

Eija Hiitti
Henna Suonpää

TYYPIN 2 DIABETESTA SAIRASTAVIEN AIKUISTEN LIIKUN-
TANEUVONNAN PALVELUPOLUN KEHITTÄMISEN EDELLY-
TYKSET TURUSSA

Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma
2010

TYYPIN 2 DIABETESTA SAIRASTAVIEN AIKUISTEN LIIKUNTANEUVON- NAN PALVELUPOLUN KEHITTÄMISEN EDELLYTYKSET TURUSSA

Hiitti, Eija
Suonpää, Henna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelma
Kesäkuu 2010
Saaristo, Sirpa ja Sallinen, Merja
YKL: 59.3
Sivumäärä: 65
Liitteitä: 4

Asiasanat: terveyden edistäminen, fyysinen aktiivisuus, liikuntaneuvonta,
palveluketjut

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää edellytykset tyypin 2 diabetesta sairastavien aikuisten liikuntaneuvonnan palvelupolun kehittämiseksi Turun kaupungissa kartoittamalla olemassa olevat liikuntaneuvonnan käytännöt, haasteet sekä kehittämistarpeet. Tyypin 2 diabetes on voimakkaasti lisääntyvä sekä kansanterveyteen että -talouteen vaikuttava sairaus, jonka ehkäisyssä ja hoidossa fyysisen aktiivisuuden osuus on merkittävä. Turussa fyysiseen aktiivisuuteen ohjautumisen ja liikuntaneuvonnan palveluketjuja on kehitetty pitkään. Asiakkaan joustavan palveluissa siirtymisen turvaamiseksi on havaittu tarvetta toimintakäytäntöjen edelleen kehittämiseksi.

Tutkimuksen kohderyhmä oli Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen sekä liikuntapalvelukeskuksen eri ammattiryhmien edustajat, jotka kohtaavat työssään tyypin 2 diabetesta sairastavia aikuisia. Laadullinen tutkimus toteutettiin teemahaastattelulla, johon valikoitui 11 haastateltavaa. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin mukaisesti.

Tutkimukseen osallistuneet pitivät fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamista ja neuvomista tärkeänä osana tyypin 2 diabetesta sairastavan terveyden edistämistä. Turun liikuntaneuvontakäytäntöä pidettiin pääsääntöisesti hyvänä toimintatapana. Yhteistyöhön ja tiedonkulkuun oltiin nykyisten käytäntöjen ja resurssien puitteissa melko tyytyväisiä. Tutkimuksen mukaan fyysiseen aktiivisuuteen liittyvän ohjaamisen ja neuvonnan sekä asiakkaan tilanteen seuraamisen käytännöt olivat kuitenkin vaihtelevia. Eri ammattilaisten roolit neuvonnan antajina eivät myöskään olleet selkeät. Toimintatapojen kehittämisen haasteina haastateltavat pitivät erityisesti siihen käytettävän ajan rajallisuutta sekä ammattilaisten sijoittumista fyysisesti laajalle alueelle. Toiminnan kehittämisen keinoksi ehdotettiin moniammatillista työryhmää.

Tulokset ilmaisevat käytäntöjen yhtenäistämisen, resurssien monipuolisemman hyödyntämisen ja tiedonkulun parantamisen tarvetta. Asiakkaan tarkoituksenmukaisen palveluissa ohjautumisen parantamiseksi eri ammattilaisten roolien selkiyttäminen ja kirjaaminen olisi tärkeää. Erityisesti fysioterapeuttien osaamisen hyödyntämistä ja työnjakoa liikuntapalveluvastaavien kanssa kannattaisi pohtia. Olemassa olevan LIIKU-lomakkeen käyttöä tiedonkulun välineenä tulisi lisätä sekä pohtia sen mahdollisuuksia asiakkaan fyysisen aktiivisuuden seurannan välineenä. Olennaista on olemassa olevan liikuntaneuvonnan palvelupolun kuvauksen tarkentaminen.

PRECONDITIONS FOR DEVELOPING A CHAIN OF PHYSICAL ACTIVITY COUNSELLING SERVICES FOR TYPE 2 DIABETIC ADULTS IN TURKU

Hiitti, Eija

Suonpää, Henna

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Counselling and Planning

June 2010

Saaristo, Sirpa and Sallinen, Merja

YKL: 59.3

Number of pages: 65

Appendices: 4

Keywords: health promotion, physical activity, physical activity counselling,
service chains

The purpose of this thesis was to define the preconditions for developing a chain of physical activity counselling services for adults with type 2 diabetes in the City of Turku by determining the existing practices, challenges and development needs of physical activity counselling. In Turku, service chains aimed at guiding people to engage in physical activity and at providing physical activity counselling have been in development for a long time. It has been found that further development of operating practices is necessary.

The target group of the study comprised those representatives of different professional groups employed by the Turku Municipal Health Care and Social Services and Centre for Sports Services. The qualitative study was conducted by means of a thematic interview of 11 screened interviewees. The collected material was analysed according to the procedures of theory-driven content analysis.

The participants in the study viewed guidance towards physical activity and related counselling as an important part of promoting the health of type 2 diabetics. The prevalent practice of physical activity counselling in Turku was primarily seen in a positive light. However, in the course of the study, significant variation was found in the guidance and counselling measures relating to physical activity as well as the practices involved in monitoring the situation of each respective client. Moreover, there was some ambiguity found in the roles of the various professionals providing the counselling. According to the interviewees, the challenges faced by the development measures include, in particular, the limited nature of the allocated time and the fact that the professionals involved are scattered over a large area.

The results indicate a need to harmonise practices, utilise resources in a more diverse fashion and improve the information flow. To enable clients to better find suitable services for their individual needs, it is necessary to clarify and record the roles of the different professionals involved. It would be particularly useful to consider how the expertise of physiotherapists can be better exploited, and how tasks can be allocated between them and the persons responsible for the physical activity services. The use of the existing LIIKU form as a means of enabling information flow should be increased. The opportunities it provides for monitoring the physical activity of clients should be considered. It is imperative to clarify the description of the existing service chain of physical activity counselling.

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 6 |
| 2 | TERVEYDEN EDISTÄMINEN OSANA KANSANTERVEYSTYÖTÄ..... | 8 |
| 2.1 | Terveyden edistämistä ohjaavat lait ja ohjelmat..... | 8 |
| 2.2 | Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä..... | 11 |
| 2.2.1 | Terveysliikunnan suositukset..... | 11 |
| 2.2.2 | Fyysinen aktiivisuus tyypin 2 diabeetikon terveyden edistämässä..... | 13 |
| 2.2.3 | Fyysisen aktiivisuuden lisääminen – henkilökohtainen muutosprosessi..... | 15 |
| 2.2.4 | Yksilön vai yhteiskunnan vastuu?..... | 19 |
| 2.3 | Perusterveydenhuollon mahdollisuudet yksilötasoisien terveyden ja liikunnan edistämässä..... | 23 |
| 3 | FYYSISEEN AKTIIVISUUTEEN OHJAAMINEN PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ OSANA TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ..... | 24 |
| 3.1 | Liikuntaneuvonta ja liikkumisresepti..... | 24 |
| 3.2 | Perusterveydenhuollon ja liikuntatoimen roolit asiakkaan terveyden edistämässä ja liikuntaneuvonnassa..... | 27 |
| 3.3 | Liikuntaneuvonnan palveluketjut..... | 30 |
| 4 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT..... | 35 |
| 5 | TUTKIMUKSEN TOTEUTUS..... | 35 |
| 5.1 | Kohderyhmä ja harkinnanvarainen näyte..... | 35 |
| 5.2 | Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä..... | 36 |
| 6 | TULOKSET..... | 39 |
| 6.1 | Neuvonnan ja ohjaamisen käytännöt..... | 40 |
| 6.1.1 | Neuvonnan perustelut ja sisältö..... | 40 |
| 6.1.2 | Asiakaslähtöisyys..... | 41 |
| 6.1.3 | Vuorovaikutus..... | 43 |
| 6.2 | Yhteistyö ja tiedonkulku..... | 45 |
| 6.2.1 | Eri ammattilaisten roolit neuvonnan antajina..... | 45 |
| 6.2.2 | Yhteistyö..... | 48 |
| 6.2.3 | Tiedonkulku ja tiedottaminen..... | 49 |
| 6.3 | Resurssit..... | 51 |
| 6.3.1 | Strateginen ohjaaminen..... | 52 |
| 6.3.2 | Aika- ja materiaaliresurssit..... | 52 |
| 6.3.3 | Työntekijäresurssi..... | 54 |
| 6.3.4 | Käytännöt..... | 54 |
| 7 | JOHTOPÄÄTÖKSET..... | 56 |
| 8 | POHDINTA..... | 58 |

| | |
|---|----|
| 8.1 Tutkimusten luotettavuuden tarkastelua | 59 |
| 8.2 Tutkimustulosten tarkastelua | 60 |
| 8.3 Tutkimuksen hyödyntäminen tulevaisuudessa | 60 |
| LÄHTEET | 62 |
| LIITTEET | |

1 JOHDANTO

Yhteiskunnan ja sen jäsenten hyvinvoinnin edistäminen vaatii investointia ihmisten terveyteen. Liikunnan edistäminen on todettu edullisimmaksi keinoksi edistää kansanterveyttä. Liikunnan lisääminen vaatii sen edellytysten parantamista määrätietoisesti osana väestön elinolojen ja ympäristön kehittämistä. (Vuori, 2010.)

Suomalaisista aikuisista noin 60–65% arvioidaan liikkuvan terveytensä kannalta riittävästi. Aikuisten terveysliikunnassa on viimeisinä vuosikymmeninä tapahtunut muutoksia niin, että vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt, mutta työmatka- ja asiointiaktiivisuus ovat vähentyneet. Liian vähäisen liikunnan arvioidaan aiheuttavan Suomessa vuosittain noin 300–400 miljoonan euron kustannukset terveydenhuolto- ja sosiaalimenoina, sairauspoissaoloina ja työn tuottavuuden heikkenemisenä. Terveysliikunnan kehittämisessä päätavoitteeksi nähdään terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien määrän lisääntyminen väestössä. Erityisesti korostetaan arkiliikunnan roolia päivittäisen aktiivisuuden turvaamisessa sekä eri hallinnonalojen välistä yhteistyötä pyritäessä muun muassa edistämään painonhallintaa ja tyypin 2 diabeteksen ehkäisyä. (Fogelholm, Paronen & Miettinen 2007, 3-4, 104–105.)

Turussa kaupunkilaisten hyvinvoinnin edistämiseksi sekä liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi on toimittu pitkään. Turku on myös mukana useammassa kansainvälisissä ja kansallisissa terveyttä ja liikuntaa edistävissä ohjelmissa. Kehittämistyössä on pyritty erityisesti lisäämään aktiivisesti liikkuvien kaupunkilaisten määrää sekä parantamaan palveluita, palveluiden joustavuutta ja saumattomuutta sekä asiakaslähtöisyyttä. (Helander & Revonsuo 2006, 10, 20–27.)

Vuosien 1994–2000 aikana Turun kaupungissa toteutetussa Liike 2000 -projektissa kehitettiin terveysliikunnan edistämisen edellytyksiä ja toimintakäytäntöjä. Projektissa toimintaa pyrittiin tehostamaan hallintokuntien yhteistyötä kehittämällä, sekä hallintokunnissa sisäisesti että niiden välillä. Toiminnan perustana oli oivallus siitä, ettei terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvia tavoiteta liikuntasaleilta tai urheilukentiltä vaan asiakaskontakteissa terveys-, sosiaali-, koulu- ja nuorisotoimissa. (Helander & Revonsuo 2006, 42–43, 49–50.) Projektin aikana kehitettiin esimerkiksi

terveydenhuollon ja sosiaalitoimen asiakkaille jaettavaksi tarkoitettu liikuntasuosituksia sisältävä lomake ”kunnan resepti” (Koski 2001, 27, 31). Projektin päättyessä yhteistyö oli kehittynyt niin, että liikuntaa aktivoivat toiminnot (liikuntainformaation jakaminen, terveysliikuntaan ohjaus ja motivointi) ja ennaltaehkäisevä työtapa voitiin siirtää osaksi hallintokuntien normaalia toimintaa. Konkreettinen esimerkki hallintokuntien jatkuvasta yhteistyöstä on liikuntaneuvonta, jota antavat sosiaali- ja terveystoimen liikuntaneuvojat sekä liikuntapalvelukeskuksen liikuntapalveluvastaavat. (Helander & Revonsuo 2006, 50, 53.)

Turun kaupungin liikuntapalvelukeskuksessa on kehitetty liikunnan palveluketjumallia, jossa liikuntapalveluja suunnitellaan ja toteutetaan kohderyhmäkohtaisesti yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Tarkoituksena on edesauttaa liikuntamotivaatioiltaan, kuntotasoltaan, terveydeltään tai toimintakyvyltään erilaisten kuntalaisten mahdollisuuksia löytää sopivia liikuntapalveluja. Ajatuksena on, että palveluketjun portailla voi edetä aktiivisen elämäntavan opettelusta esimerkiksi liikuntatoimen järjestämien ryhmien kautta liikuntaseurojen, yhdistysten ja yksityisen sektorin järjestämään liikuntaan. (Helander & Revonsuo 2006, 66–69.)

Vuonna 2003 Turussa aloitettiin terveystoimen ja liikuntatoimen yhteinen Ketjureaktio -hanke kohderyhmänään asiakkaat, joilla on tyyppin 2 diabeteksen riskitekijöitä. Hankkeella pyrittiin lisäämään terveystoimessa tapahtuvaa lääkäreiden ja terveydenhoitajien antamaa liikuntaneuvontaa. Neuvonnan tehostamiseksi kehitettiin valtakunnallisesta liikkumisreseptistä paikallinen osaksi terveystoimen sähköistä potilastietojärjestelmää liitetty liikkumissuositus (LIIKU-lomake). Ketjureaktiossa terveystoimen liikuntaneuvoja laati liikkumissuosituksen saaneen asiakkaan kanssa liikkumissuunnitelman. (Lindgren 2006, 71.)

Käytäntö liikkumissuosituksen saaneiden ohjaamisesta liikuntaneuvojalle on edelleen käytössä, mutta se vaatii kehittämistä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa olemassa olevan liikuntaneuvonnan palvelukuvauksen tarkentamiseksi, jotta asiakkaan siirtyminen palveluissa tapahtuisi joustavasti ja siten tukisi häntä fyysisesti aktiivisemmän elämäntavan omaksumisessa. Tarkoituksena on selvittää edellytykset tyyppin 2 diabetesta sairastavien aikuisten liikuntaneuvonnan palvelupolun

kehittämislle Turun kaupungissa kartoittamalla olemassa olevat liikuntaneuvonnan käytännöt, haasteet ja kehittämistarpeet.

2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN OSANA KANSANTERVEYSTYÖTÄ

”Terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveyden edistäminen on myös terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta.” (Vertio 2003b, 29.) Terveyden edistämisen onnistuminen vaatii terveellisen yhteis-kuntapolitiikan kehittämistä, terveellisen ympäristön aikaansaamista, yhteisöjen toiminnan tehostamista, henkilökohtaisten taitojen kehittämistä sekä terveyspalvelujen uudistamista. (Koskenvuo & Mattila 2003, 16.) ”Terveyden edistäminen on laaja-alaista ja suunnitelmallisen pitkäjänteistä toimintaa yhteiskunnan kaikilla tasoilla.” (Pyykkö 2006, 12).

Kansanterveystyö määritellään kansanterveyslaissa (66/1972). Sillä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, johon sisältyy myös sairauksien ja tapaturmien ehkäisy sekä yksilön sairaanhoito. Kansanterveystyöstä huolehtiminen on asetettu kunnan tehtäväksi. (Kansanterveyslaki 66/1972, 1§, 5§.)

2.1 Terveyden edistämistä ohjaavat lait ja ohjelmat

Suomessa kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ohjataan lainsäädännöllä, politiikkaohjelmilla ja laatusuosituksilla. Suomen perustuslaki (731/1999) edellyttää julkisen vallan turvaavan kansalaisille perusoikeudet. Liikunnan edellytykset sisältyvät sivistyksellisiin perusoikeuksiin (Suomen perustuslaki 731/1999, 16§). Kuntalain (365/1995, 1§) mukaan kunnan tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan. Kansanterveyslain (66/1972, 14§) mukaan kunnan tulee kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä muun muassa huolehtia

asukkaiden terveysneuvonnasta, seurata asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin sekä huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa ja tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Liikuntalaki (1054/1998) määrittelee kunnan ja valtion tehtäväksi myös liikunnan yleisten edellytysten luomisen. Liikunnan järjestämisen päävastuu ohjataan liikuntajärjestöille. Liikuntalain tarkoituksena on edistää liikuntaa, kilpa- ja huippu-urheilua sekä niihin liittyvää kansalaistoimintaa, edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä tukea lasten ja nuorten kasvua ja kehitystä liikunnan avulla. Liikuntalain mukaan kunnan on luotava edellytyksiä kuntalaisten liikunnalle kehittämällä paikallista ja alueellista yhteistyötä sekä terveyttä edistävää liikuntaa, tukemalla kansalaistoimintaa, tarjoamalla liikuntapaikkoja sekä järjestämällä liikuntaa ottaen huomioon myös erityisryhmät. (Liikuntalaki 1054/1998, 1-2§.)

Suomen terveyspolitiikka on linjattu valtioneuvoston periaatepäätöksessä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa, jonka taustana on Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma. Terveyden edistämistä painottavan ohjelman keskeiset tavoitteet ovat kansalaisten terveiden elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveys-erojen pienentäminen. Ohjelma on yhteistyöohjelma, joka pyrkii tavoitteisiin kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. (STM 2001a.)

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma on yksi hallituksen kolmesta politiikkaohjelmasta. Sen tavoitteena on väestön terveydentilan parantuminen ja terveyserojen kaventuminen. Terveysthuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä aiheutuvien kustannusten hillitsemiseen pyritään vaikuttamalla keskeisiin kansan-sairauksiin. Yhtenä toimenpiteenä tavoitteen saavuttamiseksi esitetään elintapoihin vaikuttaminen ja liikunta olennaisena osana sitä. Ohjelmassa painotetaan liikunnan aseman vahvistamista kunnallisena peruspalveluna sekä arkiliikunnan edellytysten parantamista. Terveyserojen kaventumiseksi kiinnitetään huomio erityisesti riskiryhmään kuuluvien liikuntapalveluiden kehittämiseen. Terveyden edistämässä korostetaan perusterveydenhuollon roolia. Liikkumisreseptin käytön kehittäminen ja laajentaminen katsotaan tarpeelliseksi. (Valtioneuvosto 2007, 1, 7-10.)

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista esitetään tavoitteet ja kehittämislinjat eri ikäkausi- ja väestöryhmille, arkiympäristön kehittämiseen, paikallistason päätöksentekoon, eri ammattiryhmien kouluttamiseen sekä seurantaan ja tutkimukseen. Päättävänä on väestön terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy. Periaatepäätöksessä korostetaan terveyden huomioimista kaikessa päätöksenteossa sekä eri toimijoiden terveyttä edistävän liikunnan ja ravitsemuksen suosituksia, tavoitteita ja toimintoja koskevan yhteisymmärryksen merkitystä. Opiskelu- ja työikäisille tavoitteeksi on asetettu muun muassa jokaisen mahdollisuus saada tukea ja kannustusta elintapamuutoksiin työ- ja toimintakyvyn, jaksamisen ja painonhallinnan parantamiseksi. Paikallistason päätöksenteossa tärkeänä pidetään perusterveydenhuollon resurssien sekä eri hallinnonalojen välisen yhteistyön lisäämistä riittävien liikunta- ja ravitsemusohjauspalveluiden takaamiseksi. Elintapoihin liittyvää ohjausta antavien ammattilaisten koulutuksessa korostetaan osaamisen vahvistamista erityisesti elintapamuutosten tukemiseen, ohjaustaitoihin ja valmiuksiin tunnistaa ongelmia. (STM 2008, 11–12, 16–18.)

Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnan edistämisen linjoista on tehty hallitusohjelman toteuttamiseksi julkisen hallinnon näkökulmasta. Päätöksessä korostetaan liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden näkemistä osana kansalaisten elin- ja elämäntapojen kokonaisuutta. Toinen tärkeä lähtökohta on liikuntapolitiikan ymmärtäminen osana hallinnonaloja yhdistävää hyvinvointipolitiikkaa. Tavoitteena on liikuntaharrastuksen ja fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen elämänkulun eri vaiheissa. Erityisesti työikäisten kohdalla korostetaan omavastuun lisääntymistä liikunnasta ja sitä tukevien olosuhteiden kehittämistä. (OPM 2009, 7, 17–18.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatima terveyden edistämisen laatusuositus on tarkoitettu työvälineeksi kunnan kaikille hallinnonaloille, päättäjille ja työntekijöille terveyden edistämisen toimintakäytäntöjen kehittämiseksi sekä laadunhallintatyön tukemiseksi. Sen tavoitteena on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen nostaminen yhdeksi toiminnan painoalueeksi kaikissa kunnissa. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä jäsennetään kuudeksi toimintalinjaksi, jotka ovat terveyden edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen; terveyttä edistävät elinympäristöt; terveyttä edistävä yhteistyö ja osallistuminen; terveyden edistämisen osaaminen; terveyttä

edistävät palvelut sekä terveyden edistämisen seuranta ja arviointi (STM 2006, 14–29.)

2.2 Fyysinen aktiivisuus terveyden edistämisessä

Fyysistä aktiivisuutta on kaikki lihasten tahdonalainen, energiankulutusta lisäävä toiminta, joka on välttämätöntä elimistön rakenteille ja toiminnoille. Fyysisen aktiivisuuden vähimmäismäärä, joka ehkäisee liikkumattomuuden haitat ja tuottaa kohtalaisen terveyden ja toimintakyvyn, toteutuu yleensä päivittäisissä toiminnoissa. (Fogelholm ym. 2007, 21–25.)

Ihmisten liikkumisessa on tapahtunut vuosikymmenten saatossa voimakas kulttuurin muutos. Fyysisesti rasittava maatalousyhteiskunta on teknologian kehittymisen myötä muuttanut ihmisen tekemää työtä fyysisesti passivoivampaan suuntaan. Fyysinen aktiivisuus ja terveytensä kannalta riittävästi liikkuminen on siirtynyt voimakkaasti jokaisen vapaa-ajan vastuulle. (Fogelholm ym. 2007, 21–25.)

2.2.1 Terveysliikunnan suositukset

Yhdysvaltojen terveysvirasto julkaisi vuonna 2008 terveyttä edistävän liikunnan suositukset amerikkalaisille. Kyseessä oli ensimmäinen Yhdysvaltojen terveysviraston virallinen terveysterveyttä edistävien liikunnan suositusten perusteelliseen alan tieteellisen kirjallisuuden analyysiin. Näihin suosituksiin sisältyy muun muassa seuranta- ja päivittäisvelvoite. Ne pohjautuvat amerikkalaiseen yhteiskuntaan, mutta kirjallisuuden perusteella liikunnan terveyttä edistävissä vaikutuksissa ei ole olennaisia eroja esimerkiksi etnisen taustan mukaan. Näin ollen suositusten voidaan katsoa pätevän myös Suomen väestöön. Suosituksissa painottuu liikunnan sairauksia ehkäisevien ja terveydelle tärkeiden kuntovaikutusten saavuttaminen. Liikuntaa ei käsitellä niissä sairauksien hoito- tai kuntoutusmuotona. Suosituksen perustelussa nostetaan esiin, että liikunnan jakaminen koko viikolle olisi eduksi liian suurten kerta-annosten välttämiseksi ja siten ylipainuksesta aiheutuvien haittojen riskin vähentämiseksi. (Vuori 2008, 4077a.)

Fyysinen aktiivisuus jaetaan suosituksissa kahteen pääalueeseen: perusaktiivisuuteen ja terveyttä edistävään aktiivisuuteen, terveystuottoon. Perusaktiivisuus sisältää päivittäiseen elämään sisältyviä kevyitä toimintoja, kuten seisomista, hidasta kävelyä ja kevyiden esineiden nostelua. Tämän tyyppisiä toimintoja tekevät henkilöt luetaan fyysisesti passiivisiksi. Hetkellinen kuormituksen lisääminen esim. portaita nousemalla ei vielä riitä osaksi suositeltua liikuntaa. Perusaktiivisuuden terveysvaikutuksiin ei oteta kantaa, koska sitä koskevaa tutkimusnäyttöä ei ollut käytettävissä. Kuitenkin perusaktiivisuuden edistäminen on perusteltua, koska siinä kuluu painonhallinnan kannalta merkityksellistä energiaa. Se on eduksi muun muassa ympäristöön ja liikenteeseen kohdistuvien vaikutusten vuoksi, ja sillä on kasvatuksellinen merkitys opastamalla fyysisen aktiivisuuden valintoihin. (U.S. Department of Health and Human Services 2008.)

Terveystuotto on aktiivisuutta, joka perusaktiivisuuteen lisättyä tuottaa terveys-
hyötyjä. Fyysisen aktiivisuuden tarvitsee olla tällöin riittävän kuormittavaa, kuten ripeää kävelyä, palloa (tennis), tanssia, puutarhatöitä ja voimistelua. Eräiden fyysisen työn tekijöillä (rakennustyöntekijä, kirvesmies) saattaa työhön sisältyä suositukset täyttävä aktiivisuus. (U.S. Department of Health and Human Services 2008.)

Yhdysvaltalaiset, tutkimustiedon perusteelliseen ja kriittiseen analyysiin perustuvat suositukset antavat selkeät ja käyttäjäläheiset suuntaviivat sekä liikuntaa suosittelulle että sitä harrastavalle. Kokonaisuudella tavoitellaan liikunnan terveys-
hyötyjen vakuuttamista luonnolliseksi osaksi jokaisen päivittäistä elämää. (Vuori 2008, 4077c.) UKK-instituutti havainnollistaa 18–64-vuotiaiden terveystuottoa kehittämällä liikuntapiirakka-kuviolla (kuvio 1), jossa on hyödynnetty yhdysvaltalaisia vuoden 2008 suosituksia. Uudessa liikuntapiirakassa korostuu lihaskunnan merkitys terveydelle aikaisempaa enemmän. Kestävyyssuunnitelmia kehittävää liikunnan määrää kuvataan viikoittaisella kokonaisajalla, joka määräytyy liikkumisen rasittavuuden mukaan. Liikuntapiirakassa kiteytetään terveystuottoa edistävään reippaaseen kestävyystyyppiseen liikkumiseen, jota kertyy viikossa yhteensä ainakin 2 tuntia ja 30 minuuttia. Vaihtoehtona annetaan rasittavampi kestävyystuotto, jota kertyy viikossa yhteensä ainakin 1 tunti 15 minuuttia. Oman kunnon mukaan voi yhdistellä näitä rasittavuudeltaan erilaisia liikkumistapoja. Liikkumista suositellaan jaettavaksi useammalle, ainakin kolmelle päivälle viikossa. Kaikki

tarvitsevat lisäksi lihaskuntoa ja liikehallintaa kohentavaa liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa. (UKK-instituutti 2009.)



Kuvio 1. UKK-instituutin Liikuntapiirakka, josta ilmenee 18–64-vuotiaan viikoittainen terveys liikuntasuositus (UKK-instituutti 2009).

2.2.2 Fyysinen aktiivisuus tyyppin 2 diabeetikon terveyden edistämiseksi

Diabetes on nimitys eriasteisille elimistön energia-aineenvaihdunnan häiriöstä johtuville sairauksille, jotka ilmenevät kohonneena veren glukoosipitoisuutena. Aineenvaihdunnan häiriö johtuu haiman tuottaman insuliinihormonin puutteesta, heikentyneestä toiminnasta tai molemmista. Sairauteen liittyy usein myös rasva- ja valkuaisaineiden aineenvaihdunnan häiriintyminen. (Saraheimo 2009a, 9.) Tyyppin 2 diabeteksen syntyyn vaikuttavat vahvasti perintötekijät, mutta myös ympäristötekijät (Saraheimo 2009c, 31). Ympäristötekijöistä tärkeimmät sairastumisriskiä lisäävät tekijät ovat liikapaino ja liikkumattomuus (Eriksson 2005, 44).

Diabeteksen hoidossa tavoitteena on oireettomuus ja päivittäinen hyvinvointi sekä sairauteen liittyvien elinmuutosten ja sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisy (Käypä hoito -suositus Diabetes 2009, 8; Saraheimo 2009b, 11–12). Hoito muodostuu ruokavaliosta, liikunnasta ja lääkehoidosta. Keskeistä on hoitomuotojen yhteensovittaminen sekä asiakkaan sitoutuminen oman sairautensa hoitoon. Motivaation lisäksi asiakas tarvitsee tietoja ja taitoja, minkä takia lääkärin ja diabeteshoitajan antamalla ohjauksella on suuri merkitys. (Käypä hoito -suositus Diabetes 2009, 8-10; Saraheimo 2009a, 10.)

Fyysisen aktiivisuuden lisäämisen tavoitteena on glukoosi- ja insuliiniaineenvaihdunnan paraneminen ja siten parempi hoitotasapaino (Kukkonen-Harjula 2005, 100; Saraheimo 2009b, 12). Fyysinen aktiivisuus voi ehkäistä myös tyypin 2 diabeetikkojen sydän- ja verisuonisairauksia ja niihin liittyvää kuolleisuutta. (Rönnemaa 2009, 173). Tehokkaimmin vaikutukset tuntuvat tyypin 2 diabeetikoilla, joiden elimistön oma insuliinin-tuotanto ei ole ratkaisevasti vähentynyt eikä lisäsairauksia ole ehtinyt kehittyä (Kukkonen-Harjula 2005, 101; Rönnemaa 2009, 173). Fyysisen aktiivisuuden vaikutuksia ei voida korvata lääkkeillä, ja siksi lääkitys on suunniteltava niin, että liikunnan harrastaminen onnistuu ongelmitta (Käypä hoito -suositus Diabetes 2009, 9). Vaikutukset eivät myöskään varastoidu, ja siksi on tärkeää suhtautua liikuntaan pysyvänä ja säännöllisenä hoitomuotona. (Eriksson 2005, 449–450).

Tyypin 2 diabeetikolle suositellaan sekä kestävyysliikuntaa että voimaharjoittelua (Eriksson 2005, 445). Vähimmäissuositus 30 minuutin liikunnan harrastamisesta viitenä päivänä viikossa on diabeetikoille sama kuin muullekin väestölle (Käypä hoito -suositus Diabetes 2009). Kestävyystyyppisellä liikunnalla ei välttämättä ole tyypillisesti heikon suorituskyvyn omaavan tyypin 2 diabeetikon insuliiniherkkyyteen ja glukoositasapainoon yhtä edullisia vaikutuksia kuin terveillä ihmisillä. Vaikutusten syntyminen vaatii arvioiden mukaan maksimihapenkulutuksen tietyn tason ylittymistä. Kevyemmällä aerobisella liikunnalla on kuitenkin positiivisia vaikutuksia tyypin 2 diabeetikon rasva-aineenvaihduntaan ja verenpaineeseen fyysisen suorituskyvyn ja hapenkulutuksen parantumisen lisäksi. Voimaharjoittelulla, jossa lihassmassa ja lihasten verenkierto lisääntyvät, voidaan parantaa insuliiniherkkyyttä merkittävästi (Eriksson 2005, 445). Glukoosin siirtyminen soluihin ja sen käyttö lihasten energianlähteenä paranee, jolloin veren glukoosipitoisuus laskee (Kukkonen-Harjula 2005,

100; Rönnemaa 2009, 172). Insuliiniherkkyys paranee osittain myös lihasmassan kasvusta seuraavan glukoosin varastoitumistilan lisääntymisen johdosta. Lihasmassan kasvu lisää myös perusaineenvaihduntaa, mikä vaikuttaa myönteisesti painonhallintaan. Lisäksi voima-harjoittelu vaikuttaa positiivisesti verenpaineeseen ja rasva-aineenvaihduntaan. (Eriksson 2005, 445.)

Mikäli tyypin 2 diabeetikon hoidossa tavoitteena on painonpudotus, alkuvaiheessa suositellaan keskittymistä uusien ruokailutottumusten opetteluun. Liikunnan lisääminen ja terveellisempien liikuntatottumusten omaksuminen kannattaa jättää painonhallintavaiheeseen, koska useiden elintapojen muuttaminen samanaikaisesti on vaativaa. Painonhallinnan tueksi suositellaan erityisesti vähitellen tapahtuvaa arkiaktiivisuuden lisäämistä, millä voi olla kokonaisenergiankulutuksen ja liikunnallisen elämäntavan kannalta suurempi vaikutus kuin muutaman kerran viikossa harrastetulla kunto liikunnalla. Se on helpommin sovitettavissa jokapäiväiseen elämään. (Kukkonen-Harjula 2009, 26–28.)

Fyysisen aktiivisuuden lisäämistä suunniteltaessa on otettava huomioon myös siihen liittyvät riskit. Liikunta ei yleensä aiheuta tyypin 2 diabeetikolle hypoglykemian vaaraa mikäli käytössä ei ole lääkitystä (Eriksson 2005, 448; Kukkonen-Harjula 2005, 101). Tyypin 2 diabetekseen liittyvästä suurentuneesta sydän- ja verisuonitautiriskistä huolimatta kuormittavuudeltaan kohtuullinen liikkuminen on yleensä turvallista huolellisen terveystarkastuksen jälkeen. Rasituskoetta suositellaan käytettäväksi turvallisen ja tehokkaan liikuntaohjelman suunnittelemiseksi. (Eriksson 2005, 449.) Diabetekseen liittyvät elinmuutokset voivat aiheuttaa rajoituksia liikunnalle (Eriksson 2005, 449; Kukkonen-Harjula 2005, 101).

2.2.3 Fyysisen aktiivisuuden lisääminen – henkilökohtainen muutosprosessi

Käyttäytymisen muuttumiseen vaikuttavat monet tekijät. Muuttuminen ei ole pelkkä yksittäinen päätös, vaan siihen vaikuttavat yksilön sisäiset tekijät, kuten persoonallisuus ja kognitiot, yksilöön liittyvistä tekijöistä muun muassa elämäntilanne, taloudelliset asiat ja sosiaaliset suhteet. Pelkkä myönteinen asenne ei aina riitä, vaan muutok-

sen pitää olla käytännössä mahdollinen ja siihen tulee löytyä riittävät voimavarat. (Marttila 2007, 18.)

Liikunta on yksi käyttäytymisen muoto, jonka muuttaminen on samalla tavalla vaikeaa, kuin esimerkiksi ravinto-, alkoholi- ja tupakointikäyttäytymisen muuttaminen. Liikuntakäyttäytymiseen vaikuttavat hyvin monet tekijät, jotka ovat usein syvälle juurtuneita. Tästä johtuu muutosten tekemisen vaikeus. (Vuori 2005, 464–465.)

Liikunnan onnistunut lisääminen vaatii siihen vaikuttavien lukuisien tekijöiden ja liikuntakäyttäytymisen lainalaisuuksien tuntemista. Lisäksi se vaatii tiedon soveltamista toiminnan kohteena oleviin yksilöihin, ryhmiin ja väestöihin. Näin voidaan toimia kehittämällä ja käyttämällä liikuntakäyttäytymisen teorioita ja malleja. Liikunnan edistämiseen ei ole olemassa perusteelliseen teoriaan pohjautuvaa omaa mallia, vaan siihen sovelletaan yleisiä tai alun perin muiden elintapojen muuttamiseen kehitettyjä malleja. (Vuori 2005, 648.)

Käyttäytymisen muutosvaihemalleista tunnetuin ja tutkituin on transteoreettinen muutosvaihemalli, niin sanottu Prochaskan malli. Alun perin malli on kehitetty kuvaamaan tupakanpolton lopettajilla havaittuja vaihteita. Sen on todettu soveltuvan hyvin kuvaamaan myös painonhallintaan, liikuntaan ja diabeteksen omahoitoon liittyviä käyttäytymismuutoksia. (Turku 2007, 55.) Useimmissa katsauksissa on esitetty transteoreettiseen muutosvaihemalliin pohjautuvan liikuntaneuvonnan mahdollisesti olevan muita neuvontakäytäntöjä vaikuttavampi asiakkaiden fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä, vaikka sen soveltaminen liikuntakäyttäytymiseen ei ole täysin mutkaton. Liikuntakäyttäytymisessä liikunta-aktiivisuuden ja passiivisuuden määrittely ei ole yhtä selkeärajainen kuin esimerkiksi tupakoinnin ja tupakoimattomuuden määrittely. (Vuori 2005, 653; Vähäsarja ym. 2004, 81–83.)

Muutosprosessien tukeminen edellyttää ammattilaiselta käsitystä siitä, missä muutosvaiheessa asiakas on. Transteoreettinen muutosvaihemalli jaetaan viiteen eri vaiheeseen: esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta ja ylläpito. Esiharkintavaiheessa asiakas ei ole tietoinen muutostarpeesta tai ei halua muuttaa käyttäytymistään. Harkintavaiheessa asiakas tiedostaa muutoksen tarpeen, pohtii vakavasti, mutta ei ole vielä valmis muuttamaan käyttäytymistään. Valmistelussa asiakkaalla on vakava ai-

komus muutokseen, hän on motivoitunut ja saattaa tehdä jo pieniä muutoksia käyttäytymisessään. Toimintavaiheessa asiakas on valmis sitoutumaan muutospäätökseen ja tekee jonkin konkreettisen muutoksen. Ylläpitovaiheessa asiakkaan käyttäytyminen sovitun muutoksen mukaisesti on jatkunut jo vähintään puoli vuotta. Muutoksesta on tulossa elämäntapa. (Turku 2007, 56–60; Vuori 2005, 653; Vähäsarja ym. 2004, 82–83.) Asiakkaan muutoksen prosessi etenee vaiheittain, välillä eteen ja välillä taaksepäin. Käyttäytymisen konkreettisia muutoksia alkaa tapahtua, kun asiakas kokee muutoksen enimmäkseen myönteisenä. Muutosvaihemallissa on huomioitu myös mahdollinen repsahdus. Repsahdus voi tapahtua joko väliaikaisesti tai pysyvästi. Tämäkin vaihe tulisi ajatella normaaliksi osaksi prosessin kehittymistä, eikä tulkita henkilön epäonnistumiseksi. Repsahduksen avulla asiakas oppii tunnistamaan muutosta vaikeuttavia tilanteita auttaakseen itseään uuden toimintatavan omaksumisessa. (Turku 2007, 60–61; Vähäsarja ym. 2004, 82.)

Elintapoihinsa liittyvään käyttäytymisen muutokseen yksilö tarvitsee ammattilaisen vahvaa tukea, ohjausta ja neuvontaa. Puhuttaessa neuvonnasta tulee ymmärtää, mitä sillä tarkoitetaan. Neuvonta on aina vuorovaikutustilanne asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Neuvonnalla, joka on perinteinen terveydenhuollon ammattilaisten työmuoto, pyritään kasvatuksen ja viestinnän keinoin edistämään terveyttä. Neuvontaa ei anneta, vaan se toteutuu kummankin osapuolen ehdoilla. (Vertio 2003a, 573; Nupponen & Suni 2005, 216; Vähäsarja ym. 2004, 81) Neuvonnassa ja ohjauksessa ammattilainen liikkuu herkässä maastossa, ihmisten elämään vaikuttavien päätösten alueella. Tällöin on mahdollista, että ammattilainen puuttuu toisen elämään, tietää paremmin tai tarjoaa hyviä neuvoja vastapuolelle, jolloin vaarana on ohjauksessa olevan henkilön oman toimintakyvyn heikkeneminen. Tilanteessa käy päinvastoin, kuin alun perin toivotaan. Ohjausvuorovaikutuksessa on viime vuosien aikana korostettu voimakkaasti ohjauksen jaettua ja dialogissa syntyvää asiantuntemusta. (Onnismaa 2003, 82.)

Toimiva vuorovaikutus ja tietty etenemisjärjestys auttavat ammattilaista pääsemään asiakkaan kanssa toivottuihin tuloksiin elintapojen muuttamisessa. Motivoiminen vaatii ammattilaiselta osaamista, jota monet heistä pitävät omalla kohdallaan puutteellisena. Ammattilaisen halutessa vaikuttaa välittämällään tiedolla, tulee asiakkaan

luottaa ammattilaiselta saamaansa tietoon ja asiantuntemukseen. Lisäksi tiedon tulee soveltua tilanteeseen. Terveystieteiden ammattilainen tiedon välittäjänä koetaan hyvänä, koska hänen asiantuntijuutensa luotetaan ja tietoa pidetään luotettavana. Osaako ammattilainen kuitenkin aina kuunnella asiakasta, sietää muutoshaluttomuutta, kielteisiä tunteita ja asenteita? Usein ammattilainen näkee muutoksen hyödyt selvemmin kuin haitat. Asiakkaan ja ammattilaisen yhdessä asettamien tavoitteiden tulisi kohdata. Asiakaslähtöisyys ei ole aina ollut itsestäänselvyys terveydenhuollosakaan. Terveystieteiden ammattilaiset ovat tottuneet ottamaan ohjat käsiinsä asiantuntijan varmuudella. On saatettu unohtaa kysyä asiakkaan tahtoa. (Vertio 2003b, 142; Absetz 2009.)

Muutos on ajallisesti pitkä prosessi, jossa yksilöä on rohkaistava pohtimaan itse erilaisia vaihtoehtoja ja ratkaisuja, vaikka siihen kului aikaa. Ammattilainen puuttuu asiakkaan itsemääräämisoikeuteen, jos hän ei salli asiakkaan tuoda esille omaa ratkaisuaan tai näkemystään. Neuvontaan ja ohjaukseen käytettävissä oleva aika on usein rajallinen, jolloin se aiheuttaa käytännön ongelmia. Ihmisten on todettu helpommin tekevän päätöksiä terveytensä suhteen, jos häntä rohkaistaan terveyden kannalta myönteisissä ratkaisuissa eikä moralisoida elämäntapojen perusteella. Ainoastaan hitaiden muutosten kautta päästään varmuudella pysyviin muutoksiin. (Vertio 2003a, 574–575.)

Ammattilaiselta saadun tuen ja tiedon välittämisen rinnalle on noussut viime vuosina voimakkaana muut tiedonlähteet, joilla on merkittävä vaikutus ihmisen käyttäytymiseen. Television, aikakauslehtien ja internetin vaikutusta neuvonnan välineenä voivat käyttää yhä useammat. Niin asiakkaalla kuin ammattilaisellakin on käytössään lähes samat tiedonlähteet. (Vertio 2003a, 574.)

Henkilön käyttäytymisen muutokseen liittyy tiiviisti ammattilaiselta saadun tuen ja lukuisten tiedonlähteiden lisäksi, sosiaalinen ja fyysinen ympäristö. Ståhl (2003) tutki väitöskirjassaan sosiaalisen tuen ja fyysisen ympäristön vaikutuksia liikunnan harrastamisen edistämiseksi yksilötasolla. Lähiympäristön (muun muassa perhe ja puoliso) kannustava ilmapiiri vaikutti selvästi liikunnan harrastamiseen verrattuna niihin, jotka eivät kannustusta kokeneet. Ammattilaisista erityisesti lääkäreiden kannustus koettiin merkittäväksi. Tämä vahvistaa käsitystä siitä, että lääkäri on tärkeä tuki asia-

kasta fyysiseen aktiivisuuteen ohjattaessa. (Ståhl 2003, 69, 72, 77–78.) Fyysisellä ympäristöllä on merkitystä terveyskäyttäytymistä ohjaavana tekijänä. Fyysinen ympäristö ei yksinään määrää käyttäytymistä, vaan ennemminkin asettaa ihmisen toiminnalle puitteet toimintamahdollisuuksien ja valintojen suuntautumiseen. Fyysisen aktiivisuuden tukeminen toimintaympäristön avulla on yksi merkittävistä yhdyskuntasuunnitteluun perustuvista liikunnanedistämistoista. (Paronen & Nupponen 2005, 210–215.)

2.2.4 Yksilön vai yhteiskunnan vastuu?

Terveyttä edistäviä työmenetelmiä on toteutettu jo useiden vuosikymmenien ajan ja niitä on arvioitu terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta. Jo 1900-luvun alkupuolelta terveystarkastajat tekivät kotikäyntejä, joiden sisältönä oli sairauksien ehkäisy, ohjaus ja opetus. Näin pyrittiin ohjaamaan yksilöä ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Kansanterveyslaissa (1972) korostetaan terveysneuvontaa, johon sisältyy kansanterveydellisen valistustyön ja kunnan asukkaiden terveystarkastusten järjestäminen. (Pietilä, Eirola & Vehviläinen-Julkunen 2002, 149.) Kansanterveyslain uudistuksessa (2005/928) korostetaan kunnan velvollisuutta ottaa huomioon terveys kaikissa kunnan toiminnoissa ja velvollisuutta mahdollistaa yli sektorirajojen ulottuva yhteistyö terveystarkastuksissa. Terveydenhoidon sijasta muutoksessa käsitteeksi muodostui “terveyden edistäminen, sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien”. (Kosunen 2007, 69.)

1980-luvulla terveyskeskusten toiminnan kehittäminen väestövastuumallin mukaiseksi toiminnaksi kertoi halusta palvella asiakasta paremmin ja tehostaa toiminnan taloudellisuutta. Tällöin korostettiin kunnan vastuullisuutta ja sitoutumista väestön terveystarpeiden arviointiin ja niihin vastaamiseen. Eri vuosikymmenillä painotus terveyden edistämässä oli erilainen; 1970-luvulla painotettiin tiedottamista terveydestä ja terveyteen liittyvästä riskikäyttäytymisestä, ja 1980-luvulla keskityttiin taitoihin ja asenteisiin, joiden uskottiin edistävän terveen elämäntyylin omaksumista. Haettaessa pysyviä tuloksia terveyden edistämiseen, pelkkä tiedon jakaminen ei kuitenkaan riitä. Viime vuosina on keskitytty kehittämään sosiaalisen vaikuttamisen teoriaa hyödyntäviä interventio-ohjelmia. (Pietilä ym. 2002, 150.)

Vuoden 1993 valtiosuusuudistuksen jälkeen siirryttiin informaatio-ohjauksen aika-kauteen, jolloin esimerkiksi varojen käyttöön liittyvää päätösvaltaa siirtyi kunnille. Informaatio-ohjausta on tehostettu uudelle vuosituhannelle tullessa eri osa-alueisiin kohdistuvilla laatusuosituksilla ja toimintaohjelmilla. 2000-luvun alkua ovat kuvanneet monenlaiset hankkeet, joihin sosiaali- ja terveysministeriö sekä lääninhallitus on myöntänyt hankeavustuksia. Hankkeiden tuloksena syntyneiden ratkaisujen pitäisi tulevaisuudessa johtaa pysyvämpiin uusiin toimintamalleihin, rakenteellisiin muutoksiin, yhteis-työmuotoihin ja yhteisorganisaatioihin. (Kosunen 2007, 69–70.) Näiden hankkeiden joukkoon kuului suuri joukko terveyden edistämisen hankkeita, joiden taustalla oli näkemys yksilön hallinnan tunteen vahvistamisesta (Pietilä ym. 2002, 156).

Asiakkaan asiantunteva ohjaaminen terveyden edistämässä yksilön omaa vastuuta tukien vaatii ammattilaiselta jatkuvaa itsensä kehittämistä ja kouluttautumista. Asiakkaiden tilanteet, tarpeet ja odotukset muuttuvat koko ajan. (Pietilä ym. 2002, 152.) Asiakas on aikojen saatossa muuttunut kohteesta aktiiviseksi yhteistyökumppaniksi. Asiakkaiden tarpeet tulee olla palvelun lähtökohta. Keskeinen muutos aikaisempaan on asiakkaan aseman ja vallan vahvistuminen. Tämä aiheuttaa paineen kasvavan asiakkaan taholta, sillä kuluttajaliike ja laki potilaan oikeuksista muuttuvat arkipäiväiksi. (Metsämuuronen 2000, 93.)

Asiakkaan vastuu edellyttää, että hänellä on voimavaroja hallita tunteitaan ja omaa elämäänsä. Tärkeää on huomioida myös vahvuudet, jotka auttavat asiakasta selviytymään elämän stressitilanteissa. (Pietilä ym. 2002, 156–157.) Kun asiakkaalla on kypsynyt valmius muutokseen, hän alkaa toteuttaa sitä. Tässä vaiheessa vastuu on jo selkeästi asiakkaalla. Asiantuntija esittää erilaisia vaihtoehtoja ja tarvittavia suosituksia. Asiakas itse toimii toteuttajana ja vastuun kantajana. (Mustajoki 2003, 4236–4237.)

Käytettävissä olevat suunnitelmalliset ja järjestelmälliset toimintatavat, työmenetelmät, tulee olla asiakkaan terveyttä ylläpitäviä ja edistäviä. Työmenetelmien, kehittäminen on jatkuvan haasteen edessä. (Pietilä ym. 2002, 152.) Asiantuntijan roolina on johdatella asiakasta tavoitteenaan saada asiakas ymmärtämään oman hyvänsä sitä

suoraan kertomatta. Ja näin vastuuttamalla vähitellen asiakasta itseään. (Mustajoki 2003, 4236–4237.) Asiakkaat itse voivat edistää terveyttään muun muassa liikkumalla ja syömällä terveellisesti sekä lopettamalla tupakoinnin, mutta he tarvitsevat tietoa ja tukea päätöksensä perustaksi. (STM 2001b).

Terveyden edistämässä asiakkaan omassa vastuussa korostuu hallinnan tunteen tukeminen, joka edellyttää yksilön ja yhteisön voimavarojen vahvistamista (empowerment). Yksilön ja yhteisön aktiivinen rooli ja osallistuminen korostuvat erityisesti empowerment malleihin perustuvassa terveyden edistämässä. (Pietilä ym. 2002, 158.) Suomalainen yhteiskunta ohjaa ihmisten valintoja muun muassa viestinnän ja poliittisten linjausten keinoin. Jotakin toimintaa pyritään hankaloittamaan, jolloin ajatellaan ihmisen tekevän valinnan parempaan suuntaan, esimerkiksi tupakkalainsäädäntö. (Jallinoja & Mäkelä 2007, 88–90.) Toisaalta pakottaminen on koettu huonoksi tavaksi ohjata ihmistä vastuullisuuteen. Ankaria keinoja ei ole havaittu toimiviksi vapautta arvostavassa kulttuurissa. (Ojanen 2004, 18.)

Asiakkaan vastuuseen liittyy kiinteästi motivaatio, halu muuttaa jotakin, tässä tapauksessa omia elämäntapojaan. Elämäntapojen muuttaminen on prosessi, jossa asiakas liikkuu vaiheittain kohti asetettuja tavoitteita. Jokaisella ihmisellä on sisäinen tarve hallita elämäänsä, johon liittyy halu pysyä terveenä. Tätä ominaisuutta kutsutaan sisäiseksi motivaatioksi. Sisäistä motivaatiota ei tule tukahduttaa suorilla ohjeilla, tävuttelulla ja valvonnalla. Asiantuntijan tulee pyrkiä asiakkaan kanssa tasa-arvoiseen keskusteluun, syyllistämättömään informaation ja vastuun antamiseen asiakkaalle itselleen. Näin sisäinen motivaatio voi kehittyä ja asiakas pääsee lähemmäksi oman vastuunsa ottamista. Prosessin alkuun saattaminen on hyvin herkkää ja vaatii ammatilliselta osaamista asiakkaan kohtaamisessa. Myös asiakkaan tulee tiedostaa asiantuntijan rooli ja oma roolinsa rinnakkain. Asiakkaalla on asiantuntijuus omasta elämästään. Asiakkaan johdattelu keskusteltavan aihepiirin eri tasoille, oma pohdinta ja lopulta päätyminen itselleen, oman terveytensä kannalta hyvään ratkaisuun, on yhteisenä päämääränä. (Mustajoki 2003, 4235.)

Terveyden edistämisen tulisi näkyä kunnan strategioissa poikkihallinnollisesti kautta linjan. Strategioiden tehtävänä on ohjata kunnan toimintaa. Päätöksenteolla osoitetaan ne painopisteet, joihin hallinnonalat haluavat voimavaroja kunnassa kohdentaa.

Kunta-talouden kiristyessä ehkäisevästä työstä, jonka tulokset ovat nähtävissä vasta aikojen kuluessa, supistetaan usein ensimmäisenä. Näin heikennetään ehkäisevän työn mahdollisuuksia. Kansanterveystieteen (2005/928) mukainen terveyden edistämisen vastuu ei voi olla vain asiakastyössä toimivien perustyötä tekevien terveydenhuollon asiantuntijoiden tehtävä. Johtotehtävissä olevien asiantuntijuus ja vaikutusmahdollisuudet tarvitaan koko kunnan toimintaa koskevaan terveyden edistämisen suunnitteluun ja yhteistyöhön. (Perttilä & Uusitalo 2006, 16–17.)

Mikael Fogelholm (2008) pohtii artikkelissaan liikkumattomuuden yhteiskunnalle aiheuttamia kustannuksia ja yhteiskunnan roolia liikkumisen edistäjänä terveyden edistämisen näkökulmasta. On kahdenlaisia näkemyksiä, joissa toisessa liikuntaan panostaminen nähdään investointina, joka maksaa itsensä takaisin ennemmin tai myöhemmin. Toisessa näkemyksessä liikunta nähdään jokaisen omana asiana, josta kunnan tai valtion ei tarvitse se enempää välittää. Ensimmäisessä vastuuta kuulutetaan selkeästi yhteiskunnan taholta ja toisessa se koetaan olevan täysin yksilön omalla vastuulla. (Fogelholm 2008, 48–49.)

Fogelholmin (2008) artikkelissa tuodaan esille liian vähäisen liikunnan aiheuttamat niin sanotut epäsuorat yhteiskunnalliset kustannukset sairauspoissaolojen lisääntymisellä ja työn tuottavuuden vähentymisellä. Panostuksen kustannus-vaikuttavuus nähdään sitä parempana, mitä enemmän saadaan vähän liikkuvia aktivoitua. Jo riittävästi fyysistä aktiivisuutta harrastavien liikkumisen lisääminen ei ole yhteiskunnallisesti yhtä hyödyllistä. Huoli on siis yhteinen ja sen vastuuttamista nähdään jaettavaksi sekä yhteiskunnalle että yksilölle. Selkeää vastausta, onko vastuu yksilön vai yhteiskunnan, ei ole kukaan yksiselitteisesti vielä kertonut. (Fogelholm 2008, 48–49.)

Sinikka Mönkäre on puhunut XIII Liikuntalääketieteen päivillä vuonna 2004 terveyden edistämisen vastuunjaosta. Hän toteaa: ”Terveyteen ei voi pakottaa, yksilöllä säilyy aina lopullinen valta ja vastuu omista tekemisistään. Yhteiskunta voi toimillaan luoda edellytyksiä, antaa mahdollisuuksia ja kannustaa yksilön ratkaisuja.” (Mönkäre 2004, 31.)

2.3 Perusterveydenhuollon mahdollisuudet yksilötasoisessa terveyden edistämisessä

Väestön terveyden edistämiseksi toimiminen velvoittaa kaikkia kunnan toimialoja, mutta erityinen tehtävä sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä on perusterveydenhuollolla (Rimpelä 2005, 4651–4652, 4655). Perusterveydenhuollon kattavuus luo erityisesti yksilötasoiselle terveyden ja liikunnan edistämislle hyvät edellytykset. Palveluja käyttävissä asiakkaissa on runsaasti niitä, joille liikunnasta olisi erityistä terveydellistä hyötyä. (Vuori 2005, 647.) Lisäksi terveysneuvonta soveltuu luontevasti tilan-teisiin, jolloin sairaus tai sairastumisen riski muutoinkin tulee esille (Kosunen 2007, 71). Terveydenhuoltohenkilöstön antamia neuvoja myös arvostetaan ja pidetään uskottavina (Vuori 2005, 647). Terveysneuvonnan tavoitteena on asiakkaan terveyden lisääminen, itsehoidon tehostaminen, lääkkeiden ja palveluiden taroituksenmukainen käyttö sekä viimekädessä myös sairaanhoitokustannusten vähentäminen (Rimpelä 2005, 4654).

Perusterveydenhuollolla on hyvät mahdollisuudet muodostaa palveluketjuja, joissa asiakas ohjataan lääkärin aloitteesta liikuntaneuvontaan ja edelleen käyttämään eri tahojen palveluja (Vuori 2005, 647). Vaikka terveydenhuoltohenkilöstö on tietoinen terveiden elintapojen edistämisen merkityksestä omassa työssään, neuvonta toteutuu käytännön työelämässä usein rajoitetusti (Poskiparta, Kasila, Kettunen & Kiuru 2004, 1494). Toimintamahdollisuuksia liikunnan edistämiseksi rajoittavia ja tehokkuutta heikentäviä tekijöitä voi kuitenkin olla useita kuten ajan puute, vähäinen kiinnostus liikunnan edistämiseen ja liikunnan heikko priorisointi, puuttuva tai vähäinen terveysliikunnan perusteita ja edistämisen menetelmiä koskeva koulutus, yhtenäisten toimintamenetelmien puuttuminen, vähäinen kiinnostus yhteistoimintaan terveydenhuollon ulkopuolisten tahojen kanssa sekä vähäinen kokemus tästä toiminnasta. Näiden rajoitusten vähentämiseksi luottamusta liikunnan hyödyllisyyteen terveydenedistämisessä on kasvatettava. (Vuori 2005, 647, 657.)

Nykytilanteessa terveyden edistämiseen liittyvään toimintaan kohdistuu myös suuria ristiriitaisuuksia. Ehkäisevän työn merkitystä tulevaisuuden sairaustaakasta selviämiseksi korostetaan, mutta taloudellisen tilanteen takia toimintaan ei voida suunnata lisää resursseja. (Kosunen 2007, 72–73.) Suurena haasteena perusterveydenhuollossa onkin toimintamallien kehittäminen niin, että olemassa olevat henkilöstöresurssit,

potilasmäärät, ajankäyttö ja työnjako tukisivat laadukkaan terveysneuvonnan toteuttamista (Poskiparta ym. 2004, 1494).

Vaikka terveydenhuollon ammattilaisilla on erityinen asema terveyden edistämisessä, yhteisten käytäntöjen kehittäminen ei saisi jäädä henkilöstön vastuulle (Pyykkö 2006, 12; Rimpelä 2009, 3643). Terveydenhuollossa tarvittaisiin väestön terveyden edistämisestä kokonaisvastuun kantava toimeenpanorakenne (Rimpelä 2009, 3643) sekä kaikkien hallinnonalojen yläpuolella johtamis- ja koordinoituvastuun kantaja (Pyykkö 2006, 12). Korkean tason linjauksilla määritellään se, mikä painoarvo terveyden edistämiselle jatkossa annetaan ja mitä voimavaroja työhön osoitetaan (Kosunen 2007, 73.)

3 FYYSISEEN AKTIIVISUUTEEN OHJAAMINEN PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ OSANA TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ

3.1 Liikuntaneuvonta ja liikkumisresepti

Liikuntaneuvonta on terveyden edistämisen sisältöalue, jossa henkilökohtaisen ohjauksen ja neuvonnan merkitys on suuri. Neuvonta on asiakkaan ja ammattilaisen välistä neuvottelua, joka perustuu tasapuoliselle vuorovaikutukselle. Ammattilaisen tehtävä on perehtyä asiakkaan tilanteeseen ja tarpeisiin sekä muokata asiantuntemustaan fyysisen aktiivisuuden terveyshyödyistä ja liikunnan vaihtoehtoisista toteutustavoista asiakkaalle sopiviksi käytännönläheisiksi ehdotuksiksi. Asiakkaan tehtävä on osallistua neuvotteluun tuomalla esiin omat näkemyksensä ja kokeilla yhdessä suunniteltuja mahdollisuuksia. Tavoitteena on asiakkaan omien terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä tukevien taitojen kehittyminen. (Nupponen & Suni 2005, 216–217.)

Pelkkä tiedon ja ohjeiden jakaminen yleisessä muodossa tai kertaluontoinen ohjaus ei ole riittävää pysyvien käyttäytymisen muutosten aikaansaamiseksi (Nupponen & Suni 2005, 217; Tala 2007, 20). Erityisesti hyvin vähän liikkuvat henkilöt tarvitsevat pitkä-jännitteisempää neuvontaa, johon sisältyy yksilöllisen liikuntaohjelman tai -suunnitelman laatiminen, sen toteuttamiseksi tarvittava motivointi, neuvonta ja ohja-

us sekä laaditun ohjelman toteutumisen ja tuloksellisuuden seuranta. (Vuori 2003, 600.) Seurannan on todettu vaikuttavan positiivisesti asiakkaiden kokemuksiin oman terveydentilansa paranemisesta (Tuominen, Tala & Korpi 2007, 44).

Liikkumisresepti on lääkäreiden antaman liikuntaneuvonnan helpottamiseksi suunniteltu työkalu. Se on kehitetty vuosien 2001–2003 aikana terveydenhuollon liikuntaneuvonnan kehittämiseksi toteutetussa Suomen Reumaliiton, Suomen lääkäriliiton, Jyväskylän yliopiston, Kunnossa kaiken ikää -ohjelman, Suomen sydänliiton ja UKK-instituutin yhteisessä hankkeessa. Liikkumisreseptiin kirjataan asiakkaan yksilöllinen liikuntaohje, joka sisältää tiedot asiakkaan tämän hetken liikkumisesta ja sen riittävydestä, liikkumisen terveysterapeutoista ja tavoitteista sekä suositeltavat liikukumismuodot, liikkumisen kesto, rasittavuus ja useus. Myös tiedot liikkumisen toteutumisen arvioinnista ja seurannasta kirjataan. Lomake on suunniteltu niin, että se myös ohjaa liikunta-neuvonnan toteuttamista. (Ståhl 2005, 6–8.) Tavoitteena on myös, että resepti edesauttaa yhteistyötä eri ammattiryhmien ja toimijoiden välillä. Reseptiä voidaan käyttää esimerkiksi lähetteenä fysioterapeutin vastaanotolle yksityiskohtaisemman neuvonnan ja ohjauksen saamiseksi. Myös seuranta voi olla tarkoituksenmukaista toteuttaa fysioterapeutin tai terveydenhoitajan vastaanotolla. Asiakkaan kannalta resepti on tärkeä ohjeiden muistamista tukeva väline. Lisäksi sekä asiakkaan nimellä että lääkärin allekirjoituksella varustetun reseptin on ajateltu tukevan sekä asiakkaan että lääkärin sitoutumista sovittuun ohjeeseen. (Miilunpalo & Aittasalo 2002, 2205–2007.)

Liikkumisresepti on todettu vaikuttavaksi, asiakkaiden liikuntaa lisääväksi (Aittasalo 2008a; Tuominen ym. 2007, 43) ja perusterveydenhuollossa käyttökelpoiseksi menetelmäksi (Aittasalo 2008a, Holopainen & Ståhl 2004, 14). Sen on arvioitu soveltuvan erityisesti asiakkaille, joilla on ylipainoa, tuki- ja liikuntaelimestön oireita tai yleisimmistä kansansairauksista esimerkiksi diabetes (Holopainen & Ståhl 2004, 8; Miilunpalo & Aittasalo 2002, 2205). Asiakkaiden kokemukset liikkumisreseptistä ovat olleet positiivisia ja liikuntaneuvonnan tarvetta vahvistavia (Miilunpalo & Aittasalo 2002, 2205–2206; Ståhl, Borodulin, Kujala & Jousilahti 2004, 3732; Tuominen ym. 2007, 43–44). Lääkäreiden vastaanottotyössä liikkumisreseptin käyttöä rajoittaviksi tekijöiksi koetaan muun muassa ajan puute sekä rutiinin puute tai asiaan perehtymättömyys (Holopainen & Ståhl 2004, 9-10; Miilunpalo & Aittasalo 2002, 2205).

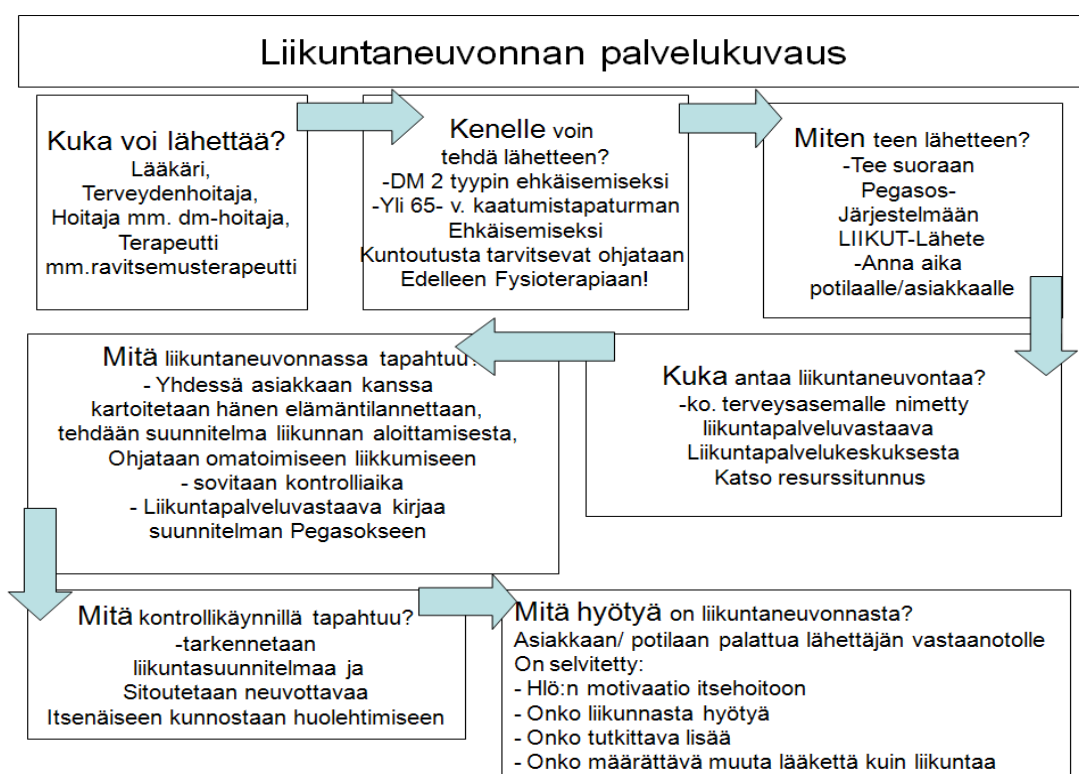
Minna Aittasalo (2008a) on tutkinut väitöskirjassaan työikäisten liikunnan edistämistapojen toteuttamiskelpoisuutta ja vaikuttavuutta suomalaisissa terveyskeskuksissa, työ-terveyshuolloissa ja äitiyshuollossa. Käyttökelpoisiksi ja lyhyellä (2 kuukautta) tai keskipitkällä aikavälillä (6 kuukautta) vaikuttaviksi menetelmiksi todettiin lääkärin kirjoittama liikkumisreseptin (terveyskeskuksissa ja työterveyshuolloissa) lisäksi askelmittarin ja liikuntapäiväkirjan käyttö sekä niistä postitse annettu palaute ja suositukset (terveys-keskuksissa ja työterveyshuolloissa) sekä henkilökohtaiseen liikuntaneuvontaan yhdistetty ryhmäharjoittelu (äitiysneuvolassa). Henkilökohtainen liikuntaneuvonta tai kunto-testaus siihen yhdistettynä ei lisännyt asiakkaiden fyysistä aktiivisuutta verrattuna pelkästään askelmittarin ja liikuntapäiväkirjan käyttöön (työ-terveyshuollossa). (Aittasalo 2008a, 83–89, 93.) Menetelmien käyttöönotto vaatii kuitenkin terveydenhuollon ammattilaisilta yhteisistä liikunnan edistämistavoista ja niihin liittyvistä kirjaamiskäytännöistä sopimista sekä niihin sitoutumista (Aittasalo 2008b, 14).

Turussa liikuntaneuvontaa on kehitetty Liike 2000 -projektissa (v. 1994–2000) sekä Ketjureaktiohankkeessa (v. 2003–2006) (Helander & Revonsuo 2006, 53; Lindgren 2006, 71). Henkilökohtaisen neuvonnan ja ohjauksen tavoitteena on kaupunkilaisen fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen ja liikkumaan aktivoituminen. Liikuntaneuvonta on asiakkaalle maksuton palvelu, joka on tarkoitettu perusterveydenhuollon asiakkaille ja ensisijaisesti ylipainoisille, tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluville sekä liikkumiskyvyltään heikentyneille ikääntyneille. (Pekkola haastattelu 21.4.2010.)

Liikuntaneuvontaa antaa liikuntapalvelukeskuksen liikuntapalveluvastaava, joka vastaanottaa asiakkaita terveysasemalla. Terveystoimittaja, sairaanhoitaja tai lääkäri lähettää asiakkaan liikuntaneuvontaan perusterveydenhuollon potilastietojärjestelmän kautta täyttämällä LIIKU-lomakkeen ja/tai varaamalla ajan ajanvarauskalenterista. Asiakkaan liikkumistottumuksiin ja -mahdollisuuksiin liittyvässä keskustelussa käytetään liikunta-neuvontalomaketta, joka löytyy liikuntapalvelukeskuksen sähköisestä järjestelmästä. Lomakkeeseen kirjataan asiakkaan fyysisen aktiivisuuden nykytila, tavoite, suunnitelma sekä seurantatapaaminen. Arviointikohtaa lomakkeessa ei ole.

Tarvittaessa liikuntapalveluvastaava neuvoo myös sopivien harrastusmahdollisuuksien etsimisessä. (Pekkola haastattelu 21.4.2010.)

Liikuntaneuvonnasta on tehty palvelukuvaus (kuvio 2) (Malmisalo henkilökohtainen tiedonanto 28.10.2009). Käytännöistä ei ole kuitenkaan sovittu yhteisesti liikuntapalvelukeskuksen ja perusterveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Liikuntaneuvonta on liikuntapalvelukeskuksen perusterveydenhuollolle tuottama maksuton palvelu. (Pekkola haastattelu 21.4.2010.)



Kuvio 2. Liikuntaneuvonta terveysasemilla 2009. (Malmisalo Tiina 2009.)

3.2 Perusterveydenhuollon ja liikuntatoimen roolit asiakkaan terveyden edistämässä ja liikuntaneuvonnassa

Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimet yhdistyivät 1.1.2009 yhdeksi hallintokunnaksi (kuvio 3). Yhdistyneestä hallintokunnasta tuli kaupungin suurin noin 13 000 ammattilaisen yksikkö. Hallintokunnan päätöksenteosta vastaa peruspäätöksentekijä. Peruspäätöksentekijän alaisena toimii palvelutuotannon poliittinen ohjaus

johtajanaan peruspalvelujohtaja. Toiminta jakaantuu kahteen alueeseen: palvelutuotannon strateginen ohjaus ja palvelujen operatiivinen tuottaminen. Palvelutuotannon strateginen ohjaus toimii tilaajan roolissa ja palvelujen operatiivinen tuottaminen tuottajan roolissa. Neljä palvelujohtajaa vastaa eri ikäryhmien palvelujen kehittämistä yhteistyössä tulosaluejohtajien johtamien kahdeksan eri tulosalueen kanssa. (Turun kaupungin www-sivut 2010.)

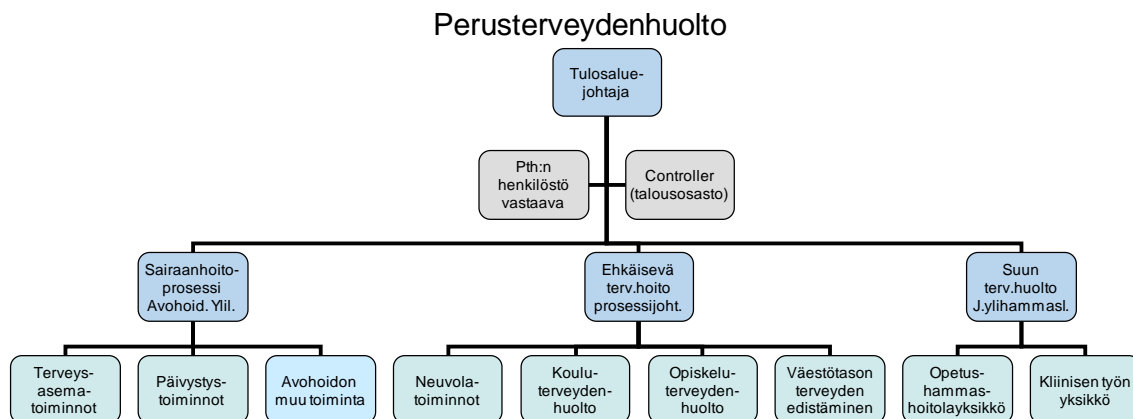


Kuvio 3. Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen organisaatio (Turun kaupungin www-sivut 2010).

Perusterveydenhuollon tulosalue (kuvio 4) jakaantuu sairaanhoitoprosessiin, ehkäisevän terveydenhoidon prosessiin ja suun terveydenhuoltoon. Terveysasemien toiminnot sijoittuvat sairaanhoidon prosessiin, kun taas väestötason terveyden edistäminen kuuluu ehkäisevän terveydenhoidon prosessiin. (Turun kaupungin www-sivut 2010.)

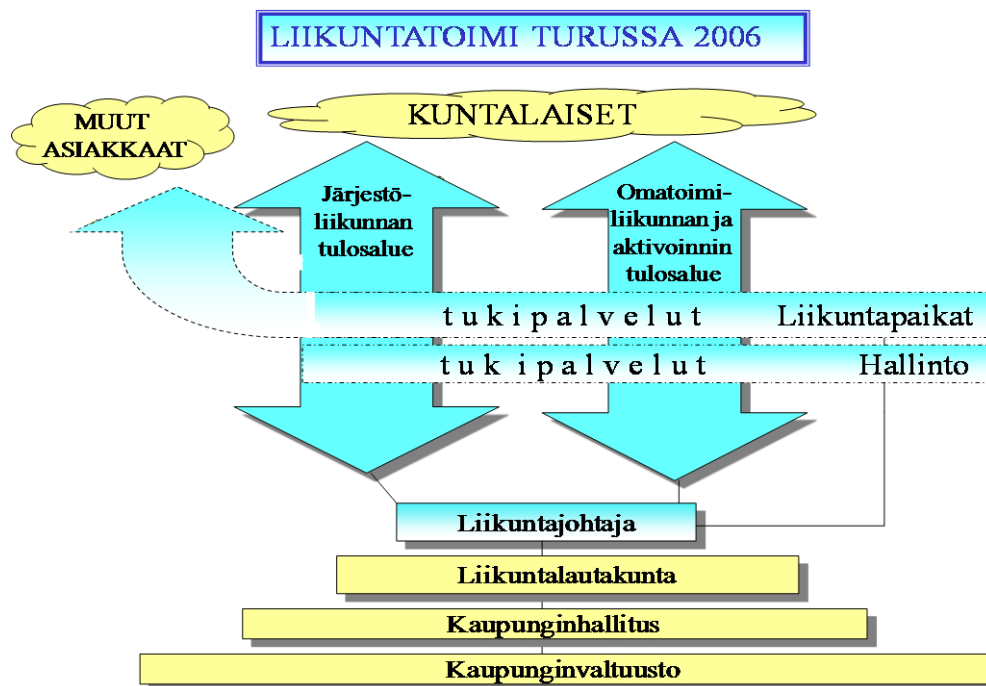
Turussa terveyden edistämisen yksikkö organisatorisesti sijoittuu perusterveydenhuollon terveyden hoidon ehkäisevään prosessiin. Yksikön henkilökuntarakenne on nähty sellaiseksi, että se sopii hyvin kyseisen alueen yhteyteen. Sijoittumista on pe-

rusteltu lisäksi kansanterveyslailla (66/1972) ja tulevalla terveydenhuoltolailla, joissa terveyden edistäminen kuuluu terveyskeskukseen. (Kuusela henkilökohtainen tiedonanto 19.4.2010.)



Kuvio 4. Turun kaupungin perusterveydenhuollon organisaatio (Turun kaupungin www-sivut 2010).

Liikuntatoimi (kuvio 5), johon kuuluu liikuntalautakunta ja liikuntapalvelukeskus, on noin 90 työntekijän hallintokunta. Hallintokunnan päätöksenteosta vastaa liikuntalautakunta. Liikuntajohtajan johtama liikuntapalvelukeskus jakaantuu omatoimiliikunnan ja aktivoinnin tulosalueeseen sekä järjestöliikunnan tulosalueeseen, jotka ovat tilaajan roolissa. Hallinnon ja liikuntapaikkojen palvelut toimivat tuottajina. Liikuntaneuvontaa terveysasemalla antava liikuntapalveluvastaava sijoittuu omatoimiliikunnan ja aktivoinnin tulosalueelle. Palveluiden kehittämisen asukaslähtöinen näkökulma ilmenee kaaviossa kuntalaisten asettumisessa organisaation huipulle. (Ekdahl henkilökohtainen tiedonanto 23.4.2010.)



Kuvio 5. Turun kaupungin liikuntatoimen organisaatio (Turun kaupungin www-sivut 2010).

Liikuntaneuvonta on moniammatillista ja monilla toiminta-alueilla tapahtuvaa asiakkaan ohjaamista ja neuvontaa fyysisessä aktiivisuudessa. Erityisesti terveydenhuollon ammattilaiset tapaavat työssään henkilöitä, jotka tarvitsevat ohjausta ja tukea liikunnan aloittamiseen. Liikuntaneuvonta on osa jokaisen terveydenhuollon ammattiryhmän työtä painottuen hieman eri tavalla. (Toropainen 2007, 16–17.) Siksi linjaukset neuvonnan kohdentumisesta ja toteuttajista ovat tärkeitä yhteisten käytäntöjen kehittämiseksi sekä neuvonnan vaikuttavuuden lisäämiseksi. Olennaista on myös, että asiakas ohjataan toisen ammattilaisen luo liikuntaneuvontaan tai liikuntaryhmiin valmentaan ja rohkaisten. (Nupponen & Suni 2005, 226–227.)

3.3 Liikuntaneuvonnan palveluketjut

Palveluketju määritellään asiakkaan ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaksi organisaatorajat ylittäväksi, suunnitelmalliseksi ja yksilöllisesti toteutuvaksi palveluprosessin kokonaisuudeksi. Palveluprosessilla tarkoitetaan asiakkaan ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien palvelutapahtumien muodostamaa suunnitelmallista toiminto-

sarjaa, jotka ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa yleensä organisaatiokohtaisia. Palveluketjun toimivuus edellyttää, että jollakin toimintayksiköllä on vastuu asiakkaalle annettavien palvelujen ohjauksesta ja seurannasta. (Stakes 2002, 6, 8.)

Palveluketju ei sanan luomasta mielikuvasta huolimatta aina tarkoita lineaarista etenemistä palveluprosessista tai organisaatiosta toiseen vaan kokonaisuus saattaa useammin muodostua verkkomaisista palveluprosesseista (Stakes 2002, 7). Käytössä olevan palveluketju-termin korvaajaksi on ehdotettu käsitteitä palvelukokonaisuus, palveluverkosto tai palvelujärjestelmä (Hyppönen, Hämäläinen, Pajukoski & Tenhunen 2005, 47). Saumattomalla tai suositeltavampana terminä joustavalla palveluketjulla tarkoitetaan asiakkaan ja / tai häntä koskevien tietojen siirtymistä joustavasti palveluprosessista ja organisaatiosta toiseen (Stakes 2002, 7). Käytännössä edelleen puhutaan saumattomasta palveluketjusta, ja sitä termiä käytetään myös tässä opinnäytetyössä kuvattaessa siihen liittyviä toimintakäytäntöjä ja kehittämisen edellytyksiä. Puhuttaessa Turun kaupungin terveystoimen ja liikuntatoimen fyysiseen aktiivisuuteen liittyvän ohjauksen ja neuvonnan palveluiden kokonaisuuden kehittämisestä käytetään termiä liikuntaneuvonnan palvelupolku.

Saumaton palveluketju on yhteistyömalli, jolla pyritään muuttamaan organisaatiokeskeistä palvelujärjestelmää asiakaslähtöiseksi. Se kokoaa yhteen sirpaloituneet palvelut ja palveluntuottajat. Tärkeää on, että palvelut järjestetään asiakkaan eikä organisaation näkökulmasta mahdollisimman toimiviksi. Ammattilaisten verkostomaisen yhteistyön lisäksi ammattilaisen ja asiakkaan vuorovaikutus on keskeisessä asemassa. Palveluketju voidaan ajatella myös osaksi asiakkaan hyvinvointia, terveyttä ja itsenäistä selviytymistä tukevaa sosiaalista verkostoa. (Ruotsalainen 2000, 12, 15, 18–19.)

Saumaton tiedonkulku on palveluketjun toimimisen edellytys. Tavoitteena on, että asiakkaan palvelu on sujuvaa ja joustavaa ilman katkoksia tai viiveitä. Palveluketjun kehittäminen edellyttää siihen kuuluvien prosessien tunnistamista, toimintojen uudelleenorganisointia asiakkaan näkökulmasta, palveluprosessien ketjuttamista saumattomiksi kokonaisuuksiksi ja prosessien muodostaman kokonaisuuden hallinnan kehittämistä organisaatio- ja ammattirajat ylittävällä yhteistyöllä. (Ruotsalainen 2000, 18–19.)

Liikunnan palveluketjujen lähtökohtana on ajatus aktiivisesta omaa terveyttään edistävästä kuntalaisesta, joka hyödyntää paikallisia mahdollisuuksia ja palveluja. Palveluketjun tarkoituksena on luoda sitä varten puitteet ja tarjota mahdollisuus muuttuvissa tilanteissa tarvittavaan tukeen. Terveysliikunnan palveluketjussa kootaan yhteen eri organisaatioissa tuotetut terveysterveyst, liikuntapalvelut ja mahdolliset kuntoutuspalvelut. (Toropainen 2007, 14.)

Liikuntaan liittyvää neuvontaa ja ohjausta voivat antaa useat eri ammattilaiset erityisesti liikuntatoimessa ja sosiaali- ja terveystoimessa, mutta myös kansalais- ja työväenopistoissa, oppilaitoksissa, eläkeläisjärjestöissä, seurakunnissa, urheilu- ja liikuntaseuroissa, kansanterveysjärjestöissä sekä yksityiset liikunta- ja terveysalan ammattiharjoittajat. Neuvonnan antajasta riippumatta tavoitteena on, että kuntalaiselle avautuu monipuolisesti reittejä ohjattuihin liikuntamuotoihin ja liikuntapalveluihin. Tämä edellyttää yhteisiä toimintalinjoja sekä ammattiryhmien sisäistä ja välistä yhteistyötä. Yhteistyöllä voidaan vahvistaa eri toimijoiden osaamista ja kehittää liikuntaneuvonnan ja liikunnan palveluja. Selkeät terveysterveystliikunnan käytännöt ja palveluketjut auttavat ammattilaista työssään. Kuntalaiselle ne merkitsevät palvelujen tarkoituksenmukaisuutta ja käyttäjäystävällisyyttä sekä tukevat matkalla itsenäiseksi liikkuja. (Toropainen 2007, 16–17.)

Liikunnan toimijoiden yhteistyötä hankaloittavia tekijöitä voivat olla kiire, organisatoriset rajat ja rakenteet, varojen ja resurssien jakautuminen hallinnonaloittain. Sektori-ajattelu voi vaikeuttaa kehittämistyötä ja palvelujen toteuttamista esimerkiksi yksityisten palvelujen tuottajien ja kolmannen sektorin kanssa. Liikuntapalvelujen yhteissuunnittelussa pitäisi hyödyntää erilaisia työn tekemisen kulttuureja, tietojen ja taitojen yhdistämistä sekä tietojen jakamista. Tiedottaminen omista palveluista ja tietoisuus muiden tahojen liikuntaneuvonnasta ja liikuntapalveluista on paikallisen yhteistyön lähtökohta. Koordinoitua ajantasaista palveluista tiedottamista tulisi lisätä. Lisäksi tarvitaan päättäjiä ja suunnittelijoita huolehtimaan liikunnan yleisten edellytysten kehittämisestä sekä niiden saamisesta pysyviksi osiksi yhteisön rakenteita ja toimintoja. (Toropainen 2007, 14–16.)

Suomessa liikuntaneuvonnan palveluketjuja on Turun lisäksi kehitetty useilla paikkakunnilla, muun muassa Lahdessa, Nurmijärvellä, Porissa, Oulussa ja Kainuun maakunnassa. Lahdessa palveluketjun kehittämistyön ajatuksena on, että lääkäri tai terveydenhoitaja ohjaa terveyden kannalta riittämättömästi liikkuvan, ylipainoisen tai tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvan asiakkaan LIIKU-lähetteellä liikuntaneuvojalle. Liikuntaneuvonnasta vastaavat liikuntatoimi ja sosiaali- ja terveystoimen avokuntoutuksen fysioterapiaoasto. Liikunnan aloittamisen tukemiseksi liikuntatoimi ja sosiaali- ja terveystoimi järjestävät yhteistyössä ohjattuja LIIKU-reseptiryhmiä. Terveydenhuollossa toimii myös elämäntaparyhmiä, joiden liikunnan osuudesta vastaa paikallinen urheiluseura. (Packalén 2007.)

Nurmijärvellä liikkumislähetteen voi saada terveystieteidenkeskustyöryhmältä, terveydenhoitajalta, diabeteshoitajalta tai työterveyshoitajalta, kun liikunnan tavoitteena on sairauden ehkäisy tai hoito. Liikkumisneuvontaa antavat liikunnanohjaaja tai fysioterapeutti. Asiakkaalle tehdään liikkumissuunnitelma, joka kirjataan potilastietojärjestelmään ja josta asiakas saa kirjallisen version. Liikkumisneuvonta sisältää alku- ja loppumittaukset. Seurantakäynti järjestetään 2-4 kuukauden päähän. (Laine henkilökohtainen tiedonanto 5.12.2009; Nurmijärven kunnan www-sivut 2010.)

Porissa kaupungin työterveyshuollossa on käynnistetty Satakunnan ammattikorkeakoulussa toteutetussa hankkeessa suunnitellun mallin mukainen terveystieteidenkeskustyöryhmä. Ryhmä on tarkoitettu liikuntaa harrastamattomille työikäisille, joilla on metabolinen oireyhtymä tai riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. Työterveyshoitaja valitsee ryhmään osallistujat, työterveyslääkäri arvioi osallistujan sopivuuden ryhmään ja työ-terveysfysioterapeutti tekee haastattelun motivoituneisuuden kartoittamiseksi. Työterveyshuollon ammattilaiset toimivat tiiviissä yhteistyössä koko ryhmän toiminnan ajan. Ryhmäläisiä tuetaan muuttamaan liikkumistottumuksiaan valmentavalla elämäntapaohjauksella 1,5 vuoden aikana järjestettävillä 10–15 tapauskerralla. Työfysioterapeutin ohjaamana ryhmäläiset tekevät henkilökohtaisen terveystieteidenkeskustyöryhmän sekä etsivät ja kokeilevat sopivia liikkumismahdollisuuksia kolmannen sektorin tarjonnasta. (Heilä-Aaltonen 2009, 5.)

Oulussa terveystieteidenkeskustyöryhmien ja palveluketjujen kehittämiseksi on vuodesta 1996 toiminut terveystieteidenkeskustyöryhmä, jonka tavoitteena on ollut ohjata asiakasvirtoja

kuntoutuksesta kuntoliikunnan pariin. Lääkinnällisen kuntoutuksen ja liikuntaviraston lisäksi terveysterveyshuollon lisäksi kuuluu Oulun Työterveys ja alueellisen vanhustyön ja Oulun diakonissalaitoksen ikäihmisten Lähde-projektin edustajat. Terveysterveyshuollon kehittämiseksi vuonna 2006 perustetun monialaisen terveysterveyshuollon ohjausryhmän tehtävänä on suunnitella terveysterveyshuollon tarjontaa eri toimijoiden yhteistyöllä, kehittää palveluja verkottumisella sekä lisätä tietoa terveysterveyshuollon palveluista. Toimintamalleja on luotu palvelujen ketjuttamiseen kuntoutuksesta kuntoliikuntaan, liikuntapalveluketju tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn, alueellisen liikuntaneuvonnan järjestämiseen, ikääntyneiden liikuntakyvyn ylläpitämiseen, nuorten omaehtoisen liikunnan lisäämiseen ja erityistä tukea tarvitsevien lasten liikunnan edistämiseen. Työikäisille on Oulussa järjestetty alueellista maksutonta liikuntaneuvontaa yhteistyössä liikuntaviraston, sosiaali- ja terveystoimen ja alueellisen vanhustyön kanssa. (Oulun kaupungin www-sivut 2010.) Liikuntaneuvontaan voidaan ohjata perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, työterveyshuollosta, opiskelijaterveydenhuollosta ja kuntoutumispalveluista. Asiakas voi hakeutua liikuntaneuvontaan myös omasta mielenkiinnostaan. Neuvonnassa asiakasta ohjataan omaehtoiseen liikuntaan sekä terveysterveyshuollon ja liikuntatoimen että kolmannen sektorin ryhmätöihin. (Pekkala henkilökohtainen tiedonanto 28.4.2010.)

Kainuussa liikuntaneuvontamallia on kehitetty TELIRANE-hankkeella Kainuun Liikunta ry:n, Kainuun kuntien ja Kainuun Maakunta-kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimi-alan yhteistyönä. Liikuntaneuvontaan ohjautetaan pääasiassa perusterveydenhuollon kautta, mutta myös omaehtoisesti. Hankkeiden kautta neuvontaan ohjautuu myös työttömiä sekä työyhteisöjen ja yritysten henkilöstöä. Neuvontaprosessiin sisältyy terveysmittauksia, henkilökohtaisen liikunta- ja ravintosuunnitelman laatiminen ja seurantatapaamisia. Liikuntatottumusten muuttamiseksi järjestetään lajikoitiluja ja starttiryhmiä. (Kainuun Liikunta ry:n www-sivut 2010.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää edellytykset tyypin 2 diabetesta sairastavien aikuisten liikuntaneuvonnan palvelupolun kehittämiseksi Turun kaupungissa kartoittamalla olemassa olevat liikuntaneuvonnan käytännöt, haasteet sekä kehittämistarpeet. Tavoitteena oli kerätä tietoa, jonka pohjalta olemassa olevaa liikuntaneuvonnan palvelukuvausta voidaan tarkentaa ja muokata laajemmaksi kuvaukseksi liikuntaneuvonnan palvelupolusta.

Tutkimustehtävät:

- Miten merkityksellisenä eri ammattiryhmien edustajat pitävät fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamista tyypin 2 diabetesta sairastavien aikuisten terveyden edistämisessä?
- Miten asiakkaan fyysiseen aktiivisuuteen liittyvä ohjaus ja neuvonta toteutuvat sosiaali- ja terveystoimen ja liikuntatoimen palveluorganisaatioissa?
- Mitä haasteita ja kehittämistarpeita liittyy tyypin 2 diabetesta sairastavien aikuisten fyysiseen aktiivisuuteen liittyvään ohjaukseen ja neuvontaan?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Koska tutkimus on luonteeltaan kartoittava, ja sen tarkoituksena on yksittäisen yksikön toimintakäytäntöjen kuvaaminen, päädyttiin kvalitatiiviseen eli laadulliseen lähestymistapaan. Jotta tutkimuskohteesta saataisiin mahdollisimman kattavaa ja syvällistä tietoa sisältävä aineisto, päädyttiin aineistonkeruumenetelmän valinnassa haastatteluun. Toinen peruste haastattelun valinnalle oli kyselylle tyypillisen vastaajakadon välttäminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 136–139, 195, 204–206.)

5.1 Kohderyhmä ja harkinnanvarainen näyte

Tutkimuksen kohderyhmä oli Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen sekä liikuntatoimen eri ammattiryhmien edustajat, jotka kohtaavat työssään tyypin 2 diabe-

testa sairastavia aikuisia. Alkuperäinen tarkoitus oli valita sosiaali- ja terveystoimen haastateltavat eri terveysasemilta, jotta liikuntaneuvonnan toimintakäytännöistä saataisiin monipuolinen kuva. Harkinnan jälkeen päädyttiin kuitenkin valitsemaan haastateltavat yhdeltä terveysasemalta, jossa liikuntaneuvonta on ollut aktiivisena toimintatapana useiden vuosien ajan. Tarkoituksena oli varmistaa se, että haastateltavilla on tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tietoa ja kokemusta. Harkinnanvarainen näyte eli tarkoitukseen sopivien tiedonantajien valinta on laadullisessa tutkimuksessa tärkeää, koska pyrkimyksenä on kuvata ja ymmärtää tiettyä toimintaa (Eskola & Suoranta 2008, 18; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Rajauksen etuna nähtiin myös se, että yhden yksikön toimintatapojen selvittämisen voisi toimia kehittämistyössä esimerkkitapauksena.

Tutkimukseen päätettiin ottaa kymmenen (10) haastateltavaa. Määrän arvioitiin olevan tämältyyppiseen tutkimukseen kahdelle tutkijalle sopiva. Lisäksi katsottiin, että pystytään haastattelemaan kaikkia tutkimuksen kannalta olennaisten ammattiryhmien edustajia ja tarvittaessa myös useampaa saman ammattiryhmän edustajaa. Eri ammattiryhmien edustajien määrä suhteutettiin kyseisessä ammattiryhmässä työskentelevien kokonaismäärään. Haastateltavien ammattiryhmien valinnassa auttoi sosiaali- ja terveystoimen osastonhoitaja. Haastateltavien joukoksi päätettiin kolme (3) lääkäriä, kaksi (2) diabetesvastuuhoidajaa, kaksi (2) fysioterapeuttia, yksi (1) terveydenhoitaja / sairaanhoitaja, yksi (1) ravitsemusterapeutti ja yksi (1) liikuntapalveluvastaava. Tutkimuksen tekemistä varten pyydettiin tutkimuslupa sekä sosiaali- ja terveystoimesta että liikuntatoimesta (liitteet 1 ja 2). Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen marraskuussa 2009 otettiin yhteyttä kunkin ammattiryhmän esimieheen, jonka avustuksella jokainen yksikkö valitsi edustajansa haastatteluun.

5.2 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Haastattelumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu tutkimusmenetelmä, mutta lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelua. Haastattelun teemat eli aihepiirit ovat kaikille haastateltaville samat, mutta yksityiskohtaisia kysymyksiä tai etenemisjärjestystä ei ole määritelty. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.) Teemahaastattelun etuna tämän tutkimuksen kannalta pi-

dettiin keskustelun avoimuutta ja mahdollisuutta tarkentavien kysymysten esittämiseen verrattuna strukturoituun haastatteluun. Etukäteen valituilla teemoilla pyrittiin myös varmistamaan se, että kerätystä aineistosta voitaisiin löytää tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisia merkityksellisiä vastauksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Teemahaastattelun teemojen suunnittelussa hyödynnettiin tutkimusaiheesta olemassa olevaa tietoa ja aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia sekä tutkijoiden omaa kokemusta yli hallintorajojen tapahtuneesta yhteistyöstä.

Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina, mutta haastattelihoita oli kaksi. Tällä haluttiin varmistaa haastattelujen luotettavuus verrattuna siihen, että kumpikin tutkija olisi tehnyt viisi haastattelua. Tämän haastattelutavan sekä haastattelurungon testaamiseksi ja haastattelun pituuden selvittämiseksi tehtiin esihaastattelu yhdelle kohderyhmään kuuluvalla ammattilaisella (Hirsjärvi & Hurme 2008, 72). Esihaastattelun jälkeen haastatteluun ei tehty muutoksia. Tämän vuoksi arvioitiin, että esihaastattelu voidaan ottaa mukaan tutkimukseen. Lupa kysyttiin myös haastateltavalta. Perusteluna esihaastattelun mukaan ottamiselle oli sen informatiivinen ja kehittämistarpeita esiin tuova sisältö.

Haastateltavien varmistettua osallistumisensa heille lähetettiin joulukuussa 2009 sähköpostilla lyhyt informaatio tutkimuksen tarkoituksesta ja tehtävästä haastattelusta sekä ehdotus haastatteluajankohdasta (liite 3). Tammikuun alussa 2010 haastateltaville lähetettiin sähköpostilla haastattelun aihepiirit (liite 4) etukäteen tutustuttavaksi. Haastattelut toteutettiin tammikuun lopulla 2010. Haastattelut tehtiin kunkin haastateltavan omalla työpaikalla. Haastattelut tallennettiin digisanelimelle. Haastattelut toteutuivat etukäteen arvioidun keston (maksimissaan yksi tunti) mukaisesti. Haastattelujen jälkeen tallennetut haastatteluaineistot litteroitiin eli kirjoitettiin tekstiksi aineiston analysointia varten tammi-helmikuussa 2010.

5.3 Teoriaohjaava sisällönanalyysi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin mukaisesti. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään tutkimusaineisto tiiviiseen muotoon ja luomaan tutkitusta ilmiöstä selkeä sanallinen kuvaus. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa ai-

neisto-lähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Analyysimuodot eroavat toisistaan sen mukaan, kuinka paljon tutkittavasta ilmiöstä aikaisemmin tiedetty tieto ohjaa aineiston hankintaa, analyysia ja raportointia. Teoriaohjaava analyysi perustuu aineistolähtöisen analyysin tapaan induktiiviseen päättelyyn, jossa edetään yksityisestä yleiseen ja teoreettiset käsitteet muodostetaan aineistosta löydetyistä ilmauksista. Teoriaohjaavassa analyysissä aikaisempi tieto ohjaa tai auttaa analyysia, mutta sen merkitys ei ole teoriaa testaava kuten teorialähtöisessä analyysissä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–98, 106–117.)

Sisällönanalyysi aloitettiin luokittelemalla aineistoa (taulukko 1). Luokittelussa käytettiin hyväksi haastattelun teemoja. Aineistosta etsittiin ilmauksia, jotka kuvasivat kyseisiä teemoja. Kunkin teeman alle keräytyille ilmauksille määritettiin pelkistetyt ilmaukset. Pelkistämisestä käytetään nimitystä redusointi. Tämän jälkeen etsittiin ilmauksia kuvaavia käsitteitä, joiden mukaan ilmaukset jaettiin alaluokkiin. Tätä ryhmittelyä kutsutaan klusteroinniksi. Alaluokat kokoavina pääluokkina toimivat haastattelun teemat (neuvomisen ja ohjaamisen käytännöt, yhteistyö ja tiedonkulku sekä resurssit). Yhteen haastattelun teemoista (fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamisen ja neuvomisen merkityksellisyys) sisältyi asioita jokaisesta muusta teemasta, joten siihen liittyvät ilmaukset päätettiin jakaa näiden teemojen eli pääluokkien mukaisesti. Johtopäätösten tekemistä varten aineistosta etsittiin ryhmittelyn jälkeen tutkimuksen kannalta olennainen tieto, josta muodostettiin teoreettisia käsitteitä. Tätä vaihetta kutsutaan abstrahoinniksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–111.)

Taulukko 1. Esimerkki tutkimuksen aineiston luokittelusta.

| Alkuperäisilmaus | Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Pääluokka |
|--|----------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Semmonen moniammatillinen yhteistyö ja jokaisen omaa ammattitaitoa arvostava. Se on se hyvin tärkeä asia sen ihmisen hoidossa. | Yhteistyö | Yhteistyö | Yhteistyö ja tiedonkulku |
| ...silloin tarvitaan sitä verkostoa tähän näin... | | | |
| ...koen niinku hirveen tärkeänä sen niinkun sen askeleen, et ku ne täältä lähtee... | Haaste yhteistyön kehittämiseksi | | |
| Turku on sen verta iso paikka että, et tämmöstä saumatonta potilaan liikkumista paikasta toiseen on hyvin vaikee järjestää, et mää sanosin, et ei se nyt kauheen huonokaan kyllä ole mutta... | | | |
| Hoitajien kans näkee Pegasokselta sen käynnin ja sit tietty näkee, jos on täällä ft:lla ollu niin näkee sieltä tekstit. Nythän oli justiin, että olis se Liikut-lomake, joka pitäis tuolla näkyä myös. | Tiedonkulku | Tiedonkulku ja tiedottaminen | |
| ... monesti on sanonu, et hoitaja varaa sen ajan ... joskus mä oon itekki varannu sen ajan liikuntaneuvojalle ja muuta. | Ajanvarauskäytäntö | | |
| ... termistöst ylipäätään, ni mun mielestä se pitäis ensinnäki ammattilaisten kans olla jotenki yhteneväinen ... | Toimintakäytäntöjen kehittäminen | | |
| ... toistuvasti silloin tällöin tulis joku Pegasos-viesti, että teiltä semmonen kannustava viesti, että me mielellämme autamme ja Liikut-lomakkeelle voit laittaa ... | Tiedottamisen tarve | | |

6 TULOKSET

Tulokset esitetään analysoinnissa muodostuneiden pääluokkien (neuvonnan ja ohjaamisen käytännöt, yhteistyö ja tiedonkulku sekä resurssit) mukaisesti. Ohjauksesta ja neuvonnasta puhuttaessa tarkoitetaan fyysiseen aktiivisuuteen liittyvää ohjaamista ja neuvomista. Liikkumisella ja liikunnalla tarkoitetaan kaikkea asiakkaan fyysistä aktiivisuutta. Asiakkaalla tarkoitetaan tyypin 2 diabetesta sairastavaa henkilöä, jonka hoitovastuu on perusterveydenhuollossa. Palvelupolusta puhuttaessa tarkoitetaan palveluketjua. Liikuntapalveluvastaavan antamasta ohjauksesta ja neuvonnasta puhuttaessa käytetään termiä liikuntaneuvonta. Liikuntapalveluvastaavalla, josta joku haastateltavista saattaa käyttää myös nimitystä liikuntaneuvoja, tarkoitetaan liikunta-

palvelukeskuksen ammattilaista. Puhuttaessa diabeteshoitajasta, terveydenhoitajasta ja sairaanhoitajasta käytetään nimitystä hoitaja. Eri ammattinimikkeet saattavat kuitenkin näkyä haastatteluista poimituissa lainauksissa, joita esitetään havainnollistamaan haastateltavien ajatuksia kustakin aihealueesta.

6.1 Neuvonnan ja ohjaamisen käytännöt

Haastateltavat kokivat asiakaslähtöisyyden neuvonnassa ja ohjauksessa ensisijaisena. Asiakkaan omaa vastuuta päätösten tekijänä korostettiin. Tärkeänä pidettiin, että ohjaus ja neuvonta olisivat keskustelunomaista, jolloin asiakas voi tuntea olevansa tasavertainen kumppani ammattilaisen kanssa.

6.1.1 Neuvonnan perustelut ja sisältö

Tutkimuksen haastatteluun osallistuneet pitivät fyysistä aktiivisuutta ja siihen ohjaamista tärkeänä osana tyypin 2 diabetesta sairastavan asiakkaan terveyden edistämisessä. Fyysisen aktiivisuuden merkitys diabeteksen hoitomuotona vaihteli vastaajien välillä. Pääsääntöisesti se nähtiin muun hoidon osana tai tukena. Fyysistä aktiivisuutta verrattiin lääkkeen ottamiseen, jossa säännöllisyys on tärkeää. Haastateltavat korostivat asiakkaan omaa vastuuta ja hänen mahdollisuuksiaan vaikuttaa elämäänsä ja sairauteensa tekemällä muun muassa elämäntapoihin liittyviä valintoja.

”... autetaan ihmistä auttamaan itse itseään ...”

”... kaikkein tärkein asia hoidossa on saada sokeritasapaino maltilliseksi. ... keinot, millä siihen pyritään, lääkitys on yksi ... mihin asiakas pystyy ihan itse vaikuttamaan, on omat elämäntavat, jotka tehostaa kaikella tavalla sitä lääkityksen merkitystä ja vaikutusta.”

”... se on niin kokonaisvaltaista että, lääkkeet on tärkeät sit on tää dieetti ja liikunta, no ehkä ei liikunta ihan ensimmäisenä tule mutta tota, varmaan mä sanoisin et se on se dieetti mikä on kaikkein tärkein siinä.”

”Mut mihin voi, niihin kannattaa vaikuttaa.”

Ammattilaisen antamien perustelujen merkitystä asiakkaan valintojen tukena korostettiin. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että ammattilainen osaa kertoa, miten ehdotettu vaihtoehto vaikuttaa esimerkiksi fysiologisesti tai aineenvaihdunnallisesti. Yleisluontoista ohjausta “voisit vähän kävellä” ei pidetty riittävän motivoivana.

”... tarvis meidän ammattilaisten saada kipinä syttymään, että sais sen ihmisen itte innostumaan.”

”Asiakas valitsee ... mahdollisimman hyviä neuvoja, ota tai jätä, ne täytyy sitte perustella niin hyvin että hän ottais ne.”

Ammattilaiset kertoivat ohjauksen sisältävän ruokavalio-, liikkumis- ja elämäntapaneuvontaa. Tärkeänä pidettiin, että perusterveydenhuollosta annettu tieto on tutkittua. Haastateltavat kokivat, että asiakkaalle tulee kertoa mahdollisuuksista ja antaa konkreettisia ehdotuksia fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi. Se, millä tasolla asiakkaan ohjaus ja neuvonta tapahtuu, riippui osaksi ammattilaisen omasta perehtyneisyydestä ja kiinnostuksesta fyysiseen aktiivisuuteen. Ammattilaisista hoitajat olivat keskustelleet asiakkaan ohjauksen ja neuvonnan sisällöstä.

”... etsitään ne elämäntapaan liittyvät kohdat, mistä lähdetään liikkeelle, oli se sitten liikunta oli se sitten ravitsemus. Ja tehdään semmosta konkretiaa tälle ihmiselle siitä, et mitä se on. Mitä se on kun sä tuut seuraavalla kerralla niin mitä sä oot tehnyt silloin.”

6.1.2 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyyttä pidettiin jokaisen asiakkaan kanssa lähtökohtana. Haastateltavat kertoivat pyrkivänsä hahmottamaan asiakkaan kokonaistilannetta selvittämällä muun muassa asiakkaan taustaa, suhdetta fyysiseen aktiivisuuteen sekä mahdolliset liikuntaan liittyvät riskitekijät. Liikuntaan liittyvien asioiden oikea-aikaista esille ottamista pidettiin tärkeänä ja herkkyyttä vaativana taitona. Haastateltavat kokivat haasteelli-

seksi myös arvioida annettavan tiedon määrää ja sisällön yksityiskohtaisuutta sopivaksi ajatellen asiakkaan kykyä vastaanottaa sitä.

”... keskustellaan ja kohdataan ja perehdytään sen asiakkaan tilanteeseen.”

”Mut se ei oo mikään tiedonkaatotilaisuus ... jos huomaa sen, että toinen kaipaa niitä perusteluja niin, sit siinä tilanteessa. Täytyy vaan kattoo se oikea aika ja paikka.”

”... jos ihminen kertoo, että hän ei nyt halua, ei pysty, ei kykene täs elämäntilantees tekemään mitään, niin semmonenki tarvii hyväksyä ... et se joka yrittää näitä elämäntapojaan muuttaa tai ketä nyt kokee ettei siihen pysty, niin hänestä on varmaan ärsyttävää, et kaikki puhuu siitä samasta ...”

Asiakkaan fyysisen aktiivisuuden seuraamiseen ei haastateltavien mukaan ollut sovittu ammattilaisten kesken yhteisesti selkeää kirjauskäytäntöä. Haastateltavat kertoivat kirjaavansa jotakin asiakkaan tilanteesta asiakastietojärjestelmään, mutta systemaattisuus puuttui. Tilanteen seuraamista pidettiin kuitenkin tärkeänä, jotta asiakkaan prosessi etenisi johdonmukaisesti ja tavoitteiden suuntaisesti.

”... jos se ei ole vielä ihan valmis tilanne. Että hän olis vielä ihan lähtenyt tekemään sitä ... Kuitenki hän on tehnyt mentaalisesti työtä siihen ... Et tämmösiin pieniin asioihin napata kiinni”

”... mitä on keskusteltu asiakkaan kans mitä on sovittu mikä me ollaan sovittu yhteiseks tavoitteeks sen liikunnan suhteen ja mitä me ollaan sovittu siitä konkreettisest jatkosta.”

Eriyisesti asiakkaan moninaiset elämäntilanteet (liitännäissairaudet, ylipaino, mielen-terveyteen liittyvät ongelmat) koettiin haasteellisiksi fyysisen aktiivisuuden ohjauksen ja neuvonnan antamisessa. Lisäksi haastateltavat kokivat, että asiakkaan mielikuvat ja asenne liikkumisesta vaikuttavat tiedon vastaanottamiseen. Harrastamattomuutta ja motivaation puutetta pidettiin muutosten tekemistä vaikeuttavina tekijöinä.

”Se ei vaan ole se tyypin 2 diabeetikko, vaan siellä kulkee mukana masenusta ... sitten tämmösiä somaattisia sairauksia, kulumia ja näitä tämmösiä.”

”... voi olla asiakkaalla itsellä sellanen mielikuva, koska mulla on nyt tämä jalka kipeä, enhän mina voi mitään tehdä.”

6.1.3 Vuorovaikutus

Haastateltavat kertoivat lähtevänsä asiakkaan kanssa liikkeelle pienistä muutoksista. Ammatilaisen rooli nähtiin enemmän vierellä kulkijana ja motivoijana kuin tiedon kaatajana. Asiakastilanteissa ammatilaiset kertoivat pyrkivänsä etenemään asiakaslähtöisesti kysellen ja yhdessä suunnitellen. Toisaalta esille tuotiin ajatus, voiko ammatilainen aina ollakaan tasa-arvoinen keskustelija vai vaatiiko tilanne joskus olemaan enemmän auktoriteettimainen neuvoja. Ammatilaisen tehtävänä pidettiin faktatiedon välittämistä asiakkaalle, jonka perusteella hän voi tehdä valintansa. Kiireen koettiin joskus rajoittavan keskustelun etenemistä asiakkaan ehdoilla, jolloin ammatilaisen tekemät valmiit ehdotukset korostuvat.

”... pitäis olla aikaa odottaa, että se potilas vastaa, ko sä vaan heität jonkun tämmösen kysymyksen, ettei sit anna valm... kysele siältä lisää vaan hän sais sen miättii, ni ehkä semmosta aikaa ei oo että vois oikeen odottaa.”

Haastateltavat pohtivat ryhmäneuvonnan mahdollisuuksia fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamisessa ja neuvomisessa yksilöneuvonnan rinnalla. Yksilöohjaus nähtiin toimivana tapana, koska siinä on mahdollista keskustella henkilökohtaisesti ja löytää asiakkaalle juuri hänen elämäntilanteeseensa sopivia vaihtoehtoja. Ryhmäohjauksen etuna nähtiin vertaistuki, joka on monelle erittäin tärkeää. Ryhmätilanteessa asiakas voi halutessaan olla myös vain vastaanottavana tahona, ei aktiivisena keskustelijana, mikä nähtiin toisinaan asiakaslähtöisenä vaihtoehtona.

Osa haastateltavista ei ollut kiinnittänyt tarkemmin huomiota käytettävään fyysisen aktiivisuuden termistöön. Termistöllä ei nähty olevan suurta merkitystä ohjattaessa

asiakasta. Pääasiana pidettiin, että asiakas ymmärtää, mistä puhutaan. Eniten käytettyjä termejä olivat liikunta, liikkuminen, hyötyliikunta, arkiliikunta ja arkiaktiivisuus. Toisaalta pohdintaa syntyi ammattilaisten käyttämän termistön merkityksestä yhteisen ymmärryksen kannalta.

”Ei oo mietitty sitä yhtään sen enempää. Varmaan vaan puhuttu liikkumisesta ja sitten arkikielessä sillä tarkotetaan yleensä jotain kävelylenkkiä tai jumppaa tai muuta. Onko sillä sitten loppupelissä sille potilaalle merkitystä kauheesti merkitystä, mitä termejä. Kunhan hän ymmärtää, mitä tarkotetaan.”

”Mun mielest on kauheesti käytetään kaikkia sanoja eikä välttämättä sit niinkun tiädetä edes ittekään mitä se tarkoittaa.”

Haastateltavat näkivät asiakkaan roolin eri tavoin. Toiset pitivät asiakkaasta huolehtimista tärkeänä, kun toiset taas antaisivat asiakkaalle enemmän vastuuta. Jokainen kuitenkin korosti asiakkaan roolia oman sairautensa tuntijana ja oman elämänsä vastuun-kantajana. Tärkeänä nähtiin, että asiakas tiedostaa meneillään olevat prosessinsa. Haastateltavat toivat esille myös, että joskus asiakas saattaa ajatella tulevansa kuulemaan ohjeita ja neuvoja itseään paremmin tietävältä ammattilaiselta. Haastateltavat näkivät ohjaamisen ja palveluissa ohjautumisen kannalta merkittävänä sen, miten edellinen ammattilainen on asiakasta valmistellut.

”Koska silloin jää sille ihmiselle se oma vastuu siitä omasta toiminnasta ja se on hänen oma valintansa, kun että jos kaikki asiat järjestetään suoraan hänelle niin. Se on vähän liian helppoo. Ja onko hän sitten siinä vaiheessa itte ottamaan vastaan sitä ohjausta mitä sieltä tulee. Silloin kun se on omasta ja itsestä lähtösin se halu ...”

Toimivan asiakassuhteen syntymiseen nähtiin vaikuttavan asiakkaan ja ammattilaisen kesken syntyvä yhteisymmärrys ja ammattilaisen kyky asettua asiakkaan asemaan. Luottamuksen syntymistä asiakassuhteessa pidettiin edellytyksenä vuorovaikutuksen toimivuudelle. Sitä edesauttavana tekijänä pidettiin ammattilaisen pysyvyyttä.

”... tää on sillai mielenkiinnost, et miten paljon pystyy niinku asiakkaan näkökulmasta katsomaan asioita, niinku eläytymään siihen asiakkaan maailmaan. Et mun mielest liikuntaneuvonnas yleensäki ni se et on tämmönen niinku ammattilaisen näkökulma ja asiakkaan näkökulma ja kuin paljon ne niinku kohtaa et tuleeks semmost yhteistymmärrystä siin keskustelussa ni se voi olla aika isokin kysymys.”

6.2 Yhteistyö ja tiedonkulku

Haastateltavat kokivat jokaisella ammattilaisella olevan tärkeän rooli ohjauksessa ja neuvonnassa. Fysioterapeutin osaamisen tehokkaamman hyödyntämisen mahdollisuus tuotiin esille haastatteluissa. Haastateltavat näkivät, että yhdessä sovitut, selkeät toimintakäytännöt helpottaisivat yhteistyötä ja parantaisivat tiedonkulkua.

6.2.1 Eri ammattilaisten roolit neuvonnan antajina

Haastateltavat näkivät hoitajan roolin terveys-, ravitsemus- ja liikuntaneuvojen antajana. Hoitajalla nähtiin olevan mahdollisuus toimia asiakkaan kanssa tasavertaisena kumppanina todennäköisemmin kuin lääkäriellä, jota pidettiin enemmän auktoriteettina. Haastateltavat ajattelivat, että hoitaja tukee asiakasta arjessa, toimii asiakkaan motivoijana ja yhdyshenkilönä muun muassa lääkärin ja liikuntapalveluvastaavan suuntaan.

”... sairaanhoitajien ... hän on myös sellanen, joka motivoi tekemään. En tiedä välttämättä, onko heillä sitten se tatsi, että mitä on yleisesti tarjolla vai onko se sitte se, että lähettää sinne liikuntaohjaukseen. ... olla se gatekeeper, joka näkee et tää asiakas, sille on hyötyä tästä toiminnasta.”

Lääkärin asema asiakassuhteessa nähtiin jonkin verran auktoriteettina. Haastateltavat painottivat lääkärin tehtävää asiakkaan kokonaistilanteen tuntijana ja tarpeenmukaisiin palveluihin ohjaajana merkityksellisenä pidettiin myös sitä, miten lääkäri osaa ottaa asiat esille, toimia innostajana ja fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamisen käynnis-

täjänä. Neuvonnan ja ohjauksen ajateltiin olevan yleisluontoista sairauden hoidon korostuessa lääkärin työssä. Asiakkaan hoidon kokonaisvastuussa haastateltavat korostivat lääkärin roolia.

”Lääkärillä on kokonaishoidosta vastuu ... Se asenteisiin ja sillä tavalla mahdollisuuksiin vaikuttaminen on ehkä lääkäreillä. Että osaa lähettää oikeisiin paikkoihin saamaan sitä tukea elämänmuutosten tekemiseen.”

Fysioterapeutin roolia ei ollut ajateltu liikunta- ja elämäntapaneuvonnan antajaksi terveyden edistämisen näkökulmasta. Osasyynä tähän oli käsitys fysioterapiayksikön resurssien rajallisuudesta. Osa haastateltavista näki fysioterapeutin sairauden hoitajana, jolle asiakas ohjataan vian, vamman tai sairauden, esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinongelmien, takia. Haastateltavat pohtivat kuitenkin mahdollisuuksia hyödyntää fysioterapeutin osaamista laajemmin.

”Fysioterapeutti on tietysti ihan varmasti oikeen hyvä täs tapauksessa, mut mekään ei oikeen voida lähettää sinne vaikka liikuntaan motivointia varten, et täytyy olla jotain vikaa ...”

Liikuntapalveluvastaava nähtiin henkilönä, joka osaa perustella asiakkaalle liikkumisen tarpeen ja antaa tarkemmat yksityiskohtaiset ohjeet liikkumiseen, esimerkiksi rasittavuuteen ja toistomääriin liittyen. Hänet koettiin lisäksi liikuntapalvelujen tuntijaksi, jolta voi tiedustella olemassa olevia mahdollisuuksia ja olosuhteita. Käytäntö siitä, milloin asiakas ohjataan liikuntapalveluvastaavan vastaanotolle, oli erilainen riippuen ammattilaisesta.

”... liikuntaneuvoja voi kertoa tota näistä liikunnan terveysvaikutuksista enemmänkin ... ne on vielä siinä sanotaan periaatteessa terveen ihmisen hoitajia vielä nää liikuntaneuvojat, ettei tulis sairautta ...”

Ravitsemusterapeutin osuus nähtiin selkeästi ravitsemusasioiden osaajana. Kuitenkin hänen ajateltiin kiinnostävän asiakaskontakteissaan huomiota laajasti elämäntavan muutoksiin sisältäen myös fyysisen aktiivisuuden ja siihen ohjaamisen. Jokaiselle

diabeetikolle koettiin olevan hyötyä ravitsemusterapeutin antamasta ohjauksesta ja neuvonnasta.

Haastateltavat pohtivat työnjakoa perusterveydenhuollon ja liikuntapalvelukeskuksen välillä asiakkaan fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamisessa. Asiakkuuden ollessa perusterveydenhuollossa, nähtiin sen mahdollistavan siellä asiakkaan kokonaistilanteen tiedostamisen ja seuraamisen. Liikuntapalvelukeskuksessa koettiin taas hallittavan liikunta-palvelujen kokonaisuus. Pohdintaa syntyi myös ammattilaisten välisestä työnjaosta asiakkaan fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamisessa ja liikuntaneuvonnassa. Haastateltavat miettivät, kenen tehtävä on ohjata asiakasta yleisellä tasolla, ja kuka neuvoo yksityis-kohtaisemmin perustellen fyysisen aktiivisuuden vaikutuksia tyyppin 2 diabeteksessa.

”...sitä pitääkin tavallaan pohtii että et kenen eri ammattiryhmien tehtävä on liikuntaneuvonta ja niinku millä tasolla ...”

Työnjakoon liittyen tuli esille myös terveyden edistämisen yksikkö ja mielikuva paikasta, josta voi tilata mm. esitteitä, monisteita, liikuntapäiväkirjoja, uimakortteja. Yksikkö oli monen ammattilaisen mielissä hahmottomaton kokonaisuus. Osa ei osannut kertoa, missä asioissa ottaisi yhteyttä terveyden edistämisen yksikköön. Yksiköstä toivottiin aiheeseen liittyvän informaation jakajaa sekä terveyden edistämiseen liittyvien toimintojen koordinoijaa ja kehittäjää. Terveyden edistämisen yksikön liikuntaneuvojan toivottiin olevan tiivis yhteydenpitäjä sosiaali- ja terveystoimen ja liikuntapalvelukeskuksen ammattilaisiin.

”Ei se niin kauheen, mä luulen ... tuttua se toiminta ole ... tämä liikunta-toiminta on siellä ilmeisesti myös siellä.”

”Mä vähän pelkään, että terv.edist.yksikköä yksikkönä ei tiedetä yhtään mitään. Mutta ... varmasti tunnetaan henkilöinä.”

”Kyl mä nään sen semmosena tavallaan semmosena sateenvarjona siä yläpuolella, jossa olis nämä kaikki terveyteen liittyvät asiat. Ja sitä kautta sitten

niinku koordinoitais niinku yhtenäisesti sitä, miten näitä asioita otetaan esille...”

”... se vois olla se toimija, joka niinkun sais tämmösii niinkun ketjuja tääl niinku toimimaan ehkä ... keräis siihen niinkun ne ihmiset niinkun saman pöydän ääreen ja suunniteltais.....”

6.2.2 Yhteistyö

Moniammatillista osaamista fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamisessa pidettiin tärkeänä. Ammatillaiset kokivat, että asiakkaalle välitetyn tiedon tulisi muodostaa selkeä kokonaisuus, jotta asiakas hahmottaisi terveyteensä vaikuttavien tekijöiden keskinäisen yhteyden. Tämän edistämiseksi ajateltiin, että toimijoiden pitäisi olla tietoisia toistensa osaamisalueista. Yhteistyötä helpottavaksi tekijäksi mainittiin yhteisistä käytännöistä sopiminen.

Ammattilaisten välinen yhteistyö nähtiin tärkeänä, jotta liikuntapalveluja voidaan kehittää asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Yhteistyön merkitystä korostettiin myös palveluihin ohjaamisen näkökulmasta, jotta asiakkaalla olisi mahdollisuus edetä joustavasti perusterveydenhuollon ja liikuntapalvelukeskuksen palveluista kaikille avoimiin liikunta-palveluihin.

”... liikuntapalvelukeskuksestahan tulee joku puhumaan meille näistä jatkoliikuntamahdollisuuksist ... ei me voida vetää niitä niinku aina sitä samaa porukkaa ei uutta pääse siihen myllyyn niinku koskaan. Et täytyy koska Turun kaupungil on tarjota mahdollisuuksii pilvin pimein.”

Nykyisillä resursseilla ja toimintatavoilla yhteistyön koettiin toimivan perusterveydenhuollon ja liikuntapalvelukeskuksen välillä kohtalaisen hyvin. Erityisen hyväksi koettiin toimintatapa liikuntapalveluvastaavan vastaanotosta terveysasemilla.

”... tämä Turun liikuntaneuvonta on ollu, sieltä kun on tullu, se on ollu tosi hienoo yhteistyötä ... Ja kun sitte voi ihan ohjata sinne paikan päälle ... on ihan ekstrapalvelua.”

Haastateltavista moni mainitsi hallintokuntien rajojen yli tehtävän yhteistyön olevan haasteellista suuressa kaupungissa. Samankaan hallintokunnan sisällä yhteistyön tekeminen ei välttämättä ole helppoa, koska yksiköt voivat olla fyysisesti erillään. Myös henkilökunnan, erityisesti lääkäreiden, vaihtuvuus koettiin haasteena. Haastateltavat pohtivat eri ammattilaisten osaamisen ja olemassa olevan materiaalin tiedostamisen ja hyödyntämisen merkitystä niiden käytön tehostamiseksi.

” ... mitä isompi organisaatio, me ollaan niin hajallaan niin levällään, et semmosen yhteistyön syntyminen on on niinkun aina kauheen työläs.”

6.2.3 Tiedonkulku ja tiedottaminen

Asiakkaan tilanteen seuraamisen kannalta koettiin tärkeäksi, että häneen liittyvät tiedot kirjattaisiin yhteisten käytäntöjen mukaisesti asiakastietojärjestelmään. Näin toimittaessa ammattilaisen vaihtuminen ei vaikuttaisi tiedonkulkuun. Ammattilaisen näkemystä pidettiin tärkeänä sen lisäksi, että asiakas kertoo tilanteestaan ja sovitusta asioista. Erityisen tärkeänä pidettiin tietoa aikaisemmin läpikäydyistä asioista asiakkaan saapuessa liikuntaneuvontaan.

”... yhteydenpito ja kirjaamisen muodos niin, et täl on ehdotettu sitä ja sitä, sitten sen toisen ihmisen tarttis kysyä, että ootko aloittanu sitä, mitä sulle on ehdotettu tämmöstä. Oltais niinko kiinnostuneita siitä ihmisestä yksilönä.”

Potilastietojärjestelmän käytön mahdollistuminen rajoitetuin käyttöoikeuksin myös liikuntapalveluvastaavalle koettiin hyvänä asiana. Sitä ei kuitenkaan pidetty ratkaisuna palvelujen saumattomalle etenemiselle hallintokunnan rajan yli, kuten sen käyttöönottamisvaiheessa oli ajateltu.

”... ja nyt Pegasokselt näkyy liikuntapalveluvastaavan tekstejä ja muuta ni ... se on hyvä uudistus, et se tuli sinne, ni silloin me pysytään siinäki sisäl et mitä siäl on tapahtunu.”

“Et mehän nähdään mitä [liikuntapalveluvastaavan nimi] kirjottaa Pegasokselle mut hän ei nää jos siäl ois jotakin niinku semmosta mitä pitäis tiittää. Että sit on se ajanvaraus ni siihen voi laittaa jotain pientä vinkkiä...”

”... yhteistyö siinä mielessä niin hyvä idea kuin se on tää viestittäminen on puolin ja toisin ollut ehkä vähän puutteellista ...”

Perusterveydenhuollossa oltiin tyytyväisiä sisäiseen tiedonkulkuun. Tyytyväisiä oltiin myös liikuntapalveluvastaavan aktiivisuuteen välittää fyysiseen aktiivisuuteen ja siihen ohjaamiseen liittyvää tietoa. Maininnat perusterveydenhuollon ja liikuntapalvelukeskuksen ammattilaisten välisestä yhteistyöstä liikuntaneuvonnan kehittämiseksi jäivät vähäisiksi.

Haastateltavien käsitykset ja toimintatavat liikuntaneuvonnan ajanvarauskäytännöstä olivat erilaisia. Pääsääntöisesti nähtiin, että ajanvaraus liikuntaneuvontaan on lääkärin tai hoitajan tehtävä. Epäselväksi osoittautui, vaatiiko liikuntaneuvontaan pääseminen aina ajanvarauksen vai voiko liikuntapalveluvastaavan vastaanotolle mennä myös ilman ajanvarausta.

”... meilläkin on niin usein kiirettä, että niitä lähetteitä... aika vähän ... Mut nyt on mun ymmärtääkseni ollu niin, että hänellä on tietty vastaanottoaika, johon voi myös suoraan tulla ja minust se on ihan hyvä asia.”

”... mä sanon asiakkaalle itselleen, et hei teillähän on omalla terveystasolla liikunnanohjaaja, et koitappa pyytää hänelle vastaanotto.”

Toimintakäytäntöjen kehittämiseen haastateltavilta tuli lukuisia ehdotuksia. Fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamiseen toivottiin kehitettävän selkeä polku siitä, miten asiakasta ohjataan palvelusta toiseen. Käytettävän termistön yhtenäistämistä ammattilaisten kesken pidettiin tärkeänä tiedonkulun parantumiseksi. Liikuntaneuvonnan kehit-

tämiseksi ja käytäntöjen selkiyttämiseksi koettiin hyväksi ajatukseksi moniammatillisen yhteistyöryhmän kokoaminen. Moniammatillinen yhteistyöryhmä nähtiin menetelmänä lisätä tietoa eri ammattiryhmien osaamisesta ja resursseista sekä sopia heidän tehtävistään fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamisessa ja neuvomisessa. Yhteistyöryhmän ehdotettiin kokoontuvan terveysasemittain ja esimerkiksi kerran vuodessa. Tiedon välittämisen merkitystä yhteistyöryhmästä työyhteisöön korostettiin. Kehittämistarpeita nähtiin myös perehdyttämiskäytännöissä. Ohjaamiseen ja neuvontaan tai liikuntaneuvontaan liittyvää perehdytysmateriaalia ei haastateltavien mukaan ole käytössä. Tällä hetkellä uuden työntekijän perehdyttäminen tapahtuu vähitellen, ammattiryhmittäin.

”... et luatas semmonen niinku polku siihen et ku alkaa olla niitä et pääsee käymään niinku kaikkien niinku vastaanotol.”

”... et tavallaan tulis semmost yhteist linjaa ja mitä niinko yleensä kaupungis tehdään ni sehän vois olla niinko ois hyvä siihen siihen kyllä sellanen kokoonpano.”

”Et välillä niinku vois olla ihan hyvä, et on joku tämmönen niinku moniammatillinen terveysaseman tiimi, mikä kokoontus ja niist asiakkaist ketä on käyny esimerkiks kevään aikana tai jotain muuta ja mitä et niille niinku kuuluu. ... Sillon saatas niinku parannettuu vielä sitä niinku tiimityäskentelyy.”

6.3 Resurssit

Haastateltavat kokivat haasteita terveyden edistämistä ohjaavien strategioiden ja arjen perustyön kohtaamisessa. Haastatteluissa pohdittiin asiakkaan kanssa käytettävissä olevan ajan riittämättömyyttä erityisesti keskusteluun, joka ohjaa fyysiseen aktiivisuuteen. Ohjauksessa hyödynnettävää materiaalia koettiin olevan riittävästi käytössä. Haastatteluissa tuli esille, miten ammattilaisen oma kiinnostus fyysiseen aktiivisuuteen terveyden edistämässä vaikuttaa asiakkaan ohjaukseen ja neuvontaan.

6.3.1 Strateginen ohjaaminen

Haastateltavat kokivat terveyden edistämistä ja ehkäisevää toimintaa ohjaavien strategioiden olevan etäällä arjen perustyöstä. Taloudellisten panosten ja muun resurssin epäiltiin ohittavan tehdyt linjaukset ja strategiat. Ehkäisevästä toiminnasta puhuttiin, mutta siihen panostaminen nähtiin riittämättömänä.

“... ne kaupugin strategiat siellä ylhäällä, ne menee pikkusen omaa, et se on sit se resursointi ja taloudellisten panosten laittaminen eri työmuotoihin, joka ohjaa tietysti jollain tavalla.”

“Eikä anneta siihen sitä aikaa, kun ne tulokset ei oo heti näkyvissä.”

Haastateltavat kokivat organisaatiomuutoksessa perusterveydenhuollon sairaanhoidon ja ehkäisevän terveydenhoidon prosessien jakamisen erilleen hämmentäväksi. Ammatillaiset kokivat ehkäisevän toiminnan koko perusterveydenhuollon tehtäväksi.

“Kyl mä nään sen niin, että perusterveydenhuollon tehtävä on sairauksien ennaltaehkäisy, se on niinku sitä meidän perustyötä tarttis olla kuitenkin tämän sairauden hoitamisen lisäksi.”

6.3.2 Aika- ja materiaaliressit

Haastateltavat kokivat omassa asiakastyössään haasteelliseksi jakaa ajan kaikkeen tarvittavaan. Fyysiseen aktiivisuuteen liittyvään ohjaamiseen ja neuvontaan käytettävän ajan koettiin jäävän rajalliseksi sairauden hoitoon liittyvistä monista tekijöistä johtuen. Toisaalta haastateltavat pohtivat, että ajan rajallisuudesta huolimatta keskustelulle tulisi olla riittävästi aikaa asiakkaan tarpeen mukaan.

“No eihän niihin koskaan riittävästi aikaa ole, et onhan se, kyl se semmosta mennään asiast toiseen hyvin nopeas tahdissa ja ja tota useinki sit otetaan ne kaikkein päällimmäiset vaivat ja sitte se että nyt ruvettais oikeen tekemään jo-

tain suunnitelmaa että miten hoidetaan lääkkeillä miten hoide-taan dieetillä ja minkämoist liikuntaa ni, elikä siinä se aika loppuu kyl vä-hän kesken ...”

“... meiän kaikki resurssit menee vaan siihen et koitetaan sammuttaa niit tulipaloi sit ja hoitaa niit kaikkii ketkä on jo kerinny sairastumaan et ei ke-retä enää niinkun näkemään sinne niinkun aiemmas.”

Haastateltavat kokivat käytössä olevan potilastietojärjestelmän toimivaksi. Liikunta-palveluvastaavien oikeus järjestelmän käyttöön koettiin hyvänä. Potilastietojärjes-telmään kuuluva LIIKU-lomake tunnettiin, mutta sen käyttö oli vähäistä. Näkemyk-set siitä, kuka voi lähettää lomakkeella asiakkaita liikuntaneuvontaan, olivat epäsel-viä. Hyvänä seurannan välineenä mainittiin terveystottumuslomake. Käytettävissä olevien lomakkeiden runsas määrä herätti myös kriittisiä mielipiteitä.

“Nythän oli justiin, että olis se Liikut-lomake, joka pitäis tuolla näkyä myös ... Sit se pitäis osata ettii sieltä.”

“ ... meillä on niin paljon asioita ja niin paljon lomakkeita että se helposti unohtuu, sen käyttö... kyllä tähän on suunniteltu ihan hyvät toiminnot.”

Erittäin toimivana ohjauksen ja neuvonnan apuvälineenä ammattilaiset pitivät Turku Liikkeelle-lehteä. Moni kertoi käyttävänsä lehteä asiakkaan kanssa liikuntamahdolli-suuksien etsimiseen. Muista hyödynnettävistä materiaaleista mainittiin UKK-instituutin liikuntapiirakka, liikuntapäiväkirjat ja liikuntapalveluista kertovat esitteet.

“Ja niinku näkyy, mulla on täällä tämmönen lehtinivaska, jota hyvin aktii-visesti käytän. Täältä sitten kattellaan näitä kaupungin tarjoamia juttuja ja asioita.”

“... lehti on hurjan hyvä ... tämmönen kirjallinen painotuote on ihan eh-doton juttu ...”

6.3.3 Työntekijäresurssi

Ammattilaisen ominaisuuksista työn tekemiseen vaikuttavana tekijänä motivaatio nousi ykköseksi. Motivaation nähtiin vaikuttavan siihen, kuinka paljon ammattilainen tuo terveyden edistämisen näkökulmaa esille asiakastyössään. Myös ammattilaisen oman liikunta-aktiivisuuden vaikutusta asiakkaan tilanteen ymmärtämiseen pohdittiin. Iällä ei nähty olevan merkittävää vaikutusta asiakkaan ohjauksen osaamiseen. Elämäkokemuksen mukanaan tuomaa ymmärrystä pidettiin kuitenkin positiivisena asiana asiakasta ohjattaessa.

“... lääkäreitä on erilaisia et toiset panostaa enempi siihen ohjaukseen ja ennaltaehkäisyyn ku toiset niinku me kaikki ollaan erilaisia.”

Ammattilaisen tiedon ohjattavasta aihealueesta nähtiin vaikuttavan ohjauksen perusteellisuuteen. Haastateltavat kokivat, että taito ohjata ja neuvoa on toisilla luontainen, toisilla vaatii enemmän koulutusta ja opettelua. Tiedollisen osaamisen lisäksi tarvitaan taitoa toimia erilaisten ja erilaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten kanssa.

“Se tieto on hyvä olla itsellä, ohjaajalla hallussa. Miksi lähtee liikkumaan, mitä kehossa silloin tapahtuu sokeriaineenvaihduntaa ajatellen.”

“Toiset on ihan oikeesti ohjaajia ja ne osaa tehdä sillai luonnostaan ja lähestyä niihin asioihin.”

Ammattilaiset kokivat, että kykenevät antamaan aihealueeseen liittyvää neuvontaa ja ohjausta tämän hetkiselällä osaamisellaan. Yleisesti koulutus nähtiin tärkeänä ja edellytyksenä pysyä mukana kehityksessä. Eniten koulutusta nähtiin tarvittavan vuorovaikutusosaamiseen. Lisäksi mainittiin tarve saada koulutusta fyysisen aktiivisuuden vaikutusten yksityiskohtaisemmille perusteluille.

6.3.4 Käytännöt

Yhteistyöverkostoa ja eri toimijoiden hyödyntämistä fyysiseen aktiivisuuteen ohjauksessa pidettiin tärkeänä. Haastateltavat pohtivat ammattilaisten osaamisen hyödyntämistä monipuolisemmin, esimerkiksi pohdittiin fysioterapeutin roolia.

Perusterveydenhuollossa toisen hallintokunnan tuottamaa liikuntaneuvontapalvelua haastateltavat pitivät hyvänä ratkaisuna. Sen nähtiin tukevan asiakkaan voimaantumista ja omatoimista liikkumista. Toisaalta pohdittiin liikunnan sisältymistä kiinteästi sairauden hoitoon ja terveyden edistämiseen, ja siten liikuntaneuvonnan soveltumista perus-terveydenhuollon palveluihin. Esille tuotiin kysymys hallintokuntien valmiuksista vastata mahdollisesti lisääntyvään liikuntaneuvontaa tarvitsevien määrään.

“On hyvä, että se on sieltä eri puolelta se liikunta ... se sitä ihmisen oma-aloitteisuutta ja sitä ettei olla vaan sairauden hoitoa ...”

“... 2 tyyppin diabetes on semmonen ... että se täytyy osata hoitaa ... terveysasemilla.”

Terveyden edistämisen kehittämiseksi haastateltavat pohtivat uusia toimintatapoja. Ryhmätoiminta nähtiin taloudellisesta näkökulmasta hyvänä vaihtoehtona. Toiminnan lähtökohtana haastateltavat pitivät asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan mahdollisuutta saada tukea tarpeen mukaan. Fysioterapeuttien osaamisen hyödyntämiseksi esitettiin ajatus kuntoneuvola-tyyppisen toiminnan lisäämisestä.

“... teho olis varmaan aika hyvä ja jos ajatellaan näit resursseja kun ei ne todellaakaan riitä niin saatais mahdollisimman hyvin tehot irti.”

“... että se ei olis kovin jäykkä se systeemi, se vois muuntua. Ja sitte ehkä joku joka tarttis sitä enemmän ja olis sitä halukas saamaan, pystyis sitä kans sitte saamaan. Ehkä enemmänkin kuin sen yhden kerran tai jonku ...”

“... et terveystoimi ... kehittäis ennalta jos puhutaan niinku liikunnasta niin tota et olis semmosii niinku ryhmätoimintaa ... tämmöst ennaltaehkäisevää toimintaa.”

Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen tarve oli haastateltavien mielestä selkeä. Ammattilaisten välisen yhteistyön lisäksi koettiin tarvittavan palvelurakenteiden kehittämistä.

”... kun saadaan yleinen ilmapiiri semmonen terveyttä edistäväksi ja myönteiseksi. Tietää, mistä on kättä pidempää otettavissa, niin sitä on helppo lähteä toteuttamaan sitte ...”

“... saatais rakenteita muutettua, silloinhan ne on siellä olemassa olevia asioita.”

“... se kirjataan ihan hoitokäytäntöihin mukaan...toisaalta sitten, että resurssoidaan.”

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksessa haettiin vastauksia siihen, miten merkityksellisenä tutkimukseen osallistujat pitävät fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamista tyypin 2 diabetesta sairastavien aikuisten terveyden edistämisessä. Toisena tehtävänä oli kartoittaa, miten asiakkaan fyysiseen aktiivisuuteen liittyvä ohjaus ja neuvonta toteutuvat sosiaali- ja terveystoimen ja liikuntatoimen palveluorganisaatioissa. Lisäksi selvitettiin tyypin 2 diabetesta sairastavien aikuisten fyysiseen aktiivisuuteen liittyvään ohjaukseen ja neuvontaan liittyviä haasteita ja kehittämistarpeita.

Tutkimukseen osallistuneet pitivät fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamista tärkeänä osana tyypin 2 diabetesta sairastavan aikuisen hoitoa. Myös Starckin & Raiski-Aholan (2003) tutkimukseen osallistuneet erikoissairaanhoidon lääkärit kokivat liikunnan tärkeäksi sairauksien hoidon ja kuntoutuksen kannalta. Samoin lääkäreiden suhtautuminen liikkumisreseptin käyttöön on ollut tutkimuksissa myönteistä (Holopainen & Ståhl, 2004; Miilunpalo & Aittasalo, 2002). Tässä tutkimuksessa fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamisen merkityksellisyydestä kertovat myös ammattilaisten vastauksissa korostamat asiakaslähtöisyys, pyrkimys asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamiseen, tavoite vuoro-vaikutuksellisesta neuvontatilanteesta, fyysisen aktiivisuuden vaikutusten perustelu asiakkaalle sekä asiakkaan fyysisen aktiivisuuden seuraaminen. Fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamisen merkityksellisyyden kokemista ja motivaatiota

pidettiin ammattilaisen työn tekemiseen vaikuttavana tekijänä. Myös Javanainen-Levosen (2009) tutkimukseen osallistuneet lastenneuvoloiden terveydenhoitajat kokivat työntekijän ominaisuuksien vaikuttavan liikunnanedistämistyön toteutukseen. Johtopäätöksenä voidaan ajatella, että fyysiseen aktiivisuuteen ohjaavan toiminnan kehittämiseksi Turussa on hyvät edellytykset.

Tutkimuksen mukaan Turun liikuntaneuvontakäytäntöä pidettiin pääsääntöisesti hyvänä toimintatapana. Perusterveydenhuollossa toisen hallintokunnan tuottamaa liikuntaneuvontapalvelua haastateltavat pitivät hyvänä ratkaisuna. Fyysiseen aktiivisuuteen liittyvän ohjaamisen ja neuvonnan sekä asiakkaan tilanteen seuraamisen käytännöt olivat kuitenkin vaihtelevia. Käsitykset ja toimintatavat liikuntaneuvonnan ajanvarauskäytännöstä olivat erilaisia. Liikkumisreseptin käyttöä selvittäneessä tutkimuksessa yli puolessa toimipaikoista ei ollut keskusteltu liikuntaneuvonnan toteuttamistavoista eri ammattilaisten kesken (Holopainen & Ståhl 2004). Asiakkaan fyysisen aktiivisuuden seuraamiseen ei ollut sovittu yhteisesti selkeää kirjauskäytäntöä. Liikunnan dokumentoinnin kehittämiseksi koettiin tarvetta myös Javanainen-Levosen (2009) tutkimuksessa.

Eri ammattilaisten roolit neuvonnan antajina eivät olleet selkeät. Fysioterapeutin roolia ei ollut ajateltu liikunta- ja elämäntapaneuvonnan antajaksi terveyden edistämisen näkökulmasta, osittain johtuen käsityksestä fysioterapiayksikön resurssien rajallisuudesta. Aikaisemmissa tutkimuksissa ja kirjallisuudessa fysioterapeutin rooli liikuntaneuvonnassa on korostunut (Holopainen & Ståhl 2004; Nupponen & Suni 2005; Tala 2007; Tuominen ym. 2007; Vuori 2005).

Ohjauksessa hyödynnettävää materiaalia koettiin olevan riittävästi käytössä toisin kuin Javanainen-Levosen (2009) tutkimuksessa. Potilastietojärjestelmään kuuluva LIIKU-lomake tunnettiin, mutta sen käyttö oli vähäistä. Tulos on samansuuntainen kuin liikkumisreseptin käyttöön ja kirjallisten ohjeiden antamiseen liittyvissä tutkimuksissa (Holopainen & Ståhl 2004; Miilunpalo & Aittasalo 2002; Starck & Raiski-Ahola 2003). Kuitenkin liikkumisresepti on todettu käyttökelpoiseksi ja vaikuttavaksi menetelmäksi fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä (Aittasalo 2008a; Tuominen ym. 2007).

Yhteistyöhön ja tiedonkulkuun oltiin nykyisten käytäntöjen ja resurssien puitteissa melko tyytyväisiä. Yhteistyöverkosta ja eri toimijoiden hyödyntämistä monipuolisemmin fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamisessa pidettiin tärkeänä. Asiakkaan ohjaamisen ja palveluissa ohjautumisen kannalta merkittävänä koettiin asiakkaan valmistelu ja tiedon välittäminen ammattilaiselta toiselle. Tiedonkulkuun ja yhteisen ymmärryksen syntymiseen vaikuttavana tekijänä pohdittiin ammattilaisten käyttämän termistön merkitystä. Tulokset ilmaisevat käytäntöjen yhtenäistämisen, resurssien monipuolisemman hyödyntämisen ja tiedonkulun parantamisen tarvetta.

Sekä asiakastyössä että toimintatapojen kehittämisessä haasteeksi koettiin käytettävissä olevan ajan rajallisuus, kuten aiemmissakin tutkimuksissa on tullut esille (Holopainen & Ståhl 2004; Javanainen 2009; Starck & Raiski-Ahola 2003). Myös ammattilaisten sijoittumista fyysisesti laajalle alueelle pidettiin yhteistyötä hankaloittavana tekijänä. Toiminnan kehittämisen keinoksi ehdotettiin moniammatillista työryhmää.

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön aihe muodostui Turun liikuntapalvelukeskuksessa käytyjen keskustelujen myötä. Kaupungissa vuosia kehitetyn liikuntaneuvonnan käytännöissä oli koettu selkiyttämisen ja palvelun kehittämisen tarvetta. Yhtenä tarkastelua tarvitsevana asiana pidettiin toiminnan poikkihallinnolliselle yhteistyölle tyypillisiä haasteita. Kahden lähtökohdiltaan erilaisen organisaation (sosiaali- ja terveystoimi ja liikuntatoimi) työskentelyyn yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan jatkuvaa vuoropuhelua erilaisista toimintatavoista ja mahdollisuuksista. Palveluverkoston laajuus tuo omat haasteensa palveluiden järjestämiselle, mihin toivottiin selkeyttä. Tutkimuksen tarvetta korosti aikaisempien tutkimusten puuttuminen yli hallintokunnan rajojen tehtävästä vastaavasta toiminnasta. Aikaisemmin liikuntaneuvontaan liittyviä tutkimuksia on tehty yhden tai kahden ammattikunnan ja asiakkaan näkökulmasta. Aiheeseen perehdyttäessä havaittiin liikuntaneuvonnan toteuttamisen käytäntöjen

vaihtelevuus paikkakunnittain. Valtakunnallista yhtenäistä käytäntöä ei ole olemassa lukuun ottamatta Liikkumisreseptiä.

Prosessina opinnäytetyön tekeminen oli haasteellista mutta mielenkiintoista. Tutkimuksen tekemiseen liittyviä, etukäteen ajateltuja ongelmia ei ilmennyt. Tutkimukseen osallistuvien valikoituminen onnistui sujuvasti. Haastateltavien sitoutuminen mahdollisti haastattelujen toteutumisen ilman muutosten tarvetta. Kahden haastattelijan läsnäolo ei tuonut tilanteisiin jännitettä, vaan ne sujuivat luontevasti. Haastattelijoiden välistä työnjakoa ei oltu suunniteltu etukäteen, vaan molempien kysymykset täydensivät toisiaan. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekeminen työparina sujui hyvin. Aiheiden käsittelyyn saatiin syvyyttä ja monipuolisia näkökulmia.

8.1 Tutkimusten luotettavuuden tarkastelua

Tutkimuksen aineiston laatuun vaikuttavana tekijänä haastattelurungosta onnistuttiin tekemään aihepiireiltään kattava. Aineistoa käsiteltäessä ajateltiin, että joitakin syventäviä kysymyksiä olisi voinut tehdä enemmän. Haastatteluaineiston tallentamisen varmistamiseksi käytettiin kahta digisanelinta, joiden toimivuus tarkistettiin ennen jokaista haastattelua. Toteuttamalla haastattelut työparina ja mahdollisimman tiiviillä aikataululla haluttiin varmistaa, että haastattelut toteutuvat samankaltaisina. Aineisto litteroitiin kunkin haastattelupäivän jälkeen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 184–185.)

Aineiston luotettavuuteen saattoi vaikuttaa haastattelujen osuminen terveysasemilla poikkeuksellisen kiireiseen ajankohtaan AHI1N1-rokotusten takia. Ajankohdan hektisyys näkyi osittain haastateltavien vastauksissa ja ennakkovalmistautumisessa haastatteluun. Vastausten sisältöön saattoi vaikuttaa myös se, että toinen haastattelijoista työskentelee liikuntapalvelukeskuksessa.

Aineiston analyysin luotettavuuden parantamiseksi aineiston luokittelu tehtiin tarkkaan tutkijoiden yhteistyönä. Tulosten tulkinnan luotettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan pitää tutkijatriangulaatiota. Kahden tutkijan välisellä keskustelulla ja tulkintojen yksimielisyydellä pyrittiin vähentämään tutkijan subjektiivisten näkemysten vaikutusta analysointiin. Se, että toinen tutkija ei ollut kummankaan tutkimukseen

osallistuneen organisaation työntekijä, auttoi löytämään erilaisia näkökantoja. (Eskola & Suoranta 2008, 69.)

8.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tulokset osoittivat perusterveydenhuollon ja liikuntapalvelukeskuksen ammattilaisten yhteisen näkemyksen fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamisen tärkeydestä tyypin 2 diabetesta sairastavan aikuisen hoidon osana. Lisäksi liikuntaneuvontakäytäntöä pidettiin suhteellisen onnistuneena toimintatapana. Perusterveydenhuollossa oltiin tyytyväisiä toisen hallintokunnan tuottamaan palveluun. Tutkimuksesta ei selvinnyt, kuinka tasa-arvoisena liikuntaneuvontaa antava liikuntapalveluvastaava kuuluu osaksi asiakkaan hoitoon osallistuvaa henkilökuntaa. Siksi heräsi kysymys, jääkö liikuntaneuvonta hoitotyöstä erilliseksi palveluksi. Fysioterapeutin osaamisen vähäinen hyödyntäminen poikkesi aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista. Korvaako liikuntapalveluvastaavan antama liikuntaneuvonta osittain sen ohjauksen ja neuvonnan, mikä muualla kuuluu fysioterapeutin tehtäväksi?

Tutkimuksessa keskustelu liikuntaneuvonnan prosessinomaisuudesta jäi pinnalliseksi. Aiheesta olisi voinut tehdä tarkentavia kysymyksiä, jotka olisivat selventäneet haastateltavien käsityksiä prosessinomaisuudesta sekä asiakasnäkökulmasta että yhteistyön näkökulmasta. Olisi ollut mielenkiintoista keskustella haastateltavien kanssa enemmän myös fyysiseen aktiivisuuteen ohjaamisen ideologiasta, ja mahdollisesta liikkumisen medikalisoimisesta. Useissa haastateltavien vastauksissa toistui ajatus asiakkaan omasta vastuusta fyysiseen aktiivisuuteen liittyvissä muutoksissa. Ammatillaisen roolin asiakkaan tukijana muutosprosessin eri vaiheissa olisi ollut aihe, mistä olisi voinut käydä hedelmällisempää keskustelua.

8.3 Tutkimuksen hyödyntäminen tulevaisuudessa

Asiakkaan tarkoituksenmukaisen palveluissa ohjautumisen parantumiseksi eri ammattilaisten roolien selkiyttäminen ja kirjaaminen olisi tärkeää. Erityisesti fysioterapeuttien osaamisen hyödyntämistä ja työnjakoa liikuntapalveluvastaavien kanssa kannattaisi pohtia. Haastateltavien ehdotus kuntoneuvolatyyppisen toiminnan kehittä-

tämisestä matalan kynnyksen palveluna olisi harkinnan arvoinen. Olemassa olevan LIIKU-lomakkeen käyttöä tiedonkulun välineenä tulisi lisätä sekä pohtia sen mahdollisuuksia asiakkaan fyysisen aktiivisuuden seurannan välineenä. Olennaista on olemassa olevan liikuntaneuvonnan palvelupolun kuvauksen tarkentaminen. Voidaan myös esittää kysymys, saataisiinko käytössä olevat resurssit paremmin hyödynnettyä, jos liikuntaneuvonta asiakkaan muutosprosessin tukemiseksi toteutettaisiin sosiaali- ja terveystoimen omana toimintana. Asiakkaan voimannuttua liikuntapalveluihin ohjaaminen olisi tällöin liikuntapalvelukeskuksen tehtävä.

LÄHTEET

- Absetz, P. 2009. Elämäntapaohjausta voi tehostaa tavoitteellisella toimintamallilla. Tesso 2. Viitattu 16.4.2010.
<http://dialogi.stakes.fi/FI/tesson+arkisto/tesso2/sivu/16.htm?NRMODE=Published&>
- Aittasalo, Minna. 2008a. Promoting physical activity of working aged adults with selected personal approaches in primary health care. Feasibility, effectiveness and an example of nationwide dissemination. Jyväskylän yliopisto. Studies in sports, physical education and health 128. Väitöskirja. Viitattu 22.4.2010.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18620/9789513932961.pdf?sequence=1>
- Aittasalo, M. 2008b. Työkäinen saa liikuntakipinää lääkäriltä ja askelmittarin käytöstä. Liikunta & Tiede 5, 13–14.
- Ekdahl, P. 2010. Vs. liikuntapalvelupäällikkö. Turun kaupungin liikuntapalvelukeskus. Turku. Henkilökohtainen tiedonanto. 23.4.2010.
- Eriksson, J. G. 2005. Diabetes. Teoksessa I. Vuori, S. Taimela & U. Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 438–451.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Fogelholm, M. 2008. Liikkumattomuus maksaa – mutta paljonko liikuntaan kannattaa panostaa? Liikunta & Tiede 1, 48–49.
- Fogelholm, M., Paronen, O. & Miettinen, M. 2007. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2007:1. Viitattu 1.5.2010.
[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3824.pdf&title=Liikunta hyvinvointipoliittinen mahdollisuus fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3824.pdf&title=Liikunta+hyvinvointipoliittinen+mahdollisuus+fi.pdf)
- Heilä-Aaltonen, S. 2009. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen neuvontaryhmä ”TELINEN” on käynnistynyt. Karhunpalvelus. Porin kaupungin henkilöstölehti 3, 5. Viitattu 3.5.2010.
http://www.pori.fi/henkilosto/Karhunpalvelus_3_2009.pdf
- Helander, N. & Revonsuo, S. (toim.) 2006. Turku liikkeellä. Liikuntaa terveyden edistämiseksi. Itämeren Alueen Terveet Kaupungit ry.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, K. & Ståhl, T. 2004. Liikkumisreseptin käyttöselvitys. Viitattu 4.5.2010.
<http://www.liikkumisresepti.net/LR-kayttoselvitys.pdf>

Hyppönen, H., Hämäläinen, P., Pajukoski, M. & Tenhunen, E. 2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.200/811) toimeenpanosta kokeilualueilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 6.

Jallinoja, P. & Mäkelä, J. 2007. Kuka on vastuussa ylipainosta? Yhteiskuntapolitiikka 72, 88-92.

Javanainen-Levonen, T. 2009. Terveydenhoitajat liikunnan edistäjinä lastenneuvolatyössä. Jyväskylän yliopisto. Studies in sports, physical education and health 138. Väitöskirja. Viitattu 4.5.2010.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21305/9789513936341.pdf?sequence=1>

Kainuun Liikunta ry:n www-sivut. Viitattu 2.5.2010. <http://www.kainuunliikunta.fi>

Kansanterveyslaki. 1972. L 28.1.1972/66 muutoksineen.

Koskenvuo, M. & Mattila, K. 2003. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Teoksessa: K. Koskenvuo (toim.) Sairauksien ehkäisy. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 16–21.

Koski, P. 2001. Liike 2000. Liikunta turkulaisten hyvinvoinnin välineenä. Turku: Liikuntavirasto.

Kosunen, E. 2007. Perusterveydenhuolto terveyden edistäjänä – visioita tulevaisuuteen. Suomen lääkärilehti 1–2, 69–73.

Kukkonen-Harjula, K. 2005. Metabolinen oireyhtymä ja tyypin 2 diabetes. Teoksessa M. Fogelholm & I. Vuori (toim.) Terveysliikunta. Helsinki: Duodecim, 93–103.

Kukkonen-Harjula, K. 2009. Ruokatottumukset ensin remonttiin – lisää liikuntaa vasta painonhallintavaiheessa. Diabetes ja lääkäri 3, 25–29. Viitattu 12.4.2010.
http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=1965

Kuntalaki. 1995. L 17.3.1995/365 muutoksineen.

Kuusela, M. 2010. Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, palvelujohtaja. Turku. Henkilökohtainen tiedonanto 19.4.2010.

Käypä hoito -suositus Diabetes. 2009. Viitattu 8.4.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>

Laine, K. 2009. Nurmijärven terveyskeskus, terveyskeskuslääkäri. Nurmijärvi. Henkilökohtainen tiedonanto 5.12.2009.

Liikuntalaki 1998. L 18.12.1998/1054 muutoksineen.

Lindgren, H. 2006. Ketjureaktio-hanke testasi palveluketjumallia. Teoksessa: N. Helander & S. Revonsuo (toim.) Turku liikkeellä. Liikuntaa terveyden edistämiseksi. Itämeren Alueen Terveet Kaupungit ry, 71.

Malmisalo, T. 2009. Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen terveyden edistämisen yksikkö, liikuntaneuvoja. Turku. Henkilökohtainen tiedonanto 28.10.2009.

Marttila, J. 2007. Käyttäytyminen ei muutu käskystä. Diabetes ja lääkäri 9, 18-22. Viitattu 8.4.2010. http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=748

Metsämuuronen, J. 2000. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Helsinki: Oy Edita Ab.

Miilunpalo, S. & Aittasalo, M. 2002. Liikkumisresepti – lääkärin työkalu ja yhteistyöhanke terveystoiminnan lisäämiseksi. Suomen lääkärilehti 20, 2203–2207.

Mustajoki, P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi?. Suomen Lääkärilehti 42, 4235–4237.

Mönkäre, S. 2004. Liikuntalääkärit avainasemassa terveyden edistäjinä. Liikunta & Tiede 5, 31.

Nupponen, R. & Suni, J. 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa M. Fogelholm, & I. Vuori (toim.) Terveystoiminta. Helsinki: Duodecim, 216–228.

Nurmijärven kunnan www-sivut. Viitattu 2.5.2010. <http://www.nurmijarvi.fi>

Ojanen, M. 2004. Miksi kansa ei liiku? Mitä on tehtävissä? Liikunta & Tiede 5, 18.

Onnismaa, J. 2003. Epävarmuuden paluu. Ohjauksen ja ohjausasiantuntijuuden muutos. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.

OPM 2009. Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnan edistämisen linjoista. Opetusministeriön julkaisuja 17. Viitattu 8.4.2010. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/opm17.pdf?lang=fi>

Oulun kaupungin www-sivut. Oulun kaupungin terveystoimintaohjelma. Viitattu 2.5.2010. <http://www.ouka.fi>

Packalén, L. 2007. Lahden kaupungin terveystoimintastrategia. Viitattu 2.5.2010. [http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/076E5D67A2FE232EC22573330027C2C7/\\$file/Terveystoimintastrategia%2007.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/076E5D67A2FE232EC22573330027C2C7/$file/Terveystoimintastrategia%2007.pdf)

Paronen, O. & Nupponen, R. 2005. Terveyden ja liikunnan edistäminen. Teoksessa M. Fogelholm, & I. Vuori. Terveystoiminta. Helsinki: Duodecim, 206–215.

Pekkala, T. Liikuntasuhteeri, Oulun kaupungin liikuntavirasto. Oulu. Henkilökohtainen tiedonanto 28.4.2010.

Pekkola, T. 2010. Liikuntapalveluvastaava, Turun kaupungin liikuntapalvelukeskus. Turku. Haastattelu 21.4.2010. Haastattelijana Eija Hiitti. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.

Perttilä, K. & Uusitalo, M. 2006. Terveyden edistämisen vastuu ja rakenteet. Stakes. Ehkäisevän sosiaali- ja terveystoiminnan verkostolehti 1, 10–13. Viitattu 1.5.2010.

Pietilä, A., Eirola, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Työmenetelmiä terveyttä edistävässä asiakastyössä. Teoksessa A. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E. Salminen & K. Arola (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 148-171.

Poskiparta, M., Kasila, K., Kettunen, T. & Kiuru, P. 2004. Tyypin 2 diabeetikkojen lii-kuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. Suomen lääkäri-lehti 14, 1491–1495.

Pyykkö, M. 2006. Terveyden edistämässä on tekojen aika. Ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan verkostolehti 1, 10–13. Viitattu 1.5.2010.
[http://www.laaninhallitus.fi/lh/etela/sto/home.nsf/pages/8215136263F45169C22571C4002AF60D/\\$file/Est_0106_pieni.pdf](http://www.laaninhallitus.fi/lh/etela/sto/home.nsf/pages/8215136263F45169C22571C4002AF60D/$file/Est_0106_pieni.pdf)

Rimpelä, M. 2005. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 2. Kansanterveysvas-tuu ja ydintehtävät. Suomen lääkäri-lehti 45, 4651–4655.

Rimpelä, M. 2009. Terveydenhoito on jäänyt terveystakesuksissa harrastukseksi. Suomen lääkäri-lehti 43, 3642–3643.

Ruotsalainen, P. 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen & I. Kiikkala (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 7–32.

Rönnemaa, T. 2009. Liikunta tyypin 2 diabeteksessa. Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 172–173.

Saraheimo, M. 2009a. Mitä diabetes on? Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 9-10.

Saraheimo, M. 2009b. Mitä diabeteksen hoito on? Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 10–12.

Saraheimo, M. 2009c. Tyypin 2 diabetes? Teoksessa P. Ilanne-Parikka, T. Rönnemaa, M-T. Saha & T. Sane (toim.) Diabetes. Helsinki: Duodecim, 30–32.

Stakes. 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 15.4.2010. http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4017/http_wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_kasi.pdf

Starck, H. & Raiski-Ahola, S. 2003. Selvitys liikuntaneuvonnan toteutumisesta Länsi-Suomen läänin erikoissairaanhoidossa. Länsi-Suomen lääninhallituksen julkaisusarja 14.

STM 2001a. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 8. Viitattu 1.5.2010.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf

STM 2001b. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 4. Viitattu 11.3.2010.
<http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>

STM 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2006:19. Viitattu 30.9.2009.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf

STM 2008. Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämissuunnitelmista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 10. Viitattu 4.4.2010. <http://pre20090115.stm.fi/pr1221461425231/passthru.pdf>

Ståhl, T. 2003. Liikunnan toimintapolitiikan arviointi terveyden edistämisen kontekstissa, sosiaalisen tuen, fyysisen ympäristön ja poliittisen ympäristön yhteys liikuntaaktiivisuuteen. Jyväskylän yliopisto. Studies in sports, physical education and health 91. Väitöskirja. Viitattu 4.5.2010.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13514/9513918262.pdf?sequence=1>

Ståhl, T. 2005. Reseptillä liikkeelle. Liikkumisreseptihankkeen arviointi. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 170. Viitattu 30.9.2009.
<http://www.liikkumisresepti.net/LRloppuraportti.pdf>

Ståhl, T., Borodulin, K., Kujala, S. & Jousilahti, P. 2004. Lääkärien toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyys ja tarve. Suomen lääkirlehti 40, 3729–3734.

Suomen perustuslaki. 1999. L 11.6.1999/731 muutoksineen.

Tala, S. 2007. Terveysliikunta – terveyden edistämisen tärkeä osatekijä. Työterveyslääkäri 2, 19–24.

Toropainen, E. 2007. Erilliset lenkit vahvaksi ketjuksi – yhteistyöllä asiakas itsenäiseksi liikkuja. Liikunta & Tiede 5, 14–17.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuominen, K., Tala, S. & Korpi, J. 2007. Liikkumisreseptin vaikuttavuuden arviointi. Potilasnäkökulma. Työterveyslääkäri 2, 38–44.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa, valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Publishing oy.

Turun kaupungin www-sivut. Viitattu 1.5.2010. <http://www.turku.fi>

UKK-instituutti. 2009. Liikuntapiirakka. Viitattu 9.3.2010.
<http://www.ukkinstituutti.fi/fi/suosituksia>

U.S. Department of Health and Human Services. 2008. Physical Activity Guidelines for Americans. Viitattu 5.12.2009.
<http://www.health.gov/PAGuidelines/guidelines/default.aspx>

Valtioneuvosto 2007. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Viitattu 30.9.2009.
<http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/hallitusohjelma-painoversio-040507.pdf>

Vertio, H. 2003a. Terveysneuvonnan periaatteet. Teoksessa K. Koskenvuo (toim.). Sairauksien ehkäisy. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 573–578.

Vertio, H. 2003b. Terveyden edistäminen. 2. p. Helsinki: Tammi.

Vuori, I. 2003. Liikunnan lisääminen. Teoksessa K. Koskenvuo (toim.) Sairauksien ehkäisy. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 589–609.

Vuori, I. 2005. Terveyttä edistävän liikunnan lisääminen. Teoksessa I. Vuori, S. Taimela & U. Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 646–664.

Vuori, I. 2008. “Uudet terveysterveyden edistämisen suositukset Yhdysvalloista: Be active, healthy, and happy”. Suomen Lääkärilehti 47, 4077a–4077c.

Vuori, I. 2010. Liikunnan merkitys työ- ja toimintakyvyn sekä terveyden edistämässä. Kuntatiedon keskus. Viitattu 1.5.2010.
http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;351;536;42780;42782

Vähäsarja, K., Poskiparta, M., Kettunen, T. & Kasila, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Liikunta & Tiede 6, 81–88.



ANOMUS/PÄÄTÖS
Tutkimuksen/
opinnäytetyön lupa

Dnro _____

Anoja/anojen suku- ja etunimet

Hiitti Eija _____

Suonpää Henna _____

Kotiosoite ja puhelin

Rautsuontie 30 21420 Lieto, 050 5052465 _____

Annankuja 9 21380 Aura, 044 3298278 _____

Tutkimuksen nimi ja aihe

Tyyppin 2 diabetesta sair. työik. liik.neuvonnan _____

palvelupolun edellytykset Turun kaupungissa _____

Tutkimusaineiston koko
10 henkilöä _____

Anoja on

AMK-opiskelija

Muu tutkija

Henkilökunta

Nykyinen työnantaja tai oppilaitos

Satakunnan AMK, sosiaali- ja terveysala, Pori _____

Nykyinen virka tai toimi

opiskelija _____

Tutkimuksen kohderyhmät

Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen sekä _____

liikuntatoimen eri ammattiryhmien edustajat _____

Tutkimus on

opinnäytetyö, mikä sisältyy kuntoutusohjauksen ja _____

~~muu tutkimus, mikä~~ -suunnittelun koulutusohjelmaan _____

kehittämistyö, mikä _____

Tutkimusmenetelmä teemahaastattelu _____

Tarvittavat resurssit haastateltavan työntekijän työaika 1 h _____

Aineiston kokoamisajankohta

tammii-helmikuu 2010 _____

Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta

toukokuu 2010 _____

Ohjaajat Sirpa Saaristo SHO, Merja Sallinen TtM _____

Tutkimussuunnitelman hyväksyminen

Kyllä Ei

A/614 5.11.2005
Päätösnumero _____

Seena Savunen
Tutkimusluvan myöntäjä _____

JAKELU Tutkimuslupa: tutkimuksen vastuhenkilö, luvan saaja, hoitotyöosasto
Tutkimusraportti ja tiivistelmä: vastuhenkilö, hoitotyöosasto

Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Pori

ANOMUS
30.10.2009

Turun kaupunki, Liikuntapalvelukeskus
Vs. liikuntapalvelupäällikkö Päivi Ekdahl
Blomberginaukio 4
20720 Turku

TUTKIMUSLUPA


Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan Porin yksikössä kuntoutusohjausta ja -suunnittelua. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyö, jonka teemme tyypin 2 diabetekseen sairastuneiden työikäisten liikuntaneuvontaan liittyen.

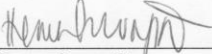
Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää edellytykset tyypin 2 diabetesta sairastavien työikäisten liikuntaneuvonnan palvelupolun rakentamiselle Turun kaupungissa. Kartoitamme tyypin 2 diabetesta sairastavien työikäisten olemassa olevat liikuntaneuvonnan käytännöt ja kehittämistarpeet. Kartoituksen teemme haastattelemalla Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen sekä liikuntatoimen eri ammattiryhmien edustajia. Haastateltavat valikoituvat Turun kaupungin terveysasemilta, joissa liikuntaneuvonta on ollut aktiivisena toimintatapana. Haastattelut toteutetaan vuoden 2010 alussa. Tutkimuksen tulokset raportoidaan Satakunnan ammattikorkeakoulussa keväällä 2010. Tuloksia saatetaan käyttää myös sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan tilaisuuksissa ja/tai lehdissä.

Pyydämme tutkimuslupaa opinnäytetyömme aineiston keräämiseksi Mäntymäki I, II, III, Runosmäen, Käsityöläiskadun ja Kirkkotien terveysasemilla. Liitteenä tutkimussuunnitelma.

Opinnäytetyötämme ohjaavat Sirpa Saaristo SHO ja Merja Sallinen TtM, Satakunnan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Pori.


Yhteistyöterveisin


Eija Hiitti
Rautsuontie 30, 21420 Lieto
050 5052 465
eija.hiitti@student.samk.fi


Henna Suonpää
Annankuja 9, 21380 Aura
044 3298 278
henna.suonpaa@student.samk.fi

Myönnän tutkimusluvan En myönnä tutkimuslupaa

Turku 30.10.2009
Paikka Aika


Allekirjoitus ja nimenselvennys
PÄIVI EKDAHL

Hei!

Olet lupautunut haastatteluun tyypin 2 diabetesta sairastavien työikäisten liikuntaneuvonnan käytäntöjen kartoittamiseksi ja kehittämistarpeiden selvittämiseksi. Haastattelu toimii aineiston keruuna kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun opinnäytetyössä.

Tavoitteena on

- 1) selvittää edellytykset tyypin 2 diabetesta sairastavien työikäisten liikuntaneuvonnan palvelupolun rakentamiselle Turun kaupungissa,
- 2) kartoittaa tyypin 2 diabetesta sairastavien työikäisten olemassa olevat liikuntaneuvonnan käytännöt ja kehittämistarpeet sosiaali- ja terveystoimessa sekä liikuntatoimessa,
- 3) kerätä tietoa palvelupolun rakentamiseksi.

Haastattelumenetelmänä käytetään teemahaastattelua. Haastattelun kesto on max. 1 tunti. Haastattelu tapahtuu omalla työpaikallasi, rauhallisessa, haastatteluun soveltuvassa tilassa. Haastattelu tallennetaan.

Saat sähköpostitse noin 2 viikkoa ennen haastattelua tarkempaa tietoa keskusteltavista aihepiireistä.

Ehdotamme haastatteluajankohdaksi keskiviikkoa 20.1.2010 klo 15.

Vahvistathan ajankohdan sopivuuden 1.12.2009 mennessä tähän sähköpostiosoitteeseen.

Kiitos!

Jos sinulla on aiheeseen liittyvää kysyttävää, voit soittaa numeroon 050 505 2465 tai laittaa sähköpostia eija.hiitti@kotikone.fi tai henna.suonpaa@elisanet.fi

Yhteistyöterveisin;

Eija Hiitti ja Henna Suonpää/kuntoutuksen ohjaaja(AMK)-opiskelijat

LIITE 4.

Opinnäytetyömme tavoitteena on

- 1) selvittää edellytykset tyypin 2 diabetesta sairastavien työikäisten liikuntaneuvonnan palvelupolun rakentamiselle Turun kaupungissa,
- 2) kartoittaa tyypin 2 diabetesta sairastavien työikäisten olemassa olevat liikuntaneuvonnan käytännöt ja kehittämistarpeet sosiaali- ja terveystoimessa sekä liikuntatoimessa,
- 3) kerätä tietoa palvelupolun rakentamiseksi

Opinnäytetyössämme ei erikseen käsitellä asiakaslähtöisyyttä, koska toiminnan oletetaan lähtevän asiakkaan tarpeista ja elämäntilanteesta.

FYYSISEEN AKTIIVISUUTEEN LIITTYVÄN OHJAAMISEN JA NEUVOMISEN MERKITYKSELLISYYS

- tyypin 2 diabeteksen hoidossa tärkeimmiksi kokemasi asiat
- haasteet (mm. asenne, motivaatio, muut sairaudet) diabeetikon fyysiseen aktiivisuuteen liittyvässä ohjaamisessa
- termistön käyttö: fyysinen aktiivisuus, liikkuminen, liikunta, terveystoiminta, työliikunta
- asiakkaan oma vastuu
- neuvonnan antajan työkokemuksen ja iän merkitys

PUHEEKSI OTTAMINEN

- fyysisestä aktiivisuudesta/liikkumistottumuksista keskusteleminen asiakkaan kanssa
- asiakkaan muutosprosessin huomioiminen
- terveysterrorismi?
- mitä, miten, missä ja millon?

YHTEISTYÖ JA TIEDONKULKU

- asiakkaan muutosprosessin huomioiminen hänen siirtyessään ammattilaiselta toiselle
- ammattilaisten työnjako/roolit
- nykytilanne, haasteet, kehittämistarpeet

RESURSSIT

- ehkäisevän toiminnan painotuksen näkyminen valtakunnallisissa ja alueellisissa ohjelmissa/suunnitelmissa => onko haasteita toteutumisessa?
- koulutuksen riittävyys/tarve, perehdytys
- asiakastietojärjestelmän toimivuus/asiakkaan prosessin eteneminen saumattomasti