

OHJEISTUS TYÖIKÄISTEN LÄHETTÄ-
MISESTÄ FYSIOTERAPEUTTISEEN
OHJAUKSEEN HEINOLAN
PERUSTURVASSA

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan laitos
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syksy 2008
Leino Rajja
Levo Liisa
Vihko-Mäkinen Maarit

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos
Fysioterapian koulutusohjelma

LEINO RAIJA, LEVO LIISA & VIHKO-MÄKINEN MAARIT:

Ohjeistus työikäisten lähettämisestä fysioterapeuttiseen ohjaukseen Heinolan perusturvassa

Fysioterapian opinnäytetyö, 55 sivua

Syksy 2008

Ohjaava opettaja: TtL, ft Liisa Suhonen

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö käsittelee työikäisten terveyden edistämistä Heinolan perusturvassa. Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä yhteistyökumppaneille ohjeistus, jossa selvitetään lyhyesti minkälaiset asiakkaat hyötyvät fysioterapeutin ohjaus- ja neuvontakäynnistä terveydenedistämisasiossa. Työn tarkoituksena on, että fysioterapeutin vastaanotolle ohjautuisi enemmän erilaisten kansansairauksien riskiryhmissä olevia tai niihin jo sairastuneita työikäisiä asiakkaita. Heidän työ- ja toimintakykyään voidaan parantaa tai ylläpitää fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla.

Työn teoreettisessa osuudessa kerrotaan työikäisen väestön tämän hetkisestä terveydentilasta ja yleisimmistä sairauksista, terveyden edistämisestä ja fysioterapeutin työstä terveyden edistäjänä.

Opinnäytetyön tuloksena on syntynyt ohjeistus, joka jaetaan Heinolan terveystieteiden yhteistyökumppaneille. Tarkoituksena on, että mahdollisimman moni työikäinen sairauksien riskiryhmään kuuluva tai jo sairastunut ohjautuisi fysioterapeutin vastaanotolle.

Opinnäytetyömme on toiminnallinen ja hankkeistettu Heinolan perusturvaan.

Avainsanat: terveyden edistäminen, fysioterapia, perusturva, kansantaudit, työikäiset

Faculty of Social and Health care
Degree Program in Physiotherapy

LEINO RAIJA, LEVO LIISA & VIHKO-MÄKINEN MAARIT

A brief instruction that can be used as a guideline for working-age customers those are to be distributed into physiotherapeutic practices and activity instructions at Heinola health care center.

Bachelor's Thesis in Physiotherapy, 55 pages

Fall 2008

TtL, ft Liisa Suhonen

ABSTRACT

This paper introduces some of the details of the health promotion practices of the working aged customers at Heinola's health care center daily operations. The main objective of this study was to provide a detailed instruction to the co-operative partners. It briefly describes typical customers that are most likely to benefit from the physiotherapists personal guidance in the field of health promotion.

This thesis is fully operational and it was completed as a project at Heinola health care center.

An additional objective was that more and more working-aged customers suffering from national diseases or the same risk group would contact physiotherapists practice. Based on this study, it can be foreseen that these customer groups' capacities for working and general functionality can be maintained or even improved under the guidance of the physiotherapist.

In the theoretical part of this study some of the key facts about the working-aged people's current health in general and their most common diseases, their health promotions along with the typical physiotherapists work in health promotion are also introduced.

The final result of this study provides an instruction, which will be further distributed to all co-operators in the health care center of Heinola. It also concludes that a rising number of the working-age customers with a risk of some of the national diseases or already suffering from some of these diseases, would be guided to the physiotherapist's practice.

Key words: health promotion, physiotherapy, base social welfare, national diseases, working-age people

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	2
3	VÄESTÖN TERVEYS SUOMESSA.....	3
	3.1 Päijäthämäläisten terveys.....	6
	3.2 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet.....	7
	3.2.1 Alaselän kiputilat.....	8
	3.2.2 Niska-hartiaseudun kiputilat.....	9
	3.2.3 Rasitussairaudet.....	9
	3.3 Verenkierroelimistön sairaudet	10
	3.3.1 Kohonnut verenpaine.....	10
	3.3.2 Sepelvaltimotauti ja sydämen vajaatoiminta....	11
	3.3.3 Aivoverenkierron häiriöt.....	12
	3.4 Lihavuus.....	13
	3.5 Diabetes.....	14
	3.6 Mielenterveyden häiriöt.....	15
4	TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	15
	4.1 Terveyden ja terveyden edistämisen määrittelyä.....	16
	4.2 Terveyden edistämisen vastuut ja tavoitteet.....	17
	4.3 Terveysliikunta.....	20
	4.4 Terveysliikunnan suositukset.....	22
	4.5 Liikunnan harrastaminen Suomessa.....	24
5	TYÖIKÄISTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLON FYSIOTERAPIASSA	25
	5.1 Terveyden edistäminen perusterveydenhuollossa.....	27
	5.2 Terveyden edistämisen kehittyminen fysioterapiassa.....	30
	5.3 Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta Heinolan	

	perusturvassa.....	34
	5.3.1 Terveyttä, toiminta- ja työkykyä edistävä neuvonta ja yksilöllisen harjoitusohjelman laatiminen.....	34
6	TERVEYDEN EDISTÄMINEN HEINOLAN PERUSTURVASSA.....	35
	6.1 Tietoja Heinolasta ja perusturvasta.....	36
	6.2 Terveiden edistämisen hankkeet Heinolassa.....	37
	6.3 Terveiden edistäminen yhteistyössä ja verkostoituen.....	39
7	OHJEISTUS FYSIOTERAPEUTTISEEN OHJAUKSEEN LÄHETTÄMISESTÄ.....	41
8	POHDINTA.....	45
	LÄHTEET.....	48

1 JOHDANTO

Terveyden edistäminen on moniammatillista toimintaa. Kansanterveyslain mukaan Suomessa erityinen vastuu terveyden edistämisestä on terveydenhuollon asiantuntijoilla. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 13.) Terveydenhuollon ammattilaisilla on terveyden edistämisessä omat roolinsa, mutta heidän tulisi kuitenkin tehdä yhteistyötä ja toimia toisistaan tietoisina (Vertio 2003, 113).

Fysioterapeutin työssä olemme huomanneet, että suurin osa työikäisistä asiakkaitamme on tuki- ja liikuntaelinsairaita. Suomessa yleisimmin esiintyviä kansansairauksien riskiryhmissä olevia tai jo sairastuneita asiakkaita ei yleensä ohjaudu fysioterapeutin ohjaus- ja neuvontakäynneille. Heille liikuntaohjaus on kuitenkin yksi tärkein sairaudenehkäisy- tai hoitotapa.

Kansainvälisen Ottawan asiakirjan mukaan terveydenhuollossa ja terveystaloudessa tulisi painottaa terveyden edistämistä yhä enemmän. Terveydenhuollon vastuun täytyisi ulottua myös kliinisten ja hoitavien palvelujen ulkopuolelle. (Vertio 2003, 31.)

Kuntien tulisi ottaa huomioon terveyden edistämisen periaatteet kaikissa toiminnoissaan. Terveyden edistäminen ei saisi olla vain yksittäinen tehtävä, vaan kaikkia toimintoja läpileikkaava tavoite. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 15.)

Työelämän luonne on muuttunut ja ihmisiltä vaaditaan taitoa tehdä oikeanlaisia terveysvalintoja, koska elintapojen tulisi tukea työssä jaksamista (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002, 46). Työikäisten terveyden edistämisen tavoitteena on mm. elämäntaitojen ja elämänhallintavalmiuksien tukeminen (Pietilä ym. 2002, 107 – 108). Kohtalainen fyysinen aktiivisuus päivittäin tai lähes päivittäin edistää terveyttä ja sillä on vaikutusta terveyden paranemiseen (Fogelholm, Paronen & Miettinen 2006, 21 – 22).

Julkisella sektorilla työskentelyämme olemme havainneet, että esimerkiksi lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla ei ole mahdollisuutta käyttää aikaa liikuntaneuvontaan muiden käsiteltävien asioiden paljouden ja ajanpuutteen vuoksi. Varsinkin lääkärin maininta ja kehoitus liikunnan lisäämisestä, on asiakkaille kuitenkin tärkeä asia. Liikuntaneuvonta on fysioterapeutin osaamisaluetta ja ohjaus- ja neuvontakäynnillä asiakkaan liikuntakäyttäytymiseen voidaan perehtyä syvällisesti.

Työmme on hankkeistettu Heinolan perusturvan terveystakeskukseen, ja tavoitteena on tehdä Heinolan perusturvassa työskenteleville yhteistyökumppaneille ohjeistus, jossa selvitetään lyhyesti minkälaiset työikäiset asiakkaat hyötyvät fysioterapeutin ohjaus- ja neuvontakäynnistä terveydenedistämisasiassa. Yhteistyökumppaneita ovat lääkärit, terveydenhoitajat, vastaanottoa pitävät sairaanhoitajat, psykiatrian yksikkö ja työterveyshuolto.

Toivomme, että opinnäytetyön tuloksena syntyneen ohjeistuksen (kuvio 1) avulla saamme enemmän asiakkaita ennaltaehkäisevään fysioterapiaan. Tähän asti asiakkaamme ovat olleet pääasiassa jo sairastuneet tuki- ja liikuntaelinasiakkaat.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Työmme tavoitteena on tehdä Heinolan perusturvassa työskenteleville yhteistyökumppaneille ohjeistus, jossa selvitetään lyhyesti minkälaiset asiakkaat hyötyvät käynnistä fysioterapeutin ohjauksessa ja neuvonnassa terveydenedistämisasiassa.

Työmme tarkoituksena on yhteistyökumppaneille annettavan ohjeistuksen avulla saada vastaanotoille työikäisiä erilaisissa sairauksien riskiryhmissä olevia ihmisiä ja jo sairastuneita asiakkaita, joiden toiminta- ja työkykyä voidaan parantaa tai ylläpitää fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla. Työ toimii myös ennaltaehkäisevän fysioterapiatyön sisäisenä markkinoinnin välineenä.

3 VÄESTÖN TERVEYS SUOMESSA

Tässä luvussa kerromme uusimpien tutkimusten tuloksia suomalaisten työikäisten terveystyöikäisyydestä ja sairastavuudesta. Esittelemme tyypillisimmät suomalaisen työikäisten sairaudet ja niiden riskitekijät, joihin fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla on mahdollisuus vaikuttaa. Ikihyvä Päijät-Häme – tutkimuksesta olemme saaneet tietoa myös Päijät-Hämeen maakunnan terveydentilasta. Kerromme myös sairauksien aiheuttamista kustannuksista yhteiskunnalle sekä koulutuksen, työttömyyden ja työn muutosten vaikutuksista terveyteen ja terveystyöikäisyyteen.

Suomessa työikäisten (15–64 vuotiaat) osuus koko väestöstä on ollut selvästi suurempi kuin monissa Euroopan maissa. Väestöllinen hoitosuhde on ollut positiivinen eli alle 15- vuotiaiden ja yli 64-vuotiaiden lukumäärä yhtä työikäistä kohden on ollut alhainen. Vuoden 2010 jälkeen väestöllinen hoitosuhde alkaa kasvaa Suomessa ja vuonna 2030 ennustetaan maassamme olevan jo 71 lasta ja eläkeläistä sataa työikäistä kohden. (Nieminen & Koskinen 2005, 45.)

Terveys- 2000 tutkimuksessa 30–64 -vuotiaista miehistä 7 % ja naisista 5 % koki itsensä kokonaan työkyvyttömäksi. Työolobarometrin mukaan syksyllä 2001 joka neljännellä työssä olevalla oli lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai vamma. Kolmasosa suoriutui työstään toimintakyvyn heikkoudesta huolimatta, puolet eivät kokeneet sairauden haittaavan työtä ja loput joutuivat keventämään työtä tai lyhentämään työaika. Näin ollen kaikista työssä olevista noin 12 % koki ainakin lieviä haittoja työssään pitkäaikaissairaudesta johtuen. (Aromaa, Gould, Hytti, Koskinen 2005, 139).

Työkyvyttömyyseläkettä sai vuoden 2003 lopussa 7,4 % 16 -64- vuotiaista koko väestöstä. Yleisimpiä syitä työkyvyttömyyteen olivat mielenterveyden häiriöt, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja verenkiertoelinten sairaudet. Yleisimmin työkyvyttömyyseläkkeellä ovat miehet kuin naiset. (Aromaa ym. 2005, 141 – 142.)

Sairausten suorat kustannukset ovat sairauksien vuoksi käytettyjen palveluiden tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia, kuten vuodeosastohoidon, lääkärissäkäyntien, reseptilääkkeiden ja kuntoutuksen kustannuksia. Eniten terveydenhuollon suorita kustannuksia käytettiin sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon (918 353 000 euroa) vuonna 1995. Samana vuonna seuraavaksi suurimmat suorat kustannukset aiheutuivat mielenterveyden häiriöiden hoidosta (692 074 000 euroa) sekä hengityselinten sairauksien hoidosta (589 062 000 euroa). Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien aiheuttamat terveydenhuollon suorat kustannukset olivat 582 968 000 euroa vuonna 1995. (Kiiskinen, Teperi, Häkkinen & Aromaa 2008.)

Epäsuorat sairauksien aiheuttamat kustannukset ovat potilaan (tai omaisten) sairauksien hoidon vuoksi menettämä aika tai alentuneen toimintakyvyn kesto, joka muuten olisi voitu käyttää potilaan tai muun yhteiskunnan hyvinvoinnin lisäämiseen. Epäsuoria kustannuksia ovat mm. tilapäisistä sairauspoissaoloista ja pysyvästä työkyvyttömyydestä aiheutuneet menetykset perustuen Kelan päiväraha- ja eläketietokantoihin. (Kiiskinen ym. 2008.)

Sairaudet aiheuttivat epäsuorina kustannuksina yhteiskunnalle noin 9,6 miljardin euron menetykset vuonna 1995. Näistä 5,6 miljardia johtui pysyvästä työkyvyttömyydestä. Sairausryhmittäin epäsuoria kustannuksia aiheuttivat eniten mielenterveyden ongelmat (2 542 149 000 euroa), tuki- ja liikuntaelinten sairaudet (1 971 453 000 euroa), vammat ja myrkytykset (1 494 932 000 euroa) sekä sydän- ja verisuonisairaudet (1 104 132 000 euroa). (Kiiskinen ym. 2008.)

Suomalaisista 4 miljoonaa asuu perheessä ja hieman yli miljoona asuu yksin. Perheiden koko on pienentynyt vuodesta 1960 lähtien 3,7:stä 2,9:ään. Ammattirakenteen ja kaupungistumisen myötä on väestön sosioekonominen rakenne muuttunut viime vuosikymmenenä. Kaksi vuosikymmentä sitten 37 % työllisestä työvoimasta oli toimihenkilöitä, kun vuonna 1995 osuus oli 52 %. Myös väestön koulutustaso kohoaa nopeasti, nuorten koulutettujen sukupolvien osuuden kasvaessa. (Nieminen & Koskinen 2005, 47–48.)

Ammatti ja työolot vaikuttavat terveyteen välillisesti, palkan ja sen tuottaman aineellisen elintason kautta. Nyky-yhteiskunnassa on tärkeää onko ihminen työssä, työttömänä vai ennenaikaisella eläkkeellä. Työssä olevat ovat terveempiä kuin samanikäiset työtä vailla olevat. Toimihenkilöiden ja palveluammattaihin kuuluvien terveydentila on keskimääräistä parempi ja ruumiillista työtä tekevien keskimääräistä huonompi. Siten rakennemuutos on kohentanut väestön terveydentilaa. Koulutus on myös tärkeä sosiaalisen aseman osoitin. Koulutus tuottaa tietoja ja valmiuksia, joiden kautta ihmisten terveystiedot lisääntyvät, mitkä taas vaikuttavat elintapoihin ja terveyskäyttäytymiseen. Terveellisimmät elintavat ovat parhaiten koulutettujen väestöryhmissä. (Karisto & Lahelma 2005, 51.)

Viimeisen 25 vuoden aikana sosioekonomiset terveyserot ovat Suomessa säilyneet suurina. Eroja on myös terveyspalvelujen käytössä ja joissain sairaanhoidon toimenpiteissä. Erot eivät vastaa arviota hoidon tarpeesta, vaan kertovat palvelujen ja hoitojen eriarvoisesta kohdentumisesta. Kysely- ja haastattelututkimusten ulkopuolelle jää monia erityisryhmiin kuuluvia, kuten asunnottomat, laitosväestö, mielenterveyspotilaat, syrjäytyneet ja muiden syiden vuoksi vastaamaan kykenettömät. Väestön terveyteen vaikuttavia toimia tulisi kehittää niin, että terveys paranee entien väestöryhmissä, jossa terveysongelmat ovat yleisimpiä. (Palosuo, Koskinen, Lahelma, Prättälä, Martelin, Ostamo, Keskimäki, Sihto, Takala, Hyvönen & Linnanmäki 2007, 231–232.)

Pitkällä aikavälillä Suomen työikäisen väestön kroonisiin kansantauteihin vaikuttavat elintavat ovat kehittyneet myönteiseen suuntaan, esimerkiksi tupakointi on vähentynyt ja ruokailutottumukset ovat muuttuneet terveellisemmiksi. Toisaalta alkoholinkäytön, ylipainon ja työmatkaliikunnan kehitys ei ole muuttunut myönteiseksi. (Helakorpi, Patja, Prättälä & Uutela 2007, 17.)

Suomen työikäisestä väestöstä noin kaksi kolmannesta arvioi terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Samaan aikaan kuitenkin noin puolet suomalaisista aikuisista ilmoittaa sairastavansa ainakin yhtä pitkäaikaista sairautta. 2000-luvun alussa 30-vuotiaiden keskuudessa pitkäaikaissairauksien yleisyys oli samaa luokkaa kuin 20 vuotta aiemminkin. Lapsilla sen sijaan pitkäaikaissairaudet ovat kovasti yleisty-

neet. Koetun terveyden ja pitkäaikaissairauksien kehityssuunnat ovat olleet vastakkaiset viime vuosikymmeninä. Samalla kun väestön koettu terveys on parantunut, ovat nimenomaan lievemmat pitkäaikaiset sairaudet lisääntyneet. Yleisimmät ryhmät ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, verenkiertoelimistön sairaudet ja mielen-terveyden häiriöt. Lapsilla ja aikuisilla ovat myös lisääntyneet astma, allergiset hengityselinoireet ja ihottuma verrattuna 1980- lukuun. (Aromaa & Koskinen 2002, 37 – 38; Manderbacka 2005, 132 – 133.)

3.1 Päijäthämäläisten terveys

Ikihyvä Päijät-Häme on seurantatutkimus, joka käynnistyi vuonna 2002. Siinä tutkitaan päijäthämäläisten elämää vuoteen 2012 saakka. Ikihyvä Päijät-Häme tutkimus- ja kehittämishankkeessa oli mukana 2815 satunnaisesti valittua henkilöä, syntymävuosista 1946–50, 1936–40 ja 1926- 30. Ensimmäisen vaiheen perustutkimuksissa vuodelta 2002 päijäthämäläisten ikääntyvien itsearvioitu toimintakyky on koko maan vertailuaineistoa huonompi, vaikka liikuntaa, varsinkin arki- ja hyötyliikuntaa harrastetaan jonkin verran enemmän kuin koko maassa. Joka viides miehistä on lihava ja myös joka viides nuorimman ikäryhmän naisista on lihava eli lihavuus on yleistä. Lihavuuden seurauksena myös mm. verenpainetauti ja diabetes lisääntyvät. Kaikissa ikäryhmissä löytyi korkeita arvoja verenpaine-, kolesteroli- ja glukosimitauksissa. (Valve, Absetz, Fogelholm, Karisto, Katajamäki, Nissinen, Talja & Uutela 2003, 1.)

Ikihyvä Päijät-Häme- tutkimus jatkui osallistujien uusintatutkimuksilla vuonna 2005. Tulosten perusteella alle 70- vuotiaat päijäthämäläiset ovat yleensä terveitä ja toimeliaita. Osallistuneista joka neljäs on lihava, mutta tulos ei eroa muista suomalaisista. Kuitenkin tutkijoiden mielestä tämä merkitsee huomattavaa kansanterveydellistä haastetta Päijät-Hämeessä. (Fogelholm, Haapola, Absetz, Heinonen, Karisto, Kasila, Mäkelä, Seppänen, Talja, Uutela, Valve & Väänänen 2007, 1.)

3.2 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Yleisin kipua aiheuttava ja eniten työstä poissaoloihin johtava sairausryhmä on tuki- ja liikuntaelinsairaudet (TULES). Vuosina 1978–1980 tehdyssä Mini-Suomi - tutkimuksessa ilmeni, että tutkimusta edeltävän kuukauden aikana 1,7 miljoonaa suomalaista oli kärsinyt jostain reumaattisesta kivusta, yli miljoonalla oli jokin pitkäaikainen tuki- ja liikuntaelinsairaus ja lähes 600 000:lle se aiheutti toiminnallista haittaa. (Heliövaara & Riihimäki 2005,164.)

Marraskuussa 2007 hyväksyttiin Suomen eduskunnassa Kansallinen TULE-ohjelma, joka on politiikka- ja toimenpideohjelma vuosille 2008–2015. Ohjelman päämääränä on väestön tule-terveyden parantuminen ja väestönryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Ohjelman toteutuksen edellytyksenä on, että päätöksenteon ja toiminnan tasoilla otetaan huomioon tuki- ja liikuntaelinten toiminnan ja terveyden edistäminen, tule-sairauksien ehkäisy, hoito ja kuntoutus. (Kansallinen TULE-ohjelma 2007, 6.)

Työkyvyttömyystilastojen ja haastattelututkimusten mukaan etenkin selkäsairaudet ja nivelrikko ovat yleistyneet viime vuosikymmeninä. Esiintyvyyden kasvu on kuitenkin hidastunut ja kääntynyt laskuun 1990- luvulla. Moniniveltulehdus tai sen jälkitila on yli 30 – vuotiailla naisilla noin 3 %:lla ja miehillä 1,5 %: lla. Polven nivelrikko on joka kymmenellä suomalaisella ja lonkan nivelrikko on 5%:lla 30 vuotta täyttäneistä. 30 vuotta täyttäneistä 10 %:lla on pitkäaikainen niska- ja hartiasaudun kiputila ja pitkäaikainen selkäoireyhtymä on 17 %:lla. (Heliövaara & Riihimäki 2005, 164.)

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien vaaratekijöinä ovat raskas ruumiillinen työ, toistuva kuormitus, tapaturmat, liikapaino ja tupakointi. Muun hoidon ja kuntoutuksen ohella tarvitaan laaja-alaisia terveyttä edistäviä toimenpiteitä tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja niistä aiheutuvien haittojen vähentämiseksi. (Heliövaara & Riihimäki 2005, 164.)

3.2.1 Alaselän kiputilat

Mini-Suomi-tutkimuksessa tuli ilmi, että neljällä viidestä 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista on ollut joskus selkäkipua ja joka toisella on ollut yli viisi selkäkipujaksoa. Alaraajoihin säteilevää kipua eli iskiaskipua, on kärsinyt lähes kaksi viidestä suomalaisesta. Heistä noin puolella on ollut yli viisi iskiaskipujaksoa. Pitkäaikainen alaselkäkipu on todettavissa jopa 17 %:lla 30 vuotta täyttäneistä. Esiintyvyys on suurimmillaan 55–64-vuotiailla. Selkäoireyhtymä oli yleisin ammattiryhmässä jossa oli eniten teollisuuden työntekijöitä ja samalla heillä oli alhainen sosioekonominen asema. Selkäoireyhtymä on vähentynyt vuosien kuluessa ja Terveys 2000 – tutkimuksessa selkäoireyhtymän esiintyvyys oli 10 % miehillä ja 11 % naisilla. (Riihimäki & Heliövaara 2002, 47; Heliövaara & Riihimäki 2005, 168.)

Lihavuuden yhteyttä selkäkipuihin on tutkittu ja on todettu vain sen yhteys lanneselän välilevytyrän ja työkyvyttömyyseläkkeeseen johtavan selkä kivun suurentuneeseen riskiin. Ihmisen pituus on osoitettu riskitekijäksi niin lanneselän välilevytyrän kuin iskiaksen osalta. Raskaan ruumiillisen työn on osoitettu kiistatta olevan yhteydessä iskiakseen, selkäkipuun ja degeneratiivisiin muutoksiin. Työssä ja vapaa-aikana tapahtuvalla autolla ajolla näyttää myös olevan yhteys ja suurentunut riski iskiasoireyhtymään. Eri väestötutkimuksissa on yhdenmukaisesti todettu, että tupakoinnilla on yhteys selkäkipuihin ja iskiakseen. (Heliövaara, Riihimäki, Nissinen 2003, 158 – 159.)

Suomessa käypä hoito- suositusten käyttäjiä ovat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä fysioterapian ja työterveyshuollon henkilöstö. Alaselän sairauksien suositusten tärkeimmissä periaatteissa sanotaan, että on vahvaa näyttöä siitä, että akuutissa alaselkä kivun hoidossa tulee välttää vuodelepoa hoitomääräyksenä. Vahvaa näyttöä on myös siitä, että potilasta kannattaa kannustaa liikkumaan kivun sallimissa rajoissa esimerkiksi jokapäiväisissä toimissa. Selkä kivun pitkittyessä yleiskuntoa ja lihasvoimaa parantavista harjoitteista on potilaalle hyötyä. Työterveyshuollossa selkäsairauksia ehkäistään laaja-alaisen terveydenedistämisen keinoin. (Aikuisten alaselkäsairaudet 2008.)

3.2.2 Niska-hartiaseudun kipu

Mini-Suomi – tutkimuksen mukaan niska-hartiaseudun kivut olivat hieman selkäsairauksia harvinaisempia ja lyhytkestoisempia. Ne olivat myös yleisimpiä 55–64-vuotiailla, perusasteen koulutuksen saaneilla sekä teollisuustyötä ammatikseen tekevillä naisilla. Oireiden pääasialliset seuraukset ovat lyhytkestoiset työstä poissaolot, särkylääkkeiden sekä fysioterapiapalvelujen runsas käyttö. Terveys 2000-tutkimuksessa todettiin, että niskaoireyhtymä oli vähentynyt 20 vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna ja väheneminen on ollut voimakkainta alle 65-vuotiailla. (Riihimäki & Heliövaara 2002, 48; Heliövaara & Riihimäki 2005, 169.)

Käypähoito suosituksen mukaan on kohtalaista tutkimusnäyttöä siitä, että pitkäkestoinen kädet koholla työskentely tai olkavarren kohoasento lisää niskakipujen riskiä. Riskitekijäksi on todettu myös istumatyö, kiertyneet tai kumarat työasennot sekä henkilön ylipaino. Vähäistä tutkimusnäyttöä on työn suuren määrän, työtöveiden antaman vähäisen sosiaalisen tuen, heikkojen vaikuttamismahdollisuuksien tai pitkäkestoisesti niska etukumarassa työskentelyn vaikutuksista niskakipuihin. Niskasairauksien ehkäisemiseksi suunnattuja korkeatasoisia tutkimuksia on julkaistu vain muutamia ja niiden perusteella on kohtalaista tutkimusnäyttöä siitä, että parantamalla ergonomiaa sekä vaikuttamalla työvälineisiin ja työmenetelmiin, on mahdollista vaikuttaa niskaoireisiin ja niistä johtuviin haittoihin. Myös omaehtoisilla harjoitteilla on saatu myönteisiä vaikutuksia. (Aikuisten alaselkäsairaudet 2008.)

3.2.3 Rasitussairaudet

Liikuntaelinten sairauksista niitä, joiden syntymisen merkittävänä tekijänä on fyysinen kuormitus, sanotaan rasitussairauksiksi. Ne rajataan kohdistumaan pehmytkudossairauksiin. Rasitussairaudet ovat suurin ryhmä, joista joudutaan maksamaan korvauksia ammattitautena. Esimerkiksi vuonna 2000 ilmoitettiin 1500 tapausta eli 10 000:ta työllistä kohti 6,4 tapausta. Yleisimmät ilmoitetuista rasitussairaustapauksista olivat yläraajojen jännetupentulehdukset, sivunastantulehdukset ja limapussintulehdukset. Rasitussairaudet ovat harvinaisia työkyvyttömyyseläkkeiden syynä,

mutta ne aiheuttavat lyhytaikaista työkyvyttömyyttä. (Heliövaara & Riihimäki 2005, 170.)

Olkanivelen kiertäjäkalvosimen jännetulehduksen työhön liittyviä riskitekijöitä ovat toistotyö ja työskentely yläraajat koholla, hartiatason yläpuolella. Kynäsnivelen sivunastantulehduksen työhön liittyviä riskitekijöitä ovat yläraajojen voiman käyttö, yhdistettynä toistotyöhön ja ranteen taipuneisiin asentoihin. Yläraajojen jännerakenteiden tulehduksellisiin sairauksiin riskitekijöinä voidaan pitää myös edellä mainitut tekijät. (Heliövaara ym. 2003, 163.)

3.3 Verenkiertoelimistön sairaudet

Noin joka toisen suomalaisen kuolemansyynä on jokin verenkiertoelimistön sairaus. Menehtyminen näihin sairauksiin on kuitenkin vähentynyt nuoremmassa ikäryhmässä ja vanhemmissa ikäryhmässä on havaittu vähenemistä, mutta se on ollut pienempää kuin nuorempien ikäryhmässä. Sairastuneiden painopiste on siis siirtynyt keski-ikäisistä eläkeikäisiin, mutta kansanterveydellinen kokonaisrasite ei ole vähentynyt. Yleisimmät suomalaisten verenkiertoelimistön sairaudet ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivoverenkierron häiriöt ja kohonnut verenpaine. (Reunanen 2005, 153.)

3.3.1 Kohonnut verenpaine

Kohonnut verenpaine on keskeinen vaaratekijä ja yleisin hoidon tarvetta vaativa verenkiertoelimistön sairaus. Mahdollisesti syntyvän sairauden ehkäisyn tärkeimpiä tekijöitä ovat elämäntapamuutokset ja lääkehoito. Keskimääräinen väestön verenpaine on alentunut vuodesta 1970. Keski-ikäisillä elintapojen muutokset edulliseen suuntaan lääkehoidon ohella ovat vaikuttaneet myönteisesti. Sairauden hoito vaatii paljon terveydenhuollon resursseja. Lääkärissä käyntien syistä 10 % ja terveydenhoitajalla käynneistä 30 % johtuivat kohonneesta verenpaineesta 1980 – luvulla. (Reunanen 2005, 159 – 161.)

Riskitekijöinä verenpaineen nousun kehittymiselle voidaan pitää perintötekijöitä ja epäterveellisiä elämäntapoja. Verenpainetta nostavat elämäntapatekijät ovat epäterveellinen ravinto, runsas alkoholinkäyttö, lihavuus, liikunnan vähäisyys sekä monenlainen henkinen kuormitus mm. stressi. Kohonneen verenpaineen hoidon päätaivitteena on ehkäistä sairauden aiheuttamia muita sydän- ja verisuonisairauksia. Liikunnan lisääminen ja kestävyystyypiset liikuntamuodot on todettu sopiviksi sydän – ja verisuonisairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä. Myös hyötyliikunta, kuten työmatkaliikunta ovat hyödyllisiä, koska ne ovat usein säännöllisesti toistuvia. Käytännön neuvona voidaan pitää, että hengästymistä ja lievää hikoilua aiheuttava liikunta on riittävän tehokasta kolme kertaa viikossa tehtynä, puoli tuntia kerrallaan. (Tikkanen & Salomaa 2003, 40 - 44.)

3.3.2 Sepelvaltimotauti ja sydämen vajaatoiminta

Sepelvaltimotaudin syntymiseen tiedetään vaikuttavan monien eri tekijöiden yhteisvaikutuksen. Sen kehittymistä lisäävät terveydelle epädulliset elämäntavat, kuten tupakointi ja ravinnon rasvapitoisuus. Keski-ikäisten suomalaisten miesten kuolleisuus sepelvaltimotautiin on vähentynyt vuodesta 1971 vuoteen 2001 75 %. Saman ikäisten naisten kuolleisuus sepelvaltimotautiin on myös pienentynyt, mutta ei yhtä jyrkästi samassa ajassa kuin miesten. (Reunanen 2005, 153 - 155.)

Aikuisväestöön kohdistuvan seulonnan tavoitteena on tavoittaa ne, joilla on korkea veren kolesterolipitoisuus tai kohonnut verenpaine tai ne, joilla on useita vaaratekijöitä sairastua sepelvaltimotautiin. Seulontatutkimuksia voidaan tehdä työikäisille työterveyshuolloissa, nuorille aikuisille opiskelijaterveydenhuollossa ja myös asevelvollisuustarkastusten yhteydessä. (Kesäniemi & Salomaa 2003, 61.)

Sydämen vajaatoiminta voi johtua pitkäaikaisesta sydänlihasta kuormittavasta sairaudesta esim. sepelvaltimotaudista tai verenpainetaudista. Se on suhteellisen harvinainen keski-ikäisessä väestössä, mutta yleistyy eläkeikäisissä. Erityskorvattavien lääkkeiden määrä on vähentynyt huomattavasti 1980 – luvulta vuoden 2001 lop-

puun mennessä. Tämä johtuu hoidon parantumisesta ja tarkemmasta diagnosoinnista. (Reunanen 2005, 157 - 158.)

3.3.3 Aivoverenkierron häiriöt

Aivoverenkierron häiriöt voivat esiintyä aivoverenvuotona, aivovaltimokierron tilapäisenä tai pysyvänä häiriönä. Tärkein sairauden vaaratekijä on kohonnut verenpaine, mutta myös muilla valtimoiden kovettumissairauksien kehittymistä lisäävillä vaaratekijöillä on vaikutusta. Kuolleisuus aivoverenkiertoista johtuviin sairauksiin on vähentynyt Suomessa 1970 – luvulta vuoteen 2001 miesten osalta 70 % ja naisten osalta 80 %. Tärkein kuolleisuuden vähenemistä selittävä tekijä on keski-ikäisten tehostettu verenpaineen hoito. (Reunanen 2005, 159.)

Itsenäiseksi aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijäksi on todettu liikunnan vähäisyys. Sekä naisten että miesten keskuudessa jo kohtuullisen fyysisen rasituksen on todettu vähentävän sairastumisen riskiä. Erittäin vaikuttavaksi on todettu nuoruudessa aloitetun ja keski-ikään jatkuneen liikunnan vaikutuksen. (Fogelholm & Sivenius 2003, 76.)

Aivoverenkiertohäiriöt ovat länsimaissa kuten Suomessakin kolmanneksi yleisin kuolinsyy syöpäsairauksien ja sepelvaltimotaudin jälkeen. Suomessa arvioitiin, että aivoverisuonisairauksien aiheuttamat suorat kustannukset olivat vuonna 1999 440 miljoona euroa. Summa oli 6,1 % sosiaali – ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. (Aivoinfarkti 2006.)

3.4 Lihavuus

Terveys 2000-tutimuksessa suomalaisista työikäisistä miehistä ja naisista noin viidennes oli vähintään merkittävästi lihavia eli painoindeksi oli 30 tai yli. Kolmasosalla työikäisistä miehistä ja yli 40 %:lla työikäisistä naisista vyötärön ympärysmittaraja-arvot ylittyivät. Kansanterveyslaitoksen toteuttamassa Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys – tutkimuksessa vuodelta 2006 miehistä 55 % ja naisista 41 % oli ylipainoisia ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$). (Aromaa & Koskinen 2002, 33 – 34; Helakorpi ym. 2007, 11.)

Painoindeksiä 25 kg/m^2 pidetään normaalin ja liikapainon rajana. Yleinen johtopäätös on, että lihavuus lisääntyy kokoajan, mutta yleistymisen on ollut suurinta nuorten aikuisten ikäryhmässä. Lihavuuden yleistymisen syynä on viime aikoina pidetty arkiliikunnan, työmatkaliikunnan ja työaikaisen fyysisen aktiivisuuden vähenemistä. Painon lisääntyminen johtuu liian suuresta energian saannista suhteessa energian kulutukseen. Erityisesti keskivartalolihavuus ja vatsaontelon sisäinen rasvakudos ovat terveydelle haitallisempia kuin lantion alueelle kertyvä rasvakudos. Lihavuuteen liittyviä sairauksia ovat mm. sydän- ja verisuonitaudit, aineenvaihduntasairaudet ja nivelsairaudet. (Rissanen & Fogelholm 2006, 14 – 16, 19, 25.)

Lihavuus on syynä moniin ennenaikaiselle eläkkeelle siirtymisiin, koska se lisää alttiutta sairastua myös työkykyä alentaviin pitkäaikaisiin sairauksiin. Tuki- ja liikuntaelinten ja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksiin sairastuneilla lihavilla henkilöillä on suurempi riski jäädä ennenaikaiselle eläkkeelle. Lihavilla henkilöillä on suurentunut riski sairastua kroonisiin sairauksiin, kuten kohonneeseen verenpaineeseen, tyyppin 2 diabetekseen ja kantavien nivelten kulumiin. Lihavuuden aiheuttamien kustannusten on arvioitu olevan 2-5 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. (Uusitupa 2003, 209 – 210).

Maaailman terveysjärjestö WHO on laatinut vuonna 2005 toimintasuunnitelman nimeltä ” Ravinto, liikunta ja terveys”, jossa lihavuuden ehkäiseminen on tärkein tavoite. Siinä kehoitetaan vähentämään epäterveellisestä ruokavaliosta ja liian vähäisestä liikunnasta johtuvien ei-tarttuvien tautien riskitekijöitä kansanterveystyön

sekä terveyden edistämisen ja tautien ehkäisyn keinoin. Lisäksi toimintasuunnitelmassa kehoitetaan lisäämään yleistä tietoutta ravinnon ja liikunnan vaikutuksista terveyteen sekä ehkäisevien toimien myönteisistä vaikutuksista. (Ravinto, liikunta ja terveys 2005.)

3.5 Diabetes

Yleensä diabetes jaetaan kahteen tyyppiin. Tyypin 1 diabeteksessa haima ei tuota insuliinia ollenkaan ja tyypin 2 diabeteksessa haiman tuottama insuliinin määrä on riittämätön tarpeeseen nähden. Vuoden 2001 lopussa Suomessa oli lähes 205 000 diabeetikkoa, joista erityskorvattavia lääkkeitä sai 139 000. Diabeteksen puhkeamisen tiedetään liittyvän perintötekijöihin, mutta tyypin 2 diabetesta aiheuttavat myös lihavuus ja liikunnan puute. Diabetes ja siihen liittyvät liitännäissairaudet kuormittavat terveydenhuoltoa. Hoidon kulmakivi on omahoito, jonka onnistuminen on keskeinen terveydenhuollon haaste, varsinkin myöhäisempien komplikaatioiden ehkäisemiseksi. Ensisijaisesti on painotettava tyypin 2 primaaripreventiota, jonka tärkeimpiä ja keskeisiä asioita ovat lihavuuden ehkäisy ja väestön fyysisen aktiivisuuden lisääminen. (Reunanen 2005, 222 – 225.)

Väestön seulontatarkastuksissa on todettu, että kakkostyypin diabeteksen todennäköisyys on lisääntynyt henkilöillä, joilla on mm. ylipainoa ja varsinkin keskivartalolihavuutta, aikaisemmin todettu glukoosiaineenvaihdunnan häiriö, raskausdiabetes, diabeteksen esiintyminen suvussa, vähäinen fyysinen aktiivisuus ja kohonnut verenpaine. Käypähoito suosituksissa painotetaan elintapamuutoksien tärkeyttä. Jo 5 %:n painon lasku vaikuttaa myönteisesti sairauteen, eikä liikunnan myönteisiä vaikutuksia voida korvata lääkehoidolla. (Diabeteksen Käypä hoitosuositus 2007.)

3.6 Mielenterveyden häiriöt

Keskeisiä mielenterveyden häiriöitä ovat depressio, skitsofrenia ja päihderiippuvuus. Ahdistuneisuushäiriöt ovat myös yleisiä, mutta ne ovat haitaltaan ja oirekuvaltaan lievempiä kuin edellä mainitut. Vuonna 2000 kaikista työkyvyttömyyseläkettä saaneista 100 000 eli 39 % sai eläkettä em. syiden vuoksi. (Lönngqvist 2005, 179).

Pitkissä yli 180 päivää kestäneissä sairauspoissaoloissa 29 %:ssa syy oli mielenterveyden häiriö vuonna 2005. Kaikista poissaoloista mielenterveyden häiriöiden osuus on sitä suurempi, mitä pidempiä jaksoja tarkastellaan. Uusista vuonna 2005 myönnetyistä työkyvyttömyyseläkkeistä 29 % eli 7450 eläkettä myönnettiin mielenterveyshäiriöiden vuoksi. (Ahola, Joensuu, Kivistö 2007, 176.)

Terveys 2000 – tutkimuksessa tuli esille, että haastatelluista 6 % oli käyttänyt terveyspalveluja mielenterveysongelmien vuoksi viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana. Molemmilla sukupuolilla se oli yleisintä ikäryhmässä 45 – 54 – vuotiaat, naisilla 7 % ja miehillä 4 %. (Pirkola & Lönngqvist 2002, 53.)

Liikunnalla on yhteyttä henkiseen hyvinvointiin niin, että päivittäisten stressien hallinnassa fyysisesti aktiiviset henkilöt voivat passiivisia paremmin. Tulokseen on löydetty kolme syytä: liikuntaa harrastavat tuntevat itsensä reippaiksi ja täynnä energiaa oleviksi, stressin vuoksi syntyvät aineenvaihdunnalliset reaktiot ovat vähäisempiä hyväkuntoisilla, liikunnan aikana ajatukset ajautuvat pois stressiä aiheuttavista tekijöistä. (Fogelholm, Lindholm ym. 2007, 13.)

4 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Tässä luvussa määrittelemme mm. mitä terveydellä ja terveyden edistämällä tarkoitetaan. Kerromme ketkä osallistuvat terveyden edistämiseen ja ovat siitä vastuussa Suomessa sekä minkälaisia tavoitteita terveyden edistämisen avulla pyritään saavuttamaan. Olemme rajanneet työssämme terveyden edistämisen koskemaan työikäistä väestöä. Fysioterapeutteina korostamme työssämme myös terveystiikunnan merkitystä. Liikunnalla on monien tutkimustenkin mukaan osoitettu olevan merkittävää hyötyä mm. monien pitkäaikaussairauksien ehkäisyssä ja yksilöiden terveyden edistämässä. Kerromme nykyisistä terveystiikuntasuosituksista sekä siitä, kuinka hyvin suosituksia Suomessa noudatetaan.

4.1 Terveyden ja terveyden edistämisen määrittelyä

Terveyttä voidaan pitää ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona tai kykynä sopeutua tai selviytyä. Terveyttä voidaan määrittellä eri tieteenalojen näkökulmasta erilailia. On olemassa kymmeniä erilaisia määritelmiä terveydestä. (Vertio 2003, 15.) WHO eli Maailman terveystiikjärjestö kuvaa terveyttä täydellisenä, tavallaan saavuttamattomana tilana. WHO:n määritelmä jakaa terveyden myös kolmeen erilliseen komponenttiin: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen. (Vertio 2003, 26.)

Terveyden edistäminen on toimintaa, jonka avulla pyritään parantamaan ihmisen mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. Terveyden edistämistäkin on olemassa monia määritelmiä, nykyinen terveyden edistäminen on kuitenkin paljolti rakentunut Ottawan asiakirjan (v:lta 1986) pohjalle. Sen mukaan terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia terveytensä hallintaan ja parantamiseen. Täydellisen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin saavuttamiseksi yksilöiden ja ryhmän on kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa sekä muuttamaan ympäristöä tai opeteltava tulemaan toimeen sen kanssa. Ottawan asiakirjan mukaan ihmisen lähimmillä yhteisöillä on suu-

ri vaikutus hänen terveyteensä, koska suuri osa yksilön terveyteen liittyvistä päätöksistä tehdään eri arkielämän areenoilla. (Vertio 2003, 29 – 31.)

4.2 Terveyden edistämisen vastuut ja tavoitteet

Ihmisellä itsellään on luonnollisesti ensisijainen vastuu omasta ja lähiympäristönsä terveydestä, mutta jatkuvasti myös keskustellaan siitä, kuinka paljon julkinen valta on vastuussa terveyttä edistävästä toiminnasta. Ihmisen elämäntapoihin ja valintoihin kun vaikuttavat paljon mm. hänen elinolosuhteensa sekä ympäristön ja kulttuurin antamat virikkeet ja mahdollisuudet. Suomessa kuntien tehtävänä onkin tukea terveyttä edistävien valintojen mahdollisuuksia liittyen esim. koulutukseen, elin- ja työoloihin sekä palveluihin. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 13.)

Suomessa valtiollisella tasolla sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö vahvisti tammikuussa 2008 terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelman. Hanke-ehdotuksia, joiden rahallinen yhteissumma oli 30 miljoonaa euroa, oli 356. Rahoitus myönnettiin 118 hankkeelle yhteensä 9 600 000 eurolla. Kaikki hankkeet ovat käynnistyneet, ne toteutetaan vuoden 2008 aikana ja niistä on myös raportoitava vuoden 2009 maaliskuun loppuun mennessä. Terveystieteiden 2015 – kansanterveysohjelmaan liittyen tuetaan etenkin hankkeita, jotka liittyvät väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen sekä terveyden edistämisen paikalliseen ja alueelliseen kehittämiseen. Terveyden edistämiseksi Suomessa vuonna 2008 rahoitetaan mm. päihteiden käytön ja tupakoinnin vähentämiseen tähtääviä hankkeita, työikäisen väestön arkiliikunnan ja erityisryhmien liikunnan lisäämistä sekä erilaisia mielenterveyden edistämiseen ja ravitsemuskasvatukseen liittyviä toimenpiteitä. (Ajankohtaista terveyden edistämisen määrärahasta 2008.)

Arkiliikuntaa, kuten kävelyä ja pyöräilyä työ- ja koulumatkoilla sekä muussa asiainnissa, lisäämällä voidaan edistää terveyttä. Arkiliikunnan lisääminen edistää myös ympäristön terveyttä ja siihen voidaan vaikuttaa erilaisin yhteiskunnallisoin keinoin. Mm. epäedullinen kaavoitus, puutteelliset väylät, auton käyttöä suosivat liikennejärjestelmät sekä lähiulkoilumahdollisuuksien vähäisyys voivat olla esteenä

terveyttä edistävälle jalan ja polkupyörällä liikkumiselle. Paitsi rakenteellisia toimia, liikenneliikunnan lisäämiseksi tarvitaan myös uusia ideoita, tuotekehittelyä ja markkinointia sekä asenteiden muutosta. (Vuori 2006, 1004.)

Kuntien tulisi ottaa huomioon terveyden edistämisen periaatteet kaikissa toiminoissaan ja kaikilla toimialoilla. Terveyden edistäminen ei ole yksittäinen tehtävä, vaan väestön terveyden lisäämisen, sairauksien ehkäisemisen ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämisen tulisi olla kaikkia toimintoja läpileikkaava tavoite. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 15.)

Pystyäkseen huolehtimaan omasta ja ympäristönsä terveydestä on tärkeää kehittää omia henkilökohtaisia taitojaan, tieto ja terveystkasvatus ovat henkilökohtaisten taitojen kehittämisen välineitä. Ottawan asiakirjan mukaan terveystpalveluissa ja terveydenhuollossa sekä terveydenhuoltoalan koulutuksessa tulisi painottaa terveyden edistämistä yhä enemmän, ja terveydenhuollon vastuun täytyisi ulottua kliinisten ja hoitavien palvelujen ulkopuolelle. (Vertio 2003, 31.)

Terveyden edistämisen tavoitteita määriteltäessä voidaan hyödyntää voimaantumisen (empowerment) käsitettä. Sillä tarkoitetaan ihmisen kokemusta ja tietoisuutta selviytymistaitojen, toimintakykyisyyden, itseluottamuksen ja sosiaalisen tuen lisääntymisestä. Olennaista on yksilön oma vastuu terveystvalinnoistaan sekä mahdollisuus ja valmiudet asettaa tavoitteita oman terveytensä ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Preventiolla tarkoitetaan ennalta ehkäisevää toimintaa yksilöiden, ryhmien ja yhteisöjen elämänlaadun edistämiseksi. (Pietilä ym. 2002, 82 – 83.)

Terveytneuvonta pyrkii muuttamaan ihmisen terveystkäyttäytymisen optimaaliseksi tietoa jakamalla, kuitenkin ihmisen omilla ehdoilla. Toiminta edellyttää tekijöiltä hyviä vuorovaikutustaitoja sekä vankkaa tietopohjaa. Sairauksien ehkäisyllä eli preventiolla tarkoitetaan keinoja, joilla pyritään ylläpitämään terveyttä ja minimoimaan mahdollisten sairauksien aiheuttamat haitat. Sairauksien ehkäisy on jaettu kolmeen käsitteelliseen osaan: primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. (Koskenvuo & Mattila 2003, 17, 20.)

Terveydenhuollossa terveyden edistäminen on moniammatillista toimintaa, kansanterveyslain mukaan Suomessa erityinen vastuu terveyden edistämisestä on terveydenhuollon asiantuntijoilla (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 13). Lääkäreillä, terveydenhoitajilla, sairaanhoitajilla, fysioterapeuteilla ym. terveydenhuollon ammattilaisilla on omat roolinsa, mutta heidän tulisi kuitenkin toimia toisistaan tietoisina, vaikkakin itsenäisesti (Vertio 2003, 113).

Terveyden edistämisen suunnittelusta, koordinaatiosta ja seurannasta vastaavat terveystieteiden yhdyshenkilöt, joita on ollut Suomessa jo 1970 – luvun alusta lähtien. Heidän tehtäväkuvansa on muuttunut vuosikymmenten aikana, eikä sitä ole määritelty yhdenmukaisesti kaikissa kunnissa. Kokopäiväisen terveystieteiden tehtäviin kuuluu mm. hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulman vahvistaminen kunnallispolitiikassa, terveyden edistämisen sisällöllinen kehittäminen ja ammatillisesta osaamisesta vastaaminen. (Pietilä ym. 2002, 118 – 119.)

Terveys 2015 – kansanterveysohjelmassa linjataan kansalliset terveyden edistämisen tavoitteet, joita ovat terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakykyisyyden lisääminen, elämänlaadun parantaminen sekä väestöryhmien välisten terveysterojen vähentäminen (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 13). Terveys 2015 – kansanterveysohjelmassa huomioidaan työelämän muutokset, joihin liittyy mm. työn fyysisen rasittavuuden muuttuminen henkiseksi rasittavuudeksi, työn nopeitempous sekä jatkuvat uudistamis- ja kehittämispaineet. Mm. nämä seikat asettavat yhä kovempia vaatimuksia työikäisille ja työelämässä mukana oleville. Työelämän luonteen muutos vaikuttaa myös ihmisen elintapoihin, niiden tulisi tukea paitsi itsensä toteuttamista myös työssä jaksamista. Ihmisellä tulisi olla taitoa tehdä oikeanlaisia terveysvalintoja. (Pietilä ym. 2002, 46.)

Terveys 2015 – kansanterveysohjelman yhtenä tavoitteena on työikäisten työ- ja toimintakyvyn ja työolosuhteiden kehittyminen siten, että työikäiset jaksaisivat työelämässä pidempään ja että työstä luopuminen tapahtuisi n. kolme vuotta myöhemmin verrattuna vuoden 2000 tasoon. Työikäisen terveyden edistämisen tavoitteeksi voidaan asettaa myös elämäntaitojen ja elämäntilanteiden tukeminen kaikissa työelämän vaiheissa. (Pietilä ym. 2002, 107 – 108.) Työikäisten terveyden

edistämistä toteutetaan työpaikoilla, työterveyshuollolta vaaditaan paljon osaamista terveyden edistämisessä ja mm. työkykyä ylläpitävä toiminta on työelämän keino edistää työikäisten terveyttä (Vertio 2003, 121).

4.3 Terveysliikunta

Terveysliikuntaan voidaan katsoa kuuluvaksi kaikki fyysinen aktiivisuus, jolla on terveyttä edistäviä tai ylläpitäviä vaikutuksia. Siihen ei kuitenkaan liity erilaisia liiallisen liikunnan aiheuttamia vaaroja. Terveysliikunta voidaan jakaa perusliikuntaan ja kuntoliikuntaan. Perusliikunnaksi voidaan laskea mm. työ- tai kauppamatkat, lumen luonti tai muu arki- ja hyötyliikunta. Perusliikunta on yleensä kuormittavuudeltaan kohtuullista fyysistä aktiivisuutta. Kuntoliikunta taas kehittää tehokkaasti joko hengitys- ja verenkiertoelimistöä tai tuki- ja liikuntaelimistöä. Kuntoliikuntaa ovat esim. hölkkä, sauvakävely, hiihto, aerobic, kuntosali tai jalkapallo. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 47.)

Niin sanottua arki- tai pätkäliikuntaa ovat mm. portaiden nousu, raskaimmat kodin piirissä tehtävät työt ja askareet, koiran ulkoiluttaminen, marjastus ja sienestys sekä työmatkojen kävely ja pyöräily. Nämä monet arkiliikunnan muodot vaikuttavat terveyttä edistävästi, kun niiden kuormittavuus, useus ja kokonaisuus ovat riittäviä. (Vuori 2007, 2985 – 2987.)

Terveysliikuntaa määriteltäessä painottuu usein biologinen terveys, koska näytöt siihen vaikuttavista terveyttä edistävästä tekijöistä ovat vahvimpia. Terveysliikunnan vaikutuksista ihmisen psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen on taas vähemmän näyttöä. Terveyttä edistävän liikunnan käsitteen voidaan katsoa käsittävän myös erilaisten yhteisöjen terveyden edistämistä. (Vuori 2007, 2983.)

Kohtuullinen fyysinen aktiivisuus päivittäin tai lähes päivittäin toteutettuna edistää terveyttä. Fyysinen aktiivisuus on kaikkea lihastyötä, jossa energiankulutus on suurempi kuin lepotasossa. Liikunta on tarkoituksellista ja säännöllistä fyysistä aktiivisuutta ja sen tarkoituksena voi olla kunnan kohottaminen, terveyden parantaminen

tai pelkkä liikunnan tuottama ilo ja nautinto. Liikunta vaikuttaa paitsi fyysiseen hyvinvointiin ja terveyteen myös henkiseen hyvinvointiin. Sitä käytetään esim. masennuksen hoidossa ja on todettu, että fyysisesti aktiiviset henkilöt hallitsevat stressiä paremmin kuin fyysisesti passiiviset. (Fogelholm, Paronen & Miettinen 2006, 21 – 22.)

Jo kohtuullisella terveystoiminnan määrällä voidaan saada aikaan suurikin hyöty eli parempi terveys. Vähän liikkuvilla tämä hyötysuhde on suurempi, eli jo pieni liikunnan lisäys on erittäin hyödyllistä terveydelle. Jos taas ihminen liikkuu jo paljon, liikunnan lisääminen parantaa enää vähän terveyttä. (Fogelholm, Lindholm, Lusa, Miilunpalo, Moilanen, Paronen & Saarinen 2007, 19.)

Liikunnan annos-vastesuhteita on käsitelty mm. vuonna 2001 järjestetyssä kansainvälisessä symposiumissa. On olemassa näyttöä liikunnan terveyttä edistävästä ja ehkäisevästä vaikutuksesta mm. lihavuuteen, sydän- ja verisuonitauteihin, tyyppin 2 diabetekseen, paksusuolen syöpään, kokonaiskuolleisuuteen sekä ikääntyneiden toimintakykyyn. On myös näyttöä suositusten mukaisen liikunnan myönteisistä vaikutuksista verenpaineeseen, veren rasvoihin, depression riskiin, masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen. Näiden osalta näytöt annos-vastesuhteista ovat ristiriitaisia. Näyttö liikunnan hyödyistä ja haitoista tuki- ja liikuntaelämistön sairauksien osalta on vaihtelevaa ja näyttö annos-vastesuhteista myös ristiriitaista. (Vuori 2007, 2985.)

Fyysisen aktiivisuuden on siis osoitettu olevan hyödyllistä tavallisimpien kansantautien ehkäisyssä ja hoidossa. Perusterveydenhuolto on siten vastuussa väestön fyysisen aktiivisuuden edistämisestä. Neuvonnan ja ohjauksen avulla pyritäänkin vaikuttamaan yksilön liikuntatottumuksiin ja väestön terveyteen. Vuonna 2001 luotiin Suomessa lääkäreille neuvontatilanteen tueksi liikkumisresepti-lomake. Sen tavoitteena on aktivoida liikkumaan etenkin terveydellisiin riskiryhmiin kuuluvia potilaita. (Aittasalo & Miilunpalo 2002, 14.)

Liikkumisresepti-hankkeessa ovat mukana Suomen Reumaliitto, Jyväskylän yliopiston terveyden edistämisen tutkimuskeskus, Kunnossa Kaiken Ikää – ohjelma, Suomen Sydänliitto, Suomen Lääkäriliitto ja UKK-instituutti. Liikkumisresepti on

tarkoitettu potilaille, jotka liikkuvat terveytensä kannalta liian vähän tai yksipuolisesti tai jotka aloittelevat liikkumistaan esim. toipilasvaiheen jälkeen. Reseptissä huomioidaan kunkin potilaan yksilöllisyys ja ohjeet tehdään konkreettisesti. Kirjallinen liikkumisohje perustuu potilaan senhetkiseen tilanteeseen ja liikkumismahdollisuuksiin sekä potilaan ja lääkärin yhdessä asettamiin tavoitteisiin. Ohjeiden noudattaminen edellyttää pitkäjänteistä toimintaa sekä potilaan tukemista ja ohjeiden noudattamisen seuranta. Ohjeita voivat tarvittaessa täydentää esim. fysioterapeutti, terveydenhoitaja tai liikunnanohjaaja. Liikuntaneuvontaan liittyvän asiantuntemuksensa vuoksi fysioterapeutilla onkin keskeinen rooli liikkumisreseptiin liittyvän yhteistyön kehittämisessä. (Aittasalo & Miilunpalo 2002, 15 – 17.)

4.4 Terveysliikunnan suositukset

Erilaisten liikuntasuositusten taustalla on hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnan kehittäminen ja ylläpitäminen. Myös hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa kuvaava maksimaalinen hapenkulutus on merkittävästi yhteydessä ihmisen terveyteen. Liikunnan määrä, tiheys ja vähimmäiskuormittavuus ovat olennaisia asioita puhuttaessa liikunnan terveysvaikutuksista, esim. käveltäessä näyteikkunakatselun vauhdilla ei todennäköisesti saavuteta fyysisen terveyden kannalta merkittäviä tuloksia. Energiankulutuksen kannalta terveysliikunnan suositus on 1000 kcal viikossa, tämä vastaa noin puolen tunnin reipasta kävelyä päivässä. Päivittäisen liikunnan voi kerätä myös esimerkiksi kolme kertaa 10 minuutin jaksoista, sen on tutkittu olevan terveyden kannalta yhtä tehokasta kuin puoli tuntia liikuntaa päivässä. (Fogelholm, Paronen ym. 2007, 23.)

The American College of Medicinen liikuntasuositus vuodelta 1978 on vaikuttanut paljon kuntoliikunnan käsitteen muodostumiseen. Suosituksen mukaan tulisi harrastaa vähintään kolme kertaa viikossa aerobista liikuntaa 60 – 90 prosentin kuormittavuudella maksimaalisesta hapenkulutuksesta. Liikunnan keston tulisi olla kerralla 20 – 60 minuuttia. Suosituksen taustalla on nimenomaan hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnan parantaminen ja ylläpitäminen. Liikunnan avulla voidaan kuitenkin edistää terveyttä ilman kestävyyskunnan huomattavaa muuttumistakin,

aina ei kuitenkaan huomioida tarpeeksi vain kohtuullisesti kuormittavan fyysisen aktiivisuuden terveysvaikutuksia. (Fogelholm, Lindholm ym. 2007, 21.)

Vuonna 1995 julkaistiin kuitenkin amerikkalaisen työryhmän raportti, jossa korostui kohtuullisesti kuormittavan eli reipasta kävelyä vastaavan liikunnan merkitys terveyden edistämässä. Raportin mukaan lisäämällä liikunnan kuormittavuutta ja aikaa hyödytään terveyden kannalta enemmän ja edesautetaan myös entistä paremmin painonhallintaa. Lisäksi etenkin iäkkäiden henkilöiden tuki- ja liikuntaelimestön kunnan kehittämistä korostettiin. (Fogelholm, Lindholm ym. 2007, 21.)

Vuoden 1978 liikuntasuositus (uusittu 1998) sekä vuoden 1995 liikuntasuositus täydentävät toisiaan. UKK-instituutin kehittämän liikuntapiirakan mukaan tulisi viikossa liikkua 3 – 4 tuntia esim. arki-, hyöty- ja työmatkaliikuntaa tai 2 – 3 tuntia kuntoliikuntaa. Luonnollisesti terveyden kannalta on enemmän hyötyä, mikäli nämä kaksi suositusta yhdistetään, eli harrastetaan sekä arki- ja hyötyliikuntaa että kunto- liikuntaa viikon aikana. Terveyden kannalta liikutaan siis riittävästi, jos harrastetaan joko kohtuullisen kuormittavaa liikuntaa vähintään 30 minuuttia päivittäin tai lähes päivittäin tai jos harrastetaan kuormittavaa liikuntaa vähintään kolmesti viikossa 20 – 60 minuuttia kerrallaan. Mikäli molemmat ehdot täyttyvät, liikutaan selvästi riittävästi. Mikäli kumpikaan ehto ei täyty, on liikunta terveyden kannalta riittämätöntä. (Fogelholm, Paronen ym. 2007, 23 – 24.)

Vuonna 2007 on päivitetty vuoden 1995 terveyslääkunnan suositusta Yhdysvalloissa. Uudessa suosituksessa korostetaan lihaskuntoharjoittelun tärkeyttä kestävyysliikunnan lisäksi. Terveyslääkunnan lisäksi tulisikin tehdä lihaskuntoharjoittelua kaksi kertaa viikossa. Työkyvyn ja terveyden kannalta on siis tärkeää myös hyvä tuki- ja liikuntaelimestön kunto. (Terveyslääkunnan suositus päivitetty 2007.) Lihaskuntoharjoitteluun tulisi sisältyä ala- ja yläraajojen, vartalon ja hartianseudun lihasvoimaa kehittäviä harjoituksia 8 – 10 harjoitusta yhtenä tai kahtena 8 – 12 toiston sarjana (Vuori 2007, 2984).

Kuntien tehtävänä Suomessa on edistää kaiken ikäisten terveyslääkuntaa. Kunnat vaikuttavat ihmisten tietoihin, taitoihin ja asenteisiin terveystieteen avulla, tar-

joavat sosiaalista tukea liittyen terveysliikuntaan (mm. liikunnanohjaus ja – neuvonta) sekä muuttavat ympäristöä liikunnan harrastamiseen sopivammaksi ja houkuttelevammaksi. Kaavoituksessa tulisi ottaa huomioon kävelyn, retkeilyn ja muun liikunnan mahdollisuudet. Kunnilla tulisi olla terveysliikunnan strategia, joka on osa hyvinvointistrategiaa. Kuntien tulisi myös tukea erilaisten liikuntajärjestöjen toimintaa ja toimia yhteistyössä niiden kanssa. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 47 – 48.)

4.5 Liikunnan harrastaminen Suomessa

Suomessa 25 – 64 – vuotiaista työikäisistä miehistä vähän yli puolet ja naisista kolme neljännestä harrastaa kyselyiden mukaan hyötyliikuntaa. Vähiten hyötyliikuntaa harrastavat 35 – 44 – vuotiaat miehet ja naiset. Kuntoliikuntaa taas harrastaa noin 40 % sekä työikäisistä miehistä että naisista. Myös 40 % kuntoilee erittäin vähän eli enintään yhden kerran viikossa. Kaiken kaikkiaan työssä käyvistä 25 – 64 – vuotiaista naisista terveyden kannalta riittävästi liikkuvia on 64 % ja miehistä 58 %. Arvioinnissa on huomioitu sekä vapaa-ajan liikunta että työmatka- ja asiointiliikunta. (Fogelholm, Lindholm ym. 2007, 33.)

Tutkimusten mukaan työssäkäyvät toimihenkilöt harrastavat kuntoliikuntaa aktiivisemmin kuin työntekijät. Työntekijöistä kuitenkin naiset liikkuvat aktiivisimmin työmatkansa kävellen tai polkupyörällä. Yrittäjät harrastavat vähiten liikuntaa ja kaupungeissa liikunnan harrastaminen on yleisempää kuin maaseudulla. Näyttäisi myös siltä, että korkeammin koulutetut harrastaisivat enemmän kuntoliikuntaa kuin vähemmän koulutetut henkilöt. Terveyden kannalta riittämättömästi liikkuvia löytyisi eniten Etelä- ja Länsi-Suomesta. (Fogelholm, Paronen ym. 2007, 66.)

Vuonna 2006 työikäisistä miehistä 63 % ja naisista 68 % kertoi harrastavansa ainakin puoli tuntia vapaa-ajan liikuntaa vähintään 2-3 kertaa viikossa. Työssä käyvistä miehistä 26 % ja naisista 47 % ilmoitti kävelevänsä tai pyöräilevänsä työmatkoiltaan vähintään 15 minuuttia vuonna 2006. (Helakorpi 2007, 10.)

5 TYÖIKÄISTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN PERUSTERVEYDEN- HUOLLON FYSIOTERAPIASSA

Suomen terveydenhuollon perustana ovat ehkäisevä terveydenhuolto ja hyvin toimivat, koko väestön saatavissa olevat terveystalvet. Fysioterapeutit osallistuvat väestön terveyden edistämiseen sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreilla (Fysioterapeutti asiantuntijana 2007).

Fysioterapeutti on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, joka on suorittanut fysioterapeutti AMK, lääkintävoimistelijan ja tai erikoislääkintävoimistelijan tutkinnon. Ammattinimikettä saa käyttää ja ammattia harjoittaa vain tutkinnon suorittanut fysioterapeutti. Nykyisin Suomessa fysioterapeuttitutkinto suoritetaan ammattikorkeakoulussa ja se on 3,5- vuotinen (210 opintopistettä) alempi ammattikorkeakoulututkinto. (Fysioterapeutti asiantuntijana 2007).

Terveyden edistäminen nykyisessä fysioterapiakoulutuksessa sisältyy moneen oppiainekokonaisuuteen. Esitämme seuraavassa joitakin esimerkkejä Lahden ammattikorkeakoulun opinto-oppaasta (2007) tuleville fysioterapeuteille opetettavista taidoista, liittyen terveyden edistämiseen:

1. Viestintä- ja vuorovaikutustaitoja sekä vuorovaikutustilanteiden elementit opetetaan opiskelijoille. Fysioterapeutin ja asiakkaan roolit fysioterapiassa tulevat tutuiksi niin yksilötilanteissa kuin ryhmänohjauksessa.
2. Terveysliikuntaa opetetaan myös omana kokonaisuutena sisältyen liikuntabiologiin aineisiin ja liikunta lääkkeenä oppikokonaisuuteen. Terveysliikunnan sisältö opinto-oppaan mukaan on monipuolinen. Opiskelija saa tiedon erilaisista liikuntamuodoista ja niiden soveltamisesta fysioterapiassa, liikunnan merkityksestä yleisten kansansairauksien, verenpainetaudin, sydän- ja verisuonisairauksien, metabolisen oireyhtymän ja tyypin 2 diabeteksen ja osteoporoosin, ennltaehkäisystä ja hoidosta.

3. Opiskelija saa myös käsityksen terveyttä edistävän liikunnan merkityksestä ja tavoitteista elämänkaaren eri vaiheissa sekä terveystiikunta- ja liikuntaneuvontatilanteiden suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Käsitteet terveystiikunta ja terveystikunto, terveystiikunnan suositukset, voiman momentti, testien reliabiliteetti ja valideiteetti, liikuntaharjoittelun peruseriaatteet ja energiantuottojärjestelmät, joita fysioterapeutti tarvitsee terveyttä edistävän fysioterapian pohjaksi omassa työssään, opetetaan koulussa. Kansanterveystieteen perusteissa oppilaat saavat tiedon mm. yleisimmistä kansansairauksista ja niiden ehkäisystä.

4. Opiskelijoille opetetaan terveyden ja toimintakyvyn käsitteet, toimintakyvyn arvioinnin tarkoitus ja tavoitteet, terveyden ja toimintakyvyn arvointi, päivittäisiä toimintoja arvioivat mittarit, toimintakyvyn muutokset ikääntyessä, terveyden edistämisen tietoperusta ja kansalliset ja kansainväliset ohjelmat sekä terveyden edistäminen fysioterapiassa.

5. Sisätautien fysioterapian sisältö ja sen omaksuminen ovat olennainen osa terveyttä edistävää fysioterapiaa. Näyttöön perustuvat liikuntasuositukset keskeisten sisätautien hoidossa, liikunnan rasittavuuden arvointi sairauden eri vaiheissa, liikunnan merkitys hoidossa tai ehkäisyssä, fysioterapian soveltaminen (sepelvaltimo-tauti, verenpaine-tauti, sydämen vajaatoiminta, astma, keuhko-ah-taumat-tauti, uniap-nea, diabetes ja metaboli-nen oireyhtymä, ylipaino), sydän- ja verenkier-toelimistön sekä keuhkosairauksien kuntoutuskäytännöt kuuluvat opetettaviin asioihin.

6. Liikunnan soveltaminen ryhmille (joita opiskelijat harvemmin kohtaavat harjoittelupaikoissaan), liikuntalajien käyttö (joita opiskelijat harvemmin käyttävät harjoittelussaan), liikuntatilanteen suunnittelu ja toteutus erityisryhmälle, erityisliikunnan järjestäjät sekä liikunnassa käytettävät apuvälineet sisältyvät sovelletun liikunnan oppikokonaisuuteen. Näitäkin taitoja tarvitaan työelämässä ja terveyttä edistävässä fysioterapiassa.

Fysioterapeutti vastaa itsenäisesti työnsä suunnittelusta, toteutuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä. Hän ottaa työssään huomioon eettiset ja lainsäädännölliset näkökulmat sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden näkökulmat. Asiakkaat tulevat fy-

sioterapeutin vastaanotolle pääosin toisen terveydenhuollon ammattilaisen lähetteellä tai he voivat hakeutua vastaanotolle myös ilman lähetettä. (Talvitie ym. 2006, 88 - 89.)

Fysioterapeutti on kaiken ikäisten terveiden ja sairaiden liikkumis- ja toimintakyvyn asiantuntija ja hän arvioi asiakkaan liikkumista, toimintakykyä ja toimintarajoitteita asiakkaan toimintaympäristössä. Fysioterapian tavoitteena on saavuttaa yhdessä asiakkaan kanssa asiakkaalle optimaalinen terveys sekä liikkumis- ja toimintakyky huomioiden asiakkaan voimavarat ja palvelujärjestelmien tarjoamat mahdollisuudet. Näyttöön perustuva päätöksenteko muodostuu tieteellisesti tutkitun tiedon ja fysioterapeutin kokemuksen, arvojen ja mielipiteiden sekä asiakkaan näkemyksien yhdistelmästä. Fysioterapeutti toimii yhteistyössä muiden asiakkaan hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden kanssa ja hän on oman alansa asiantuntijana moniammatillisissa työryhmissä. (Fysioterapeutti asiantuntijana 2007).

Väestön eliniän pidentyminen ja toimintakykyyn liittyvät ongelmat sekä työikäisten työkyvyn ylläpysyminen ja edistäminen ovat tuoneet uusia vaatimuksia fysioterapeutin työlle ja osaamiselle. Mielenterveysongelmat, asiakkaiden moniongelmaisuus, syrjäytyneisyys ja työelämän muutokset asettavat lisähaasteita koko terveysalan ja kuntoutuksen osaamiselle. Nykyisin työelämä edellyttää monipuolista yhteistyökykyä ja taitoa työskennellä asiantuntijana tiimissä. Palvelurakenteen moninaisuus edellyttää fysioterapeutilta potilaan/asiakkaan palveluketjun tuntemista sekä palvelujen oikean käytön ohjausta ja neuvontaa. (Holma 2007, 13).

5.1 Terveiden edistäminen perusterveydenhuollossa

Tavallisimpia terveydenhuollon työmuotoja ovat joko lakisääteiset, määräaikaisten, satunnaiset tai seulontaterveystarkastukset tai jonkin sairauden yhteydessä tehtävät tarkastukset. Terveystarkastuksissa määritetään usein suuri joukko ihmisen terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Näistä tavallisimpia ovat fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn testaukset, tutkimukset ja mittaukset (verenpaine, aistien toiminta, seerumin kolesteroli) ja käyttäytymisen analysointi terveyden kannalta (tupakointi,

päihteiden käyttö, ravitsemustottumukset, liikuntakäyttäytyminen) tai psyykkiseen terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät testit (muisti, depressio, stressi). Terveydenhuollon eri sektoreilla tehdään lukuisia samantapaisia mittauksia ja niistä saatuja tietoja käytetään myös terveysneuvonnan perusteena, tosin ei kovin systemaattisesti. (Vertio 2004, 198.)

Terveyden edistämistarpeen arvioinnin käynnistää usein myös todettu sairaus tai sen suureksi arvioitu riski ja tällöin arvioinnissa keskitytään juuri kyseisen sairauden tuottamaan tarpeeseen. Esimerkiksi tieto, että asiakkaan suvussa on aikuistyyppin diabetesta, antaa jo aiheen arvioida asiakkaan terveyden edistämisen tarpeita. Terveydenhuollossa tehtyjen mittausten ohella on syytä selvittää myös asiakkaan oma käsitys omasta terveydestään arvioimalla asiakkaan omaa kokemustaan terveydestään ja toimintakyvystään. Koetun terveyden on todettu ennustavan tulevaa terveyttä paremmin kuin monien muiden objektiivisten mittareiden. (Vertio 2004, 198 – 199.)

Terveystarkastusten antaman käsityksen muuttuminen terveyden edistämiseksi edellyttää asiakkaan omaa arviota siitä, millainen merkitys mitatuilla asioilla on hänen omassa arkielämässään. Erityisen olennaista on suhteuttaa arviointi ihmisen omaan arkielämään, jotta toivotut muutokset olisivat asiakkaan itsensä kannalta mahdollisia. Voi olla, että viime aikoina on terveyden edistämisen tarpeen arvioinnissa keskitytty liikaa erilaisten sairauksien riskitekijöiden tunnistamiseen ja jätetty niukemmalle se, miten asiakkaan omassa elämässä riskitekijöihin vaikuttaminen on mahdollista ja juuri nimenomaan heidän omassa elämäntilanteessa. Näihin viimeksi mainittuihin asioihin on terveydenedistämisen näkökulmasta nyt panostettava enemmän räätälöimällä terveysneuvonta kullekin asiakkaalle mahdollisimman osuvaksi. (Vertio 2004, 199.)

Terveyskäyttäytymisen muutosta on selitetty useilla teorioilla ja malleilla ja yleinen johtopäätös on ollut, että terveyskäyttäytymistä on vaikea muuttaa. Yksilöllisesti räätälöidyn, asiakkaan lähtökohdat, tarpeet ja voimavarat huomioonottavan terveysneuvonnan on todettu edistävän tehokkaasti terveyskäyttäytymisen muutoksia ja ehkäisevän esimerkiksi aikuistyyppin diabeteksen puhkeamista. Terveydenhuollon

ammattilaiset ovat kuitenkin saaneet varsin vähän konkreettisia ohjeita ja neuvoja siihen, miten asiakkaiden terveystyöskäytännön muutos onnistuneesti tuetaan ja ohjataan terveysneuvonnassa. (Poskiparta 2002, 24.)

Arvioitaessa ihmisen terveyden edistämisen tarvetta on välttämätöntä, että arviointia ei tehdä ilman ihmisen omaa osallistumista. Arvio edellyttää siis vuorovaikutusta. Kysymys, joka voisi olla arvion lähtökohtana, voisi olla seuraava: mitä tämä ihminen tarvitsee voidakseen itse vaikuttaa nykyistä paremmin omaan ja lähiympäristönsä terveyteen. Hän tarvitsee näkemyksen siitä, mitkä tekijät vaikuttavat hänen terveyteensä ja tekijöiden merkityksen arviointia arkielämässä. Ihminen tarvitsee käsityksen siitä, miten näihin tekijöihin on mahdollista vaikuttaa ja miten halutesaan saa tukea omille pyrkimyksilleen. Näiden asioiden lisäksi tarvitaan arvio ihmisen ympäristön vaikutuksista hänen terveyteensä ja ehkä vielä arvio realistisista vaikutusmahdollisuuksista lähiympäristössä. (Vertio 2004, 197 – 198.)

Asiakkaalla on oikeus saada ymmärrettävää tietoa omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri vaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista terveyteen. Hänellä on myös oikeus kieltäytyä vastaanottamasta tietoa. Tiedolla on merkitystä asiakkaan sitoutumiselle yhteistyöhön asiantuntijan kanssa. Asiantuntijan on varmistettava, että asiakas on ymmärtänyt tiedon sisällön. Tämä korostuu terveysneuvonnassa, jossa viesti tavoittaa ne, jotka ovat ennestään kiinnostuneita aiheesta tai samaa mieltä viestin sisällöstä. Varsinainen kohderyhmä ei reagoi aiheeseen ilman omaa mielenkiintoa. (Sukula 2002, 20.)

Voimaantumisteoria antaa yhden tarkastelukulman asiakkaan kohtaamiseen. Voimaantumisella (empowerment) tarkoitetaan yksilöllistä ja yhteisöllistä prosessia, jossa tunnustetaan ihmisen kyky tyydyttää omat tarpeensa, ratkaista ongelmiaan sekä saada käyttöönsä voimavaroja. Tavoitteena on yksilön elämänhallinnan lisääntyminen. Tässä teoriassa työntekijällä on mahdollistajan ja kannattelijan rooli edellyttäen, että asiakas jaksaa ja haluaa voimaantua. (Sukula 2002, 17.)

Voimavarakeskeisellä terveysneuvonnalla, joka muodostuu neljästä vaiheesta, voidaan tukea terveystyöskäytännön muutosta. Nämä neljä vaihetta ovat ihmisen

kuuntelu, vuoropuhelu, itsearviointi ja toimintamallien tunnistaminen sekä toiminnan uudelleen suuntaaminen eli myönteinen muutos. Neuvontaprosessissa asiakas on tasavertainen kumppani, jonka tulisi olla aktiivisesti mukana omaa terveyttään koskevassa päätöksenteossa. (Poskiparta 2002, 25.)

Fysioterapiassa asiakastilanteet kestävät suhteellisen kauan verrattuna moneen muuhun hoidolliseen toimenpiteeseen, joten vuorovaikutussuhteen luomiseen on hyvät edellytykset. (Viitanen 1997, 23.) Voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa korostuvat vuorovaikutukselliset keinot eli asiakkaan aktiivinen kuuntelu, terveysneuvonnan myönteinen ilmapiiri sekä neuvonnan rakentuminen asiakkaan omista tarpeista ja näkökulmista käsin. Asiakas on osallistuja, jolloin hän tuo esille omat näkemyksensä asioista, esittää kysymyksiä ja mahdollisia toimintavaihtoehtoja. Terveyskäyttäytymisen muutoksessa asiakkaan itsearvioinnin käynnistyminen on keskeinen prosessi. Terveystieteiden ammattilaisen kuuntelutaidot nousevat keskeisiksi tekijöiksi terveysneuvonnassa. Neuvonnan aikana kysymyksillä herätellään asiakkaan kiinnostus asiaan. Tämän jälkeen asiantuntija esittää asiakkaalle koti-, työ- ja vapaa-ajan ympäristöihin soveltuvat terveyttä edistävät toimenpiteet. (Poskiparta 2002, 29, 33.)

Yksilötasolla toteutettu henkilökohtainen ohjaus ja neuvonta ovat intensiivisempiä keinoja vaikuttaa väestön käyttäytymiseen. Kirjallinen potilasohje yhdessä suullisen informaation kanssa on todettu olevan tehokas tapa vaikuttaa asiakkaan käyttäytymiseen. Kirjalliset ohjeet parantavat hoitotuloksia ja lisäävät asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoon. (Vainikainen, Vertio & Mäntyranta 2004, 381.)

5.2 Terveiden edistämisen kehittyminen fysioterapiassa

Kansanterveyslaki, joka tuli voimaan 1972, edellytti terveydenhuollossa painopisteen suuntaamista ehkäisevän terveydenhuollon suuntaan, mutta tämä ei täysin toteutunut kuntoutuksen alueella. Laki laajensi ennaltaehkäisevää fysioterapiaa uusille toiminta-alueille, kuten neuvoloihin, kouluihin ja psykiatriseen fysioterapiaan. Terveyskeskustyöskentely alkoi fysioterapeuttien osalta niin nopeasti, että ei ehdit-

ty pohtia mitä terveystyö edellytti fysioterapialta sisällöllisesti ja menetelmällisesti. Koulutus antoi valmiuksia sairaalatyöskentelyyn ja siten korjaavaan työhön, mutta koulutuksessa ei pystytty tarjoamaan sellaisia työmenetelmiä, jotka olisivat kehitetty ennaltaehkäisevää ja varhaiskuntouttavaa työtä varten. Niinpä fysioterapeutit siirtyivät vanhoilla työkäytännöillä tekemään uutta ja haastavaa kansanterveystyötä, joka käytännössä tarkoitti sairaalapotilaiden kuntoutusmenetelmien soveltamista avoterveydenhuollon asiakkaisiin. (Viitanen 1997, 27, 29.)

Laman myötä, 1990-luvun alkupuolella, terveystyökeskusten fysioterapiayksiköissä jouduttiin priorisoimaan työtä. Tämä tarkoitti terveisiin kohdistuvan terveystyön lopettamista, esimerkkinä odottavien äitien ohjaus. Kunnat säästivät erikoissairaanhoidon menoissa, jolloin sairaanhoidollisten palveluiden kysyntä lisääntyi myös fysioterapiayksiköissä. Kunnan asukkaat siirrettiin mahdollisimman pian erikoissairaanhoidosta terveystyökeskukseen hoidettaviksi, jolloin fysioterapian resurssitarve terveystyökeskusten vuodeosastoilla lisääntyi. Myös koulutustarve akuuttipotilaiden fysioterapiasta lisääntyi, koska työkäytännöt lähestyivät erikoissairaanhoidossa toteutettavaa fysioterapiaa. (Viitanen 1997, 72.)

Kansanterveyslaki vaikutti monella tavalla suomalaisen terveystyöpalvelujärjestelmän kehittämiseen. Kun avopalvelujärjestelmää kehitettiin, kasvoi fysioterapiapalvelujen tarve voimakkaasti. 1970-luvulla alkoi myös voimakas fysioterapiapalvelujen yksityistäminen. (Talvitie 1991, 3.)

Väestön ikärakenteen ja sairastavuuden muutokset, jotka alkoivat 1960-luvun lopulla, ovat asettaneet suuria haasteita fysioterapiamenetelmien kehittämiseksi. Keskiasteen koulunuudistus 1980-luvulla lisäsi lääkintävoimistelijakoulutuksessa neurologisen alueen osuutta sekä käytännön harjoittelussa että menetelmällisessä koulutuksessa. Vähemmälle huomiolle jäivät tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja geriatrinen kuntoutus. (Talvitie 1991, 3 - 4.)

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat 1980-luvulla aikuisten yleisimmät pitkäaikais-sairaudet ja vanhuspotilaiden osuus väestöstä alkoi kasvaa. Vaikka tulepotilaiden määrän lisääntyminen oli tiedossa uusia opetus suunnitelmia tehtäessä, niin tästä

huolimatta lisättiin neurologisen alueen teoria- ja käytännönopetuksen tuntimäärää suhteessa muihin erityisaloihin. (Talvitie 1991, 78 - 79.)

Kuntoutuslainsäädännön mukaan fysioterapia kuuluu lääkinnälliseen kuntoutukseen, jolloin sen tavoitteena on vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn ja normaalin elämän edellytyksiin pyrkimällä ehkäisemään, korjaamaan ja tasapainottamaan ihmisen liikkumisen ja toimintakyvyn häiriöitä sekä ylläpitämään ja parantamaan jäljellä olevaa toimintakykyä. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 18 - 19.)

Lääkinnällinen kuntoutus siirtyi ns. VALTAVA-uudistuksen myötä 1984 invalidihuollosta kunnallisen terveydenhuollon tehtäväksi. Lääkinnällinen kuntoutus ja fysioterapia sen osa-alueena on säädetty siis kansanterveyslaissa kunnan velvollisuudeksi ja sen toteuttaminen tapahtuu osana sairaanhoitoa. Fysioterapia kansanterveystyössä on liitetty kansanterveyslain tarkoittamaan preventiiviseen toimintaan kuten terveysneuvontaan, koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon sekä työterveys- huoltoon. Lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi kuntoutustarvetta ja – mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto, sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta. Kansanterveysasetuksen lisäys mahdollisti lääkinnällisten kuntoutuspalvelujen hankkimisen myös ostopalveluina yksityisiltä palvelujen tuottajilta. (Viitanen 1997, 50.)

Kansanterveyslain voimaantulosta lähtien terveydenhuollon kehittämisen painoalueina ovat olleet ehkäisevä terveydenhoitotyö ja avosairaanhoito. (Talvitie 1991, 54.) Laissa määritettiin keskeisiksi tavoitteiksi sairauksien ennaltaehkäisy ja se velvoitti kuntia järjestämään terveysneuvontaa. Samalla lääkintävoimistelu otettiin osaksi työterveyshuoltoa. (Talvitie ym. 2006, 29.)

Kuntoneuvolatoiminta alkoi joissakin terveyskeskuksissa kansanterveyslain voimaantullessa. Kuntoneuvolaan päästäkseen asiakas ei tarvinnut lääkärin lähetettä, vaan hän sai ohjausta ja neuvontaa sitä tarvittaessa. Idea kuntoneuvolatoiminnalle oli ennaltaehkäisevä työote ja se tuki kansanterveyslain henkeä. (Mansikkamäki 2003. s. 84 - 85.)

Fysioterapeutin työhön kuuluu terveysneuvonta ja terveyttä edistävä ohjaus. Neuvonnan avulla fysioterapeutti antaa asiakkaalle tietoa hänen terveyteensä vaikuttavista tekijöistä, vaikuttaa hänen käsityksiinsä sekä muuttaa mahdollisesti aikaisempia tottumuksia ja mielipiteitä. Yhdessä asiakkaan kanssa fysioterapeutti pyrkii parantamaan asiakkaan itsenäistä elämänhallintaa. Hän voi mm. kertoa terveellisistä liikunnallisista elämäntavoista. Fysioterapeutit toteuttavat kuntoutujan elämäntapojen ja koskevaa ohjausta; he keräävät tietoa mm. kuntoutujan terveyteen vaikuttavista sosiaalisista suhteista sekä asenteista. Näihin voi liittyä monenlaisia psykososiaalisia ongelmia, ja usein fysioterapeutit voivatkin kokea terveysneuvonnan ja ohjauksen vaikeaksi ja haastavaksi tehtäväksi. (Talvitie ym. 2006, 178 – 179.)

Fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla tarkoitetaan terveyttä ja toimintakykyä tuottavien tai toimintarajoitteita ehkäisevien muutosten edistämistä sekä terveydelle ja toimintakyvylle myönteisten asioiden tukemista. Asiakasta tuetaan suuntaamaan voimavaransa yhdessä asetettujen fysioterapian tavoitteiden saavuttamiseksi ja yhdessä etsitään vaihtoehtoisia ratkaisuja. Asiakkaan ja/tai omaisen ohjaus voi olla verbaalista, manuaalista tai visuaalista. Ohjausta ja neuvontaa voi antaa myös puhelimitse tai tietotekniikkaa hyödyntäen. Ohjaus voidaan toteuttaa joko yksilöllisesti tai erisuuruisissa ryhmissä. (Holma 2007, 25). Fysioterapeutin antamalla terveysneuvonnalla pyritään vaikuttamaan ihmisen liikuntatottumuksiin ja haitallisiin työ- ja toimintatapoihin. (Holma 2007, 12).

Lääkintöhallituksen lääkinnällistä kuntoutusta koskevassa yleiskirjeessä vuonna 1974 todetaan, että terveyskeskusten tulee erikoisesti etsiä muun muassa terveys-tarkastuksissa niitä sairauksia, joissa ajoissa aloitettu kuntoutus voi estää potilaan invalidisoitumisen. Toinen tärkeä tehtävä on toimintakykyä ylläpitävän kuntoutuksen järjestäminen siinä laajuudessa, että laitoshoidon tarvetta voidaan vähentää. (Talvitie 1991, 55.)

5.3. Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta Heinolan perusturvassa

Heinolan terveyskeskuksen fysioterapiaan ja työterveyshuollon fysioterapeutin ohjaus- ja neuvontakäynnille asiakkaat ohjautuvat pääsääntöisesti lääkärin suosituk-

sesta tai oma-aloitteisesti ajan varauksella. Muiden ammattiryhmien vastaanotoilta asiakkaita tulee harvemmin. Se olisi toivottavaa asiakkaan terveyden edistämisen kannalta.

Terveyskeskuksen fysioterapiassa työskentelee kuusi fysioterapeuttia ja yksi kuntotohoitaja. Kolmen fysioterapeutin työajasta suurin osa on ennaltaehkäisevää työtä ja heidän neuvontakäynneillä käy keskimäärin päivittäin viisi asiakasta yhteensä. Asiakkaat maksavat käynnistä 7 € Työterveyshuollossa toimii yksi fysioterapeutti kokopäiväisesti ennaltaehkäisevässä työssä. Asiakkaan käynnit laskutetaan työnantajan työterveyshuollon sopimuksen mukaisesti.

Ensimmäiselle ohjaus- ja neuvontakäynnille varataan aikaa 1,5 tuntia. Seuranta-käynnit sovitaan tarpeen mukaan, mutta usein käytännössä seurantakäyntejä on yksi. Fysioterapeutin tutkimusten ja kokonaistilanteen arvion mukaan asiakas voidaan ohjata jatkotutkimuksiin erityistyöntekijöiden tai lääkärin vastaanotolle. Fysioterapeutti ohjaa asiakkaan tarvittaessa Ikihyvä- ja/tai liikuntaryhmiin. Ikihyvä – ryhmä on terveydenhoitajan ja fysioterapeutin yhdessä järjestämä terveyden edistämiseen ja hyvinvointiin liittyvä elämäntaparyhmä. Liikuntaryhmiä järjestävät terveyskeskus, liikuntatoimi ja yksityinen sektori.

5.3.1 Terveyttä, toiminta- ja työkykyä edistävä neuvonta ja yksilöllisen harjoitusohjelman laatiminen

Fysioterapeutin työssä Heinolan perusturvassa käytämme valtakunnallista fysioterapianimikkeistöä. Nimikkeistöllä erotetaan erilaiset työn osa-alueet toisistaan ja käytämme sitä myös tilastoinnin pohjana. Seuraavaksi esittelemme neuvontatyön osa-alueet.

Neuvonnalla ylläpidetään ja vahvistetaan terveyttä ja toimintakykyä suojaavia tekijöitä muun muassa terveellisiä elämäntapoja ja turvallista ympäristöä. Asiakasta aktivoidaan ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja toimintakyvystään ja niiden edistämiseen liittyvistä valinnoista sekä neuvotaan, miten terveysriskejä voisi vält-

tää tai miten terveydelle haitallisia elämäntilanteita voisi käsitellä. (Holma 2007, 25).

Asiakasta tuetaan tunnistamaan ja suuntaamaan omia voimavarojaan toimintarajoitteidensa hallitsemiseksi. Vajavuuksien sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteiden kehittymistä pyritään ehkäisemään ja vähentämään tukemalla asiakasta itsenäiseen harjoitteluun ja muun muassa muutoksiin liikuntatottumuksissa. Toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta sisältävät myös pre- ja postoperatiivisen ohjauksen ja neuvonnan. (Holma 2007, 25).

Työkykyä edistävään ohjaukseen ja neuvontaan kuuluu työntekijään, työhön, työympäristöön ja työyhteisöön liittyvä neuvonta, joka sisältää muun muassa toimintakykyyn ja työssä kuormittumiseen liittyvän ohjauksen, työkykyä ylläpitävän ryhmätoiminnan sekä työoloja ja työtapoja koskevan ergonomiohjauksen. (Holma 2007, 25 – 26).

Asiakkaan tarpeisiin perustuen ja yhteistyössä asiakkaan kanssa fysioterapeutti laatii ohjelman tai muun kirjallisen/visuaalisen ohjeen asiakkaalle asiakkaan toimintakyvyn ylläpysymiseksi tai edistämiseksi ja/tai asiakkaan toimintarajoitteiden ehkäisemiseksi tai vähentämiseksi. (Holma 2007, 26).

6 TERVEYDEN EDISTÄMINEN HEINOLAN PERUSTURVASSA

Tässä luvussa kerromme perustietoa Heinolan kaupungin väestöstä, sairastavuudesta ja terveyden edistämiseen liittyvistä hankkeista ja projekteista Heinolan perusturvassa. Kerromme myös eri hallintokuntien välisestä yhteistyöstä terveyden edistämisisasioissa.

6.1 Tietoja Heinolasta ja perusturvasta

Heinolan kaupunki sijaitsee Päijät-Hämeen maakunnassa Etelä-Suomen läänissä. Heinolan väkiluku vuoden 2006 lopussa oli 20 604 henkilöä ja samana vuonna vä-

estön kokonaismuutos oli – 0,6 % eli muuttovoitto oli hieman tappiollinen. Heinolan kaupungin väestöstä 0 – 14 –vuotiaita oli 14,9 %, 15 – 64 –vuotiaita 64,3 % ja yli 64 –vuotiaita 20,8 % vuoden 2006 lopussa. Vuonna 2005 vähintään keskiasteen tutkinnon suorittaneiden osuus 15 vuotta täyttäneistä oli 58,9 %. Saman vuoden lopussa työssä käyvien henkilöiden osuus kaupungin väestöstä oli 40,8 % ja eläkkeellä olevien 27,4 %. Kaupungissa palvelujen työpaikkojen osuus kaikista työpaikoista oli suurin (56,3 %) vuonna 2005. (Kuntien perustiedot. Heinola 2008.)

Heinolan seutukunnan muodostavat Sysmä, Hartola ja Heinola. Näissä kunnissa asuu eniten 45 – 64 – vuotiaita. Sysmässä heitä oli 32,3 %, Heinolassa 32,8 % ja Hartolassa 32,6 % koko kunnan väestöstä vuonna 2006. Nuorten aikuisten osuus seutukunnassa v. 2006 oli suurin Heinolassa (10,3 %) ja yli 65 – vuotiaiden osuus taas matalin. Sysmässä asui eniten yli 65 – vuotiaita v. 2006, 27,6 % kunnan koko väestöstä. (Väestö Heinolan seutukunta. Väestön ikärakenne 2008.)

Heinolan kaupungin sairastavuusindeksi vuonna 2006 oli 102,9. Luku ilmaisee, että kunnan väestö on keskimääräistä hieman sairaampaa verrattuna koko maan väestön keskiarvoon (= 100). Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja v. 2006 oli eniten verenpainetaudin sairastajissa. Luku 40 – 64 – vuotiailla on 10,6 % vastaavanikäisestä väestöstä koko maassa. Seuraavaksi eniten 40 – 64 – vuotiaista korvattiin lääkkeitä diabetesta sairastaville, vastaava luku oli 3,8 %. Astman vuoksi lääkkeitä korvattiin 3,6 %:lle ja psykoosin vuoksi 3,0 %:lle vastaavanikäisestä väestöstä vuonna 2006. Muuta huomioitavaa tilastoja tarkasteltaessa on mm. se, että mielen-terveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saaneiden määrä on jonkin verran noussut viimeisen kolmen vuoden aikana, kun taas verenkiertoelinten sairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saaneiden määrä on vähentynyt samanaikaisesti. Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä 16 – 64 – vuotiaista oli 2,6 % vastaavanikäisestä väestöstä vuonna 2006 Heinolassa. (Stakes, Indikaattoripankki SOTKANet 2005 – 2008.)

6.2 Terveysten edistämisen hankkeet Heinolassa

Heinolan maalaiskunta osallistui 1994 - 96 Terveyttä kaikille 2000-kuntaprojektiin. Tämän hankkeen seurauksena terveyskasvatuksen yhdyshenkilö aloitti toimintansa ja fysioterapiassa toiminnan painopiste siirtyi ennaltaehkäisevään kuntoneuvolatoimintaan.

Terveyttä kaikille vuoteen 2000 on Suomen kansallinen terveystoliittinen ohjelma ja se julkaistiin alun perin jo vuonna 1986. Terveyttä kaikille 2000 uudistettu yhteistyöohjelma taas julkaistiin vuonna 1993, ja sen yhteydessä käynnistettiin seitsemässä suomalaisessa kunnassa (mukana Heinolan maalaiskunta) Terveyttä kaikille vuoteen 2000 kuntaohjelma. (Perttilä 1999, 25.) Tähän kuntaohjelmaan liittyy Kerttu Perttilän tekemä ja vuonna 1999 julkaistu tutkimus Terveiden edistäminen kunnan tehtävänä. Siinä tutkitaan terveyden edistämistä kunnallisten päätöksentekijöiden, päätöksentekoprosessien ja strategisen suunnittelun kannalta. Tutkimuksessa selvitettiin mm. kuntien päättäjien käsityksiä terveydestä ja sen edistämisestä, kuinka terveyttä käytettiin päätöksenteon perusteluna sekä miten terveyden edistämisen strategiat esiintyivät kuntien suunnitteluasiakirjoissa ja minkälainen oli paikallisten sanomalehtien välittämä kuva terveyden edistämisestä. (Perttilä 1999, 35.)

Tämä Terveyttä kaikille vuoteen 2000 kuntaprojektiin liittyvä tutkimus toteutettiin vuosina 1994 – 1996. Mukana olleiden seitsemän kunnan, joista yksi oli siis Heinolan maalaiskunta, päättäjille osoitettiin kysely. Neljän kunnan päättäjiä myös haastateltiin projektin alku- ja loppuvaiheessa ja samojen kuntien suunnittelu- ja seuranta-asiakirjoja tutkittiin kahdentoista vuoden ajalta neljän vuoden otantana. Lisäksi aineistona käytettiin kahdessa kunnassa projektin aikana ilmestyneiden kahdeksan maakunta- ja paikallislehden artikkeleita. (Perttilä 1999, 7.)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että projektin alkuvaiheessa terveyden edistämisen käsite oli päättäjille epäselvä ja jäsentymätön. Terveiden edistämistä kuvattiin mm. ristiriitaisesti ja sille annettiin abstrakteja merkityksiä. Projektin loppuvaiheessa päätöksentekijät kuitenkin hahmottivat terveyden edistämistä vaaka-suuntaisesti eri hallinnonaloille kuuluvina tehtävinä sekä pysty-suuntaisesti kunnan ylimmän johdon, kes-

kijohdon ja perustoiminnoissa työskentelevien ammattiryhmien vastuina, velvollisuuksina ja osaamisena. (Perttilä 1999, 7 – 8.)

Tutkimuksessa osottautui myös, että päättäjien käsitykset terveydestä ja terveyden edistämisestä olivat yhteydessä toisiinsa. Esim. ne, jotka määrittelivät terveyden sairauden puuttumiseksi ja fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tilaksi myös kuvasivat terveyden edistämisen enemmän yksilön vastuuna. Sitä vastoin päättäjät, jotka kuvasivat terveyttä laajemmin, pitivät terveyden edistämistä myös yhteisö-, ympäristö- ja yhteiskuntapoliittisena kysymyksenä. Maakunta- ja paikallislehdissä korostettiin kuntalaisten omaa vastuuta terveyden edistämisessä. Niissä ei kuvattu päättäjien toimintaa terveyden edistämistä koskevassa päätöksenteossa. Tutkimuksen perusteella kuntasuunnitelmien ja seuranta-asiakirjojen mukaan terveyden edistämisen strateginen suunnittelu oli jäsentymätöntä ja menettelytavat tavoitteisiin nähden usein irrallisia ja vaatimattomia. (Perttilä 1999, 8 – 9.)

Taloudellisen laman myötä, 1990 – luvulla, terveydenhuollon henkilökuntaa vähennettiin ja usein ensimmäisenä ehkäisevästä työstä. Uudenlaisen ammatillisen osaamisen tarve nousi tärkeäksi kysymykseksi. Tutkimuksen mukaan terveyden edistämisen tietoperusta oli hajanainen. Kunnan päättäjien oli myös vaikea tunnistaa päätöksensä terveydellisiä merkityksiä. Heillä olisi oltava enemmän käytettävissä kuntalaisten hyvinvointia ja siihen vaikuttamista kuvaavia selontekoja ja parempi mahdollisuus hyödyntää aikaisemmista kokemuksistaan oppimista. Näin terveystieteiden kohdat tulisivat paremmin huomioon otetuiksi päätöksenteossa. (Perttilä 1999, 9.)

Heinolassa toteutettiin Heinolan seudun terveydenhuollon laaja-alainen kehittämishanke vuosina 2005 -2006 nimeltään Suun terveydenhuolto muun terveydenhuollon osana ihmisen elämänkaareissa. Nimestään huolimatta hankkeen yleisinä tavoitteina oli yhteistyön ja uusien toimintamallien kehittelyn avulla turvata resurssien riittävyttä muuttuviin palvelutarpeisiin sekä parantaa toiminnan tuloksellisuutta ja luoda pysyviä rakenteellisia uudistuksia. Hankkeessa haluttiin etsiä toimintatapoja, joita hyödyntäen saataisiin pitkäaikaisia toiminnallisia uudistuksia. Yhteisenä tavoitteena oli palvelujärjestelmän toimivuuden ja sujuvuuden parantuminen. Hank-

keessa keskityttiin yleisesti maassamme esiintyvien terveysriskien torjuntaan ja niiden ennaltaehkäisyyn. (Järvinen & Koskela 2007, 22, 38.)

Hankkeen pohjalta tuli kehittämissuositukseksi, että Heinolassa tulisi terveyden edistämistä tarkastella koko kunnan yhteisenä, kaikkia hallintokuntia koskevana haasteena ja laatia terveyden edistämisen ja hyvinvoinnin strategia terveyden edistämisen laatusuosituksen pohjalta. (Järvinen & Koskela 2007, 38 - 39)

Heinolan kaupunginhallitus nimesi Heinolan terveystoimintakaupungiksi 27.2.2006. Kaupunginhallitus päätti nimetä terveystoiminnan toimenpideohjelman suunnitteluun työryhmän, jossa on edustajia eri hallinnon aloilta. Toimenpideohjelman tavoitteena on vähän liikuntaa harrastavien liikunta-aktiivisuuden lisääntyminen. Tämä toimenpideohjelma, joka tehtiin vuosille 2007 - 2012 luovutettiin kaupunginhallitukselle 28.4.2008.

6.3 Terveyden edistäminen yhteistyössä ja verkostoituen

Ikihyvä Päijät-Häme tutkimus- ja kehittämishankkeen jälkeen Heinolan terveyskeskuksessa perustettiin Ikihyvä- terveydenedistämisyhmä. Ryhmien vetäjät saavat koulutuksen hankkeeseen liittyen. Asiakkaat ohjautuvat ryhmiin hoitopolkujen mukaisesti eri ammattiryhmien (terveydenhoitaja, fysioterapeutti, sairaanhoitaja, ravitsemussuunnittelija, lääkäri) vastaanotoilta. Ryhmää vetää työpari, yleensä fysioterapeutti ja terveydenhoitaja. Fysioterapeutin vastaanotolta asiakas ohjataan tarpeen mukaan kaupungin ja eri yhteisöjen tai seurojen järjestämiin liikuntaryhmiin. Kunnossa kaiken ikää – ryhmiin voidaan ohjata ne asiakkaat, joiden työnantaja on maksanut työntekijöiden osallistumismaksun. Ryhmien sisältöjen suunnittelussa tehdään yhteistyötä työterveyshuoltojen, fysioterapian ja liikuntatoimen kanssa.

Samana ongelman piirissä työskentelevien, erilaisen koulutusohjelman omaavien yhteistyön tulisi olla kiinteää ja kitkatonta, jotta työterveyskeskuksissa olisi tehokasta ja asiakkaan kannalta mahdollisimman tuloksellista. (Viitanen 1997, 134).

Fysioterapeutti toimii fysioterapia-alan asiantuntijana omassa organisaatiossa, moniammatillisissa tiimeissä ja yhteistyöverkostoissa ja tavoitteena on opitun jakaminen ja koko yhteisön asiantuntijuuden kehittyminen. Asiantuntijatehtävissä fysioterapeutti osallistuu monialaisiin tutkimus- ja kehittämistyöryhmiin ja toimii oman organisaation, fysioterapian tai muiden alojen valtakunnallisissa hankkeissa. Lisäksi fysioterapeutti antaa lausuntoja ja kannanottoja esimerkiksi organisaation toimintaan tai fysioterapia-alan toimintaedellytysten edistämiseen. (Fysioterapeutti asiantuntijana 2007).

Terveyden edistäminen on moniammatillista toimintaa terveydenhuollossakin, jossa useilla ammattiryhmillä on omat roolinsa. Näiden ammattiryhmien tulisi toimia toisistaan tietoisina, vaikkakin itsenäisesti. Tehtävän jako ei aina ole itsestään selvä. Osaaminen terveyden edistämässä vaihtelee suuresti. Koulutukseen terveyden edistäminen on ilmestynyt varsin hitaasti ja tätä on varmasti vaikeuttanut suomenkielisten oppikirjojen vähäisyys ja koko terveyden edistämisen käsitteistöön hahmotettavuus. (Vertio 2004, 113 – 114.)

Heinolan kaupungissa toimii hyvinvoinnin ja terveyden edistämisyhmä. Siinä on edustajia eri hallintosektoreilta. Tämä ryhmä esittelee terveyden edistämisen poikkihallinnollisia näkökulmia ja tarvittaessa nimeää työryhmiä erilaisten projektien toteuttamiseksi. Ohjausryhmän tavoitteena on päivittää vuosittain hankelistaa, johon on kerätty terveyttä ja hyvinvointia edistävät hankkeet Heinolassa. Ryhmään kuuluu 8 jäsentä, puheenjohtajana on perusturvajohtaja. Työryhmä oli aikaisemmalta nimeltään terveyden edistämisyhmä, mikä perustettiin vuonna 1977 terveyslautakunnan päätöksellä

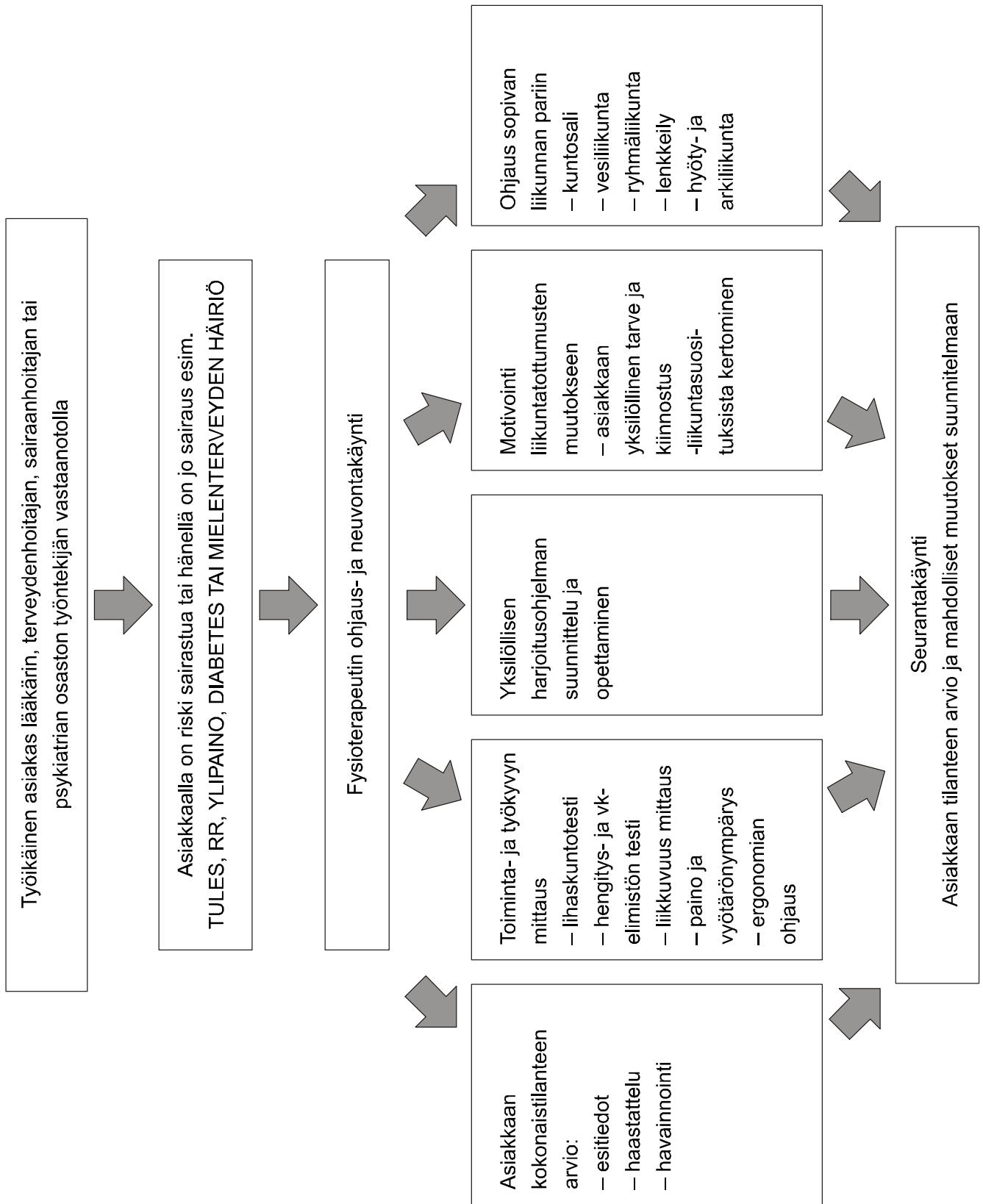
Heinolan perusturvan työntekijöiden työkyvyn ja työhyvinvoinnin edistämiseksi on perustettu tyky-toimikunta, jonka nimi on Peuhu. Toimikunnan tehtävinä on mm, tyky-toiminnasta tiedottaminen, tyky-toiminnan suunnittelu, sen organisointi, seuranta ja arviointi sekä työhyvinvointisuunnitelman laatiminen.

7 OHJEISTUS FYSIOTERAPEUTTISEEN OHJAUKSEEN

LÄHETTÄMISESTÄ

Edellä kerrottujen teoriatietojen pohjalta aloimme suunnitella ohjeistusta. Ohjeistuksen ulkoasun suunnittelun pohjana käytimme Heinolan terveystieteiden tutkimuskeskuksessa jo käytössä olevia hoitopolkumalleja. Pohdimme paljon ohjeistuksen kokoa, asettelua ja sisältöä. Päädyimme yksinkertaiseen yhdellä sivulla olevaan laatikkomalliin.

Kuvio 1 havainnollistaa asiakkaan kulun yhteistyökumppaneiden vastaanotoilta fysioterapeutin vastaanotolle. Kuvio on ohjeistus lähettäville ja siitä selviävät myös fysioterapiakäynnin sisältö.



Kuvio 1. Ohjeistus fysioterapeuttiseen ohjaukseen lähettämisestä.

Asiakkaan ollessa lääkärin, terveydenhoitajan, sairaanhoitajan tai psykiatrian osaston työntekijän vastaanotolla ja asiakkaalla havaitaan riski sairastua tai hän on jo sairastunut esim. tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, verenpainetautiin, hänellä on ylipainoa, diabetes tai mielenterveyden ongelmia, työntekijä voi ohjata asiakkaan fysioterapeutin vastaanotolle ohjaus- ja neuvontakäynnille. Lähettäjä arvioi asiakaskohtaisesti asiakkaan kyvyn käsitellä ja hyödyntää fysioterapeutin terveyttä edistävää neuvontaa. Fysioterapeutti on mm. terveysliikunnan ja toimintakyvyn asiantuntija. Useiden tutkimusten mukaan terveysliikunnalla voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa em. kansansairauksien riskiryhmissä olevia tai niihin jo sairastuneita asiakkaita.

Käynnin aikana fysioterapeutti haastattelee asiakasta ja keskustelee hänen kanssaan asiakkaan terveysongelmasta, elämäntilanteesta ja terveysriskeistä. Vuorovaikutteisen keskustelun perusteella fysioterapeutti tekee terveysongelmaan liittyvät toimintakyvyn mittaukset ja testit. Em. testien ja mittausten perusteella fysioterapeutti laatii ja opettaa asiakkaalle yksilöllisen harjoitusohjelman senhetkisen terveysongelman vähentämiseksi. Lisäksi fysioterapeutti antaa ohjeita terveyttä edistäviin elämäntapamuutoksiin mm. terveys- ja kuntoliikunnan lisäämiseen.

Toimintakyvyn parantumiseksi asiakasta motivoidaan elämäntapamuutoksiin. Suunnitelmat toimintakyvyn parantamiseksi tehdään yhdessä asiakkaan kanssa, mm. mietitään yhdessä vaihtoehtoisia työtapoja työkuormituksen vähentämiseksi. Huomiota kiinnitetään myös liikuntatottumuksiin ja muihin terveellisiin elintapoihin mahdollisuuksien mukaan. Fysioterapeutin käyttämiä motivointikeinoja ovat mm. toimintakykytestien tulokset. Fysioterapeutti motivoi myös kertomalla terveysliikuntasuosituksista huomioimalla asiakkaan yksilölliset tarpeet ja voimavarat sekä kertoo paikkakunnan liikuntamahdollisuuksista.

Asiakkaan kanssa sovitaan tarvittaessa seurantakäyntiaika. Seurantakäynnillä asiakkaan kokonaistilanne arvioidaan uudelleen haastattelemalla, toistamalla alkutestit tai uusien testien avulla. Tulosten perusteella suunniteltua ohjelmaa muokataan tai laaditaan uusi ohjelma ja motivoidaan asiakasta terveyskäyttämisen muutokseen edelleen. Tarvittaessa sovitaan uusi seurantakäyntiaika.

Tämä ohjeistus esitellään yhteiskumppaneille, joita ovat lääkärit, terveydenhoitajat, vastaanottoa pitävät sairaanhoitajat, psykiatrian yksikkö ja työterveyshuolto heidän yksikköpalavereissaan. Kerromme heille lyhyesti ohjeistuksen tarkoituksesta ja sen käyttöönotosta ja se jaetaan paperiversiona yhteistyökumppaneille.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe nousi käytännön työstä ja lähtökohtana oli huoli työikäisten satunnaisesta ohjautumisesta fysioterapiaan terveydenedistämisisäoissa. Olennaista olisi, että pystyisimme osaltamme ennaltaehkäisemään kansansairauksiin sairastumista. Käytännön työssä olemme havainneet, että yhteistyökumppaneilla ei välttämättä ole riittävästi tietoa fysioterapian vaikutusmahdollisuuksista väestön terveyden edistämisessä. Opinnäytetyön tekemistä motivoi se, että työ toimisi myös sisäisen markkinoinnin välineenä ja ohjeistuksesta olisi hyötyä yhteistyökumppaneille.

Mielestämme opinnäytetyön tuloksena syntynyt ohjeistus on riittävän yksinkertainen ja selkeä. Se noudattaa samaa linjaa kuin muut vastaavanlaiset ohjeistukset Heinolan perusturvassa. Ohjeistus on siirrettävissä tietoverkkoon muiden ohjeistusten tavoin. Uskomme, että ulkoasultaan pelkistetty ohje kiireisille yhteistyökumppaneille auttaa ja selkeyttää heidän työtään asiakkaiden ohjaamisessa fysioterapeutin vastaanotolle.

Tarkkaa aikataulua opinnäytetyön tekemiselle ja valmistumiselle oli vaikea sopia, koska asumme eri kunnissa ja työskentelemme eri työpaikoissa. Erilaiset elämäntilanteet ja muut opinnot hankaloittivat yhteisen ajan löytymistä, joten jaoinme jo alkuvaiheessa kullekin oman teoriaosuuden tekemisen eri aihealueiden mukaan. Yhteisissä tapaamisissa nivoimme asiakokonaisuudet yhteen.

Koimme rikkautena erilaiset työkokemuksemme ja opiskeluhistoriamme, jotka toivat erilaisia näkökulmia opinnäytetyön tekemiseen. Työ tehtiin pääosin työajan ulkopuolella. Kahden tekijän rooli organisaatiossa oli pääosin opinnäytetyön edis-

tymistä tukeva tekijä. Organisaation toimintatapojen ja kulttuurin tunteminen helpottivat opinnäytetyöprosessia.

Tavoitteiltaan rajattu opinnäytetyön aihe auttoi myös viitekehyksen rajaamisessa. Kokemus aikaisempien lopputöiden tekemisestä helpotti osaltaan tämän työn tekemistä. Ohjaavan opettajan rakentava ja kannustava palaute auttoi työn loppuun viemisessä. Opinnäytetyön tekemisen kautta saimme kokonaisvaltaisen kuvan työikäisten terveyden edistämisestä, sen perusteista ja vaikutusmahdollisuuksista fysioterapiassa. Tämä on olennaista kun halutaan muuttaa toimintatapoja vastaamaan tulevaisuuden haasteita.

Terveyden edistäminen on käsitteenä laaja ja sitä on määritelty eri lähteissä eritavoin. Fysioterapiassa terveyden edistämisen keskiössä on ihmisen toimintakyky, etenkin liikkuminen. Terveyden edistäminen on läsnä kaikessa fysioterapiatoiminnassa. Näkökulma asiakkaan tilanteeseen fysioterapiassa on positiivinen ja asiakkaan jäljellä olevia voimavaroja hyödyntävä ja kannustava.

Fysioterapian tulevaisuudelle on merkityksellistä fysioterapiapalvelujen jatkuva soveltaminen terveydenhuollon, väestön ja asiakkaan tarpeiden mukaisesti sekä ammattikunnan kyky ylläpitää, kehittää ja hyödyntää osaamistaan. Tämä taas edellyttää fysioterapeuttien erikoistumista, alan tieteellistä tutkimusta ja tutkimuksellisen näytön soveltamista asiakastyössä. (Tyni-Lenné 2003, 16.)

Kansanterveyslaki, joka tuli voimaan 1972, edellytti ennaltaehkäisevää työtettä terveyskeskuksissa ja alkuun näin käytännössä tapahtuikin. Laman myötä 1990-luvulla terveydenhuollossa karsittiin palveluja jolloin ennaltaehkäisevän työn osuus väheni. Nykyisin terveyttä edistävän työn osuus on lisääntynyt terveydenhuollon käytännön työssä ja erilaisten hankkeiden ja projektien myötä. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, koska ennaltaehkäisevän työn merkitystä korostetaan valtakunnantasollakin.

Terveydenhuoltolakityöryhmän ehdotus uudeksi terveydenhuoltolaiksi on lähtenyt lausuntokierroksille kuntiin. Ehdotuksen mukaan laki tulisi voimaan 1.1.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja terveysongelmien ennalta ehkäisy korostuvat työryhmän ehdotuksessa. Kuntien on laadittava suunnitelma kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävästä sekä terveysongelmia ehkäisevistä toimista, palveluista ja niihin varattavista voimavaroista. Toteutus kytketään osaksi kunnan strategian ja taloussuunnitelman valmistelua. (Terveydenhuoltolaki, 2008; Ehdotus uudeksi terveydenhuoltolaiksi on valmistunut, 2008.)

Samoihin aikoihin opinnäytetyömme prosessin loppuvaiheessa julkaistiin liikunnan käypä hoito-suositus. Suosituksessa korostetaan mm. liikunnan käyttöä sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa näyttöön perustuvan tiedon avulla. Suositus vahvistaa käsitystämme, että fysioterapeuteilla on keskeinen rooli terveydenedistäjänä terveydenhuollossa. Suositus on hyvä lisä tiedonlähteenä ja käsikirjana käytännön työssä. (Liikunnan käypä hoito- suositus, 2008.)

Tyni-Lenné (2003, 16) toi esille kirjoituksessaan huolensa ihmisten vähentyneestä arkiliikunnasta ja fyysisesti passiivisesta elämäntyylistä, koska liikkumisen hyödyt tavallisimpien kansantautien ehkäisyssä ja hoidossa on selkeästi osoitettu.

Käytännön fysioterapiatyössä olemme huomanneet ihmisten fyysisen aktiivisuuden vähentyneen. Auton käyttö lyhyissäkin matkoissa on lisääntynyt, lasten kuljetus autolla on lisääntynyt, erilaisten medioiden käyttö on vähentänyt liikunta-aktiiviteeteille varattua aikaa ja teknologia on vähentänyt hyötyliikuntaa.

Ohjeistuksen käyttöönottoa ja toimivuutta arvioidaan esim.yhteistyöpalaverissa vuoden kuluttua uuden käytännön aloittamisesta. Tämä arviointitehtävä voisi olla oppimistehtävänä perusturvassa työssäoppimisjaksolla oleville fysioterapeuttiopiskelijoille. Opinnäytetyö on tehty Heinolan perusturvaan, mutta se on sovellettavissa muihinkin terveyskeskuksiin. Toivommekin, että siitä olisi hyötyä yhteistyön kehittämässä terveyden edistämisisäisissä.

LÄHTEET

Ahola, K., Joensuu, M. & Kivistö, S. 2007. Mielenterveys. Teoksessa Kauppinen, T., Hanhela, R., Heikkilä, P., Kasvio, A., Lehtinen, S., Lindström, K., Toikkanen, J. & Tossavainen, A. Työ ja terveys Suomessa 2006. Työterveyslaitos Helsinki: Vammalan kirjapaino.

Aikuisten alaselkäsairaudet. Käypä hoito 16.6.2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriayhdistyksen asettama työryhmä. [viitattu 1.7.2008]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>

Aittasalo, M. & Miilunpalo, S. 2002. Liikkumisreseptillä suunnitelmallisuutta liikuntaneuvontaan. Fysioterapia 6/02, 14 – 18.

Aivoinfarkti. Käypä hoito 15.10.2006. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologian Yhdistys ry:n asettama työryhmä. [viitattu 15.5.2008]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>

Ajankohtaista terveyden edistämisen määrärahaista. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 29.6.2008]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thedi/maarahat.htx>

Aromaa, A., Gould, R., Hytti, H. & Koskinen, S. 2005. Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Duodecim, KTL, STAKES Helsinki: Saarijärvi.

Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitos, terveyden ja toimintakyvyn osasto. Helsinki: Hakapaino.

Diabeteksen Käypä hoito- suositus 27.10.2007. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkäri-neuvoston asettama työryhmä. [viitattu 15.5.2008]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>

Ehdotus uudeksi terveydenhuoltolaiksi on valmistunut. Tiedote 172/2008. [viitattu 2.11.2008]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/15338/index.htm?template=print>

Fogelholm, M., Haapola, I., Absetz, P., Heinonan, H., Karisto, A., Kasila, K., Mäkelä, T., Seppänen, M., Talja, M., Uutela, A., Valve, R. & Väänänen, I. 2007. Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimus: Perusraportti 2005. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2007. Lahti.

Fogelholm, M., Lindholm, H., Lusa, S., Miilunpalo, S., Moilanen, J., Paronen, O. & Saarinen K. 2007. Tervettä liikettä –terveysliikunnan hyvät käytännöt työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos.

Fogelholm, M., Paronen, O. & Miettinen M. 2007. Liikunta –hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveysliikunnan tila ja kehittyminen 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1. Helsinki.

Fogelholm, R. & Sivenius, J. 2003. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Fysioterapeutti asiantuntijana. Suomen fysioterapeutit. [viitattu 6.4.2008]. Saatavissa: http://www.fysioterapia.net/mp/db/file_library/x/IMG/12098/file/Fysioterapeuttiasantuntijanapainoversio

Helakorpi, S., Patja, K., Prättälä, R. & Utela, A. 2007. Suomalaisen aikuisväestön terveystilaytyminen ja terveys, kevät 2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1/2007. Helsinki.

Heliövaara, M. & Riihimäki, H. 2005. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Duodecim, KTL, STAKES Helsinki: Saarijärvi.

Heliövaara, M., Riihimäki, H. & Nissinen, M. 2003. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holma, T. (toim.) 2007. Fysioterapianimikkeistö 2007. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.

Järvinen R. & Koskela P. 2006. Heinolan seudun terveydenhuollon kehittämishanke 2005-2006. Suun terveydenhuolto muun terveydenhuollon osana ihmisen elämäntapa- ja elämäntilanteissa. Loppuraportti.

Kansallinen TULE-ohjelma, Suomen Tule ry. Eduskunta 28.11.2007. Helsinki 2007. [viitattu 7.4.2008]. Saatavissa : [http://www.suomentule.fi / KTO_ esitteily.pdf](http://www.suomentule.fi/KTO_esitteily.pdf)

Karisto, A. & Lahelma, E. 2005. Sosiaalinen ympäristö ja kulttuuriympäristö. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Duodecim, KTL, STAKES Helsinki: Saarijärvi.

Kesäniemi, A. & Salomaa, V. 2003. Sepelvaltimotauti. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kiiskinen, U., Teperi, J., Häkkinen, U. & Aromaa, A. Kansantautien ja toimintakyvyn vajavuuksien yhteiskunnalliset kustannukset. Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 13.10.2008]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00064

Koskenvuo, M. & Mattila, K. 2003. Terveystiedon edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuntien perustiedot. Heinola. Tilastokeskus [viitattu 25.6.2008]. Saatavissa: <http://www.tilastokeskus.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/111.html>

Liikunta Käypä hoito- suositus 9.10.2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito- johtoryhmän asettama työryhmä. [viitattu 17.10.2008]. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi>

Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Duodecim, KTL, STAKES Helsinki: Saarijärvi.

Manderbacka, K. 2005. Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastavuus. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Duodecim, KTL, STAKES Helsinki: Saarijärvi.

Mansikkamäki, T. 2003. Fysioterapian autonomia – ei niin mahdoton unelma. Teoksessa Mansikkamäki, T. (toim.). Polkuja fysioterapian tulevaisuuteen. Suomen fysioterapeuttiliiton 60 -vuotisjuhlajulkaisu. Suomen fysioterapeuttiliitto. Painotalo Auranen.

Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) 2006. Lihavuus- ongelma ja hoito. Helsinki, Duodecim: Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Mäntyranta, T., Elonheimo, O. & Brommels, M. 2004. Näkökulmia terveyspalvelujen tarpeen käsitteeseen. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.) Terveyspalvelujen suunnittelu. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nieminen, M. & Koskinen, S. 2005. Väestö. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisen terveys. Duodecim, KTL, STAKES Helsinki: Saarijärvi.

Opinto-opas 2008 – 2009. Lahden ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveysalan laitos. Fysioterapian koulutusohjelma 210 op. [viitattu 20.8.2008]. Saatavissa: http://www.lamk.fi/material/ops0809_stl_fyte.pdf

Palosuo, H. 2007. Terveysten eriarvoisuus Suomessa: Sosioekonomisten terveys-erojen muutokset 1980 – 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 23. Helsinki.

Perttilä, K. 1999. Terveysten edistäminen kunnan tehtävänä. STAKES:n tutkimuksia 103. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. 2002. Terveysten edistäminen – Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Pirkola, S. & Lönnqvist, J. 2002. Mielenterveyden työryhmä. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) Terveysten ja toimintakyky Suomessa. Terveysten 2000-tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitos, terveyden ja toimintakyvyn osasto. Helsinki: Hakapaino.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveysten käyttäytymisen muutosta. Teoksessa Torkkola, S. Terveysten viestintä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. . Vammala: Vammalan kirjapaino Oy

Ravinto, liikunta ja terveys. WHO:n maailmanlaajuinen strategia. Savion kirjapaino Oy 2005. [viitattu 7.3.2008]. Saatavissa: <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/pressihuone/whoravintoliikuntastrategia.pdf>

Reunanen, A. 2005. Verenkiertoelimistön sairaudet. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisen terveys. Duodecim, KTL, STAKES Helsinki: Saarijärvi.

Riihimäki, H. & Heliövaara, M. 2002. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien työryhmä. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitos, terveyden ja toimintakyvyn osasto. Helsinki: Hakapaino.

Rinne, M. 2003. Työikäisten tule-vaivat työllistävät myös tulevaisuudessa. Teoksessa Mansikkamäki, T. (toim.) Polkuja fysioterapian tulevaisuuteen. Suomen fysioterapeuttiliiton 60-vuotisjuhlajulkaisu. Suomen fysioterapeuttiliitto. Painotalo Auranen.

Rissanen, A. & Fogelholm, M. 2006. Aikuisten lihavuus Suomessa ja muualla. Teoksessa Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. (toim.) Lihavuus-ongelma ja hoito. Helsinki, Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Stakes, Indikaattoripankki SOTKANet 2005 – 2008. [viitattu 25.6.2008]. Saatavissa: <http://uusi.sotkanet.fi>

Sukula, S. 2002. Osallistuva asiakas. Teoksessa Torkkola S. Terveysviestintä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Talvitie, U. 1991. Lääkintävoimistelijan työn kehitysvaiheita: Fysioterapian kohteen ja menetelmien muuttuminen ja kehittyminen 1900-luvulla Suomessa. Terveystieteen laitos. Jyväskylän yliopisto. Sarja A: Tutkimuksia 5/1991

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Terveydenhuoltolaki [viitattu 2.11.2008]. Saatavissa:

http://kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;139556&print=true

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 2006:19. Helsinki.

Terveysliikunnan suositus päivitetty. UKK-instituutti [viitattu 27.10.2007]. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/fi/tiedotteet/748>

Tikkanen, M. & Salomaa, V. 2003. Kohonnut verenpaine. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tyni-Lenné, R. 2003. Ennaltaehkäisyyn perinteistä pidettävä kiinni fysioterapiassa. Teoksessa Mansikkamäki, T. (toim.). Polkuja fysioterapian tulevaisuuteen. Suomen fysioterapeuttiliiton 60-vuotisjuhlajulkaisu. Suomen fysioterapeuttiliitto. Painotalo Auranen.

Uusitupa, M. 2003. Aineenvaihdunnan ja ravitsemuksen häiriöt. Teoksessa Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vainikainen, T., Vertio, H. & Mäntyranta T. 2004. Väestön käsitysten ja käyttäytymisen muokkaaminen. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila J. & Viitala J. (toim.) Terveyspalvelujen suunnittelu. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valve, R., Absetz, P., Fogelholm, M., Karisto, A., Katajamäki, E., Nissinen, A., Talja, M. & Uutela, A. 2003. Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimus: peruseräraportti 2002. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja 2003:12. Lahti.

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.

Vertio, H. 2004. Terveyden edistämisen tarpeen arviointi. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.) Terveyspalvelujen suunnittelu. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Viitanen, E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Vuori, I. 2007. Terveys-, pätkä- ja arkiliikunta tehokkaita. Ovatko nykyiset suositukset kohdallaan? Duodecim 24/2007, 2983 – 2990.

Vuori, I. 2006. Voidaanko arkiliikunnalla edistää terveyttä? Duodecim 9/2006, 1003 – 1004.

Väestö Heinolan seutukunta. Väestön ikärakenne. [viitattu 25.6.2008]. Saatavissa: [http://www.paijatpuntari.fi/Vaesto/vaestoHeinola.htm# Väestön%20ikärakenne](http://www.paijatpuntari.fi/Vaesto/vaestoHeinola.htm#Väestön%20ikärakenne)