

Terveyskeskuslääkäreiden mielipiteitä LIIKU-lähetteestä ja liikunnan palveluketjusta Lahdessa

Tera Heinonen

Opinnäytetyö
Liikunnan ja vapaa-ajan
koulutusohjelma, aikuisten
monimuoto
2011



Tera Heinonen	LOT09/AIK
Terveyskeskuslääkäreiden mielipiteitä LIIKU-lähetteestä ja liikunnan palveluketjusta Lahdessa	Sivu- ja liitesivumäärä 42 + 2
<p>Ohjaaja Tiina Laiho</p>	
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia terveyskeskuslääkäreiden mielipiteitä LIIKU-lähetteestä, sekä liikunnan palveluketjusta Lahdessa. Lisäksi kartoitettiin liikuntaneuvonnan tämänhetkistä toimintaa ja pohdittiin mahdollisia kehitysideoita.</p> <p>Liikunnan palveluketju Lahdessa on Lahti liikkeelle - kehittämishankkeen tulosta. Palveluketjussa toteutetaan poikkihallinnollista yhteistyötä liikuntatoimen ja terveystoimen välillä. Liiku – lähete ja liikuntaneuvonta ovat oleellinen osa palveluketjua. LIIKU-lähetteellä hoitajat ja lääkärit voivat lähettää potilaan liikuntatoimen toteuttamaan henkilökohtaiseen liikuntaneuvontaan.</p> <p>Lääkäreiden mielipiteitä tutkittiin kyselylomakkeella. Kysely toteutettiin Lahdessa, Paavolan terveysasemalla, 2.2.2010. Kyselyyn vastasi 18 lääkäriä. Liikuntaneuvonnan toimintaa kartoitettiin kyselemällä toiminnasta suoraan terveystoimintajohtajalta vuosien 2010 ja 2011 välisenä aikana. Terveystoimintajohtajaa oli yhteydessä puhelimitse ja sähköpostilla.</p> <p>Liikuntaneuvonnan tämänhetkistä tilaa selvitettyä saatiin selville että LIIKU-lähetteen perusteella liikuntaneuvontaa on annettu noin 150 kertaa vuodessa. Liikuntaneuvoja on yksi ja hänellä on resursseja enintään kahdeksaan liikuntaneuvontatapaamiseen viikossa. Liikuntaneuvonta-ajat ovat pääasiassa täynnä ja asiakas saattaa joutua odottamaan liikuntaneuvontaan pääsyä kaksikin kuukautta.</p> <p>Lääkäreille tehdyssä kyselyssä kävi ilmi, että suurin osa lääkäreistä oli kuullut LIIKU-lähetteestä, mutta yli puolet ei ollut koskaan käyttänyt sitä. Lähes kaikki olivat sitä mieltä, että liikuntaneuvonnan antaminen kuuluu jossain määrin lääkärin työhön ja puolet oli kiinnostuneita saamaan lisäkoulutusta aiheesta. LIIKU-lähete nähtiin pääsääntöisesti toimivana ja kehittämiskelpoisena työkaluna liikunnan lisäämiseksi potilaille. Suurin osa lääkäreistä kannatti myös liikunta- ja sosiaalitoimen yhteistyön kehittämistä.</p> <p>Tulosten pohjalta on pääteltävissä, että terveystoiminnan edistämiseksi ja poikkihallinnolliselle yhteistyölle on tarvetta. Lääkärit suhtautuivat positiivisesti yhteistyöhön liikuntatoimen kanssa, kuten myös sairaanhoitajat, aikaisemmin tehdyssä kyselyssä. Yhteistyötä tulisi edelleen kehittää ja liikuntaneuvonnan resursseja kasvattaa, jotta kaikki halukkaat ja neuvontaa tarvitsevat, voisivat sitä saada. Fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä pystytään ennaltaehkäisemään sairauksia ja parantamaan hoitotasapainoa useissa sairauksissa. Liikuntatoimen ja terveystoimen yhteistyö on merkittävässä roolissa kansalaisten ylipainon lisääntymisen ehkäisyssä. Terveystoiminnan paikka osana perusterveydenhuoltoa tulisi vakiinnuttaa koko Suomessa.</p>	

Asiasanat

Liiku – lähete, liikkumisresepti, liikuntaneuvonta, terveysneuvonta, terveyden edistäminen

Degree programme

<p>Authors Tera Heinonen</p>	<p>Group LOT09/AIK</p>
<p>The title of thesis Physical activity prescription, LIIKU-lähetä, as a part of physical activity service chain in Lahti – experiences by physicians</p>	<p>42 pages 2 appendices</p>
<p>Supervisors Tiina Laiho</p>	
<p>The purpose of this study was to examine the opinions of physicians for physical activity prescription and physical activity service chain in Lahti. The study also clears the current state of the physical activity service chain and physical activity counseling in Lahti.</p> <p>The physical activity service chain is a cooperation project between health service department and sports department. In this service the physicians and nurses can book a time to exercise counseling for their patients. It is recommended to the patients who do not have enough physical activity in their everyday lives and are at big risk for health problems.</p> <p>A questionnaire was made to physicians on the second of February 2010. It took place in Lahti center health centre. Eighteen physicians answered the questionnaire about physical activity prescription and physical activity service chain.</p> <p>The results of the questionnaire were interesting. Most of the physicians knew or had heard about the physical activity prescription but less than half had ever used it. All the physicians agreed that giving physical activity counseling is somehow part of a physician's job. The main problem in giving it is a lack of time or knowledge. The physical activity service chain was considered a good idea which should be developed more. Half of the physicians were interested of getting counseling and more information about physical activity prescription.</p> <p>The information for the overview about a current state of service chain was gathered by interviewing the Lahti sport department's physical activity counselors. As a result of the overview it was found out that exercise counseling has been given approximately 150 times every year between 2006 and 2010. In the sport department there is only one person giving exercise counseling and the maximum amount is eight times a week. The appointments for exercise counseling are most of the time fully booked and the waiting time can be from one to two months.</p> <p>Overall the physical activity prescription and physical activity counseling have found their places as a part of the healthcare services in Lahti. The attitude in health service department is positive towards the cooperation with sports department and the physical activity service chain could and should be developed further.</p>	
<p>Key words physical activity service chain, physical activity prescription, physical activity counseling</p>	

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Terveys	3
2.1	Suomalaisten terveys.....	3
2.2	Suomalaisten terveyskäyttäytyminen.....	3
3	Terveyden edistäminen.....	5
4	Liikunta terveyden edistämässä.....	7
4.1	Terveysliikunta	8
4.2	Terveysliikunta suositukset	9
5	Terveysneuvonta	11
5.1	Liikuntaneuvonta osana terveysneuvontaa	11
5.2	Neuvontayhteistyö.....	12
5.3	Liikkumisresepti.....	12
5.4	Kokemuksia liikkumisreseptistä.....	14
6	Lahti Liikkeelle - kehittämishanke	15
6.1	Liikunnan palveluketju Lahdessa.....	16
6.2	Kokemuksia LIIKU-lähetteestä.....	17
7	Tutkimuksen tarkoitus.....	18
7.1	Tutkimustehtävät.....	18
8	Tutkimusmenetelmät	19
8.1	Tutkimuksen kulku	21
8.2	Tutkittavat	21
8.3	Mittausmenetelmät, aineiston keruu ja aineiston analyysi.....	21
8.4	Luotettavuuden arviointi	22
9	Tulokset.....	23
9.1	Tietävätkö lääkärit mahdollisuudesta käyttää LIIKU - lähetettä	23
9.2	Miten lääkärit kokevat liikuntaneuvonnan antamisen työssään	24
9.3	Miten lääkärit kokevat LIIKU-lähetteen mahdolliset hyödyt.....	25
9.4	Miten lääkärit kokevat yhteistyön liikuntatoimen kanssa	26
9.5	Avoimet kysymykset.....	27
9.6	Liikuntaneuvonnan tämänhetkinen tilanne.....	28

10 Pohdinta	30
10.1 Lahden malli	30
10.2 Kehittämisideoita	31
10.3 Haasteita.....	32
10.4 Jatkotutkimusmahdollisuudet.....	32
Lähteet.....	33
Liitteet.....	37
Liite 1. LIKU-lähete kyselylomake.....	37
Liite 2. Liikunnan palveluketju Lahdessa.....	42

1 Johdanto

Suomalaiset ovat lihavampia kuin koskaan. Vuonna 2000 oli suomalaisista miehistä ylipainoisia 66 prosenttia ja naisista 52 prosenttia. Suurin osa työikäisistä suomalaisista ylittää normaalipainon ylärajan. Painojuna on karannut käsistä, ylipainoisten määrä kasvaa ja voidaan jo puhua lihavuusepidemiasta. (Mustajoki 2007, 114–115.)

Lihottava elinympäristö ja istuva elämäntapa kiihdyttävät painojunan vauhtia. Vaikka energiansaantimme ravinnosta on vähentynyt, ei se vastaa kuitenkaan vähentyntä energian tarvettamme. Sadassa vuodessa energian tarpeemme on vähentynyt määrällä, joka vastaa miehillä yli viiden tunnin kävelyä ja naisilla yli neljän tunnin kävelyä päivässä. Ruokailu totumuksissa on tapahtunut myös muutosta. Positiivista on se että hedelmien ja kasvien syönti on lisääntynyt, mutta myös herkkuruokien syönti on muuttunut jokapäiväiseksi, pikaruoka-annosten suosia kasvanut ja annoskoot kasvaneet. (Mustajoki 2007, 8-14.)

Ylipainon terveydelliset seuraukset tiedetään. Ylipaino lisää nivelvaivoja ja muita sairauksia, jotka vähentävät mahdollisuuksia liikkua. Lihavuus voi olla myös suuri henkinen taakka joka huonontaa itsetuntoa ja johtaa masentuneisuuteen. Sairas ja/tai masentunut ihminen ei jaksa tehdä painonhallintaan tarvittavia muutoksia. (Mustajoki 2007, 9.) Tällaiset ihmiset tarvitsevat ammattilaisten apua painojunan pysäyttämiseksi.

Erilaisilla liikuntapoliittisilla ratkaisuilla pyritään muuttamaan painojunan suuntaa. Maailman terveysjärjestö WHO on laatinut toimintasuunnitelman jossa lihavuuden ehkäiseminen on tärkein tavoite. WHO kannustaa valtioita ryhtymään toimenpiteisiin, kansalaisten terveyden ja painonhallinnan lisäämiseksi. Suomessa on meneillään Terveys 2015 -kansanterveys ohjelma jonka tavoitteena on terveiden elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Kunnallisella tasolla, Lahdessa, terveyttä on pyritty edistämään Lahti -liikkeelle kehittämishankkeella. Hankkeen tavoitteena oli luoda toimintamalleja lahtelaisten terveyden edistämiseksi. Hanke toteutettiin vuosina 2005 – 2008.

LIIKU-lähete on yksi Lahti -liikkeelle kehittämishankkeen innovaatioista. LIIKU-lähete pohjautuu kansalliseen liikkumisresepti hankkeeseen, joka toteutettiin vuosina 2001 – 2004. LIIKU-lähete on terveydenhuollon työkalu, jolla hoitajat ja lääkärit voivat lähettää potilaita liikuntatoimen toteuttamaan liikuntaneuvontaa.

Liikuntaneuvonnalla pyritään parantamaan potilaiden terveyttä, auttamalla heitä fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen. Fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä pyritään vaikuttamaan painonhallinnan lisäksi, mm. kestävyyskuntoon, lihaskuntoon, mielialaan, vireyteen sekä unen laatuun. Ryhmäliikunnasta saa myös vertaistukea ja muita sosiaalisia virikkeitä.

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa liikuntaneuvonnan ja liikunnan palveluketjun nykytilaa Lahdessa, tutkia lääkäreiden mielipiteitä LIIKU-lähetteestä sekä pohtia kehitysideoita liikunnan palveluketjun parantamiseksi. Tutkimuksessa selvitetään liikuntatoimen toteutuneet liikuntaneuvonta määrät vuosilta 2006 – 2010, haastatellaan liikuntaneuvonnan toteuttajia ja tehdään kysely lääkäreille LIIKU-lähetteen toimivuudesta.

2 Terveys

Maailman terveysjärjestö (WHO) määritteli terveyden, vuonna 1948, käsittämään ihmisen hyvinvointia kokonaisvaltaisesti niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisen hyvinvoinnin kautta. ”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO 2003). Terveys on siis tämän määritelmän mukaan, tasapainoinen hyvinvoinnin tila, eikä vain sairauksien ja toiminnan vajauksien puuttuminen.

2.1 Suomalaisten terveys

Väestön terveydentilan kuvaamiseen käytetään yleisesti kuolleisuutta ja siihen perustuvia mittalukuja. Tarkemman kokonaiskuvan saamiseksi tarvitaan kuitenkin monipuolisia tietoja sairastavuudesta ja siitä, millaiseksi ihmiset itse kokevat terveytensä. Väestön ja sen osaryhmien terveyden arvioinnissa tarvitaan myös tietoa sairauksien seurauksista, muustakin kuin kuolemasta. (Koskinen 2009.)

Keskeisimpien mittareiden mukaan on suomalaisten terveys parantunut viime vuosikymmeninä. Keskimääräinen elinaika suomalaisille naisille vuonna 2007 oli 82,9 vuotta eli noin 8 vuotta pitempi kuin -70 luvun alussa. Miesten elinaika piteni samana ajanjaksona yli yhdeksällä vuodella, 75,8 vuoteen. Suomalaisten keskimääräinen elinaika muuhun Eurooppaan verrattuna on nykyisin melko pitkä ja sen kehitys on ollut keskimääräistä suotuisampi. Elinajan nopea piteneminen johtuu kuolleisuuden pienentymisestä kaikissa ikäryhmissä. Todennäköisesti suomalaisten terveyden paraneminen yhä jatkuu, mutta toteutuakseen se vaatii panostusta terveyttä edistävien toimenpiteiden tehostamiseen ja uusien keksimiseen. (Koskinen 2009.)

Suomessa oli jo vuonna 2005 yli 200 000 diagnosoitua tyyppin 2 diabeetikkoa, jonka lisäksi arvellaan että diagnosoimattomia potilaita on yhtä paljon. Tyyppin 2 diabeteksen on ennustettu lisääntyvän Suomessa 2000 – luvun alusta vuoteen 2010 noin 70 prosentilla, mikäli ei ryhdytä ripeästi ennaltaehkäisevään toimintaan. (Saraheimo & Kangas 2006, 12.) Puhutaan siis merkittävästä ja yhteiskunnalle kalliista sairaudesta.

2.2 Suomalaisten terveyskäyttäytyminen

Useimmat merkittävistä terveysongelmistamme liittyvät terveyskäyttäytymiseen. Huolestuttavaa on että runsas alkoholin käyttö on lisääntynyt, tupakkaan kuolee edelleen

tuhansia ihmisiä vuodessa ja vaikka suomalaisten energiansaanti näyttää vähentyneen, väestön lihominen osoittaa, että kulutukseen nähden energiaa saadaan edelleen liikaa. Lihavuus altistaa meitä sydän- ja verisuonisairauksille, tuki- ja liikuntaelinsairauksille sekä diabetekselle sekä heikentää toimintakykyämme. Liikunnan vähäisyys on myös itsenäinen terveyttä vaarantava tekijä. (Koskinen 2009.)

3 Terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on WHO:n jäsenmaiden, joihin Suomikin kuuluu, terveyspolitiikan perusta. Ottavassa, Kanadassa pidetyssä ensimmäisessä kansainvälisessä terveyden edistämisen konferenssissa 1986, WHO määritteli terveyden edistämisen toiminnaksi joka lisää ihmisten mahdollisuuksia hallita ja parantaa terveyttään. Terveyden saavuttamisen edellytyksiksi määriteltiin rauha, suoja, koulutus, ruoka, toimeentulo, vakaa ympäristö, kestävät luonnonvarat sekä oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo. (WHO 2011.)

WHO järjesti Bangkokissa 2005 kuudennen kansainvälisen terveyden edistämisen konferenssin. Konferenssissa hyväksyttiin Bangkokin julkilausuma, jonka tarkoituksena on tukea kansainvälisiä organisaatioita, hallituksia ja paikallisia toimijoita, sitoutumaan ja verkottumaan terveyden edistämiseksi. Julkilausumassa sanotaan että terveyden edistämisen tulee olla 1. keskeinen osa maailmanlaajuisista kehityssuunnitelmaa, 2. kaikkien hallinnon tasojen keskeinen vastuu, 3. yhteisöjen ja yhdistysten perus lähtökohta ja 4. hyvän yrityskulttuurin pohja. (WHO 2011a.)

Terveyden edistämisen päämäärä, yksilön ja väestön terveys, käsitetään yhteiskunnassa nykyään voimavarana. Terveyttä edistämällä suojataan, uusitaan ja lisätään näitä voimavaroja. Väestön terveys luo mahdollisuuksia muunkin hyvinvoinnin ja kulttuurin kehittämiseen. Yksilölle taas terveys mahdollistaa ponnistelut omien henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamiseksi. (Paronen & Nupponen 2005, 207.)

Terveyden edistämisen kannalta on oleellista ajatus terveydestä voimavarana. Terveyttä ei voida ostaa eikä antaa vaan se syntyy ihmisten omien ja yhteisten toimintojen avulla. Ympäristön laatu ja terveys ovat esimerkiksi asioita joista ei voida huolehtia, elleivät kansalaiset painota sitä kaikessa päätöksenteossa ja varojen käytön ohjauksessa. (Paronen & Nupponen 2005, 207.)

Suomessa on tällä hetkellä käynnissä Sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015 - kansanterveysohjelma. Se on terveyspoliittinen ohjelma jossa painotetaan terveyden edistämistä. Sen taustana on WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma ja se jatkaa kansallista Terveyttä kaikille vuoteen 2000 ohjelmaa. Terveys 2015 ohjelman tavoitteena on terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Toteutuksen lähtökohtana on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä

terveydenhuollossa että kaikilla muilla yhteiskunnan osa-alueilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010)

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kannattaa. Terveyttä edistävillä toimenpiteillä vaikutetaan suoraan kansansairauksien syihin ja näin hillitään terveyden huollon palveluista, sairaus poissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä aiheutuvia kuluja. Terveyden edistämisen toimien talousvaikutuksista on toistaiseksi vähän luotettavasti arvioituja tietoja. Tiedot viittaavat kuitenkin siihen, että elintapoja muokkaavat toimenpiteet ovat vaikuttavia ja niiden kustannusvaikuttavuussuhde on hyvä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a.)

4 Liikunta terveyden edistämässä

”Liikunnan edistäminen on osa terveyden edistämistä niissä toiminnoissa, joissa pyritään ensisijaisesti parantamaan väestön tai rajatun ihmisryhmän terveydentilaa, toimintakykyä ja hyvinvointia liikunnan avulla”. Kaikki liikunnan edistäminen ei siis ole ensisijaisesti terveyden edistämistä. Liikunnan ensisijainen tarkoitus voi olla esimerkiksi ihmisten yhteenkuuluvuuden tunteen parantaminen tai ihmisten palkitseminen. Liikunnan tarkoitusperä voi olla myös puhtaasti kaupallinen, jolloin se ei eroa muusta kaupallisesta toiminnasta. Liikunnan terveysvaikutukset voivat tuki välittyä tarkoitusperistä riippumatta. (Paronen & Nupponen 2005, 208.)

Liikunnalla on ehkäisevä vaikutus lukuisiin yleisiin sairauksiin. Liikunnalla voidaan auttaa hoitoon ja kuntoutukseen sekä toimintakyvyn säilyttämiseen ja parantamiseen. On kuitenkin tunnettava minkälaista liikuntaa terveysvaikutusten saamiseksi pitää harjoittaa. Tarvitaan siis luotettavaa tutkimustietoa ensiksi siitä, että liikunnalla ja terveydellä on syy-seuraussuhde, ja toiseksi siitä, mitkä ovat tämän suhteen ominaisuudet. (Oja 2005, 61.)

Vuonna 2000 Kanadassa pidetyssä konsensussymposiumissa analysoitiin systemaattisesti kerätty tutkimusnäyttö liikunnan ja terveyden yhteyksistä. Kokouksen mukaan on erittäin vahvaa näyttöä fyysisen aktiivisuuden positiivisista verenpainevaikutuksista ja rasva-aineenvaihdunnan parantumisesta. Kohtalaisen vahvaa näyttöä on sepelvaltimotaudin ja muiden sydän ja verisuonitautien vähentämisestä sekä positiivisista vaikutuksista tyypin 2 diabetekseen ja sen kehitykseen. Vahvaa tai kohtalaisen vahvaa näyttöä on myös, että fyysinen aktiivisuus vähentää masennussairauksien riskiä ja parantaa lievän ja kohtalaisen masennuksen ja ahdistuneisuuden oireita. (Oja 2005, 67.) Aikuistyyppin diabetes vähenisi arviolta 90 % nykyisestä jos lihavuus voitaisiin poistaa ja väestö liikkuisi riittävästi (Koskinen 2009).

Fyysinen suorituskykyämme, johon liikunta merkittävästi vaikuttaa, on riippuvainen sydämen ja keuhkojen toimintakyvystä, lihaskudoksen määrästä ja lihasten verenkierron vilkkaudesta.

Fyysinen harjoittelu:

- a) Parantaa sydämen leposykettä, kasvattaa sen lihasmassaa, tehostaa sen hapen käyttöä ja kasvattaa sydämen minuutissa pumppaaman veren määrää.
- b) Laskee verisuonten ääreisvastusta ja verenpainetta sekä parantaa hiussuonistoa.
- c) Kasvattaa lihasmassaa ja parantaa energia-aineenvaihduntaa.
- d) Pienentää rasvakudosta ja parantaa rasvakudoksen laatua.

- e) Kasvuikäisillä kasvattaa luun määrää maksimiinsa ja ikääntyvillä estää luukatoa.
- f) Keskushermostoon vaikuttamalla parantaa yleistä vireystilaa ja nostaa mielialaa.
- g) Vaikuttaa veren rasva-arvoihin nostamalla HDL- kolesterolin arvoja, laskemalla triglyseridi arvoja ja laskemalla mahdollisesti LDL- kolesterolin arvoja.
- h) Parantaa lihasten insuliiniherkkyyttä ja laskee glukoosiarvoja. (Niskanen 2006, 155.)

4.1 Terveysliikunta

Liikunnan merkitys terveyden edistämässä on vuosi vuodelta korostunut ja tuonut mukanaan termin terveystoiminta. Kirsi Heinosen mukaan terveystoiminta on osa fyysistä aktiivisuutta johon kuuluu hyötytoiminta, terveystoiminta, kuntotoiminta ja urheilu. Hänen ajatuksensa on että hyötytoiminta koostuu arkielämän askeleista, päivittäisten toimien lomassa ja on osa terveystoimintaa. Terveystoiminta tuottaa terveyttä hyvällä hyötysuhteella, riskit ovat minimissä ja edut sen sijaan korkeat. Terveystoiminta ei Heinosen mukaan tavoittele suorituskykyä kuten kuntotoiminta ja urheilu. (Heinonen 2011.)

Fogelholm ja Oja määrittelevät terveystoiminnan sellaiseksi fyysiseksi aktiivisuudeksi, joka tehokkaasti ja turvallisesti parantaa terveystoimintaa tai ylläpitää jo valmiiksi hyvää terveystoimintaa. Terveystoiminnan he taas määrittelevät niiksi fyysisen kunnan tekijöiksi, joilla on yhteyksiä terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn. (Fogelholm & Oja 2005, 77 – 78.) Määritelmä on linjassa UKK-instituutin yksinkertaisemman version kanssa jossa sanotaan että terveystoimintaa on kaikki sellainen fyysinen aktiivisuus jolla on myönteisiä vaikutuksia terveyteen (Liikunnan ja Urheilun Maailma 2005).

4.2 Terveysliikuntasuosituksukset

Terveysliikuntasuosituksukset perustuvat yhteiseen mielipiteeseen liikunnan terveydellisistä hyödyistä, tieteellisen näytön pohjalta. Suositukseen vaikuttavat myös yleisimmät kansansairaudet ja tutkimusnäytön vahvuus. Maan liikuntakulttuuri sekä viestinnälliset ja terveystieteelliset näkökohdat otetaan myös huomioon terveystieteellisiä laadittaessa. Suositusten tulisi olla mahdollisimman selkeitä ja kansalaisille helposti toteutettavia. (Fogelholm & Oja 2005, 72.)

UKK-instituutti määritteli alan asiantuntijoiden kanssa terveystieteellisiä suosituksia ns. liikuntapiirakkaan, joka julkaistiin vuonna 2004. Liikuntapiirakka on päivitetty viimeksi vuonna 2009. Aikuisten suositus 18 – 64-vuotiaille, jakaantuu kestävyyskuntoon, lihaskuntoon ja liikehallintaan (Kuvio 1). 13 – 18-vuotiaiden liikuntasuositus taas kannustaa monipuoliseen ja liikunnalliseen elämäntapaan (Kuvio 2). Lisäksi on määritelty erikseen varhaiskasvatuksen liikuntasuosituksukset, raskauden ajan liikuntasuosituksukset, liikuntasuosituksukset synnytyksen jälkeen ja luuliikuntasuosituksukset eri ikäryhmille. (UKK-instituutti.)



Kuvio 1

Vauhti virkistää!

LIIKU AINAKIN 1½ TUNTIA PÄIVÄSSÄ
– PUOLET SIITÄ REIPPAASTI

PARANNA KESTÄVYYTTÄ

- reipas kävely
- hölkkä
- pyöräily
- uinti
- hiihto

Nosta
sykettä ja
hengästy
joka päivä

KEHITÄ VOIMAA JA NOTKEUTTA

- tanssi
- kuntosali
- pallopelit
- venyttely
- lumilautailu
- skeittailu

Kuormita
lihaksia
3 krt/vk

PYSY PIRTEÄNÄ

- pelaile pallopelejä välitunnilla
- kulje kävellen tai pyörällä
- käytä portaita, unohda hissit
- vältä pitkäaikaista istumista

Liiku
aina kun
voit

LIIKUNTASUOSITUS 13–18-VUOTIAILLE

 UKK-instituutti

**NUORI
SUOMI**

Kuvio 2

5 Terveysneuvonta

Terveysneuvonta on osa kunnan terveystalveluja ja mukana kaikissa kansanterveystyön palveluissa. Terveysneuvonnan tehtävänä on edistää terveyttä, työ- ja toimintakykyä ja mielenterveyttä, sekä tukea terveyttä edistäviä ja sairauksia ehkäiseviä valintoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

5.1 Liikuntaneuvonta osana terveysneuvontaa

Liikuntalaki vuodelta 1998 velvoittaa valtion ja kunnat luomaan yleiset edellytykset liikunnalle. Laissa mainitaan myös yhtenä tarkoituksena väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. (Liikuntalaki 2009.) Kunnissa liikuntapalveluita tuottaa liikuntatoimi ja yhtenä liikuntatoimen palvelumuotona on liikuntaneuvonta. Liikuntaneuvontaa antavat liikuntatoimen liikuntaneuvojat ja liikunnanohjaajat.

Liikuntaneuvonta avoterveydenhuollossa, on osa henkilökohtaista terveysneuvontaa, aivan kuten ravitsemusneuvonta tai lääkkeidenkäytön ohjaaminen. Sitä antavat lääkärit, hoitajat ja fysioterapeutit. (Nupponen & Suni 2005, 217.)

Terveysliikunnan edistämisen yksilöllisin toteutustapa on henkilökohtainen neuvonta. Siinä hyödynnetään ammatillisen osapuolen ja asiakkaan vuorovaikutusta kasvatuksellisin ja viestinnällisin keinoin. Asiakkaan tarpeet ja edellytykset huomioiden annetaan käytännön läheistä tietoa fyysisen aktiivisuuden merkityksestä terveydelle. Neuvonnan tavoitteet asetetaan yksilöllisesti, asiakkaan terveydentilan, elämäntilanteen ja motivaation mukaan. Tuloksekas liikuntaneuvonta edellyttää monipuolisia ja syvällistä lähestymistapaa. Neuvojan puutteelliset tiedot ja taidot, kiirehtiminen ja pintapuolinen työtapa, heikentävät asiakkaan sitoutumista ja liikuntaneuvonnan vaikuttavuutta. (Nupponen & Suni 2005, 216.)

Liikunta- ja terveysneuvonnassa voidaan myös puhua elintapaohjauksesta.

Neuvontatapahtuma on interventio, jonka tavoitteena on käyttäytymisen muutos.

Elintapaohjauksesta tehtyjen tutkimusten perusteella on kuitenkin vaikea nähdä sitä, miten myönteiset vaikutukset on saatu aikaan. On siis tärkeää oppia ymmärtämään mikä vaikutukset on saanut aikaan ja miten. Näin voimme kehittää terveysneuvonnan tekniikoita entistä paremmiksi. (UKK-instituutti 2010a.)

5.2 Neuvontayhteistyö

SLU esitti jo vuonna 1998, että terveystieteiden palvelut tulisi kytkeä entistä tiiviimmin osaksi sosiaali- ja terveystoimen kunnallisia toimintaohjelmia (SLU 1998). Liikuntaneuvonnan yhteisiä linjoja ja toimintaperiaatteita ei kuitenkaan ole kaikilla toimipaikoilla sovittu. Tämä vähentää neuvonnan vaikuttavuutta, hämmentää asiakkaita ja aiheuttaa neuvontaprosessin katkeamia. Neuvontaan ohjaaminen vaatii valmiiksi kartoitettuja neuvontapolkuja, joista kaikkien työntekijöiden tulisi olla selvillä. Asiakkaille taas tarvitaan suppeaa ja selkeää materiaalia sekä rohkaisevaa ja ohjaavaa otetta työntekijän työtehtävästä riippumatta. (Nupponen & Suni 2005, 226–227.)

Terveystieteiden vastuulla ei ole järjestää liikuntapalveluita asiakkailleen, vaan avata reittejä ohjattuihin liikuntapalveluihin ja kannustaa osallistumaan niihin. Liikuntapalvelut voivat olla kaikille avoimia tai asiakkaan erityistyhmiä tarjottuja liikuntapalveluita. Palveluiden tarjoajana voivat olla kunnan liikuntapalvelut, seurakunnat, kansalais- ja työväenopistot tai yksityiset kaupalliset liikunta-alan yrittäjät. Neuvovalla työntekijällä tulisi olla maanläheistä tuntumaa palvelutarjontaan, jotta hän kykenisi valmentamaan tottumattomat asiakkaat tulevaan ja ohjaamaan oikealle palvelun tarjoajalle. (Nupponen & Suni 2005, 227.)

5.3 Liikkumisresepti

Liikkumisresepti hankkeen tavoitteena oli lisätä terveyskeskuksissa käyvien vähän liikkuvien ihmisten liikunnallista aktiivisuutta, lääkärin toteuttaman neuvonnan ja kannustavan reseptin avulla. Hanke aloitettiin vuonna 2001, yhteistyössä UKK-instituutin, Suomen reumaliiton, Suomen lääkäriliiton, Suomen sydänliiton, Kunnossa kaiken ikää – ohjelman ja Jyväskylän yliopiston kanssa. Hanke päättyi suunnitelmien mukaisesti vuoden 2003 lopussa. Vuosi 2004 oli hankkeen toimintojen vakiinnuttamista toimijatahoille mm. koulutuksia järjestämällä. (Ståhl 2005, 6.)

Liikkumisresepti on lomake johon lääkäri kirjaa asiakkaan yksilöllisen liikkumisohjeen. Resepti ohjaa liikuntaneuvonnan toteutumista uusimman liikunta- ja terveystiedon pohjalta. Reseptissä on liikuntaneuvonnan ydinkohdat, jotka käydään suullisesti läpi reseptiä kirjoitettaessa. Liikkumisreseptin pääkohdat ovat 1. asiakkaan nykyinen liikkuminen ja näkemys sen riittävydestä, 2. liikkumisen terveystieteelliset ja tavoitteet, 3. liikkumisohje, 4. mahdolliset lisäohjeet, 5. liikkumisen toteutumisen arviointi ja seuranta. (Ståhl 2005, 8.)

Syksyllä 2001 toteutetussa pilottihankkeessa saatiin liikkumisreseptin käytöstä ensimmäiset palautteet lääkäreiltä ja potilailta. Lääkärit suhtautuivat ideaan ja luotuun reseptiin positiivisesti, mutta silti vain neljännes käyttäjäkoulutukseen osallistuneista (n = 39) lääkäreistä käytti reseptiä. Käytön suurimpana esteenä nähtiin ajanpuute. Kaikki potilaat (n = 22) pitivät lääkärin antamaa liikuntaneuvontaa hyvänä ideana ja itselleen tarpeellisena. (Miilunpohja & Aittasalo, 2002, 2204–2207.)

Liikkumisresepti hankkeen loppuarvioinnissa todetaan että hanke oli kokonaisuudessaan onnistunut. Aika katsottiin otolliseksi liikuntaneuvonnan edistämiseksi ja palaute asiakkailta oli hyvää. Liikkumisreseptin käyttöönotto terveyskeskuksissa oli kuitenkin hankalaa ja ongelmaksi tiivistyi toimijoiden resurssi ja aikapula. Fysioterapeutit ja hoitajat kokivat myös jäävänsä ulkopuolisiksi lääkäreiden potilailleen antamasta liikuntaneuvonnasta. Terveyskeskuksien ja työterveyshuollon välisen yhteistyön vähäisyys hankaloitti myös sähköisen reseptin toteuttamista. Kehittämiskohteiksi liikkumisreseptin käytössä mainittiin mm. Toiminnan vaatima säännöllinen kertauskoulutus kaikille liikuntaneuvonnan tahoille, palveluketjun saumattomuus, yhteistyö eri ammattikuntien välillä (lääkärit, hoitajat, fysioterapeutit, liikunnanohjaajat) ja sähköisen potilastietojärjestelmän hyödyntäminen. (Ståhl 2005, 40–41.)

Lääkäriliiton vuonna 2007 tekemän kyselytutkimuksen mukaan viidennes lääkäreistä kysyi lähes kaikilta potilailta liikuntatottumuksista, kolmannes kysyi harvoin tai ei koskaan. Liikkumisreseptin käyttö ei kuitenkaan ole juurikaan kasvanut, vaan on pysynyt suunnilleen samalla tasolla vuodesta 2002. Enemmistö lääkäreistä (70 %) ohjaa potilaita vähintään kerran kuussa muille terveydenhuollon ammattilaisille liikunta-asioissa. (Lääkärikysely 2007, 21.)

Vuosien 2002 -2004 aikana tilattiin lääkäriliitosta 3 048 lehtiötä liikkumisresepti lomakkeita. Lehtiöistä 55 % meni terveyskeskuksiin, 15 % työterveyshuoltoon, 24 % paikallisiin projekteihin ja loput 6 % sairaaloihin, yksityisvastaanoitoille ja kuntoutuslaitoksiin. Koko maasta osallistui Liikkumisreseptin käyttökoulutukseen 19 % terveyskeskuslääkäreistä ja 16 % työterveyslääkäreistä. Liikkumisreseptin käytön vähäisyyden syiksi on arvioitu aikajänteen lyhyys, liikkumisreseptin vaikuttavuustulosten puute hankkeen alkaessa, sähköisen reseptin puute ja hankkeen rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa paikallisiin käytäntöihin. (Toropainen, Rinne, Aittasalo, Luoto 2010, 2004 - 2005.)

Liikkumisreseptin käyttöönottoa suositellaankin toteutettavaksi yhteistyöhankkeena, vahvistamaan terveydenhuollon ja liikunta-alan ammattilaisten palveluketjua. Voimavarojen

optimoimiseksi voidaan liikkumisresepti kohdistaa ensin terveydellisiin riskiryhmiin, esimerkiksi verenpainepotilaisiin ja tuki- ja liikuntaelin sairaisiin. Kun liikkumisreseptin käytöstä on sovittu, tulee toimintamallin juurruttamiseksi järjestää säännöllistä tiedottamista ja koulutusta sekä vaihtaa käyttökokemuksia ja arvioida toiminnan vaikutuksia. Ajankohtainen haaste on myös liikkumistietojen liittäminen osaksi sähköisen potilaskertomuksen ydintietoja. Sähköisen potilastietojärjestelmän avulla pystytään suunnitelmallisesti seuraamaan liikuntaneuvontaa ja muutoksia. (Toropainen, ym. 2010 2004 – 2005.)

5.4 Kokemuksia liikkumisreseptistä

Liikkumisresepti aiheesta on tehty terveystieteiden Pro-gradu tutkielma Jyväskylässä vuonna 2006. Tutkimuksessa selvitettiin, miten ja millä ehdoilla liikkumisresepti soveltuu YTHS:n lääkäreiden työvälineeksi. Tutkimus oli arviointi tutkimus joka toteutettiin kahden YTHS:n lääkärin ja heidän potilaidensa avulla. Lääkärit käyttivät valitsemillaan astma- ja masennuspotilailla liikkumisreseptin, jonka jälkeen lääkäreiltä ja potilailta kerättiin tietoja kontaktitilanteesta nk. Käyntilomakkeella. Lisäksi analysoitiin lääkäreiden täyttämät liikkumisresepti lomakkeet ja kokemuksia liikkumisreseptistä kerättiin haastattelemalla lääkäreitä ja lähettämällä kysely liikkumisreseptin saaneille. (Tuominiemi 2006.)

Potilaat pitivät liikkumisreseptiä heille sopivana ja hyödyllisenä välineenä. Käyntilomakkeiden pohjalta se ei kuitenkaan helpottanut heidän liikuntaneuvonnan mieleen jäämistä. Potilaat arvioivat liikkumisreseptin vaikuttavan heidän liikuntatottumuksiinsa jonkin veran. Valtaosa potilaista piti liikkumisreseptiä hyödyllisenä ja motivoivana. Liikkumisreseptin kehittämisideat koskivat seurannan tehostamista ja liikunnanohjauksen saamista. (Tuominiemi 2006, 50–58.)

Haastatteluista kävi ilmi että lääkärit suhtautuivat myönteisesti liikuntaan ja liikkumisreseptiin. Ajan puute koettiin haasteeksi ja toinen lääkäreistä kaipasi lisäkoulutusta liikunta-asioihin. Liikkumisresepti kokeilun lääkärit kokivat aktivoivan liikuntaneuvontaan. Lääkärit kaipaivat liikkumisresepti lomakkeen yksinkertaistamista ja kokivat yhteistyön fysioterapeutin kanssa tärkeäksi. (Tuominiemi 2006, 67–70.)

6 Lahti Liikkeelle (LaLi) -kehittämishanke

LaLi -kehittämishankkeen ideointi aloitettiin vuonna 2005, Kunnossa Kaikenikää (KKI) – ohjelman aloitteesta. Kehittämishanke pyörähti käyntiin vuoden 2006 alusta, kolmivuotisena yhteistyöprojektina. PHLU (Päijät-Hämeen liikunta ja urheilu) johti työryhmää joka koordinoi hankkeen toimintaa. Työryhmässä olivat mukana kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, kaupungin työterveyshuolto, kaupungin liikuntapalvelut, Suomen Terveystalo oy, Harjulan kansalaisopisto, Lahden ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveydenhoito-oppilaitos, Lahden Ahkera ry, Päijät-Hämeen Kehitys ry, Wellamo-opisto, KKI -ohjelma, Helsingin kaupungin koulutus ja kehittämiskeskus PALMENIA, Lahden kesäyliopisto ja Lahden eläkeläisjärjestö. Kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda Lahteen uusia toimintamalleja lahtelaisten terveyden ja terveystoiminnan edistämiseksi. Osatavoitteiksi määriteltiin, liikunta-, sosiaali- ja terveystoimen sekä muiden terveystoimijoiden yhteistyön kehittäminen ja tiivistäminen, ennaltaehkäisevän terveystoiminnan sitominen osaksi sosiaali- ja terveystoimen perustoimintaa sekä pysyvän terveystoimintaketjun luominen 55 – 56-vuotiaiden terveystoiminnan edistämiseksi. (Maijala 2009, 7-8.)

PHLU sai tukea hankkeen koordinointiin, sillä ehdolla että se palkkaa hankkeen ajaksi työntekijän terveystoiminnan kehittämiseen. Terveystoiminnan kehittäjä siirtyi koordinoimaan hanketta. Muille mukana oleville tahoille myönnettiin myös tukea eri osa-alueille hankkeeseen osallistumisen mukaan, mm. liikuntaneuvonnan, liikuntarekisterin, liikuntaryhmien ja matalankynnyksen ryhmien toteuttamiseen. (Maijala 2009, 8.)

Hankkeen arvioinnissa todetaan että hanke onnistui luomaan polun sosiaali- ja terveystoimesta kaupungin liikuntapalveluiden liikuntaneuvontaan ja edelleen palvelun tarjoajien liikuntaryhmiin. Liikuntaneuvonnan ongelmiksi koettiin pitkä jonotusaika ja resurssien rajallisuus. Jotta asiakasmääriä voitaisiin kasvattaa, tulisi henkilöresursseja lisätä. Lahdessa on julkisella puolella 100 000 asukkaalle vain yksi liikunta- ja ravitsemusneuvoja. Koettiin myös että LIIKU-lähete ja liikuntaneuvonta eivät vielä ole vakiintuneita toimintoja eivätkä kaikki tahot hyväksy mallia. Liikuntaryhmiä koettiin myös tarvittavan lisää jotta asiakkaalle löytyisi sopiva ryhmä johon mahtuu mukaan. Kiertävään liikuntaneuvontaan oltiin tyytyväisiä ja Liikuntarekisteri koettiin käyttökelpoiseksi välineeksi asiakkaille. (Maijala 2009, 11–12.)

Vuonna 2007 valmistui Lahden kaupungin terveystoiminnan strategia, jossa on paljon yhteneväisyyksiä LaLi -hankkeen kanssa mm. tavoitteissa ja toimintamalleissa (Maijala 2009, 8).

6.1 Liikuntaneuvonnan palveluketju Lahdessa

LaLi -hankkeeseen kuului osana uudenlaisen liikunnan palveluketjun luominen (Liite 1). Palveluketjun ideana on asiakkaan siirtyminen terveystoimesta, liikuntaneuvonnan kautta joko kaupungin liikuntapalveluiden tai terveyslääkärin palveluista tuottavien yritysten/yhteisöjen asiakkaaksi tai omaehtoiseksi liikkujaksi. (Maijala 2009, 9.)

Sosiaali- ja terveystoimen potilasjärjestelmään kehitettiin yhdessä liikuntatoimen kanssa erillinen LIIKU-lähete, lääkäreiden, terveydenhoitajien ja ravitsemusterapeuttien työvälineeksi. He voivat lähettää LIIKU-läheteellä, MBO – riskiryhmäläisiä, diabeetikkoja, verenpainetautia sairastavia ja sepelvaltimotautipotilaita liikuntaneuvontaan. LIIKU-lähete on Pegasos potilastietojärjestelmässä ja potilastietojärjestelmästä voi suoraan varata ajan liikuntaneuvontaan. Potilastietojärjestelmän avulla voidaan seurata potilaan terveyslääkärin kehittymistä. (Maijala 2009, 9.)

Kaupungin liikuntapalveluiden, edulliset matalankynnyksen liikuntaryhmät on tarkoitettu vain LIIKU-läheteen saaneille asiakkaille. Nämä ryhmät ovat välivaihe matkalla muihin liikuntaryhmiin ja harrastuksiin. Tarkoituksena on tehokas yhteistyö muiden terveyslääkärin järjestävien tahojen kanssa jotta matalankynnyksen ryhmiin saadaan tilaa uusille LIIKU-lähete asiakkaille. (Maijala 2009, 9.)

Lisäksi liikuntaneuvontaa on tarjottu myös kerran kuukaudessa kauppakeskus Sykkeessä Lahden keskustassa ja kiertäviä liikuntaneuvontapisteitä on kierrätetty eri kaupunginosissa. Kaikille avoimeen liikuntarekisteriin on koottu kaupungin ja eri järjestöjen toimesta satoja seudun liikuntaryhmiä. Liikuntarekisterin avulla asiakas voi valita itselleen mieluisia palveluja. (Maijala 2009, 10.)

LIIKU-lähete syntyi siis osana LaLi – kehittämishanketta. Sitä oli työstämässä terveyslääkärin kehittäjäksi palkattu Laura Packalen – Vehko, muun ohjausryhmän kanssa. Lähtökohtana läheteelle oli vuonna 2001–2004 toteutettu kansallinen liikkumisresepti hanke. Haluttiin luoda polku sosiaali- ja terveystoimen ja liikuntapalveluiden välille. Liikkumisresepti hankkeesta saatujen palautteiden perusteella päätettiin luoda lääkäreille yksinkertaisempi toimintamalli, jota voisivat käyttää myös hoitajat. LIIKU-lähete mallissa, liikuntaneuvonnan toteuttamisen vastuu annettiin Liikuntatoimelle.

6.2 Kokemuksia LIIKU-lähetteestä

Keväällä 2008 julkaistu, Lahden ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, tutki terveydenhoitajien kokemuksia LIIKU-lähetteestä ja yhteistyöstä Lahden kaupungin liikuntapalveluiden kanssa. Tutkimuksessa kuvattiin LIIKU-lähetteellä toteutettavan liikuntaneuvonnan käytäntöä terveydenhoitajien näkökulmasta. Tutkimus oli kvalitatiivinen, puolistrukturoitu teemahaastattelu. Haastateltuja hoitajia oli neljä. (Kuusela & Kaappola 2008.)

Tutkimustuloksissa todetaan että hoitajat kokivat LIIKU-lähetteen toimivaksi ja käytännölliseksi apuvälineeksi tehostamaan asiakkaiden monipuolista hoitoa. Myös poikkihallinnollinen yhteistyö koettiin toimivaksi. Terveydenhoitajat totesivat liikuntaneuvonnan roolin korostuvan yhä enemmän osana terveysneuvontaa ja ravinto- ja liikuntaneuvonnan muodostavan yhdessä tärkeimmän osa-alueen sairauksien ehkäisyssä. Terveydenhoitajat kaipasivat kehitystä LIIKU-lähetteen käytön tehostamiselle ja selkeälle toimintamallille terveydenhuollon sisäisessä toiminnassa. (Kuusela & Kaappola 2008, 34–41.)

7 Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Lahden terveyskeskuslääkäreiden mielipiteitä, LIIKU-lähetteestä, liikuntaneuvonnasta ja poikkihallinnollisesta yhteistyöstä liikuntatoimen kanssa. Tutkimus on kyselytutkimus, jolla haluttiin tietoa lääkäreiden mielipiteistä sekä luoda Lahden liikuntatoimelle tutkimusmalli mahdollista laajempaa mielipidetutkimusta varten. Tutkimuksessa kartoitetaan myös liikuntaneuvonnan nykytilaa ja pohditaan kehittämisideoita liikunnan palveluketjuun.

7.1 Tutkimustehtävät

1. Tietävätkö lääkärit LIIKU-lähetteestä ja sen mahdollisuuksista?
 - a) Ovatko lääkärit tietoisia lähetteen olemassaolosta?
 - b) Ovatko he saaneet opastusta sen käyttämiseen?
 - c) Ovatko he käyttäneet LIIKU-lähetettä?
 - d) Haluavatko lääkärit koulutusta LIIKU-lähetteen käytöstä?

2. Miten lääkärit kokevat liikuntaneuvonnan antamisen työssään?
 - a) Kuuluuko liikuntaneuvonnan antaminen heidän mielestään lääkärin työhön?
 - b) Onko heillä resursseja liikuntaneuvonnan antamiselle?

3. Miten lääkärit kokevat LIIKU-lähetteen mahdolliset hyödyt?
 - a) Kokevatko lääkärit lähetteen keinona parantaa potilaiden fyysistä aktiivisuutta?
 - b) Tulisiko lähetettä kehittää entistä paremmaksi?

4. Miten lääkärit kokevat yhteistyön liikuntatoimen kanssa?
 - a) Kannattavatko vastaajat yhteistyön lisäämistä vai vähentämistä?
 - b) Ovatko lääkärit tyytyväisiä nykyiseen yhteistyöhön?

5. Onko heillä kehittämisideoita LIIKU-lähetteen parantamiseksi?

8 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, joka toteutettiin survey- eli kyselytutkimuksena. Kyselytutkimuksella saadaan tutkimusjoukosta kuvailevaa tietoa, esimerkiksi yksittäisten asioiden yleisyydestä ja erilaisten mielipiteiden jakaantumisesta. Kyselytutkimuksen lähtökohtana ovat selkeät kysymykset, joihin tutkimuksella haetaan vastauksia. Kysely tutkimus sopii esimerkiksi mielipidetiedusteluihin ja markkinatutkimuksiin. (Oulun yliopisto.)

Havaintoaineisto voi olla joko primäärinen tai sekundaarinen. Primäärinen havaintoaineisto kerätään tutkimusta varten esimerkiksi survey - tyyppisellä kyselytutkimuksella, kun taas sekundaarinen havaintoaineisto on aikaisemmin kerätty joltain muuta tarkoitusta varten, mutta soveltuu käytettäväksi kyseisessä tutkimuksessa. (Oulun yliopisto a.)

Tutkimus voi olla joko kokonaistutkimus tai otantatutkimus. Kokonaistutkimuksessa tutkitaan jokainen perusjoukon jäsen. Isojen perusjoukkojen tutkimisessa voidaan vaihtoehtoisesti käyttää otantatutkimusta. Otos saadaan, kun perusjoukosta otetaan satunnaisperiaatteella tietty määrä tilastoyksiköitä tutkittavaksi. Yleisimmin käytetyt otantamenetelmät ovat, yksinkertainen satunnaisotanta, systemaattinen otanta, ryväotanta ja ositettu otanta. (Oulun yliopisto a.)

Tutkimuksen toteutus olisi voitu tehdä kokonaistutkimuksena, mutta perusjoukon suuruuden takia resurssit eivät siihen riittäneet. Otantatutkimuksen otantamenetelmäksi olisi sopinut parhaiten ositettu otanta eri terveysasemilta, mutta lääkäreiden vaikean tavoitettavuuden takia sekään ei tullut kysymykseen. Käytännön syistä päädyttiin ottamaan yksinkertainen satunnaisotanta, yhden terveysaseman lääkäreistä. Eli perusjoukko supistettiin käsittämään Lahden keskustan terveysaseman lääkärit.

Määrällinen tutkimus perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen, tilastojen ja numeroiden avulla. Runsaat erilaiset laskennalliset ja tilastolliset analyysimenetelmät sisältyvät määrälliseen menetelmäsuuntaukseen. Määrällisessä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita erilaisista syy- ja seuraussuhteista, luokitteluista, vertailusta ja numeerisiin tuloksiin perustuvasta ilmiön selittämisestä. (Jyväskylän yliopisto.)

Kvantitatiivisen teorian muodostuksessa voidaan erotella viisi eri vaihetta:

1. Muodostetaan tutkimuskohde, rajaamalla tutkittavan kohteen perusjoukko tai populaatio.
2. Täsmennetään kohteesta ne ominaisuudet ja ominaisuuksien suhteet joita halutaan tutkia.
3. Erotellaan selitettävät ja selittävät tekijät sekä kerrotaan millä tavalla selittävät tekijät selittävät selitettäviä tekijöitä. Näin saadaan muodostettua hypoteesi/teoria.
4. Esitetään kohteen ominaisuudet ja ominaisuuksien suhteet, muuttujina ja riippuvuuksina. Tätä kutsutaan kvantifioinniksi.
5. Esitetään tutkimuksen keskeiset riippuvuusoletukset sopivalla matemaattisella tai tilastollisella mallilla. (Tuomivaara 2005, 35.)

Tilastollinen merkitsevyys tarkoittaa määrällisessä tutkimuksessa sitä että saadun tutkimustuloksen voidaan olettaa esiintyvän myös jossain toisessa vastaavassa tapauksessa. Tilastollisen merkittävyyden saamiseksi on tärkeää että tutkimusaineisto on kerätty todennäköisyysotantamenetelmiä hyväksi käyttäen. Otannasta pyritään tällöin luomaan pienoismalli siitä perusjoukosta, jota on haluttu tutkia ja johon tulokset halutaan yleistää. Tutkimus joka ei perustu todennäköisyysotantaan on ongelmallinen, koska tällaisen tutkimuksen tuloksia on vaikea yleistää. (Valli 2010, 233 - 234.)

Tilastollista merkitsevyyttä testataan laskemalla p:n arvo. Sen avulla määritellään millä todennäköisyydellä saatu tulos on totta ja voidaan yleistää perusjoukkoon. Tulos on tilastollisesti merkitsevä jos $p < 0,05$, jolloin sattuman mahdollisuus tuloksiin on viisi prosenttia. (Valli 2010, 234.)

Aineiston keruu on peruuttamaton vaihe tutkimuksessa. Tutkija ei voi enää jälkikäteen tehdä tarkentavia kysymyksiä tai havaintoja. Aineiston keräämisen suunnitteluun tulisi paneutua huolella ennen lomakkeen laatimista. Sama pätee muunkinlaiseen aineiston keruuseen kuin kyselylomakkeeseen. Lomakkeen tulisi olla mahdollisimman yksiselitteinen ja kysymyksistä tulisi aina löytyä kullekin vastaajalle sopiva vaihtoehto. Vastausvaihtoehtojen suunnittelussa kannattaakin mahdollisuuksien mukaan tehdä yhteistyötä tulevan kohdejoukon kanssa. Koodaamisvaiheessa päästään yleensä kaikkein helpoimmalla, jos kysymyksiin on laitettu valmiit vastausvaihtoehdot ja ne on numeroitu. (Valli 2010, 236 - 237.)

8.1 Tutkimuksen kulku

Syksy 2009

Opinnäytetyö projekti alkoi aiheeseen perehtymisellä. Alkuperäinen aihe oli Lahden terveyskeskuslääkäreiden mielipiteet ja kokemukset liikkumisreseptistä. Tutustumalla Lahden terveystoimintamalliin selvisi että Lahdessa on oma toimintamalli, jossa käytetään LIIKU-lähetettä. LIIKU-lähetteen voi kirjoittaa hoitaja tai lääkäri. Hoitajille oli tehty haastattelututkimus aiheesta vuonna 2007, mutta lääkäreille ei aiheesta ollut tutkimusta tehty. Päätin siis tehdä kyselytutkimuksen LIIKU-lähetteestä Lahden keskustan terveyskeskuslääkäreille. Olin aiheesta yhteydessä keskustan terveystoimintamallin ylilääkäriin Pekka Mattilaan sekä liikuntatoimen terveystoimintamallin ylilääkäriin Laura Packalen - Vehkoon. Molemmat antoivat vihreää valoa tutkimukselle.

Talvi 2009 – 2010

Aiheeseen perehtyminen ja sen jäsentely olivat valmistelujen pääosassa ennen kyselyn tekoa. Keräsin tietoa kyselytutkimuksen teosta ja lomakkeen laatimisesta. Tein kyselyn lääkäreille terveyskeskuksessa 2.2.2010.

Talvi 2010 – 2011

Analysoin tutkimusaineiston ja kirjoitin opinnäytetyö raportin.

8.2 Tutkittavat

Tutkimuksen perusjoukko oli aluksi kaikki Lahden perusterveydenhuollon lääkärit joilla on mahdollisuus käyttää LIIKU-lähetettä. Heitä on yhteensä noin sata. Käytännön syistä perusjoukoksi jouduttiin rajaamaan Lahden keskustan terveystoimintamallin lääkärit, joita on noin 35. Alueen ylilääkäri on ollut mukana liikunnan palveluketjun kehittämisessä Lahteen ja oli myönteellinen tutkimukselle.

8.3 Mittausmenetelmät, aineiston keruu ja aineiston analyysi

Tutkimus tehtiin kyselytutkimuksena. Kyselylomake laadittiin Jyväskylän yliopiston- ja menetelmäopetuksen tietovarannon internetsivujen sekä Ikkunoita tutkimusmetodeihin kirjan

ohjeiden avulla. Kysely testattiin lähettämällä se tarkastettavaksi liikuntatoimeen Laura Packalen – Vehkolle, Haaga – Heliaan Timo Vuorimaalle ja Paavolan terveystieteiden Yliopistoon Ylilääkäri Pekka Mattilalle. Kaikki pitivät kyselylomaketta hyvänä eikä muutosehdotuksia tullut (Liite 2).

Kysely jaettiin lääkäreille työaikana, heidän kahvitautilaan, jolloin normaalisti pidetään lääke-esittelyitä. Näin ajateltiin vastausprosentin olevan mahdollisimman hyvä. Paikalle tuli kahdeksantoista lääkäriä ja kaikki paikalla olleet lääkärit vastasivat kyselyyn.

Kysely purettiin ja koodattiin raakamatriisiin, jonka pohjalta tehtiin ristiintaulukointi prosentuaalisesti sekä ristiintaulukointi chi-neliötesti, kappalemäärillä.

8.4 Luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen otanta jäi melko pieneksi. Vaikka kaikki paikallaolijat vastasivat kyselyyn, tuli vastauksia yhteensä vain kahdeksantoista. Otannan valinnassa ei käytetty todennäköisyysotantamenetelmiä. Otanta onkin enemmän näytteryhmä, jonka vastauksia pitää tulkita varoen. Vastausten perusteella saadaan kuitenkin mielenkiintoista aineistoa liikuntatoimen käyttöön.

9 Tulokset

Kyselyyn vastasi 18 lääkäriä. Kaikki paikalla olleet lääkärit suostuivat vastaamaan kyselyyn. Kaikki vastanneet lääkärit ovat Lahden kaupungin, keskustan alueen, terveyskeskuslääkäreitä. Naisia vastaajista oli yksitoista ja miehiä seitsemän. Kaikki lääkärit olivat valmistuneita tai erikoistuneita, joukossa ei siis ollut kandeja tai opiskelijoita. Vastanneista 83,33 %, eli 15/18 on toiminut lääkärinä vähintään kymmenen vuotta.

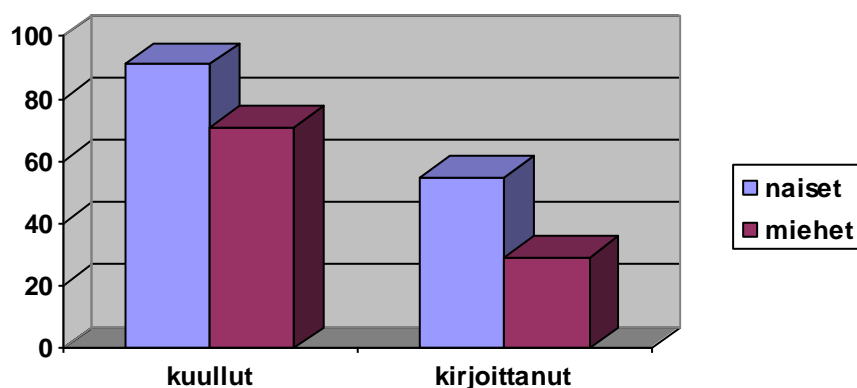
Vastausprosentti oli hyvä, mutta vastausten vähäisestä määrästä johtuen tulokset eivät ole yleistettävissä koko perusjoukkoon eivätkä valittuun populaatioon, mutta kertovat valitun populaation mielipiteitä LIIKU-lähetteestä.

Naisten ja miesten vastausten välillä oli eroja, mutta pienestä populaatiosta johtuen ne eivät olleet tilastollisesti merkittäviä. Varovasti arvioiden voidaan sanoa, että naiset vaikuttivat motivoituneemmilta edistämään potilaidensa liikuntaa LIIKU-lähetteen avulla ja kehittämään palvelua entisestään yhdessä liikuntatoimen kanssa.

Tutkimustehtäviin saatiin seuraavanlaisia vastauksia:

9.1 Tietävätkö lääkärit mahdollisuudesta käyttää LIIKU-lähetettä?

Suurin osa vastanneista, 83 %, oli kuullut tai lukenut LIIKU-lähetteestä, mutta vain 44 % oli kirjoittanut lähetteen. Puolet lääkäreistä halusi lisäkoulutusta aiheesta.

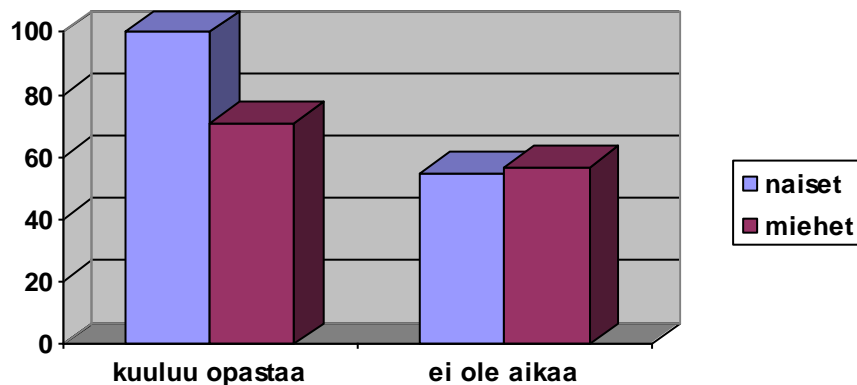


Kuvio 1: Naisista 90,91% oli kuullut LIIKU-lähetteestä ja miehistä 71,43%. Naisista oli kirjoittanut LIIKU-lähetteen 54,54% ja miehistä 28,57%.

1. Vastanneista 83,33 % eli 15/18 oli kuullut tai lukenut LIIKU-lähetteestä.
Naisista 90,91 % eli 10/11
Miehistä 71,43 % eli 5/7
2. Vastanneista 38,89 % eli 7/18 oli saanut koulutusta LIIKU-lähetteen käyttämisestä.
Naisista 36,36 % eli 4/11
Miehistä 42,86 % eli 3/7
3. Vastanneista 50 % haluaisi lisäkoulutusta aiheesta.
Naisista 63,64 % eli 7/11
Miehistä 28,57 % eli 2/7
4. Vastanneista 55,56 % eli 10/18 ei ollut koskaan kirjoittanut LIIKU-lähetettä.
Lähetteen kirjoittaneista lääkäreistä, kukaan ei ollut kirjoittanut yli kymmentä lähetettä.
Naisista 54,54 % oli kirjoittanut vähintään yhden lähetteen. 9,09 % oli kirjoittanut 6-10 lähetettä, 45,45 % oli kirjoittanut 1-5 lähetettä ja 45,45 % ei ollut kirjoittanut yhtään lähetettä.
Miehistä 28,57 % oli kirjoittanut 1-5 lähetettä ja 71,43 % ei ollut kirjoittanut yhtään lähetettä.

9.2 Miten lääkärit kokevat liikuntaneuvonnan antamisen työssään?

Lähes kaikki, n. 92 % oli sitä mieltä että lääkärin työhön kuuluu jossain määrin liikuntaneuvonnan antaminen. Noin 56 % oli kuitenkin sitä mieltä että lääkäreillä ei ole aikaa liikuntaneuvonnan antamiselle.

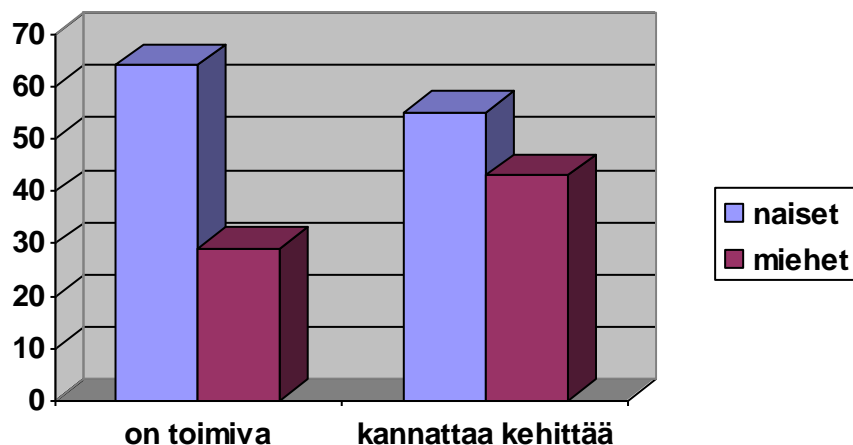


Kuvio 2: Naisista 100% oli sitä mieltä että liikuntaneuvonnan antaminen kuuluu lääkärin työhön, miehistä 71,43%.

5. Vastanneista 91,89 % oli täysin - tai jokseenkin eri mieltä, että lääkäriin tehtävä ei ole opastaa ihmisiä liikkumaan. 11,11 % vastanneista oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa.
Naisista 54,55 % oli täysin eri mieltä ja 45,45 % jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa.
Miehistä 71,43 oli täysin erimieltä ja 28,57 % oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa.
6. Vastanneista 55,56 % oli täysin - tai jokseenkin samaa mieltä, että lääkärillä ei ole aikaa opastaa ihmisiä liikkumaan. 44,45 % vastanneista oli jokseenkin - tai täysin eri mieltä väittämän kanssa.
Naisista 9,09 % oli täysin samaa mieltä, 45,45 % jokseenkin samaa mieltä ja 45,45 % jokseenkin erimieltä väittämän kanssa.
Miehistä 57,14 % oli jokseenkin samaa mieltä, 28,57 % jokseenkin eri mieltä ja 14,29 % täysin eri mieltä väittämän kanssa.

9.3 Miten lääkärit kokevat LIIKU-lähetteen mahdolliset hyödyt?

Vastanneista puolet oli sitä mieltä että LIIKU-lähetete on toimiva keino lisätä potilaiden liikuntaa. Noin 39 % taas ei osannut ottaa kantaa asiaan. Puolet vastanneista myös kannatti LIIKU-lähetteen edelleen kehittämistä.

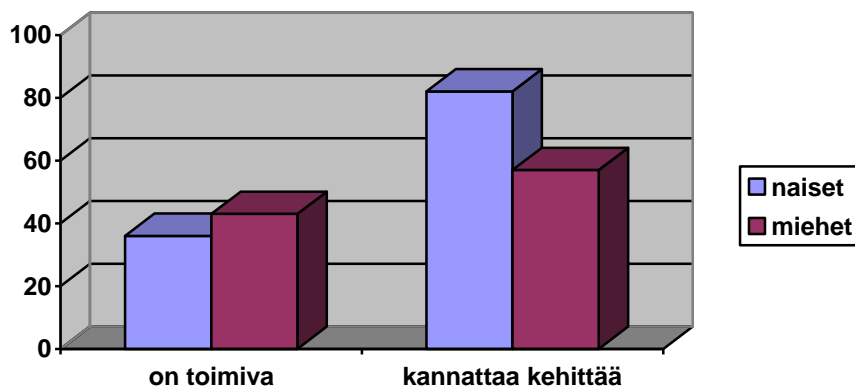


Kuvio 3: Naisista 63,63% piti LIIKU-lähetettä toimivana keinona lisätä potilaiden liikuntaa, miehistä 28,57%. Naisista 54,54% kannatti LIIKU-lähetteen kehittämistä, miehistä 42,86%.

7. Vastanneista 50 % oli täysin samaa - tai jokseenkin samaa mieltä, että LIIKU-lähetee on toimiva keino lisätä potilaiden liikuntaa. 11,11 % vastanneista oli jokseenkin erimieltä väittämän kanssa ja 38,89 % vastanneista ei ottanut kantaa väittämään. Naisista 18,18 % oli täysin samaa mieltä, 45,45 % jokseenkin samaa mieltä ja 9,09 % jokseenkin eri mieltä, väittämän kanssa. 27,27 % ei osannut ottaa kantaa väittämään. Miehistä 28,57 % oli jokseenkin samaa mieltä, 14,29 % jokseenkin eri mieltä, väittämän kanssa. 57,14 % ei ottanut kantaa väittämään.
8. Vastanneista 50 % oli täysin samaa - tai jokseenkin samaa mieltä, että LIIKU-lähetettä tulisi kehittää vielä toimivammaksi. 5,56 % vastanneista oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa ja 44,44 % vastanneista ei ottanut kantaa väittämään. Naisista 27,27 % oli täysin samaa mieltä, 27,27 % jokseenkin samaa mieltä ja 9,09 % jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. 36,36 % ei ottanut kantaa väittämään. Miehistä 42,86 % oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. 57,14 % ei ottanut kantaa väittämään.

9.4 Miten lääkärit kokevat yhteistyön liikuntatoimen kanssa?

Noin 39 % vastanneista piti yhteistyötä liikuntatoimen kanssa toimivana kun taas noin 17 % kritisoi yhteistyötä. Noin 72 % kannatti kuitenkin yhteistyön edelleen kehittämistä.



Kuvio 4: Naisista 36,36% oli tyytyväisiä liikuntatoimen ja sosiaalitoimen yhteistyöhön, miehistä 42,86%. Naisista 81,81% kannatti yhteistyön lisäämistä, miehistä 57,14%.

9. Vastanneista 38,89 % oli täysin - tai jokseenkin tyytyväisiä sosiaali- ja liikuntatoimen yhteistyöhön. 16,67 % oli täysin - tai jokseenkin tyytymättömiä yhteistyöhön. 44,44 % vastanneista ei ottanut kantaa asiaan.
Naisista 36,36 % oli jokseenkin tyytyväisiä, 18,18 % oli jokseenkin tyytymättömiä ja 9,09 % oli täysin tyytymättömiä ja 36,36 % ei ottanut kantaa asiaan.
Miehistä 14,29 % oli täysin tyytyväisiä, 28,57 % jokseenkin tyytyväisiä ja 57,14 % ei ottanut kantaa asiaan.
10. Vastanneista 72,22 % oli täysin - tai jokseenkin samaa mieltä, että sosiaali- ja terveystoimialan tulisi lisätä yhteistyötä liikuntatoimen kanssa. 11,11 % vastanneista oli jokseenkin eri mieltä ja 16,67 % vastanneista ei ottanut kantaa väittämään.
Naisista 36,36 % oli täysin samaa mieltä, 45,45 oli jokseenkin samaa mieltä ja 9,09 % oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. 9,09 % ei ottanut kantaa väittämään.
Miehistä 57,14 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 14,29 % jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. 28,57 % ei ottanut kantaa väittämään.

9.5 Avoimet kysymykset

Kyselyssä oli kaksi avointa kysymystä LIIKU-lähetteen kehittämiseksi.

Yhteenveto: Avoimista kysymyksistä kävi ilmi että potilastietojen siirto liikuntaneuvojalle on ongelma. Vastajien mielestä liikuntaneuvojan pitäisi nähdä potilaan sairaustiedot ja osata tulkita niitä jotta yhteistyö olisi toimivaa ja tehokasta.

Lääkärin aikapula vastaanotolla koettiin ongelmaksi jonka takia lähete jää helposti tekemättä. Lisäksi mainittiin että lähetteen tekeminen sopii hyvin hoitajien toimenkuvaan, kaivattiin lisätietoa ja koulutusta aiheesta sekä palautesysteemiä.

Kysymys 11: Mitkä asiat LIIKU-lähetteen käytössä eivät mielestäsi toimi?

Kysymykseen vastasi neljä henkilöä

- a) Potilaskertomus ei liikunnanohjaajan käytössä. Ehkä tarvittavat tiedot eivät riittävästi välity.

- b) Yleensä että lähete pitää tehdä. Liikuntatoimen ihminen ei tiedä mitään potilaiden sairauksista. Siksi lääkärin tulee tehdä lyhennelmä potilaiden sairauksista. Liikuntatoimen ihminen ei saa lukea sairaskertomusta...
- c) Palautesysteemi
- d) Myös sairaanhoitajat voisivat entistä enemmän ohjata koska ko. asiakkaat käyvät enemmän heillä.

Kysymys 12: Miten parantaisit LIIKU-lahetteen käyttöä?

Kysymykseen vastasi kolme henkilöä

- a) Aktiivisempi lahetteen käyttö. Jää usein niin sivuasiaksi ettei asiaan kerkeä perehtyä/lähetettä laatia.
- b) Potilaalta/liikuttajalta pitäisi saada lupa lukea kertomus. Siitä pitäisi liikuttajan pystyä päättämään mahdollisuudet ja ongelmat.
- c) Lisäkoulutusta, lisätietoa.

Kysymys 13: Kyselyssä tiedusteltiin vastaajan halukkuutta n. 20 minuutin haastatteluun aiheen tiimoilta.

Kolme lääkäriä suostui mahdolliseen haastatteluun. Haastatteluja ei kuitenkaan katsottu tarpeelliseksi eikä näin ollen toteutettu.

9.6 Liikuntaneuvonnan tämänhetkinen tilanne

Ensimmäisenä vuonna liikuntaneuvontaa annettiin yhtenä päivänä viikossa Paavolan terveyskeskuksessa ja liikuntaneuvoja poimi asiakkaat liiku – lähete jonosta. Myöhemmin liikuntaneuvonta annettiin uimahallin tiloissa, kuntosalin yhteydessä ja Urheilukeskukselta saadun toimiston myötä vuonna 2007 liikuntaneuvonta siirtyi sinne. (Packalen – Vehko, L. 8.3.2011.)

Vuodesta 2008 lähtien liikuntaneuvonta aikojen määräksi on vakiintunut kahdeksan aikaa viikossa, jotka jakaantuvat kahdelle päivälle, neljä aikaa per päivä. Liikuntaneuvonta ajat varaa potilastietojärjestelmän kautta hoitaja tai lääkäri ja asiakkaat saavat ilmoituksen varatusta ajasta postitse suoraan kotiin. LIIKU-lahetteita kirjoittavat enimmäkseen hoitajat, mutta lääkärikunnastakin löytyy aktiivisia LIIKU-lahetteen käyttäjiä. (Mannerkivi, H. 8.3.2011.)

Liikuntaneuvonnan asiakasmäärät vuosina 2006 – 2010

vuonna 2006	105 asiakasta
vuonna 2007	150 asiakasta
vuonna 2008	170 asiakasta
vuonna 2009	155 asiakasta
vuonna 2010	125 asiakasta

(Mannerkivi, H. 8.3.2011a.)

Liikuntaneuvonnasta on vastannut vuosina 2005 – 2010 Laura Packalen – Vehko, ja syksystä 2010 alkaen Heidi Mannerkivi. Pääsääntöisesti kaikki liikuntaneuvonta ajat ovat olleet täynnä ja kysyntää sopivasti heti ensimmäisestä vuodesta alkaen. Jotkut asiakkaat ovat kuitenkin joutuneet odottamaan aikaa liikuntaneuvojalle kaksikin kuukautta. Keväällä 2010 oli liikuntaneuvonta ajat täynnä ja aikoja jouduttiin antamaan pitkälle syksyyn. (Packalen – Vehko, L. 8.3.2011.) Tällä hetkellä vapaita aikoja on ja kysyntä alkuvuodesta on ollut jostain syystä aikaisempia vuosia vähäisempää (Mannerkivi, H. 8.3.2011).

10 Pohdinta

Lääke-esittelijänä työskennellessäni perehdyin yleisimpiin kansansairauksiimme, erityisesti tyyppin 2 diabetekseen. Diabetes on monimuotoinen sairaus johon kuuluu haiman insuliinin tuotannon - ja/tai insuliinin vaikutuksen heikentyminen eli insuliiniresistenssi. Tyypillisesti tyyppin 2 diabeteksessa on aluksi insuliiniresistenssiä joka aiheuttaa liian korkean veren sokeripitoisuuden. Tämän seurauksena alkaa haiman insuliinintuotanto heiketä ja haima vaurioitua.

Liian korkeat sokeriarvot aiheuttavat ajan myötä vaurioita myös silmiin, hermoihin ja munuaisiin. Lisäksi diabeetikolla on kohonnut riski sydän- ja verisuonisairauksiin. Suurin syy insuliini resistenssin syntyyn on ylipaino, erityisesti vyötärölihavuus, ja liikunnan vähäisyys. Oikeanlaisella ruokavaliolla ja liikunnalla pystytään vaikuttamaan ehkäisevästi diabeteksen syntyyn ja parantamaan merkittävästi hoitotasapainoa jo diabetesta sairastavilla henkilöillä.

Suuri ristiriita on siinä, että vaikka me tiedämme elintapaohjauksen olevan tehokasta ennaltaehkäisevää hoitoa riskiryhmään kuuluville ja tehokasta hoitotasapainoa parantavaa hoitoa tyyppin 2 diabetesta jo sairastaville, siihen ei kuitenkaan panosteta riittävästi terveyden hoidossa. Kun kuulin ensimmäisen kerran liikkumisreseptistä, ajattelin liikunnan viimeinkin nousseen sille kuuluvaan arvoon terveyden hoidossa ja jotain konkreettista tapahtuneen hoitokäytännöissä.

Terveyskeskuksissa työkseni kierrellessäni näin ja kuulin kuitenkin hyvin vähän liikkumisreseptistä. Keskusteluissa kävi ilmi että lääkärit tiedostavat kyllä hyvin elintapojen merkityksen terveydelle, mutta ovat turhautuneita kun viesti ei mene perille potilaille. Potilaat syövät mieluummin lääkkeitä kuin muuttavat elintapojaan. Lääkäreillä ei myöskään vastaanoton yhteydessä ole aikaa perehdyttää potilaita liikunnan ja oikeanlaisten elintapojen maailmaan liikkumisreseptin avulla. Diabeteshoitajat antavat terveyskeskuksissa potilaille ohjeistusta oikeanlaisesta ruokavaliosta ja liikunnasta, mutta hekin ovat erittäin työllistettyjä ja pystyvät hoitamaan vain osan neuvoa tarvitsevista ihmisistä.

10.1 Lahden malli

Tutkimuksessani perehdyin Lahden malliin, jossa liikkumisreseptistä on muokattu LIIKU-lähete. Lahden mallissa liikuntaneuvonnan antaa potilaalle liikuntapalveluiden liikunnanohjaaja. Näin on tehokkaasti sivuutettu lääkäreiden aikapula ja potilas saa varmasti ammattitaitoista

ohjausta liikunnasta. Liikunnan ohjaaja pystyy lisäksi ohjaamaan potilaan edelleen liikuntaryhmiin tai omatoimiseen liikuntaan. Lisää tehokkuutta Lahden mallissa tuo se että lähetteen voi kirjoittaa myös hoitaja.

Tutkimuksessa vahvistui käsitys lääkäreiden aikapulasta ja LIIKU-lähete tuntuu hyvältä ratkaisulta siihen. Tutkimuksessa kävi kuitenkin myös ilmi että lääkärit tunsivat melko huonosti LIIKU-lähetteen. Aiheesta oli kuultu, mutta siihen oli perehdytty huonosti, jonka seurauksena lähetettä ei ollut käytetty. Koulutukseen oli kiinnostusta, joten voimme päätellä että LIIKU-lähetteen perehdyttäminen on tärkeää. Osa terveyskeskuksien lääkäripalveluista on nykyään, myös Lahdessa, ulkoistettu yksityisille firmoille, jonka seurauksena lääkäreiden vaihtuvuus on lisääntynyt. Myös tästä syystä tulisi lääkäreitä kouluttaa säännöllisesti LIIKU-lähetteen käyttöön.

LIIKU-lähetettä pidettiin yleisesti hyvänä ideana jota tulisi edelleen kehittää.

Poikkihallinnolliseen yhteistyöhön suhtauduttiin myös positiivisesti. Myös hoitajien kokemukset LIIKU-lähetteestä olivat vuonna 2008 tehdyn tutkimuksen mukaan positiivisia (Kuusela & Kaappola, 2008, 47). Nyt saatu tieto lääkäreiden mielipiteistä ja liikuntaneuvonnan tilasta, yhdistettynä aikaisempiin arviointeihin antaa hyvän kokonaiskuvan liikunnan palveluketjusta ja edellytykset poikkihallinnollisen yhteistyön kehittämiseksi.

10.2 Kehittämisideoita

Selkeitä kehittämisideoita tutkimuksen pohjalta voisi olla LIIKU-lähetteen säännöllinen perehdytyspaketti lääkäreille ja hoitajille sekä yhdessä terveyskeskuksien kanssa laadittu koulutussuunnitelma/aikataulu.

Liikuntaneuvonnan antajalla tulisi myös olla riittävästi tietoa asiakkaan sairauksista ja taitoa soveltaa tietoja liikuntaneuvonnan annossa. Lääkäriin tai hoitajan erikseen liikuntaneuvojaj varten kokoama potilastietopaketti on aivan liian työläs ja epäkäytännöllinen. Hoitajien ja lääkäreiden antaman liikuntaneuvonnan tulee myös olla riittävän ammattitaitoista. Hyvältä liikuntaneuvojalta vaaditaan liikuntaan liittyvien tietojen ja taitojen lisäksi myös tietoa perussairauksista sekä elämäntapaohjauksellista otetta. Hienoa on nykyään se, että lääkärit ja hoitajat voivat suoraan vastaanotoltaan varata potilaalle ajan liikuntaneuvojalle.

Potilaiden seuranta ja palautejärjestelmää voisi myös kehittää. Liikuntaneuvojalla käynnit voisi olla säännöllisiä, kuten hoitajan tai lääkärin luona käydyt kontrollikäynnit. Potilaan

sitouttaminen hoitotavoitteisiin ja sen tukeminen tulisi olla hoitajan, liikuntaneuvojan ja lääkärin yhteinen tavoite jossa on selkeät yhteiset pelisäännöt. Potilaan suunnalta tullut palaute tulisi myös kirjata kaikkien tietoon.

10.3 Haasteita

Yksi suuri haaste on liikuntatoimen resurssit liikuntaneuvonnan toteuttamiseen elämäntapaohjauksellisesti. Liikunnan palveluketjun kehittämishankkeen myötä Lahteen saatiin yksi terveysliikuntasuunnittelija joka vastaa liikuntaneuvonnan antamisesta. Hänellä on resursseja kahdeksaan liikuntaneuvonta-aikaan viikossa. Jos tavoitteena olisi kasvattaa liikuntaneuvonnan kävijämäärää ja vieläpä niin että yksi henkilö kävisi useamman kerran, täytyisi liikuntaneuvojia olla enemmän.

Koko toiminnan mittasuhteet tulisi miettiä uudelleen, saatujen hyvien kokemusten pohjalta. Mielestäni terveysliikunta tulisi siirtää osaksi sosiaali- ja terveystoimen budjettia koska liikuntaneuvonta on osa terveysneuvontaa. Tästäkin vaihtoehdosta on kansallisesti keskusteltu ja ehkä joskus se on vielä totta. Sairaanhoidaja ja liikunnanohjaaja ovat tehokas työpari sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa.

Tutkimuksen aikana opin näkemään terveydenedistämisen laajuuden ja monimuotoisuuden. Kansallinen liikuntapolitiikka näyttää suurta roolia, mutta uskon että paikalliset päättäjät ovat kuitenkin ensisijaisen tärkeitä kunnallisten mallien luonnissa. Laajamittainen poikkihallinnollinen yhteistyö on aina haasteellista, mutta uskon että liikunnan rooli terveydenhoidossa korostuu entisestään tulevaisuudessa

10.4 Jatkotutkimusmahdollisuudet

Jos liikuntatoimen resurssit pysyvät samana, voisi tutkimuskohteena olla esimerkiksi nykyisen mallin maksimaalinen hyödyntäminen ja liikuntaneuvontatoiminnasta saatujen hyötyjen mittaaminen. Saatujen tulosten perusteella voisi suunnitella toiminnan kehittämistä ja laajentamista. Lisäksi perehdytyspaketti lääkäreille ja hoitajille sekä oma perehdytyspaketti liikuntaneuvojille LIIKU-lähetteen käytöstä olisi mielestäni hyvä tutkimusprojektin aihe.

Oma tutkimukseni jäi puutteelliseksi, koska en onnistunut saamaan riittävän kattavaa otantaa. Vastaavanlaisen kyselytutkimuksen voisi tehdä koko Lahden alueen terveyskeskus- ja

työterveyslääkäreille sekä hoitajille. Tutkimuksen aikana opin paljon survey-tutkimuksen tekemisestä ja kyselylomakkeen laatimisesta.

Lähteet

Fogelholm, M. & Oja, P. 2005. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.). Terveysliikunta, sivu 73-74. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Fogelholm, M. & Oja, P. 2005. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.). Terveysliikunta, sivu 72. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Heinonen, K. 2011. Mitä tarkoittavat hyötyliikunta, terveystoiminta ja kuntoliikunta?
Luettavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00808

Jyväskylän yliopisto. Määrällinen tutkimus. Luettavissa:
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>

Koskinen 2009. Suomalaisten terveys ja haasteita sen parantamiseksi. Luettavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00159

Kuusela, A. & Kaappola, M. 2008. Liiku – lähete osana terveyden edistämistä.
Terveystoimintajien kokemuksia liiku-lähettestä ja yhteistyöstä Lahden kaupungin liikuntatoimen kanssa. Lahden ammattikorkeakoulu. Liikunnan ja vapaa-ajan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Liikunnan ja Urheilun Maailma 2005. Terveystoiminta on kuntoliikuntaa. Luettavissa:
http://www.slu.fi/lum/04_05/urheiluseuroille/terveysliikunta_on_kunto-ja_ark/

Liikuntalaki 2009. Liikuntalaki 18.12.1998/1054. Luettavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19981054>

Lääkärikysely 2007, 21. Luettavissa: <http://www.laakariliitto.fi/files/laakarikysely2007.pdf>

Maijala H-M 2009, Liikunnan palveluketju. Lahti liikkeelle – kehittämishanke. LIKES. Jyväskylä.

Mannerkivi, H. 8.3.2011. Terveysliikuntasuunnittelija. Lahden kaupungin liikuntatoimi.
Puhelinkeskustelu.

Mannerkivi, H. 8.3.2011a. Terveysliikuntasuunnittelija. Lahden kaupungin liikuntatoimi.
sähköposti.

Miilunpohja, S. Aittasalo, M. Liikkumisresepti – lääkärin työkalu ja yhteistyöhanke
terveysliikunnan lisäämiseksi. Suomen lääkirilehti 2002, 20, 2203-2207.

Mustajoki, P. 2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Karisto Oy.
Hämeenlinna

Niskanen, L. 2006. Liikunnan vaikutukset elimistöön. Teoksessa Ilanne – Parikka, P. Kangas,
T. Kaprio, Eero A. & Rönnemaa, T. (toim.). Diabetes, sivu 155. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Nupponen, R. & Suni, J. 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm, M.
& Vuori, I. (toim.). Terveysliikunta, sivu 217. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Nupponen, R. & Suni, J. 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Fogelholm, M.
& Vuori, I. (toim.). Terveysliikunta, sivu 226-227. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

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

Oja, P. 2005. Liikunnan ja terveyden annos – vastesuhde. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori,
I. (toim.). Terveysliikunta, sivu 61. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Oja, P. 2005. Liikunnan ja terveyden annos – vastesuhde. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori,
I. (toim.). Terveysliikunta, sivu 67. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Oulun yliopisto. Survey-tutkimuksesta. Luettavissa: <http://cc.oulu.fi/~lml/amkk/survey.htm>

Oulun yliopisto a. Havaintoaineiston hankinta. Luettavissa:
<http://cc.oulu.fi/~lml/amkk/havjohd.htm>

- Packalen – Vehko, L. 8.3.2011. Terveysliikuntasuunnittelija. Lahden kaupungin liikuntatoimi. Puhelinkeskustelu.
- Paronen, O. & Nupponen, R. 2005. Terveyden ja liikunnan edistäminen. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.). Terveysliikunta, sivu 208. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Paronen, O. & Nupponen, R. 2005. Terveyden ja liikunnan edistäminen. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.). Terveysliikunta, sivu 207. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Saraheimo, M, Kangas, T, 2006. Diabetes lisääntyy. Teoksessa Ilanne – Parikka, P. Kangas, T. Kaprio, Eero A. & Rönnemaa, T. (toim.). Diabetes, sivu 12. Karisto Oy. Hämeenlinna.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Terveysneuvonta ja sairauksien ehkäisy. Luettavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/terveysneuvonta
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Luettavissa: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a. Terveyden edistäminen. Luettavissa: <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>
- Ståhl, T. 2005. Reseptillä liikkeelle. Liikkumisresepti – hankkeen arviointi. Luettavissa <http://www.liikkumisresepti.net/LRloppuraportti.pdf>
- Toropainen, E. Rinne, M. Aittasalo, M. & Luoto, R. Liikkumisresepti toimii yhteistyöllä. Suomen lääkirilehti 2010, 48, 4004-4005.
- Tuominiemi, E. 2006. Liikkumisresepti YTHS:n työvälineenä – lääkäreiden ja potilaiden kokemuksia. Luettavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12254/URN_NBN_fi_jyu-2006109.pdf?sequence=1

Tuomivaara, T. 2005. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Luettavissa:
<http://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf>

UKK – instituutti 2010. Terveysliikuntasuositukset. Luettavissa:
<http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuositukset>

UKK – instituutti 2010a. Elintapaohjaus – mistä apu käytännön työhön?. Luettavissa:
<http://www.ukkinstituutti.fi/terveysliikuntauutiset/uutinen/82>

Valli, R. 2010. Mitä numerot kertovat. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin, sivu 233-234. WS Bookwell Oy. Juva.

Valli, R. 2010. Mitä numerot kertovat. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin, sivu 236-237. WS Bookwell Oy. Juva.

WHO 2003. WHO definition of Health. Luettavissa:
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO 2011. The Ottawa Charter for Health Promotion. Luettavissa:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

WHO 2011a. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Luettavissa:
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/

Liitteet

Liite 1. LIIKU-lähete kyselylomake

LIIKU – lähete, osana terveyden hoitoa Lahdessa

Tutkimus lääkäreiden kokemuksista ja mielipiteistä Liiku – lähetteen käytössä
Haaga-Helia Ammattikorkeakoulu, liikunnan ja vapaa-ajan koulutusohjelma

Ympyröikää vaihtoehto joka vastaa parhaiten mielipidettänne.

1. Olen kuullut / lukenut Liiku – lähettestä

1. kyllä

2. ei

2. Olen saanut koulutusta Liiku – lähetteen käyttämisestä

1. kyllä

2. ei

3. Haluaisin lisäkoulutusta Liiku – lähetteen käyttämisestä

1. kyllä

2. ei

4. Olen kirjoittanut Liiku – lähetteen

1. 0 kertaa

2. 1 – 5 kertaa

3. 6 – 10 kertaa

4. 11 – 20 kertaa

5. yli 20 kertaa

Väittämiä, Ympyröikää vaihtoehto joka vastaa parhaiten mielipidettänne.

5. Lääkäriin tehtävä ei ole opastaa ihmisiä liikkumaan

1. Täysin samaa mieltä 2. Jokseenkin samaa mieltä 3. Jokseenkin eri mieltä 4. Täysin eri mieltä 5. Vaikea sanoa

6. Lääkärillä ei ole aikaa opastaa ihmisiä liikkumaan

1. Täysin samaa mieltä 2. Jokseenkin samaa mieltä 3. Jokseenkin eri mieltä 4. Täysin eri mieltä 5. Vaikea sanoa

7. Olen tyytyväinen Sosiaali- ja terveystoimialan yhteistyöhön Liikuntatoimen kanssa

1. Täysin samaa mieltä 2. Jokseenkin samaa mieltä 3. Jokseenkin eri mieltä 4. Täysin eri mieltä 5. Vaikea sanoa

jatkuu

8. Sosiaali- ja terveystoimialan tulisi lisätä yhteistyötä Liikuntatoimen kanssa

1. Täysin samaa mieltä 2. Jokseenkin samaa mieltä 3. Jokseenkin eri mieltä 4. Täysin eri mieltä 5. Vaikea sanoa

9. Liiku – lähete on toimiva keino lisätä potilaiden liikuntaa

1. Täysin samaa mieltä 2. Jokseenkin samaa mieltä 3. Jokseenkin eri mieltä 4. Täysin eri mieltä 5. Vaikea sanoa

10. Liiku – lähetettä tulisi kehittää vielä toimivammaksi

1. Täysin samaa mieltä 2. Jokseenkin samaa mieltä 3. Jokseenkin eri mieltä 4. Täysin eri mieltä 5. Vaikea sanoa

Avoimia kysymyksiä

11. Mitkä asiat Liiku – lähetteen käytössä eivät mielestäsi toimi?

12. Miten parantaisit Liiku – lähetteen käyttöä?

13. Suostutteko mahdolliseen haastatteluun (n. 20min), Liiku – lähetteen kehittämisen tiimoilta? Jos suostutte, niin kirjoittakaa tähän yhteystietonne josta teidät parhaiten saa kiinni.

Vastaajien taustatiedot aineiston tilastollista ryhmittelyä varten. Ympyröikää teille sopivin vaihtoehto.

Sukupuoli 1. mies
 2. nainen

Ammatillinen koulutus

1. Olen kandi/opiskelija
2. Olen valmistunut
3. Olen erikoistunut

Toimipaikka/toimenkuva

1. Työskentelen terveyskeskuslääkärinä
2. Työskentelen sairaalassa poliklinikalla
4. Työskentelen sairaalassa osastolla
5. Muu, mikä _____

Työkokemus

Olen toiminut lääkärinä 1. alle 1v
 2. 1-5v
 3. 6-9v
 5. 10v tai yli

KIITOKSET VAIVANNÄÖSTÄ!

