksessa sekä toimivuuden seurannassa. Materiaalin käyttökelpoisuudesta kerättiin palautetta sekä vastaanottohenkilökunnalta että asiakkailta. Tutkimuksen tuloksena syntyi paikallisesti liikuntaneuvontaan hyödynnettävissä oleva kirjallinen materiaali. Materiaali sisälsi seurantakortin, liikkumisohjelmakkeen, liikuntapäiväkirjan, askelmittarin ohjeet.

Löfman (2006) tutki reumapotilaiden hoitotyötä ja potilaiden itsemääräämisen edistämistä toimintatutkimuksen menetelmien avulla. Lähestymistapa tarkentuu osallistuvaksi toimintatutkimukseksi. Liikuntaneuvonnan kehittämistyön kannalta tutkimusasetelmassa löytyy yhtäläisyyksiä moniammatillisen yhteistyön kehittämisestä, asiakas/potilaslähtöisen ajattelun periaatteista sekä olemassa olevan toiminnan kehittämisessä. Väitöskirjan raportoinnista tulee ilmi laadullisen (toiminta-) tutkimuksen lähtöasetelma, lähestymistavan ja metodologian valinnan perusteet sekä laadullisen tutkimuksen aineiston keruu ja analyysi sekä tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua. Löfmanin johtopäätöksenä tutkimusmenetelmää kohtaan oli se, että se soveltuu hyvin henkilökunnan itsensä kehittämiseen sekä asiakaslähtöisen toimintamallin kehittämiseen. Tämä tutkimus tarkasteli myös toimintatutkimuksen soveltuvuutta ja kykyä tuottaa uutta tietoa työn kehittämisestä sekä erilaisten teorioiden ja mallien soveltamisesta moniammatilliseen työhön ja käytäntöön. Toimintatutkimus tuotti uutta tietoa, mutta lisätutkimuksia jäädään kaipaamaan saavutettujen muutosten pysyvyydestä ja pitkän ajan hyödyistä.

Veijola (2004) tutki moniammatillisen perhetyön kehittämistä toimintatutkimuksen avulla. Toimintatutkimuksen tarkoituksena oli kehittää kuntoutustoimintaa perhetyössä sekä moniammatillista yhteistyötä vaikeavammaisten lasten kuntoutuksessa sekä analysoida esteitä ja mahdollisuuksia kuntoutuksen toteutumisessa. Tutkimukseen osallistui kuntoutuksen henkilöstön lisäksi vahvasti vaikeavammaisen lapsen perhe sekä päiväkodin henkilöstö, jossa oli mukana varhaiskasvatuksen asiantuntijoita ja fysio- ja puheterapeutteja. Löfmanin ja Veijolan tutkimuksissa interventioina ja aineiston keruu menetelminä käytettiin erilaisia teemahaastatteluita ja keskustelupiirejä. Pääasiassa interventioita, joista aineistoa kerättiin, oli tutkimuksen alussa ja lopussa. Interventioiden tavoitteet ja asetelmat oli tarkkaan etukäteen määritelty ja niitä pidettiin varsin tiukasti toisistaan erillisinä.

Myös Veijola (2004) toteaa pohdinnassaan että toimintatutkimuksella oli mahdollista kehittää moniammatillista lasten kuntoutusta. Vanhemmat kokivat näin pääsevänsä myös osallistumaan ja vaikuttamaan kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutumiseen. Alkuun vanhemmat kokivat olevansa passiivisia ohjeiden vastaanottajia, mutta työn sisällöllisen kehittämisen tuloksena heidät saatiin aktiivisesti osallistumaan kuntoutukseen.

5.3 Kehittämistyön toteutusmenetelmä

Toimintatutkimus ja kehittävä työntutkimus ovat kvalitatiivisia tutkimustyön menetelmiä. Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineiston keruu menetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi sekä dokumentaatioon perustuva tieto. Näiden käyttö voi olla vaihtoehtoisina, yhdistettyinä tai rinnakkaisina. Työnkehittämiseen ja prosessin tarkastelun tutkimusasetelma on varsin vapaa, joten havainnointi ja haastattelut toimivat luontevana aineistonkeruun menetelmänä. (Heikkinen 2006, 104; Tuomi & Sarajärvi 2002, 73–75.)

Heikkinen (2006, 104–105) toteaa, että tutkija työskentelee suhteellisen pitkiä aikoja kohteen parissa. Tällöin tutkimus mahdollistaa triangulaation eli asian tarkastelemisen monelta eri kannalta ja monella tavalla. Tutkimusmenetelmien valinnassa yhdistellään monia tutkimusmenetelmiä kuten haastattelua ja havainnointia, jotta materiaalin kerääminen olisi kattavaa. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa on riittävästi, kun uudet tapaukset eivät enää nosta esille uutta tietoa. Toimintatutkimus voi tuntua päättymättömältä eli uusien spiraalien (suunnittelu, toiminta, havainnointi, reflektointi ja uudelleen suunnittelu) syntyminen on jatkuvaa.

Kehittämistyön tarkoituksena on alkuun selvittää nykyisen liikuntaneuvonnan toteutuminen eli syksyllä 2007 aloitetun liikuntaneuvonnan toimintamalli. Kehittämistyön tavoitteena on toimintatutkimuksen menetelmien avulla laatia liikuntaneuvonnan toteutumisen toimintamalli tutkimusongelmien mukaisesti. Toiminnan kehittämisessä keskitytään liikuntaneuvonnan sisältöön sekä kehitetään liikuntaneuvontaan osallistuvien tahojen yhteistyötä ja parannetaan raportointia, seuranta ja palautekäytäntöä.

Tutkijan ollessa kiinnostunut työntekijöiden mielipiteistä ja kokemuksista liikuntaneuvontaa kohtaan, niin haastattelu ja kysely ovat sujuva ja toimiva tapa. Haastattelu toimii interventiona, jolla pyritään muutokseen tähtäävään väliintuloon. Haastattelun ja keskustelun avulla pyritään muuttamaan toimintaa eli tehdään toimintaa jotenkin eri tavalla kuin ennen. Myöhemmin katsotaan, miten uusi toiminta sujuu ja toimii. Haastattelu on joustava, mahdollistaa väärinkäsitysten oikaisemisen, mahdollistaa ilmaisumuotojen selventämisen sekä toimii keskustelun lähteenä ja pohjana. Haastattelun ohella voidaan myös havainnoida eli mitä sanotaan, mutta myös miten asiat sanotaan. Toisaalta havainnoinnin käyttö raportointi vaiheessa vaatii tarkkuutta ja huolellisuutta, sillä millä tavoin havainnointi on vaikuttanut tutkimustuloksiin ja miten niitä tulkittu ja käytetty. (Heikkinen 2006, 106,109, Heikkinen 1999, 44, Tuomi & Sarajärvi 2002, 75–76)

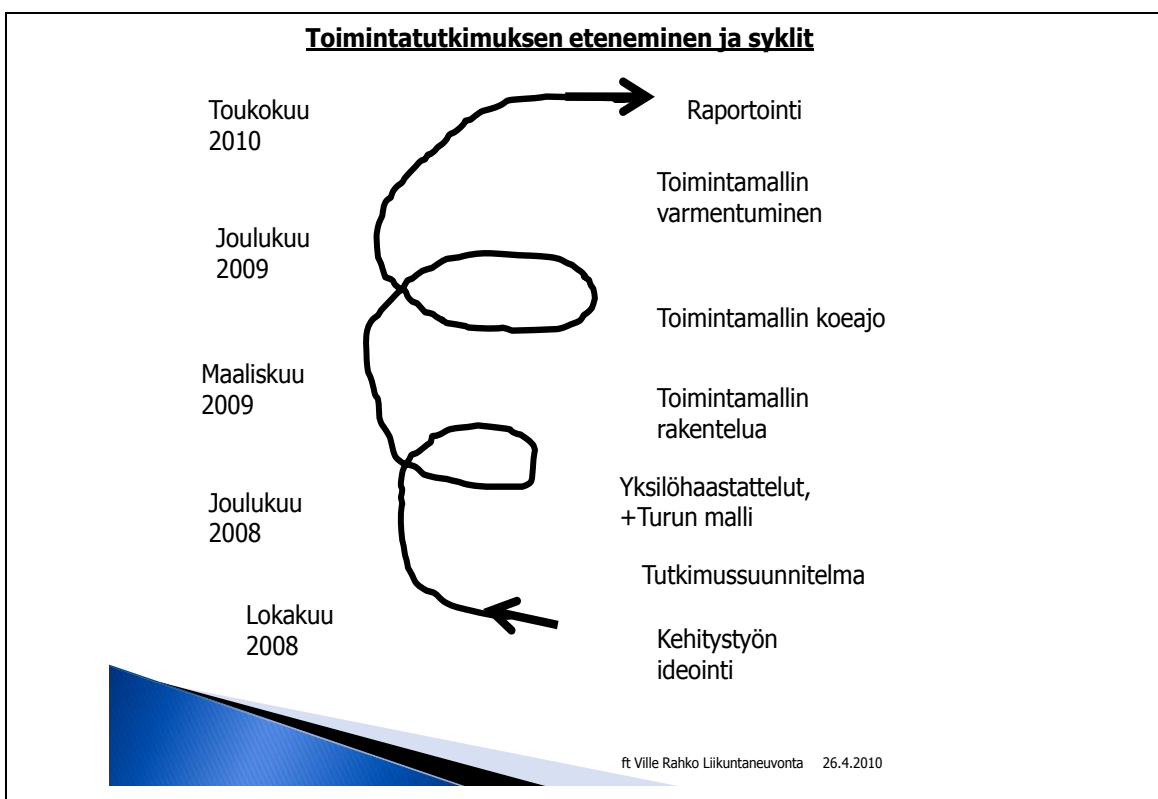
Liikuntaneuvontaan osallistuvien henkilöiden haastattelu toteutui teemahaastattelulla (Liite 4), jolla kartoitetaan liikuntaneuvonnan tuomia kokemuksia ja mielipiteitä sekä ajatuksia liikuntaneuvonnan toteutumisesta ja sisällöstä. Vuoden 2008 lopussa haastateltiin liikunnanohjaajia (3 henkilöä) sen hetkisen liikuntaneuvonnan herättämistä kokemuksista ja ajatuksia. Lisäksi joulukuussa 2008 tutustuttiin Turun kaupungin liikuntapalveluun ja haastateltiin liikuntapalveluvastaavan kokemuksia liikuntaneuvonta toiminnasta ja sen toteutumisesta. Haastattelut suoritettiin strukturoimatta ja kirjattiin.

Haastatteluiden pohjalta kehitettiin toimintamalli, jolla tiedonkulun, ajanvarauksen ja palautteen siirtyminen olisi mahdollista Salon terveyskeskuksen ja liikuntatoimen välillä. Viestinnän välineeksi otettiin käyttöön Liikkumisresepti, joka on valmiina Salon terveyskeskuksessa käytössä olevassa sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Yhteydenotto / asiakaskontakti tapahtuu suoraan liikuntatoimen toimesta liikkumisreseptin tietojen pohjalta. Kevään 2009 aikana kyseistä mallia aletaan ”koeajaa”. Asiakaskäynnit merkitään ja arkistoidaan, jotta myöhemmin liikuntaneuvonnan asiakas profiilia on mahdollista selvittää ja arvioida myös toteutuneita käyntejä sisällöllisesti sekä tuloksellisesti. Tämä mahdollistaa myös kohdentaa palvelun piiriin tulevien asiakkaiden anamneesia. Toimintamallin raportointi tapahtuu tammikuun 2010 käytössä olevien kokemusten perusteella.

Tutkimusjoukon muodostavat vuoden 2009 aikana liikuntaneuvontaan osallistuvia liikunnanohjaajia, terveyskeskuksen terveyden edistämisen yhdyshenkilö. Alkuhaastattelut liikuntaneuvonnan toimintamallin lähtötilanteen kartoittamiseksi suoritettiin yksilöllisesti (sykli 1.) syksyllä 2008. Ryhmähaastatteluilla (syklit 2 ja 3) keskustelun pääpaino on liikuntaneuvonnan sisällössä (Liite 4): millaisia asioita tulisi olla tiedossa ennen potilaskontaktia eli anamnestiset tiedot, miten potilaan ohjautuminen onnistuu terveydenhuollosta liikuntaneuvontaan, miten ja minkälaista palautetta tulee kirjata sekä miten palaute teknisesti kirjataan ja toimitetaan lähettävälle taholle. Ryhmähaastattelun ja keskustelun avulla kehitettiin toimintamallia edelleen sekä tehtiin käytännön kokemusten perusteella havaittuja ja tarvittavia muutoksia palvelussa ja sen toteuttamisessa.

Ajallisesti liikuntaneuvonnan ja toimintamallin kehittäminen jatkuu raportointivaiheen jälkeenkin. Kehittämistyön raportointi on rajattu toimintamallin tilanteeseen, joka oli tammikuussa 2010. Tutkimuksen uskottavuus ja mielekkyys tuloksineen ovat vietävissä oitis käytäntöön. Arviointi tapahtui

haastattelemalla liikuntaneuvontaan osallistuvia työntekijöitä sekä liikuntatoimessa että terveystoimessa. Työntekijöiden (avohoidon ylilääkäri, terveyden edistämisen yhdyshenkilö ja liikunnanohjaajien) osallistuminen tutkimukseen ja sisällön kehittämiseen alusta lähtien on mahdollistanut sen, että tutkimuksen tulokset ovat käytännön tarpeesta lähtöisin ja sitouttaminen tutkimukseen on ollut tehokasta ja mielekästä. Kehittämistyö toteutui spiraalina ja sykleinä, joissa suunnitelman pohjalta tehtyä toimintaa havainnoidaan, arvioidaan ja kehitetään uudelleen ja jatkuvasti. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Kehittämistyön eteneminen syksystä 2008 keväälle 2010.

Kehittämistyön tutkimusasetelmaa, laadullisuutta ja sisältöä voidaan arvioida 10 kysymyksen avulla (Liite 5.) Kysymysten aihesisällöt on numeroitu tekstiin 1-10:een.

Tutkimusaihe on lähtöisin olemassa olevasta ja toimivasta palvelusta. Aiheella on selkeä tavoite ja kohde (1). Aihe on myös käytännönläheinen ja sitä on jo käytännössä testattu ja siitä on saatu kokemuksia, joita on haastattelun avulla kartoitettu. Laadullisen tutkimuksen menetelmä on toimintatutkimuksen mukainen (2), sillä voidaan arvioida työtapoja ja kehittää menetelmiä käytännönläheisesti ja osallistuminen on aktiivista (tutkija ja tutkittava) (3).

Liikuntaneuvonnan kehittämisessä on mielekästä kysyä siihen osallistuvilta henkilöiltä kokemuksia ja näkökantoja työn tekemiseen ja sisältöön. Tutkimusjoukko muodostuu (rekrytointi, 4) liikunnanohjaajista, joita haastatteleamalla on kartoitettu nykyisen liikuntaneuvonnan tilannetta ja käytäntöä. Havaittiin, ettei yhtenäistä pyyntökäytäntöä ollut käytössä (lääkärin vastaanotolla). Potilaiden ohjautuminen liikuntaneuvontaan oli sattumanvaraista ja työlästä ajanvarauskäytäntöjen vuoksi. Haastatteluiden pohjalta on lääkärin tekemää lähete/pyyntökäytäntöä selkeytetty ja yhtenäistetty, niin että viesti kulkee Liikkumisreseptin (joka on ollut valmiina sähköisessä potilastietojärjestelmässä) nimikkeellä liikuntatoimeen, jossa liikunnanohjaaja ottaa potilaaseen kontaktin ja varaa ohjaukseen ajan ja paikan.

Lähete- / pyyntökäytäntöä (mekaniikkaa ja tekniikkaa) on kehitelty 2-3/2009 aikana. Sen toimivuutta arvioidaan haastattelulla alkukesän eli 5-6/2009 aikana. Lisäksi haastattelun avulla arvioidaan liikkumisreseptin sisältöä ja sen yhteneväisyyttä. Eli mitä läheteeseen tulee kirjata ja mikä on oleellista tietoa liikunnanohjauksen toteutumiselle. Lisäksi palautejärjestelmästä (viestin siirto takaisin liikunnanohjauksesta potilastietoihin) ja sen toimivuudesta saadaan kokemuksia. Haastattelut ovat rakenteeltaan avoimia ja nauhoitettuja. Asiakastiedot ovat tutkijan käytössä elokuusta 2009 lähtien ja asiakaskysely – ja kokemuksia liikuntaohjauksen toteutumisesta on mahdollista myöhemminkin syksyn 2009 jälkeen (8,9). Työskentelen terveystoimen kuntoutuksen yksikössä ja en ole ollut aikaisemmin osallisena liikuntaneuvontaan tai sen toteutumiseen.

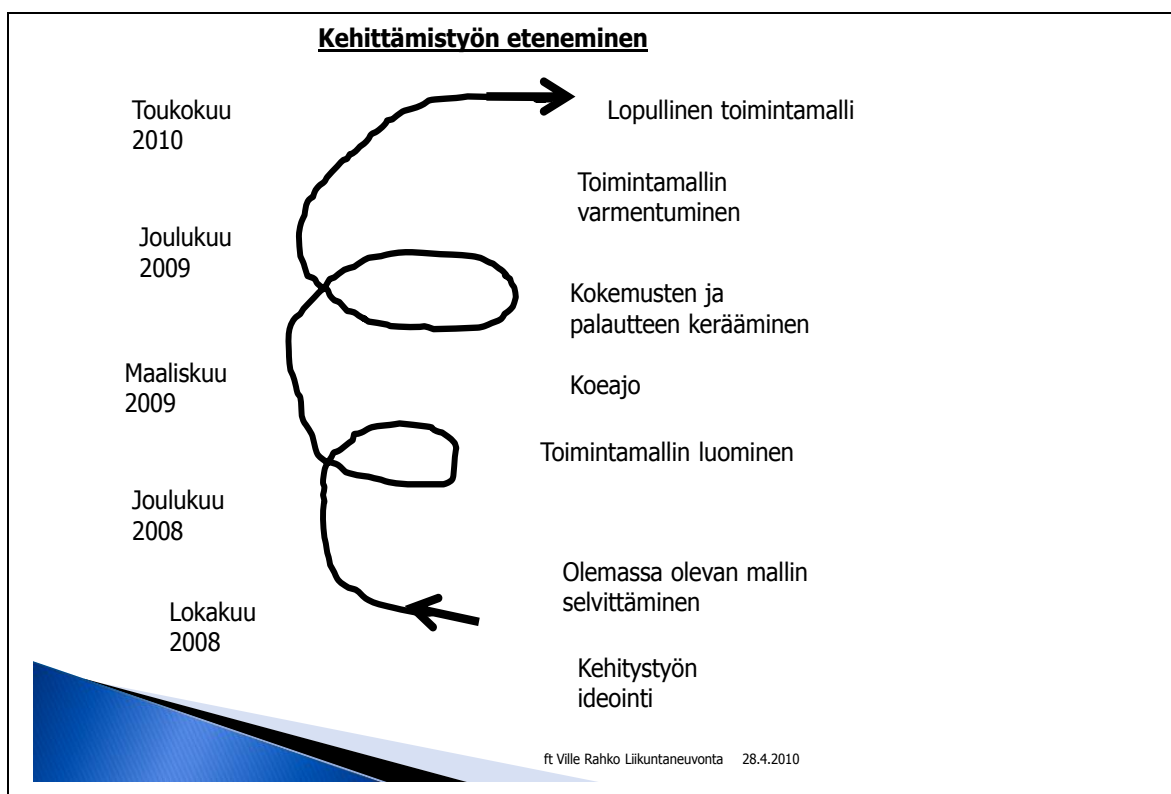
Tavoitteena on laajentaa liikuntaneuvonnan ketjua myös kuntoutuksen työntekijöiden työkaluksi esimerkiksi potilaiden jatkokuntoutumisen ja liikunnallisen aktivoinnin välineeksi. (5,6).

Eettisyys (7) näkökulmia on mietitty oleellisen ja tarpeellisen tiedon siirtämisen kannalta. Mikä on oleellista tietoa neuvonnan suunnittelulle ja toteutumiselle? Pyynnön tekijä arvioi vapaassa tekstissään (liikkumisreseptissä) asiakkaan lähtökohtia ja suhdetta terveyttä edistävään liikuntaan, toisaalta liikuntakäyttäytymiseen vaikuttavat rajoitteet. Liikunnanohjaajat (liikuntatoimessa) eivät voi hyödyntää sähköistä potilastietojärjestelmää (Effic), joten kaikki liikuntaneuvonnassa tarvittava tieto tulee olla kirjattuna Liikkumisreseptiin. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää yhtenäistä sisältöä ja kirjaamista sekä pyynnöissä että palautteissa.

Jo käytyjen haastatteluiden perusteella liikuntaneuvonnan kehittäminen on tärkeää ja sen katsotaan olevan oleellinen osa tehokasta ja tuloksellista terveydenhuoltoa, jossa resurssit on arvioitava yhä tarkemmin oleelliseen. Aihe on ajankohtainen. Tutkimuksellisesti se on myös mielekäs tapa kehittää omaa työtä, jossa saa vaikuttaa omaan työhönsä ja työnkuvaansa. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on kehittää organisaation sisäistä yhteistyötä ja viestintää sekä tehdä tietoiseksi moniammatillista asiantuntijuutta yli yksiköiden rajojen organisaation sisällä. Moniammatillisuus on asiakaslähtöisyyttä ja tehokkuutta palvelujärjestelmässä.(10)

6 Kehittämistyön tulokset

Kehittämistyön aikataulullinen eteneminen syksystä 2008 keväälle 2010 on kuvattu kuvioissa 5. Kehittämistyön eteneminen sisällöllisesti kohti lopullista toimintamallia on toteutettu kuvion 6 osoittamalla tavalla. Lokakuussa 2008 kehitystyön ideointi käynnisti ajatuksen olemassa olevan liikuntaneuvonnan selvittämisestä. Olemassa olevan toimintamallin selvittämisen jälkeen alkoi uuden toimintamallin rakentelu ja luominen. Toimintamallin koeajo alkoi keväällä 2009, jonka organisaation sisäinen viestintä ohjeineen laadittiin keväällä 2009. Uudesta toimintamallista saatua palautetta ja kokemuksia kerättiin marraskuussa 2009. Tammikuussa 2010 käytössä oleva liikuntaneuvonnan toimintamalli raportoidaan toukokuussa 2010.



Kuvio 6. Kehittämistyön eteneminen kohti kevään 2010 toimintamallia.

6.1 Olemassa olevan toimintamallin selvittäminen

Kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata syksyllä 2008 käytössä ollutta liikuntaneuvonnan toimintamallia. Toimintamallin selvittämiseksi haastateltiin kolmea (n=3) Salon kaupungin liikuntatoimen liikunnanohjaajaa, jotka olivat työssään toteuttaneet liikuntaneuvontaa (Liite 4.) . Lisäksi tutustuttiin Turun Kaupungin liikuntakeskuksen toimintaa ja haastateltiin liikuntapalveluvastaavaa.

Haastatteluiden perusteella yhteenvetona havaittiin että Turun ja Salon käytössä olevissa liikuntaneuvontapalveluiden toetutuksessa oli yhteneväisyyksiä. Salossa Liikuntaneuvontaa on toteutettu syksystä 2007 lähtien ja haastatteluiden perusteella neuvontainterventioita on liikunnanohjaajasta riippuen ollut 1-10 ohjaukkyntiä, joten yhteensä noin 25-30 asiakasta on saanut Salossa liikunnanohjausta tämän toimintamallin myötä. Turussa toiminta on laajempaa ja haastatellun arvion mukaan Turussa on noin 100 ohjaukkyntiä vuosittain. Toiminnan aloittaa perusterveydenhuollon lääkäri, joka kirjaa liikuntaneuvontapyynnön sähköisen potilaskesrtomuksen Liiku-lomakkeelle tai sanelee suosituksen potilaskertomuksen suunnitelmaotsakkeen alle. Vastaanotolla toimiva sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja varaa liikunaneuvonta-ajan sähköisestä ajanvarauskirjasta. Turussa järjestelmänä toimii Pegasos ja Salossa on käytössä Efficajärjestelmä. Asiakas saa yleensä ajanvarauksensa heti odottaessa tai joskus jälkikäteen soitettuna. Ajanvarausaikoja oli etukäteen annettu Salossa noin kerran kuukaudessa perjantaiaamupäivään. Tällöin liikunnanohjaaja saapui terveyskeskuksen tiloihin vastaanottoa pitämään. Vastaanottoaikaa oli varattu 30 minuuttia. Turussa käytäntö ja toiminta oli yhteneväinen Salon mallin kanssa. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Liikuntaneuvonnan toimintamalli syksyllä 2008, joka on laadittu liikunnanohjaajien yksilöhaastatteluiden pohjalta.

Haastatteluiden pohjalta nousi esiin useita käytäntöön liittyviä ongelmakohtia sekä kehitystarpeita. Liikuntaneuvonnan toteutumisessa ajanvarauskäytäntö sai arvostelua. Syiksi arvioitiin harvakseltaan tarjolla olevia ajanvarausaikoja ja niiden sijoittumista kerran kuussa arkiamuun. Toisaalta liikunnanohjaalla ei ollut käytössään etukäteistietoa asiakkaasta ja liikuntaneuvonnan tarpeen arvioimisesta.

”..välillä joutui yksinään odottelemaan ja turhaan istumaan kun potilasta ei näkynykkää. Ei sinne sit tullu toinenkaan... potilas. Siinä meni koko aamupäivä sormia pyöritellessä.”

Ehdotuksia ajanvarauksen suhteen esitettiin, siten että liikunnanohjaaja aktiivisesti suorittaisi puhelinkontaktin ja yhdessä alkuun keskusteltaisiin liikuntaohjauksen toteuttamisajankohdasta ja paikasta.

” puhelinsoitolla vois etukäteen vähän niinku tunnustella ja haistella ihmistä ja saada jotaki tuntumaa ja sen käsityksiä liikkumisesta ja tolleen..”

Liikuntaneuvonnan ajanvarauksen yhteydessä asiakkaalle ei annettu konkreettista tietoa tai informaatiota tulevasta tai suunnitellusta liikuntaneuvonnasta. Haastatteluiden perusteella, asiakkaat eivät olleet usein edes tietoisia liikuntaneuvonnan tarpeesta tai tavoitteesta tai heille varatusta neuvonnan ajankohdasta. Peruuttamatta jääneeseen ohjaukerran jälkeen liikunnanohjaaja on joko puhelimella tavoittanut potilasta tai ei ole ryhtynyt minkäänlaisiin toimiin kontaktin jatkamiseksi. Pyydettyä liikuntaneuvoja sai asiakkaan perustietolomakkeen, josta käy ilmi esimerkiksi puhelinumero, josta asiakkaan tavoittaa.

”..ei sitä sit näkynytkää ja mää sit sil soitin...ja sit ku sait jonkun asiakkaan puhelimele kii, nii ei sil ollu mitään käryy asiasta miks mää sille soitan.... ei se ollu kuullukaan mistään liikuntaneuvonnasta tai sellasesta..ja sit siin meni aikaa ja kärsivällisytt ku mää sil selitin.. en tiedä tajusko se sittenkää...”

”Potilas tulee ihan jonkin muun asian vuoks vastaanotolle ja sit siinä hässäkässä pitäsi viel jotaki liikuntaneuvontakuponkia lähtee täyttää.. Ei sellasta voi millää muistaa et mitenkä tää ny taas menikää..”

Turussa liikuntaneuvontaa toteutti fysioterapeutti, jolla oli oikeus päästä lukemaan ja tehdä merkintöjä sähköiseen potilaskertomukseen. Toisaalta paikka oli fyysisesti sidottu terveysaseman tiloihin ja neuvonnan ajaksi tarvittiin huone ja tietokonepäätte. Haastattelun perusteella, tämä koettiin muutenkin

ahtaissa tiloissa työskentelevien kannalta taakaksi sekä fyysisesti ja psyykkisesti.

Asiakasta koskevaa etukäteistietoa ei ollut mahdollista saada Salon toimintamallissa. Tällöin lääkärin vastaanotolla aloitetut neuvonta, ohjaus ja muu informointi suhteessa liikunnan laatuun, rajoitteisiin ja tavoitteisiin ei tavoittanut liikunnanohjaajaa. Palveluketjussa esiintyi siis katkoja ja epäyhtenäistä käytäntöä. Liikuntaneuvonnan osapuolet eivät juurikaan tiedostaneet toistensa toimeenkuvaa eikä ollut tietoisia toiminnan yhtenäisestä tarkoituksesta, tavoitteista tai suunnitelmista.

”... jos sieltä jotaki etukäteistietoa saisi, mut ei se saa mitää lääkäritilinaa olla... Kyllä siitä pitää selvää saada, mitä täs on tarkoitus mun ohjata ja neuvoo....ja mitkä ne rajoitteet ynnä muut sellaset on liikuntaan..”

”kyl se yksiki asiakas oli iha vääräs paikas...ei mulla oo mitää mahdollisuuksii tääl hoitaa jotaki mielenterveysjuttui... ja tulee mult sit kysymää sairaslomii..”

Haastattelun (Liite 4.) pohjalta myös terveyden edistämisen yhdyshenkilö koki käytössä olevan liikuntaneuvonnan toimintamallissa esiintyneet ongelmat ja puutteet haastaviksi. Haastavaksi asiaksi nousi tiedonsiirtoon liittyvät asiat, kuten tieto ei käytössä olevassa mallissa siirry lähettävältä taholta (lääkärin vastaanotto) liikuntaneuvonnan ohjaustilanteeseen. Liikunnanohjaajilla ei ole oikeutta potilaskertomukseen. Salassapitovelvollisuus rajaa pääsyn potilaskertomukseen vain henkilöille, jotka ovat osallisena potilaan hoitoon ja ovat terveydenhuoltolain vaatimassa ja asettamassa asemassa. Tämän tulkinnan mukaan liikuntatoimessa työskentelevät liikunnanohjaajat eivät näitä kriteerejä täytä. Ongelmaksi siis muodostuu informaation välittäminen eteenpäin.

”kyl mun mielest potilaan itte tulis olla sen verran aktiivinen et se soittais ja varais ajan liikuntaneuvontaan... sa vaatis yhtenäist ajanvarauskirjaa, puhelinnumeroo mihin soittaa.. sit pitäs olla yhtenäiset anamneesitiedot tuolloin kirjattava asikaskirjaan..”

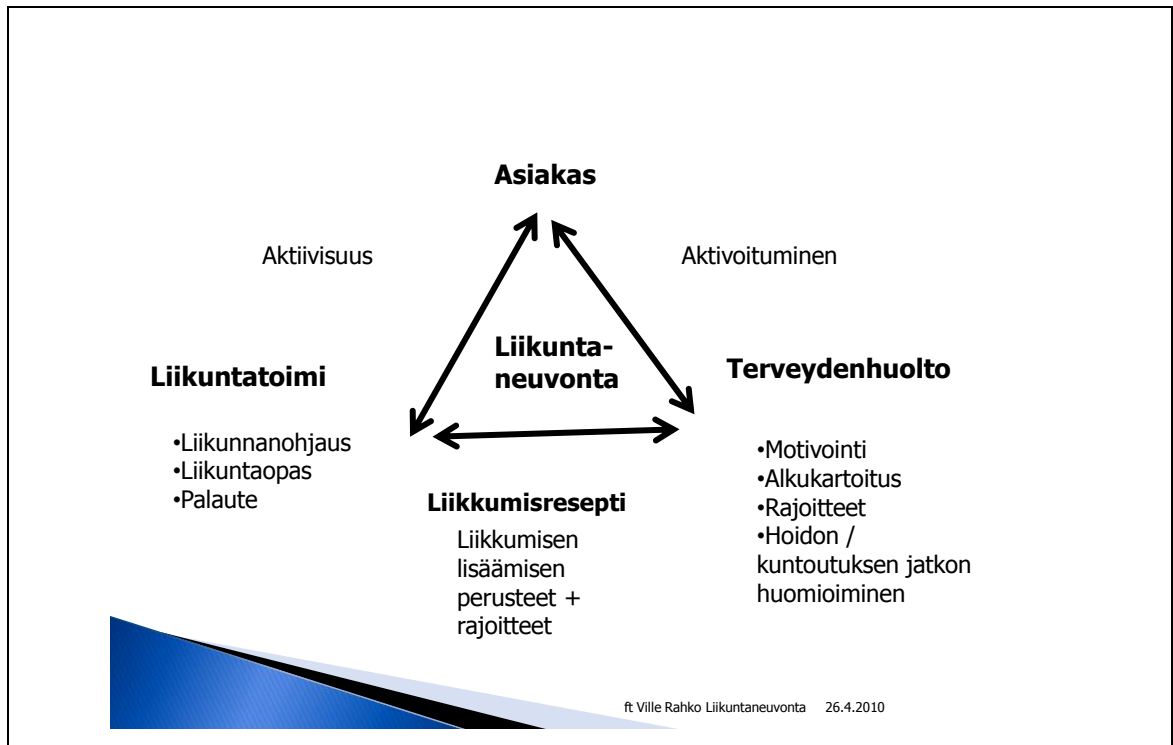
Ongelmaksi myös todettiin toteutuneen liikunaneuvonnan tavoitteiden, suunnitelman ja toteutuneen intervention raportoinnin sekä kirjaamisen käytäntöjen puuttuminen. Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyy oleellisena kirjaaminen ja tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden arviointi sekä palautteen antaminen tapahtuneesta toiminnasta. Lähettävä taho (lääkäri) ei toimintamallin puitteissa saa palautetta liikuntaneuvonnan toteutumisesta.

”jos mä laitan lähetteen liikuntaneuvontaan ja potilaskin on sitä mieltä, nii kyl mää haluaisin teitä meneeks se sinne ja mitä siel liikunnasta on puhuttu.... potilas voi vuoden sisällä käydä useammankin kerran otilla ja ei mul oo mitää tietoo miten nää aikasemmat liikkumisjutut on purreet.. onk siit mitää hyötyy..”

”musta ois kiva ku vois laittaa palautetta suoraan lähettävälle lääkäril et miten tää liikkumishomma on auttanut tai tehonnut.. samal kai potilaski vois omii kokemuksii samal kertoo..”

6.2 Liikuntaneuvonnan toimintamallin rakentelu

Haastatteluiden pohjalta tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus täsmentyi. Keväällä 2009 syntyi liikuntaneuvonnan palveluketjun ja toimintamallin idea, jossa huomioidaan potilaan aktiivinen osallistaminen, tiedonsiirron toteutuminen sekä palautejärjestelmän mahdollistuminen. Toimintamallissa tarkentui myös asiakkaan, terveydenhuollon ja liikuntatoimen tehtävät ja toimeenkuvat (Kuvio 8.).



Kuvio 8. Liikuntaneuvontaan osallistuvat tahot ja niiden toimeenkuvat.

Sähköisessä potilastietojärjestelmässä on valmius käyttää Liikkumisresepti – lomaketta. Lomake on alunperin kehitetty lääkärin käyttöön aktivoimaan ”reseptimääräyksen” omaisesti asiakkaan liikuntakäyttäytymistä (kts. luku 2.5 Liikkumisreseptin käyttö liikuntaneuvonnassa). Liikkumisresepti toimii osana sähköistä potilastietojärjestelmää, joka mahdollistaa liikuntaneuvonnan kehittämistyön tavoitteiden ja tarkoituksen mukaisen tiedon siirron, kirjaamisen sekä palautejärjestelmän luomisen. Liikkumisreseptin soveltuvuutta esiteltiin ja arvioitiin ryhmähaastattelussa (kokouksessa) maaliskuussa 2009, jonka perusteella päädyttiin koeajamaan toimintamallia.

Liikkumisreseptin käyttö on mahdollista jokaisella, jolla on kirjaamisoikeudet asiakkaan kertomukseen. Teknisesti Liikkumisresepti oli valmis käytettäväksi. Sisäisen tiedonsiirron yhtenäistämiseksi luotiin viestitoiminnolle osoite, johon täytetty Liikkumisresepti tulee sähköisesti lähettää/toimittaa. Viestejä käsittelee

säännöllisesti terveyden edistämisen yhdyshenkilö. Yhtenäisen toiminnan mahdollistamiseksi terveyden edistämisen yhdyshenkilö laati liikuntaneuvonnasta ja Liikkumisreseptin käytöstä ohjeen (Liite 2.) , joka lähetettiin maaliskuussa 2009 markkinointi- ja mainosajatuksella sisäisesti sähköpostin välityksellä kaikille terveydenhuollon työntekijöille, kuten työterveyshuoltoon, perusterveydenhuollon vastaanotoille, lääkäreille, kouluterveydenhoitajille, kuntoutuksen työntekijöille sekä neuvola- ja äitiysvastaanotoille. Mainontaa, muistuttelua ja markkinointia kaivataan jatkuvasti, jotta liikuntaneuvonta ja toimintakäytäntö tulisi toimivaksi menetelmäksi terveydenhuollon asiantuntijoille. Sähköposti on henkilökohtainen, tehokas ja kattava menetelmä ohjeistuksen jakamiselle. Toisaalta vaaditaan myös osapuolien yhteisiä koulutus- ja informointifoorumeita, joissa liikuntaneuvontaa esitellään ja tuodaan työntekijöiden tietoisuuteen.

6.3 Liikuntaneuvonnan toimintamalli

Liikkumisreseptin ympärille rakennetun toimintamallin käyttö alkoi keväällä 2009 ja sen käyttöä jatkettiin syksyllä 2009. Marraskuussa 2009 arvioitiin ryhmäteemahaastattelun avulla menetelmästä saatuja kokemuksia ja havaintoja.

Liikuntaneuvonnan toimintamalli (Kuvio 9.) hyödyntää Liikkumisreseptiä . Tämä mahdollistaa liikuntaneuvotapyynnön tekemisen useasta toimintaympäristöstä tai –yksiköstä. Lähetteen voi siis laatia lääkärin lisäksi terveydenhoitaja, fysioterapeutti, ravisemustyöntekijä, neuvolan henkilökunta jne. Liikkumisresepti löytyy sähköisistä potilasasiakirjoista kohdasta Kuntoutus / Liikku. Liikkumisreseptin avoimeen tekstikenttään kirjataan liikkumisen lisäämisen perusteet, liikunnan keskeiset tavoitteet ja mahdolliset liikunnan rajoitteet. Kirjaamisen jälkeen annetaan paperituloste potilaalle itselleen mukaan sekä ohjeistetaan odottamaan liikunnanohjaajan yhteydenottoa lähipäivinä.

Liikkumisreseptin sähköinen versio lähetetään viesti –toiminnolla LIIOHJ (Liikuntaohjaus). Liikkumisreseptistä käy ilmi lähetteen tekijä ja päivämäärä. (Liite 1.)



Kuvio 9. Liikuntaneuvonnan toimintamalli Liikkumisreseptiä hyödyntäen.

Terveiden edistämisen yhdyshenkilö tulostaa viestitoiminnoista Liikkumisreseptit ja toimittaa ne yhdessä asiakkaan perustieto – yhteystietolomakkeen kanssa Salon liikuntatoimistoon. Liikuntatoimistossa liikuntaohjauspyyntö arvioidaan ja jaetaan alueellisen tai sisällöllisen perusteen mukaisesti sopivalle liikunnanohjaajalle. Liikunnanohjaaja valmistelee ohjauksenkäynnin ja ottaa yhteyttä asiakkaaseen sopiakseen ajan ja paikan liikuntaneuvonnan toteutumiseksi. Liikunnanohjaaja voi hyödyntää ohjauksessaan kunnallisen liikuntatoimen Liikuntaopasta (2010), josta keskustelun aikana on mahdollista nostaa esille konkreettisia liikuntatoimen tarjoamia vaihtoehtoja joko ryhmä- tai yksilöliikunnan mahdollisuuksista.

Liikuntaopas (2010) jaetaan Salossa joka kotitalouteen. Se löytyy myös sähköisenä PDF-muodossa Salon kaupungin verkkosivuilta. Liikuntaoppaassa on myös tiedote liikuntaneuvonnasta. Asiakas voi myös itse ottaa yhteyttä suoraan liikuntatoimistoon liikuntaneuvonta-ajan varaamiseksi.

Toteutunut liikuntaneuvonta kirjataan palautelomakkeeseen (Liite 3.). Mikäli asiakkaan kanssa päädytään kontrolliin esimerkiksi 3 kk kuluttua, voidaan palautelomake täyttää palautekeskustelun yhteydessä. Palautelomakkeeseen kirjataan asiakastietojen lisäksi yhdessä asetetut liikuntaneuvonnan tavoitteet sekä toteutuksen arviointia. Palautelomake toimitetaan sisäisessä postissa takaisin terveyden editämisen yhdyshenkilölle, joka liittää palautteen sähköisenä potilaskertomukseen. Palaute näkyy PDF-ikonina liikkumisreseptin alamarginaalissa, jonka voi halutessaan avata. Palautteen saapumisesta lähtee viesti myös Liikkumisreseptin tekijälle / laatijalle.

7 Kehittämistyön herättämiä ajatuksia ja pohdintaa

Ylemmän ammattikorkeakoulun kuntoutuksen koulutusohjelmassa opinnäytetyö on projektiluontoinen hanke, jonka tarkoituksena on kehittää työelämän käytäntöjä. Kehittämistyön tulee toteutua työyhteisössä ja sen painopisteen tulee olla opiskelijan asiantuntija-alueen mukainen. Kehittämistyön tulee yhdistää teoria- ja tutkimustietoa käytäntöön niin, että se on sovellettavissa työyhteisön toiminnan edistämiseen ja kehittämiseen.

Liikuntaneuvonnan kehittämistyö on ollut prosessina antoisa ja mielenkiintoinen sen käytännön läheisyyden vuoksi. Kehittämistyön ideointi, suunnittelu ja

toteutus on perustunut käytännössä havaittuihin haasteisiin sekä kehittämistarpeisiin ja -ideoihin. Kehittämistyön toteutukseen on osallistunut moniammatillinen työyhteisön Salon kaupungin terveystoimesta ja liikuntatoimesta. Työntekijät ovat osallistuneet oman työnsä kehittämiseen ja näin vaikuttaneet omiin työskentelymenetelmiin ja –käytäntöihin. Kehittämistyön aikana on syntynyt uusia yhteistyöverkostoja ja moniammatillista tietoutta eri ammattinharjoittajien välisistä toimintatavoista ja -menetelmistä. Kehittämistyö on edennyt toimintatutkimuksen rakenteen mukaisesti. Toimintatutkimus osoittautui joustavaksi menetelmäksi käytännön työssä esiintyvien seikkojen tarkasteluun. Menetelmä mahdollisti työn kehittämisen ja työntekijöiden osallittamisen oman työnsä kehittämiseen ja arviointiin. Tutkijan rooli oli myös aktiivinen ja osallistava.

Salossa liikuntaneuvonta on toiminut syksystä 2007 lähtien ja se toteutuu yhteistyönä Salon kaupungin perusterveyshuollon (Salon terveystoimi) ja liikuntatoimen välillä. Salossa toteutui organisaatiouudistus vuoden 2009 alusta, jolloin kuntaliitoksen yhteydessä perusterveydenhuolto (sosiaali- ja terveystoimi) ja liikuntatoimi sijoituivat samaan Salon kaupungin organisaatioon. Organisaatiouudistuksen myötä organisaation sisäisen viestinnän ja yhteistyön merkitys myös laajentui ja yhteistyöverkostojen toiminnan tarkastelu oli ajankohtaista. Kehittämistyön ideoinnin ajatuksena oli alun perin lähteä kehittämään organisaation sisäistä yhteistyötä, verkostoja sekä jakaa tietoutta omasta asiantuntijuudesta sekä tutustua organisaation sisällä toimiviin työyhteisöihin. Liikuntaneuvonta on osa terveyden edistämistä. Terveyden edistämisen hankkeita ja tapahtumia on järjestetty useita. Liikuntaneuvonta on vastapainoa laajoille terveyden edistämisen kampanjoille ja hankkeille sen yksilöllisyyden ja henkilökohtaisuuden vuoksi. Liikuntaneuvonnan tulee olla usean terveydenhuollon ammattilaisen työkalu ja sen sovellettavuus ja käytettävyys on oleellista.

Kehittämistyön tavoitteena oli selvittää käytössä olevaa liikuntaneuvontaa ja kehittää toimintamallia hyödyntämällä Liikkumisreseptiä osana sähköistä potilaskertomusta. Kehittämistyön tuloksena syntynyt toimintamalli mahdollistaa liikuntaneuvonnan kirjaamisen ja palautejärjestelmän toteutumisen sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Toimintamalli on kuvattu tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti ja kokemusten perusteella Liikkumisresepti on hyödynnettävissä sellaisenaan liikuntaneuvonnan viestinnässä ja kirjaamisessa. Kehittämistyölle asetetut tavoitteet arvioidaan saavutetuiksi.

Vaikka toimintamalli on valmis käytettäväksi ”teknisesti”, tulee liikuntaneuvonnan sisältöä ja toteutumista kehittää edelleen. Kehittämistyön tarkoituksena ei ollut kartoittaa liikuntaneuvonnan sisältöä, käytettyjä menetelmiä tai asiakastytyvyyttä. Tähän soveltuvaa tutkimustietoa on ollut käytettävissä runsaasti, kuten asiakkaiden suhtautumista liikuntaneuvontaan sekä liikuntaintervention vaikutusta terveyden edistämässä. Aiheesta on laadittu useita Käypä hoito –suosituksia. Myös Aittasalon (2008) tutkimus osoitti liikuntaneuvonnan vaikuttavuuden ja liikkumisreseptin soveltuvuuden terveyden edistämistyössä ja osana liikuntaneuvontaa. Tutkimusten taustoilta löytyy laajoja asiantuntijafoorumeita sekä kansallisia ja kansainvälisiä tutkimuksia ja katselmuksia. Kehittämistyön tavoitteena on soveltaa aikaisempaa tutkimustietoa käytäntöön eli Salon kaupungin liikuntaneuvonnan kehittämiseen.

Menestyksellä ja tuloksellinen tavoitteisiin pääsy edellyttää palveluketjun katkeamattomuuden lisäksi myös tuloksellisen ja tavoitteellisen toteutuksen. Liikuntaneuvontaa toteuttavien työntekijöiden tulee saada koulutusta ja pätevoitymistä yhteneväisistä tavoista ja menetelmistä toteuttaa terveyden edistämistä ja liikuntaneuvontaa vastaanotoillaan. Menestynyt liikuntaneuvonta alkaa perusterveydenhuollon vastaanotoilla ja sen on tarkoitus aloittaa asiakkaan muutosprosessi liikunta-aktiviteettiä kohtaan. Liikkumisreseptin avulla ei ole tarkoitus siirtää tehtäviä organisaation sisällä, vaan jokaisen

terveyden edistämiseen osallistujan tulisi tiedostaa liikuntaneuvonnan keskeiset tavoitteet ja käytettävät menetelmät. Kehittämistyöllä selvitettiin työkalun hyödyntämiseen ja käyttöönottoon liittyviä haasteita. Jatkossa tulisikin kiinnittää enemmän huomiota siihen, miten ja milloin työkalua tulee käyttää. Tarkoituksena on tehdä toimintamallia ja työkalua työntekijöiden keskuudessa tunnetuksi.

Kehittämistyön perusteella selvitettiin toisaalta terveydenhuoltohenkilöstön valmiuksia toteuttaa liikuntaneuvontaa toisaalta tehdä liikuntaneuvontaa laajemmin tutuksi organisaation sisällä. Organisaation sisäisen viestinnän ja mainonnan tehtävänä on tehdä liikuntaneuvontaa tunnetuksi, jotta se muodostuisi selkeäksi ja käyttökelpoiseksi menetelmäksi ja toimisi osana asiakkaan palveluverkoston ja – ketjua. Liikuntaneuvonnan tiedottamisesta tulisi laatia eräänlainen viestinnän strategia, jonka avulla määriteltäisiin ne foorumit ja yhteistyötahot, joissa liikuntaneuvontaa erityisesti tulisi saada työntekijöiden tietoisuuteen ja osaksi perehdytystä. Liikuntaneuvonnan kohde- ja riskiryhmät ovat jatkossakin lisääntyvin määrin kouluterveydenhuollossa, jossa liikuntatietoutta ja terveyden edistämistä erityisesti tarvitaan lasten ja nuorten ylipainon ennaltehkäisissä.

Nykyisen liikuntaneuvonnan toiminnan kannalta terveyden edistämisen henkilö koordinoi, viestittää ja mainostaa palvelua organisaation sisällä. Koordinaattori myös toimii viestinnän välittäjänä liikuntatoimen ja terveystoimen välillä. Yhteistyöverkoston ja yhteistyön kannalta koordinaattorin työ on oleellinen osa palveluketjun toteutumisessa ja edelleen kehittämässä. Nykyinen toimintamalli mahdollistaa usealle ammattiryhmälle Liikkumisreseptin käytön osana vastaanotoilla aloitettua terveyden edistämistä ja liikuntaneuvontaa. Kuntoutusprosessissa aktiivinen itsestään huolehtiminen sekä toiminta- ja liikuntakyvyn huomioiminen fyysisessä aktiivisuudessa ja aktivoitumisessa on oleellinen osa tuloksellisuutta. Liikuntaneuvonta on usein käytetty menetelmä,

mutta tämän toimintamallin myötä kuntoutusprosessin jatkeena on mahdollisuus hyödyntää liikuntaneuvontaa ja liikuntatoimen liikunnanohjaajien asiantuntemusta. Liikkumisereseptin käyttäjäkunnan lisääntyessä ja liikuntaneuvonta interventioiden lukumäärien kasvaessa liikuntatoimen tulee arvioida omat resurssinsa toteuttaa henkilökohtaista liikuntaneuvontaa toimintamallin mukaisesti. Alun perin lääkäreiden käyttöön laadittu ”resepti” on nyt hyödynnettävissä usean terveydenhuoltoalan asiantuntijan käyttöön. Tämä on suuri haaste tulevaisuudessa. Jatkossa tarvitaan selvityksiä ja laajempia tutkimuksia, miten lääkäreille laadittu työkalu toimii ja soveltuu muun terveydenhuoltohenkilöstön käyttöön ja työnkuvaan.

Kehittämistyön tavoitteena on selkiyttää työnjakoa terveystoiminta ja terveyden edistämisen välillä. Liikuntatoimessa ja Salon terveyskeskuksessa toimii useita kuntoutuksen ja liikunnan ryhmiä, joissa on kokemusten mukaan toiminnallista ja sisällöllistä päällekkäisyyksiä. Toisaalta asiakkaiden on haasteellista löytää oman terveytensä kannalta sopivaa liikuntamuotoa tarjonnan ollessa laajaa. Liikuntaneuvonta tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden tutustua ja hakeutua liikuntamuotojen pariin esimerkiksi tutustumalla Salon kaupungin liikuntatoimen liikuntaoppaan tarjoamiin mahdollisuuksiin yhdessä liikunnanohjaajan kanssa. Kuntoutuksen asiakkaat saavat terveystoimintaryhmien tarjonnasta luonnollisen jatkon kuntoutusprosessilleen. Toisaalta organisaatiolla ja järjestelmällä on mahdollisuus vastata kysyntään ja tuottaa sellaisia kuntoutus- ja liikuntaryhmiä ja muotoja joihin on kysyntää ja tarvetta. Liikuntaneuvonta on liikunnan suoramarkkinointia asiakkaille. Toiminnan kehittäminen vaatii yhteistyötä ja moniammatillista verkostoitumista organisaation sisällä ja ulkopuolella.

LÄHTEET

- Aittasalo, M. 2010. Liikuntaneuvonta. Lääkärin käsikirja. Artikkelin tunnus ykt01442 (019.003). Duodecim Oy. [osoitteessa] http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01442
- Aittasalo, M. 2008. Promoting Physical Activity of Working Aged Adults with Selected Personal Approaches in Primary Health Care. Feasibility, effectiveness and an example of nationwide dissemination. University of Jyväskylä. Jyväskylä: Printing House
- Aittasalo, M. 2002. Liikkumisresepti. Pilottitutkimuksen päätösraportti. Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, Tampere: UKK-instituutti.
- Antti-Poika, M. 2003. Kuntoutus osana työkyvyn edistämistä. 181-189. Teoksessa Työterveyshuolto. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Kakatiimi Oy. Tampere: Juvanes Print.
- Fogelholm, M. Oja, P. Rinne, M. Suni, J. & Vuori, I. 2009. Riittääkö puoli tuntia kävelyä päivässä? Suomen Lääkärilehti vol.59. 2004:19. 2040-2042.
- Fogelholm, M & Oja, P. Terveysliikuntasuosituksset. 72-80. Teoksessa Terveysliikunta. Fogelholm, M & Vuori, I. (toim.). Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hannus, T. 2006. Fysioterapeutti pistää liikkumisreseptin toimimaan. Suomen Lääkärilehti vol. 61. 5/2006. 484-485.
- Heikkinen, E. 1999. Keski-ikäisten ja iäkkäiden liikunta. 99-111. Liikuntalääketiede. Vuori, I. & Taimela, S. (toim.) 2.painos. Duodecim. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.
- Heikkinen, H. Huttunen, R & Moilanen, P 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Ateena kustannus. Juva: WSOY-kirjapainoyksikkö.
- Heikkinen, H. Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura. Dark Oy. Helsinki.
- Helakorpi, S. Paavola, M. Prättälä, R. & Uutela, A. 2009. Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys, kevät 2008. Kansanterveyslaitoksen julkaisu 2/2009. Kansanterveyslaitos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hölsömäki, H. (toim.) 2008. Yhdessä liikkeelle. Yhdistykset ja kunnat liikunnan kumppaneina. Edita. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Ilanne-Parikka, P. Kangas, T. Kaprio, E.A. & Rönnemaa, T. (toim.) 2006. Diabetes. 4.painos. Duodecim ja Suomen diabetesliitto ry. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Jeon, C. Lokken, P. Hu, F. & Van Dam, R. 2007. Physical Activity of Moderate Intensity and Risk of Type 2 Diabetes. A systematic review. Diabetes Care 30:744–752.
- Juholin, E. 2009. Viestinnän uusi vallankumous. Löydä uusi työyhteisöviestintä. 2. painos. Juva: WS Bookwell Oy.
- Juholin, E. 2006. Communicare! Viestintä strategiasta käytäntöön! 4.paino. Porvoo: WS Bookwell.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2005. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.

Järvikoski, A. kokko, R-L & Ala-Kauhaluoma, M. 2000. Kuntoutuvan asikkaan palveluketju. 87-103. Teoksessa Hyvinvointivaltion palveluketjut. Nouko-Juvonen, S.(toim.) Ruotsalainen, P & Kiikkala, I. Tammi. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kettunen, R. Kähäri-Wiiki, K. Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. WSOY. Porvoo: WS Bookwell OY.

Kiiskinen, U. Vehko, T. Matikainen, K. Natunen, S & Aromaa, A. 2008. Terveysten edistämisen mahdollisuudet, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. STM. Helsinki:Yliopistopaino.

Kiikkala, I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaattena sosiaali- ja terveydenhuollossa. 112-121. Teoksessa Hyvinvointivaltion palveluketjut. Nouko-Juvonen, S.(toim.) Ruotsalainen, P & Kiikkala, I. Tammi. Tampere: Tammer-Paino Oy.

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

Käypä hoito –suositus. 2009. Diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkäriineuvoston asettama työryhmä. [osoitteessa] www.kaypahoito.fi. Päivitetty 15.9.2009

Käypä hoito –suositus. 2008. Liikunta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Duodecim 2008;124(19):2252–73

Käypä hoito –suositus. 2006. Aivoinfarkti. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Duodecim 2006;122(22):2770–2790.[osoitteessa] www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50051.pdf

Lammi, N. 2009. Type 1 and Type 2 Diabetes among Young Adults in Finland. Incidence and Perinatal Exposures. National Institute for Health and Welfare. Helsinki: University Print Oy.

Leinonen, R. & Havas, E. 2008 Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 212. Jyväskylä: PunaMusta Oy.

Liikuntaopas. 2010. Salon kaupungin liikuntatoimi. [osoitteessa] <http://www.salo.fi/attachements/2009-12-02T12-58-0754.pdf>

Löfman, P. 2006. Itsemääräämisen edistäminen. Osallistavan toimintamallin kehittäminen reumapotilaiden hoitotyöhön. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E.yhteiskuntatieteet 134. 118s. Kuopio: Kopijyvä Finland.

Manner, T. & Parvi, J. 2009. Henkilökohtaisen liikuntaneuvonnan merkitys lukiolaispoikien liikuntakäyttäytymiseen ja liikuntamotivaatioon. Pro gradu –tutkielma. Liikuntapedagogiikka Liikuntatieteiden laitos/liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Jyväskylän Yliopisto.

Miilunpalo, S. 1999. Yksilöllinen liikuntaneuvonta – ihmisiin vaikuttaminen. 417-427. Teoksessa Liikuntalääketiede. Vuori, I. & Taimela, S. (toim) 2.painos. Duodecim. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.

Miilunpalo, S. & Aittasalo, M. 2002. Liikkumisresepti – lääkärin työkalu ja yhteistyöhanke terveysliikunnan lisäämiseksi. Suomen Lääkärehti. vol 57. 20/2002. 2203-2207.

Nupponen, R. & Suni, J. 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. 216-228. Teoksessa Terveysliikunta. Fogelholm, M & Vuori, I. (toim). Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nutbeam, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, Vol. 15, No. 3, 259-267.

Oja, P. 1999. Fyysinen kunto ja terveystieteet: mitä ne ovat ja miten niitä mitataan. 57-72. Teoksessa *Liikuntalääketiede*. Vuori, I. & Taimela, S. (toim.) 2.painos. Duodecim. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.

Paronen, O. & Nupponen, R. 2005. Terveystieteiden ja liikunnan edistäminen. 206-215. Teoksessa *Terveystieteet ja liikunta*. Fogelholm, M & Vuori, I. (toim). Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Piirainen, K. & Kallanranta, T. 2008. Kuntoutuspalvelut kuntoutumisen ja muutoksen tukena. 94-110. Teoksessa *Kuntoutus*. 2.painos. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Poskiparta, M. Kaasalainen, K. & Kasila, K. 2009. Liikuntamotivaatio syntyy tiedosta, ymmärryksestä, asenteista ja uskomuksista. *Liikunta ja tiede*. Vol. 46. no 4. 46-50.

Poskiparta, M. Kasila, K. Kettunen, T. & Kiuru, P. 2004. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. *Suomen lääkärilehti* vol 59: 14/2004. 1491 -1495.

Praet, S. Van Rooij, S. Wijtliet, A. & Boonman-de Winter L. 2008. Brisk walking compared with an individualised medical fitness programme for patients with type 2 diabetes. a Randomised controlled trial. *Diabetologia* (2008) 51:736–746.

Ruotsalainen, P. 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. 7-32. Teoksessa *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Nouko-Juvonen, S.(toim.) Ruotsalainen, P & Kiikkala, I. Tammi. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Salmela, S. 2005. Keski-Suomen Keskussairaalan liikuntapoliklinikan kokeilu. Toimintatutkimus poliklinikan kirjallisen materiaalin suunnittelusta, toteutuksesta ja toimivuudesta. *Liikuntalääketieteen Pro gradu –tutkielma*. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos

Ståhl, T. Borodulin, K. Kujala, S. & Jousilahti, P. 2004. Lääkärien toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyys ja tarve. *Suomen Lääkärilehti*. vol 59. 40/2004. 3729-3734.

Suikkanen, A & Lindh, J. 2008. Yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutus kuntoutuksessa. 63-79. Teoksessa *Kuntoutus*. 2.painos. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi. Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Tuominiemi, E. 2006. Liikkumisresepti YTHS:n työvälineenä – lääkäreiden ja potilaiden kokemuksia. *Terveystieteiden Pro-gradu tutkielma*. Jyväskylän yliopisto Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos.

Törne, M. Tuominen, H. & Keckamn, M. 2008. Terveystieteiden palveluketju liikuntakäyttämisen muutosta tukemaan. *Fysioterapia*. vol.55. 2008:5. 44-46.

Valtioneuvoston periaatepäätös. 2008. Terveystieteiden edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämissuunnitelmista. Sosiaali- ja terveystieteiden esitteitä 2008:10. Helsinki: Yliopistopaino Oy [osoitteessa] www.stm.fi/julkaisut.

Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön –Lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. *Acta medica D* 794. Hoitotieteiden ja terveystieteiden laitos, Kansanterveystieteiden ja yleislääketieteen laitos, Oulun yliopisto. Oulu: Oulu university Press.

Vuori, I. 2007. Terveys-, pätkä- ja arkiliikunta tehokkaita. Ovatko nykyiset suositukset kohdallaan? *Duodecim* 2007;123:2983–2990.

Vuori, I. 2006. Voidaanko arkiliikunnalla edistää terveyttä? Kävelyn ja pyöräilyn edistäminen lisää terveyttä. *Duodecim* 2006;122:1003–1004

Vuori, I. 2003. Lisää liikuntaa! Helsinki: Edita Prima Oy.

Vuori, I. & Oja, P. 1999. Suomalaisten liikunta. 400-408. Teoksessa *Liikuntalääketiede*. Vuori, I. & Taimela, S. (toim) 2.painos. *Duodecim*. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.

Liitteet

Liite 1.

LIIKKU
✕

Liikkumisresepti

Potilaan nimi ja henkilötunnus: **Sello Süri 070707-0707**

Potilaan nykyinen, vähintään 30 minuuttia päivässä toteutuva, säännöllinen liikunta:

ei juuri mitään liikuntaa joka viikko

kevyttä liikuntaa päivänä viikossa

ripeää liikuntaa päivänä viikossa

rasittavaa liikuntaa päivänä viikossa

Terveysden kannalta riittävää
 riittämätöntä

Liikkumisen terveysperusteet tai tavoite:

Kyseessä juuri eläkkeelle jäänyt nainen, jolla ylipainoa ja verenpainetauti sekä äskettäin todettu diabetes, johon aloitetaan lääkitys. Ajoittaista vähaistä selkävaiavaa mutta muuten ei selviä esteitä liikunnan harrastamiselle. Sairauksien puhkeamisen myötä motivaatio liikkumiseen kasvanut. Tarvitsee ohjausta ja kannustamista säännölliseen liikkumiseen ja oman lajin löytämiseen.

OHJE:

Liikkumismuodot ja/tai liikuntalajit	Päivänä viikossa	Kesto päivässä min	Rasittavuus Kevyt = ei juurikaan hengästymistä Ripeä = jonkin verran hengästymistä Rasittava = voimakasta hengästymistä	Sykealue
Esim. kävely töihin tai harrastukseen, nurmikon leikkuu, lumen luonti, työmatkapyöräily, kävelylenkkeily, kotivoimistelu, ohjattu liikunta, pallopelit, tanssi ym.				

Lisäohjeet: este
 käynti
 muu

Toteutumisen arviointi ja seuranta:

seuraavalla vastaanottokäynnillä

 k:n kuluttua luona puh.

muu

13.3.2009
Päivämäärä
Elise Wasen LT, Yleislääket ja terv. huollon
Lääkärin allekirjoitus

Liite 2. Terveyskuksen henkilöstölle lähetetty liikkumisresepti käyttö- ja täyttöohje Maaliskuussa 2009.

Lähtettäminen liikuntaohjaukseen:

Lääkäri/terveydenhoitaja/fysio- tai ravitsemusterapeutti tekee Liikkumisreseptille (Kuntoutus/lomake LIIKKU) lyhyen lähetteen perusteista, rajoitteista ja tavoitteista (alla olevan mallin mukaan) ja lähettää sen toiminnolle LIIOHJ (Liikuntaohjaus) (vastaavasti kuin fysioterapiaan).

Birte Bergström (sij. Jaana Mannonen) toimittaa lähetteen liikuntatoimistoon, josta otetaan yhteys potilaaseen puhelimitse ja sovitaan tapaamisajankohta ja paikka potilaan tilanteen mukaan.

Palaute liikuntaohjaajalta tulee PDF-ohesdokumenttina LIIKKU-lomakkeelle, josta viesti lähetetään. Liikkumisresepti tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja on suositeltavaa tulostaa se myös potilaalle, jolloin sitoutuminen mahdollisesti kasvaa

Viestin lähetyk

Asiakas
 Tunnus: 070707-0707
 Nimi: Sello Sini

Viestin vastaanottaja
 Näytä käyttäjät ryhmästä: [dropdown]
 Hae tunnukseilla tai nimellä: [input]
 Käyttäjät: aal Anja Alm, ABR Arsi Broberg, acy Anne Cygnel, aee Anja Eerikäinen, aha Anni Hatakka, ahaa Anu Haapakainen, ahel Åsa Helmroos, ahen Anni Henriksson, ahi Aini Hirvelä, ahtmer Mervi Ahtinen, aaha Aila Halonen, AIL Anja Ilanen, aili Aila Lindberg, aikop Aila Koppinen, aitra Aila Rautakanoas

Lähetä viesti Itselle
 Käyttäjille: [input]
 Lisää >>
 Lisää kaikki >>

Suonituspaikalle: [dropdown]
 Toiminnolle: LIIOHJ Liikuntaohjaus Kaikille

Viesti
 Selite: LIIKKU
 Voimassoloaika: [input] - [input]
 Luokitus: [dropdown]

Liite 3. Liikuntaneuvonnan toteutumisesta tehtävä palautelomake, joka liitetään PDF-ikonilla sähköiseen potilastietokertomukseen Liikkumisreseptin yhteyteen.

Liikuntaneuvonnan palautelomake

päivämäärä

Asiakkaan nimi ja henkilötunnus	
Ohjaaja	
Liikuntaneuvonnan lähtökohdat ja tavoitteet	
Toteutus ja arviointi (päivämäärä)	

Liite 4.**Yksilöhaastattelun teemat:**

- Liikuntaneuvonta ja sen osuus omassa työn- / toimeenkuvassa
- Liikuntaneuvontaan osallistuvat tahot, yhteistyö, moniammatillisuus
- Käytössä olevan liikuntaneuvonnan (syksyllä 2008) tuomat kokemukset, ajatukset ja mielipiteet
 - a. asiakaskontakti, ajanvarauskäytäntö
 - b. potilastieto, sisältö, salassapito
 - c. vastaanottotilanne, fyysinen ympäristö,
 - d. asiakkaan ohjauksen toteutuminen, interventio
 - e. seuranta ja palaute
- Liikuntaneuvonnan toimintamallin (prosessin) kehittäminen
 - a. tavoitteiden asettaminen
 - b. toteutus
 - c. arviointi
 - d. palaute

Ryhmähaastattelun teemat:

- Potilastiedot / perusteet: Liikuntaneuvonnan suunnittelun ja toteutumisen kannalta oleelliset ja käytössä olevat potilastiedot, millaisia asioita tulisi olla tiedossa ennen potilaskontaktia eli anamnestiset tiedot.
- Asiakkaan ohjautuminen terveydenhuollosta liikuntatoimeen ja liikuntaneuvontaan.
- Toteutuneen liikuntaneuvonnan palautteen kirjaaminen ja raportointi; miten, milloin, missä muodossa ja minkälaista sisältöä palautteeseen tulee kirjata. Salassapitovelollisuus.
- Palautteen tekninen kirjaaminen ja viestinnän onnistuminen lähettävälle taholle (liikuntatoimesta terveystoimeen).
- Liikkumisreseptin esittely ja sen hyödyntäminen viestinnässä ja osana sähköistä potilaskertomusta.

Liite 5.

10 questions to help you make sense of qualitative research [osoitteessa 13.5.2010] <http://www.phru.nhs.uk/Pages/PHD/resources.htm>

Critical Appraisal Skills Programme (CASP)

making sense of evidence

10 questions to help you make sense of qualitative research

This assessment tool has been developed for those unfamiliar with qualitative research and its theoretical perspectives. This tool presents a number of questions that deal very broadly with some of the principles or assumptions that characterise qualitative research. It is *not a definitive guide* and extensive further reading is recommended.

How to use this appraisal tool

Three broad issues need to be considered when appraising the report of qualitative research:

- **Rigour:** has a thorough and appropriate approach been applied to key research methods in the study?
- **Credibility:** are the findings well presented and meaningful?
- **Relevance:** how useful are the findings to you and your organisation?

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically.

The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions.

A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

The 10 questions have been developed by the national CASP collaboration for qualitative methodologies.

© Public Health Resource Unit, England (2006). All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise without the prior written permission of the Public Health Resource Unit. If permission is given, then copies must include this statement together with the words "© Public Health Resource Unit, England 2006". However, NHS organisations may reproduce or use the publication for non-commercial educational purposes provided the source is acknowledged.

Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims of the research? Yes No

Consider:

- *what the goal of the research was*
- *why it is important*
- *its relevance*

2. Is a qualitative methodology appropriate? Yes No

Consider:

- *if the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants*

Is it worth continuing?

Detailed questions

Appropriate research design

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research? Write comments here

Consider:

- *if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which methods to use?)*

Sampling

4. Was the recruitment strategy appropriate Write comments here

to the aims of the research?

Consider:

- if the researcher has explained how the participants were selected
- if they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- if there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

© Public Health Resource Unit, England (2006). All rights reserved.

Data collection

5. Were the data collected in a way that addressed the research issue?

Write comments here

Consider:

- if the setting for data collection was justified
- if it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc)
- if the researcher has justified the methods chosen
- if the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, did they used a topic guide?)
- if methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why?
- if the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc)
- if the researcher has discussed saturation of

data

Reflexivity (research partnership relations/recognition of researcher bias)

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Write comments here

Consider whether it is clear:

- if the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during:*
- formulation of research questions*
- data collection, including sample recruitment and choice of location*
- how the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design*

Ethical Issues

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Write comments here

Consider:

- if there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained*
- if the researcher has discussed issues raised by the study (e. g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)*

– if approval has been sought from the ethics

committee © Public Health Resource Unit, England (2006). All rights reserved.

Data Analysis

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Write comments here

Consider:

– if there is an in-depth description of the analysis process

– if thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data?

– whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process

– if sufficient data are presented to support the findings

– to what extent contradictory data are taken into account

– whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Findings

9. Is there a clear statement of findings?

Write comments here

Consider:

– if the findings are explicit

– if there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments

– if the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent

validation, more than one analyst.)

– if the findings are discussed in relation to the original research questions

Value of the research

10. How valuable is the research?

Write comments here

Consider:

– if the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature?)

– if they identify new areas where research is necessary

– if the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

© Public Health Resource Unit, England (2006). All rights reserved.