

Helka Moilanen

Liike on lääkettä, mutta miten se nielaistaan?

Liikuntaneuvonnan palvelupolku työterveydessä

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Hyvinvointi- ja toimintakyky
Fysioterapia SF11S2
Opinnäytetyö
Sanna Garam
Tarja-Riitta Mäkilä
20.11.2012

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Helka Moilanen Liike on lääettä, mutta miten se nielaistaan? Liikuntaneuvonnan palvelupolku työterveydessä 41 sivua + 2 liitettä Syksy 2012
Tutkinto	Fysioterapeutti (AMK)
Koulutusohjelma	Hyvinvointi ja toimintakyky
Suuntautumisvaihtoehto	Fysioterapia
Ohjaaja(t)	Sanna Garam, fysioterapian opettaja Tarja-Riitta Mäkilä, fysioterapian lehtori
<p>Suomen terveystalitiikka ohjaa terveystalveluja sairaanhoidosta terveyden edistämiseen. Liikunnalla voidaan edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia, vaikuttaa ennenaikaiseen eläköitymiseen ja pitkiin sairaalomiin. Suomalaisista työikäisistä terveystalviikuntasuosituksen täyttää vain joka kymmenes. Määrä haastaa tehostamaan työpaikkaliikunnan ja terveystalviikunnan hyviä käytäntöjä. Työterveystalveluilla on hyvät mahdollisuudet tavoittaa työikäiset liikunnasta hyötyvät. Liikuntaa edistävällä terveystalveuvonnalla voidaan vaikuttaa liikuntaaktiivisuuteen, mutta sitä toteutetaan harvoin systemaattisesti työterveystalveluissa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on rakentaa liikuntaneuvonnan palvelupolku työterveyteen. Opinnäytetyö soveltaa konstruktiiivista näkökulmaa, joka sopii tuotteiden ja palveluiden kehittämiseen. Schwarzerin terveystalviikuntäyttymisen muutoksen prosessimallin ja fyysisen aktiivisuuden edistämisen näytön pohjalta kehitettiin liikuntaneuvonnan palvelupolku, jota pilotoitiin Teliasonera Finlandissa. Teemoitetulla ryhmäkeskustelulla arvioitiin neljän asiakkaan kokemuksia liikuntakäyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä sekä palvelupolun sujuvuudesta. Ryhmäkeskustelu litteroitiin ja arvioitiin induktiivista sisällön analyysiä soveltaen.</p> <p>Pilotti osoitti kehitetyn liikuntaneuvonnan palvelupolun soveltuvan käyttötarkoitukseensa. Pilotissa Diacorin työterveyshoitajat ja -lääkärit ohjasivat terveytensä ja työkykynsä edistämiseksi liikunnasta hyötyvät liikuntalähetteilä työfysioterapeuteille. Motivaatio liikuntaan herää, kun asiakas havahtuu terveystalvriskeen ja muutoksen hyötyyn. Liikuntaneuvonnassa pyrittiin vahvistamaan asiakkaan omaa pystyvyysuskoa ja terveyttä edistävää käyttäytymistä. Pystyvyysuskoa voidaan vahvistaa positiivisella palautteella aikaisemmista kokemuksista, realistisilla tavoitteilla sekä toiminnan kontrollilla. Tarkka toimintasuunnitelma sekä liikunnan oma seuranta auttavat saavuttamaan henkilökohtaisen tavoitteen.</p> <p>Tämän työn tuloksena kehitetty liikuntaneuvonnan palvelupolku voi kasvattaa työterveystaliimien osaamista työikäisen väestön fyysisen aktiivisuuden edistämisestä ja aktivoida liikunnasta hyötyviä. Jatkossa olisi hyvä arvioida mallin vaikuttavuutta ja testata sitä useammassa organisaatiossa ja eri toteuttajilla. Liikuntaneuvonnalla voi tulevaisuudessa olla merkittävä rooli työterveydessä terveyden, toimintakyvyn ja työkyvyn ylläpitämisessä elämän ja työuran eri vaiheissa.</p>	
Avainsanat	Fyysinen aktiivisuus, liikuntaneuvonta, terveyden edistäminen

Author Title Number of Pages Date	Helka Moilanen Building a Model for Physical Activity Counseling in Occupational Health Services 41 pages + 2 appendices Autumn 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Specialisation	Physiotherapy
Instructors	Sanna Garam, Senior Lecturer Tarja-Riittä Mäkilä, Senior Lecturer
<p>Finnish health policy directs healthcare providers towards health promoting. Sport and physical activity can prevent common diseases, effect premature retirement and long-term sick leaves. Only one in ten of the working-age population meets the health exercise recommendations. This underlines the importance of increasing workplace physical activity and widening the distribution of best practices related to health promotion. Occupational health services are well positioned to reach the working-age population. Health counseling can influence physical activity, but health services providers rarely implement it in a systematic way.</p> <p>The purpose of this study was to build a model for physical activity counseling for customers in occupational health services. The thesis applies a constructive research approach which is suited for developing products and services. On the basis of Schwarzer's Health Action Process Approach (HAPA) and the research evidence of enhancing physical activity, a customer journey concept was developed and piloted in TeliaSonera Finland. A theme group discussion with four customers assessed the factors affecting the behavior as well as the fluency of the journey. The group discussion was transcribed and evaluated by using inductive content analysis theory.</p> <p>The pilot demonstrated that the model developed for physical activity counseling is suitable for the purpose. In the pilot, Diacor occupational health nurses and physicians referred those customers whose health and working ability would benefit from physical activity to an occupational physiotherapist. Motivation for exercise normally builds up from the health risk perception and the outcome expectancies. In the counseling session the goal was to enhance self-efficacy and health-promoting behaviors. Self-efficacy can be confirmed with positive feedback from the past experience, with realistic goals as well as the action control. The customer's own goals, action plans and monitoring the health behavior play a crucial role in supporting permanent lifestyle changes.</p> <p>As a result, the developed model for physical activity counseling will increase the know-how of health teams and may increase the amount of physical activity. By implementing effective health enhancing physical activity counseling, significant economic and human benefits can be achieved. In the future, it would be beneficial to evaluate the effectiveness of the model, test more organizations and users. Exercise counseling can play an important role in the future of occupational health.</p>	
Keywords	physical activity, exercise counseling, health promotion

Sisällys

1. Johdanto	4
2. Terveyden edistämistä fyysistä aktiivisuutta lisäämällä	6
2.1 Painopiste terveyden edistämiseen	6
2.2 Terveyskäyttäytymisen ja elämäntapojen muutos	8
2.3 Terveysliikunnan ja arkiaktiivisuuden suositukset	10
2.4 Vaikuttava liikuntaneuvonta	12
3. Työn tavoite ja tarkoitus	15
4. Työelämän yhteistyökumppanit	15
5. Opinnäytetyön menetelmät ja toteutus	16
5.1 Tutkivan kehittämisen näkökulma	16
5.2 Opinnäytetyö osana liikuntaneuvonnan kehittämishanketta	18
5.3 Palvelupolun testaus asiakaslähtöisesti	20
6. Teorian ja asiakaskokemuksen vuoropuhelua	22
6.1 Motivaation synty	22
6.2 Usko omaan kykyihin	24
6.3 Omat tavoitteet ja toimintasuunnitelma	25
6.4 Oma seuranta	26
6.5 Liikuntaa rajoittavat ja kannustavat tekijät	27
6.6 Odotuksia ja toiveita liikuntaneuvonnan palvelupolusta	30
7. Uudistettu liikuntaneuvonnan palvelupolku	32
8. Pohdinta	35

Lähteet

Liite I	Diacor liikuntalähete (salassa pidettävä)
Liite II	Diacorin liikuntaneuvonnan palvelupolku (salassa pidettävä)

1. Johdanto

Terveyden edistäminen on Suomen terveystalouden ensisijaisia tavoitteita ja liikunnalla on siinä erityinen sija. Valtioneuvosto muotoili vuonna 2008 periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Sen yhdeksi päätavoitteeksi nimettiin, että terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien määrä kasvaa ja liikunnasta syrjäytyneiden määrä vähenee. Toimeenpanosuunnitelman yksi kehityskohde on terveyttä edistävän liikunnan edistäminen työpaikoilla sekä pysyviin liikunta- ja painonhallintamuutoksiin tähtäävien mallien ja toimintaympäristöjen kehittäminen. (Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista 2008.)

Iso osa suomalaisista hyötyisi liikunnan lisäämisestä, sillä tuoreen terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen katsauksen mukaan vain noin kymmenen prosenttia työkäisistä liikkuu terveytensä kannalta riittävästi. Työkäisten liikunnan harrastaminen vapaalla on lisääntynyt, mutta fyysinen aktiivisuus arjessa ja työssä on vähentynyt ja elämäntapamme muuttunut istuvaksi ruutuajan kasvaessa. (Husu – Paronen – Suni – Vasankari 2011: 20–22.)

Tutkimusnäyttö liikunnan hyödyistä on vahva. Liikunta vaikuttaa terveyteen monin tavoin, kuten ehkäisee ja hoitaa kymmeniä kansansairauksiamme, kuten masennusta, diabetesta, tuki- ja liikuntaelin sekä sydän- ja verisuonisairauksia (Liikunnan käypähoitosuositus 2010; Vuori 2009:1). Liikunnalla voidaan vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin ja mielialaan monin tavoin, kuten stressin ja ahdistuksen hallintaan, itsetuntoon, unen laatuun ja kognitiivisiin toimintoihin (Biddle – Fox – Boutcher – Faulkner 2000: 154–159). Liikunnan vaikutukset eliniän odotukseen on arvioitu yhtä merkittäväksi kuin tupakoimattomuuden (Vuori 2009: 3).

Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus raportti (2006) selvitti liikuntaan panostamisen kannattavuutta. Sen mukaan vähentyneinä sairauspoissaoloina ja työnantajakustannuksina säästöä kertyisi Suomessa keskimäärin noin 400 miljoonaa vuodessa. Arvio perustuu Pelletierin, Boles ja Lynchin tutkimukseen vuodelta 2004, jonka mukaan fyysinen passiivisuus lisää sairauspoissaoloja noin 2 % vuodessa. Sama amerikkalaistutkimus arvioi fyysisen passiivisuuden heikentävän työssä selviytymistä noin 5

%, mikä puolestaan heijastuu työn tuottavuuden alenemiseen. (Fogelholm ym. 2007a:10–11; Fogelholm – Paronen – Miettinen 2007: 6–8.) Vielä ei kuitenkaan voida luotettavasti arvioida liikuntainterventioiden kustannusvaikuttavuutta ja aihe vaatisi lisäselvityksiä (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2007: 14). Merkittävimpien säästöjen on arvioitu syntyvän liikunnan vaikutuksesta työurien pituuteen, sillä liikunnalla voidaan vaikuttaa ennenaikaisen eläköitymisen keskeisiin syihin eli mielen-terveysongelmiin sekä tuki- ja liikuntaelämisen sairauksiin (Liikunnan käypähoitotosuositus 2010). Tuore suomalainen pitkittäistutkimus vahvisti edelleen tätä käsitystä. Seitsemän vuoden seurannassa liikuntaa harrastavilla oli muita pienempi riski yli kolmen kuukauden sairauspoissaoloihin kaikissa sairausryhmissä. (Holopainen – Lahti – Rahkonen – Lahelma – Laaksonen 2012: 1155 -1159.)

Työyhteisö tasolla liikunta-aktiivisuuden on osoitettu olevan yhteydessä työilmapiiriin, tyytyväisyyteen ja koettuun työssä jaksamiseen ja työkykyyn. Liikunnan kautta luodaan positiivista yrityskuvaa, mikä voi olla merkityksellinen kilpailussa parhaista työntekijöistä ja työntekijöiden sitoutumisessa yritykseen. (Aura 2006: 58–61.) Yritysl liikunnan haasteena on tavoittaa siitä eniten hyötyvät henkilöt eli vähän liikkuvat, ikääntyvät, kohtalaisen tai korkean sairastavuus ja/tai työkykyriskin omaavat henkilöt (Fogelholm – Paronen – Miettinen 2007: 6–8; Savola 2006: 68). Työterveyspalveluilla on eri toimijoista parhaat mahdollisuudet tavoittaa työikäiset terveyttä edistävää liikunnasta hyötyvät normaalin toimintansa, kuten terveystarkastusten ja terveyskyselyjen yhteydessä. Työikäisistä suomalaisista noin 80–90 % kuuluu työterveyspalvelujen piiriin ja merkittävä osa työterveyspalveluista toteutetaan yksityissektorilla (Aromaa – Eskola 2009: 11). Liikuntaneuvontaa on viime vuosina kehitetty erityisesti perusterveydenhuollossa, mutta edelleen käytännöt ja ammattien välinen yhteistyö on kirjavaa (Vuori 2009:7).

Liikuntaneuvonnan vaikuttavuudesta on tehty meta-analyysyjä, elämäntapamuutoksen teorit ja mallit ovat olemassa ja terveyden edistämisen monialaisuus tunnetaan, mutta niitä ei vielä sovelleta laajasti käytännössä. Voidaankin sanoa, että kehittämällä olemassa olevan tutkimus näytön pohjalta terveyttä edistävän liikunnan palvelupolku työterveyteen, voidaan saavuttaa taloudellisia ja inhimillisiä hyötyjä. Liikuntaneuvonnalla voi olla tulevaisuudessa merkittävä rooli työterveydessä terveyden, toimintakyvyn ja työkyvyn ylläpitämisessä elämän ja työuran eri vaiheissa.

2. Terveyden edistämistä fyysistä aktiivisuutta lisäämällä

2.1 Painopiste terveyden edistämiseen

Vuoden 1986 WHO:n Ottawan julistus terveyden edistämisestä koko elämän kestävä-
nä oppimisprosessina on edelleen ajankohtainen. Sen mukaan ”terveyden edistäminen
on prosessi, joka edesauttaa ihmisen kykyä hallita omia terveyden determinantteja ja
täten parantaa terveyttään mahdollistaen aktiivisen ja tuottoisan elämän”. Terveys ei
ole tietty tila, vaan prosessi, jossa ihminen on aktiivinen toimija omassa elämässään.
Määritelmä pohjautuu Anton Antonovskyn 70-luvun loppupuolella esittämään saluto-
geeniseen teoriaan eli terveyslähtöiseen näkökulmaan, joka keskittyy terveysprosessia
edistäviin voimavaroihin, jotka suuntaavat kohti hyvinvointia ja elämänlaatua yksilö-,
ryhmä ja yhteiskuntatasolla. WHO:n julistukset vuonna 1986 Ottawassa ja vuonna
1997 Jakartassa määrittivät terveyden edistämisen globaaleja tavoitteita, strategioita
ja keinoja. Terveyden edistämisen onnistumisen kannalta keskeisiä ovat terveystavoit-
teinen yhteiskuntapolitiikka, terveellisen ympäristöjen luominen, yhteisöjen toiminnan
tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä terveystalvelujen uudis-
taminen. (Koskenvuo – Mattila 2009: 1-2; Lindström – Eriksson 2010: 32–37.)

Suomi on toiminut edistyksellisesti monilla terveyden edistämisen rintamilla, kuten
terveystavoitteisessa yhteiskuntapolitiikassa (Rimpelä 2010: 12). Tästä esimerkkinä
on sosiaali- ja terveysministeriön v. 2006 kunnille asettama terveyden edistämisen
laatusuositus sekä vuonna 2008 annettu terveyttä edistävään liikunnan ja ravinnon
periaatepäätös. Vuoden 2008 periaatepäätöksellä pyritään saavuttamaan liikunnalli-
sesti aktiivisempi ja ravitsemuksellisesti terveellisempi väestö vaikuttamalla kulttuuriin,
elinympäristöön, olosuhteisiin, tuotteisiin ja rakenteisiin sekä väestön tietoihin ja tai-
toihin terveyttä edistävästä elämäntavasta sekä kannustamalla ja ohjaamalla yksilöitä
ja yhteisöjä elämäntapamuutokseen. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, Val-
tioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislän-
joista 2008.)

Yhden WHO:n tavoitteista, terveystalvelujen uudelleen suuntaamisen, on kritisoitu
etenevän hitaasti Suomessakin. Terveystalvelualalla työ painottuu edelleen paljon
sairauksien hoitoon. (Lindström – Eriksson 2010: 32–37.) Monen kansantaudin esiin-
tyvyyttä ja kuolleisuutta voidaan vähentää 30 - 60 % vaikuttamalla elämäntapoihin,

kuten liikuntaan, ravitsemukseen, tupakointiin ja alkoholin käyttöön. Vuonna 2007 Suomessa julkaistun tutkimusyhteenvedon mukaan sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämiseksi vaikuttavin ja kustannustehokkain keino on terveellisiin elämäntapoihin vaikuttaminen (Aromaa – Eskola 2009: 2 –3).

Työpaikka on erinomainen terveyden edistämisen areena, mutta vielä selvästi alihyödynnetty. Työpaikan toimijoiden ja työterveyden yhteistyöllä voidaan edistää työssä olevien työkykyä ja terveyttä työyhteisö- ja yksilötasoilla. Oheinen taulukko kuvaa terveyden edistämisen yhdeksi neljästä keskeisestä työterveyden ja työpaikan yhteistyöalueista. (Husman – Liira 2009: 195–199.)

Taulukko 1. Työterveyden ja työpaikan yhteistyöalueet (Husman – Liira 2009)

Yhteistyöalue	Työterveys	Työpaikka
Terveyden edistäminen	Terveyden edistämisen tuki	Terveyttä edistävä työpaikan toiminta
Primaaripreventio	Terveystarkastukset ja niistä seuraavat interventiot	Vaarojen arviointi ja siitä seuraavat interventiot
Sekundaaripreventio	Sairaanhoido	Työkyvyn varhainen tuki
Tertiaaripreventio	Työkyvyn palauttaminen	Työhön paluun tuki

Työelämässä ja työpaikoilla voidaan tukea monin tavoin terveellisiä elämäntapoja, kuten ravitsemusta, tupakoimattomuutta, liikuntaa sekä palautumista. Työ ja muut elämänalueet kohtaavat päivittäin ja omien valintojen rooli korostuu tulevaisuudessa yhä enemmän. Valintojen tekemisessä tarvitaan tietoa terveyttä haastavista ja edistävistä työ- ja elämäntavoista ja tässä työterveyden ammattilaiset voivat olla tukena. Työpaikkaliikunnalla luodaan yrityksen terveystilaa, mikä voi olla merkittävä vetovoima ja työssä jaksamista edistävä tekijä. Laajasti ymmärrettynä työpaikkaterveyden edistämiseen lukeutuu elämäntapatekijöiden lisäksi myös työyhteisön ja työorganisaation toimivuus, esimiestyö ja johtaminen, henkilöstön osallistaminen ja voimavarojen tukeminen sekä työturvallisuus ja työsuojelu osana henkilöstöpolitiikkaa. (Husman – Liira 2009: 195–199; Rovio 2009: 58–59)

2.2 Terveyskäyttäytymisen ja elämäntapojen muutos

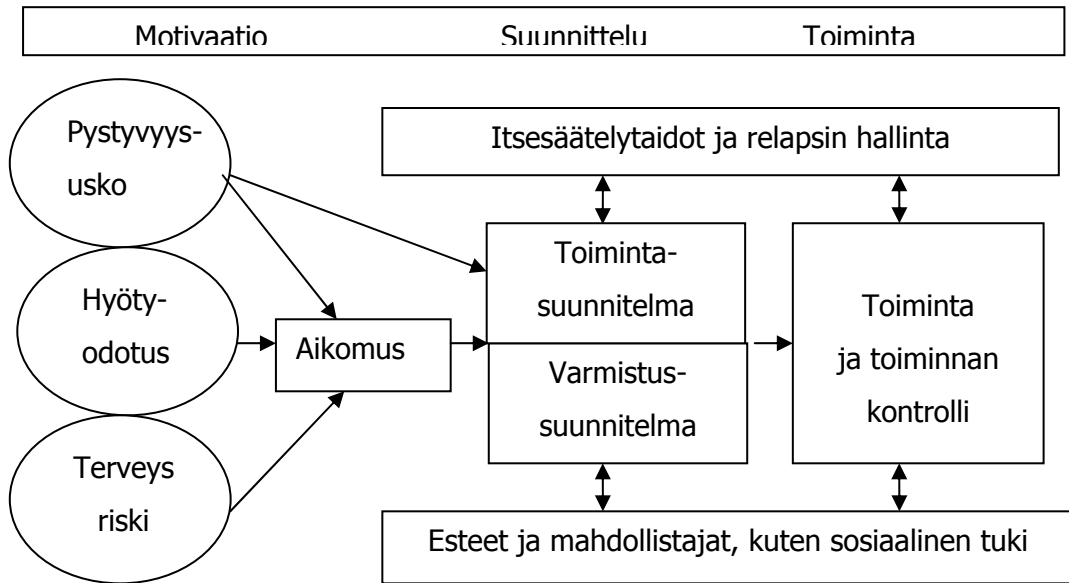
WHO:n julistus ja suomen terveystalitiikka painottavat terveyden edistämistä ja väestön taitoja elämäntapamuutokseen. Terveyden ammattilaisilla on paljon asiantunte-
musta terveydestä ja sairaudesta, mutta näiden lisäksi täytyy osata käyttää asiantun-
temustaan tavalla, joka mahdollistaa ja tukee asiakkaan itseymmärrystä terveyden
kannalta keskeisistä tekijöistä ja valinnoista. (Lindström – Eriksson 2010:32–39.)
Terveyskäyttäytymisen ja elämäntapamuutoksen osaamisen vahvistaminen on ajan-
kohtaista terveyspalvelualalla.

Elämäntapamuutos tarkoittaa käyttäytymisen muutosta, uuden omaksumista ja van-
hoista tavoista luopumista (Absetz – Hankonen 2011:2265–2270). Liikunta-
aktiivisuuden lisääminen on elämäntapamuutos, joka vaikuttaa merkittävästi tervey-
teen. Terveyskäyttäytymiseen ja elämäntapamuutokseen liittyviä teorioita ja malleja
on lukuisia, kuten Rosenstockin ja Beckerin terveysuskomusmalli, Ajzenin suunnittelun
toiminnan teoria, Banduran sosiaalis kognitiivinen teoria, Prochaskan ja DiClementen
transteoreettinen muutosvaihemalli, Ryan ja Decin itsemääräämisen teoria, Schwarze-
rin terveyskäyttäytymisen muutosmalli sekä Greenin ja Kreuterin Precede - proceed
kokonaisuuden suunnittelumalli. (Conner – Norman 2005: 5–18; Husman 2010: 171.)
Vanhimmat mallit, kuten Beckerin terveysuskomusmalli, ovat jo 60-luvulta. Uudem-
mat mallit syntyvät tarpeesta täydentää edellisiä. Terveysuskomusmallin ja Banduran
sosiaalisen kognitiivisen teorian vaikutus näkyy myös uudemmissa kuten Schwarze-
rin terveyskäyttäytymisen muutosmallissa (Sutton 2005:157).

80 – luvulla DiClementen ja Prochaskan kehittämä transteoreettiseen muutosvaihe-
malli on ollut useiden viime vuosikymmenien toteutettujen hankkeiden taustalla.
Transteoreettinen muutosvaihe -malli korostaa yksilöiden eritasoista motivaatiota ja
valmiutta muutokseen. Mallissa muutoksen kuvataan etenevän tiettyjen vaiheiden
jatkumona ja repsahduksen olevan osa oppimisprosessia. Vähäsarja, Poskiparta, Ket-
tunen ja Kasila (2004) arvioivat transteoreettisella mallilla toteutetut perusterveyden-
huollon liikuntainterventiot mahdollisesti vaikuttavammaksi tai yhtä vaikuttavaksi kuin
kontrolliryhmän liikuntaneuvonnan. Katsauksessa todettiin, että tutkimukset olivat
heikosti verrattavia, niissä sovellettiin kirjavasti muutosvaihe-mallia sekä käytettiin
myös muita elämäntapavalmennuksen menetelmiä, kuten motivoivaa haastattelua.
(Vähäsarja – Poskiparta – Kettunen – Kasila 2004: 81–87.)

Rosenin (2000) ja Suttonin (2000) tutkimuksien mukaan erilaisten vaiheiden lineaarinen jatkumo (esiharkinta-harkinta-valmistelu-toiminta-ylläpito) ei kuvaa liikuntaaktiivisuuden liittyvää käyttäytymisen muutosta. Van Sluijsin ym. (2004) mukaan tämän hetken näyttö ei tue transteoreettisen muutosvaihemallin käyttöä terveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Hutchison ym. (2009) raportoivat, että vain joka neljäs muutosvaihemalliin perustuva interventio synnytti yli puolivuotta kestäviä vaikutuksia, mikä on merkittävästi heikompi kuin vuonna 2007 ruotsalaisen katsauksen tulos. (Absetz – Hankonen 2011: 2265–2272; Statens beredning för medicinsk utvärdering 2007: 13.)

Transteoreettinen malli onkin saanut rinnalle uusia, lupaavia terveystyömuutosten malleja, kuten Schwarzerin HAPA:n (Sutton 2005: 228–236, 247). Schwarzer julkaisi vuonna 1992 ensimmäisen version HAPA – mallista, joka yhdistää aikaisempia terveystyömuutosten ja motivaatioteorioita suunnitellun toiminnan teorioihin. HAPA tulee sanoista Health Action Process Approach ja HAPA on käännetty suomeksi mm. terveystyömuutoksen prosessimalliksi. HAPA mallia ja sen osatekijöitä on testattu useissa terveyttä edistävissä hankkeissa maailmalla ja näyttö mallin käytettävyydestä terveyttä edistävissä hankkeissa on lupaava (Schwarzer – Luszczynska 2008: 14; Sutton 2005: 247). HAPA on myös tuoreiden Suomessa toteutettujen liikunta ja elämäntapa interventioiden taustalla, kuten Ikihyvä Diabeteksen ehkäisyhankkeen sekä Ukk- instituutissa käynnissä olevan kahdeksaluokkalaisten liikunnan edistäminen ja ruutuajan vähentäminen hankkeen, Kasit liikkeelle. (Absetz – Patja 2008: 10–12, Aittasalo 2012.) Koska HAPA yhdistää aikaisempia terveystyömuutosten malleja, näyttö vaikuttaisi lupaavalta ja suomalaiset terveydenedistämishankkeet suosivat HAPA:a, hyödynnän sitä opinnäytetyöni teoreettisena viitekehystenä. Seuraava kuva esittää HAPA:n ajatuksen motivaatio, suunnittelu ja toimintavaiheista. Kuva on suomennettu WWW – sivuilla julkaistusta ja vapaasti ladattavasta Schwarzerin HAPA mallista.



Kuva 1. Terveyskäyttäytymisen muutoksen prosessimalli. Suomennettu soveltaen alkuperäislähteestä Health Action Process Approach (Schwarzer 2011)

2.3 Terveysliikunnan ja arkiaktiivisuuden suositukset

Fyysinen aktiivisuus jaetaan työhön, vapaa-ajan perusaktiivisuuteen ja liikuntaan. Fyysisestä aktiivisuudesta käytetään usein määritelmää, joka kuvaa sen seuraavasti ”mikä tahansa lihassupistusten aikaansaama kehon liike, joka nostaa energiankulutuksen korkeammalle kuin lepotasossa”. (Fogelholm 2011:20.) Fyysinen aktiivisuus muuttuu terveysliikunnaksi, kun fyysisen aktiivisuuden määrä ja tietty kuormitustaso täyttyvät. Terveysliikunta- käsite ja terveysliikuntasuositus perustuvat tieteelliseen tietoon liikunnan ja terveyden annos-vastesuhteista. (Fogelholm ym.2007a: 23).

Ilkka Vuori määritteli vuonna 1996 terveysliikunnan seuraavasti ”Terveysliikunnaksi voidaan lukea liikunta, joka on kaikille suositeltavaa ja mahdollista ja joka edistää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä”. Mikael Fogelholm määrittelee terveysliikunnan vahvemmin fyysisen ulottuvuuden kautta: ”Terveysliikuntaa on kaikki sellainen fyysinen aktiivisuus, joka ylläpitää tai parantaa terveyttä tai ylläpitää jo valmiiksi hyvää terveyskuntoa”. Terveyskuntoon kuuluvat fyysisen kunnan osatekijät, joilla on yhteyttä terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn. Terveyskunnan osatekijöitä ovat kes-

tävyys, lihasten voima ja notkeus, liikehallintakyky, kehon koostumusta sekä aineenvaihdunta. (Fogelholm ym. 2007a:19; Suni – Vasankari 2011: 32–33.)

The American College of Sport Medicinen (ACSM) suosituksiin perustuen UKK-instituutti on kuvannut terveystiikunnan suositellun annoskoon helppotajuksena liikuntapiirakkana.



Kuva 2. Terveystiikuntasuositus aikuisille, liikuntapiirakka (UKK-instituutti 2009)

Terveystiikuntasuosituksen mukaan kestävyyskuntoa tulee harjoittaa kohtalaisella teholla yhteensä kaksi ja puoli tuntia viikossa tai intensiivisemmin tunti ja viisitoista minuuttia viikossa, vähintään kymmenen minuutin pätkissä ja mieluiten useammalle päivälle jaettuna. Noin puolet suomalaisista liikkuu kestävyyskunnan osalta riittävästi. Suomalaisten suosikki lajit ovat kävely ja pyöräily. Liikuntapiirakka päivitettiin vuonna 2009 lihaskunto ja liikehallintasuosituksella. Tämän suosituksen täyttää kuitenkin vain murto-osa suomalaisista, harvempi kuin joka viides. Osana työkyvyn tukemista sekä tuki- ja liikuntaelimestön toimintakyvyn ylläpitämistä lihaskunto ja liikehallinta harjoittelua tulisi huomattavasti lisätä. (Husu ym. 2011: 19–23.)

Kun halutaan merkittävästi parantaa kuntoa, vähentää kroonisten sairauksien riskiä ja estää lihomista, tulisi liikkua selkeästi terveystieteiden suositusta enemmän, jopa kaksinkertainen määrä (Husu ym. 2011: 20–22). Suomalaisen pitkittäistutkimuksen mukaan, myös liikunnan intensiteetillä on merkitystä. Mitä rasittavampaa liikunta on, sitä pienempi on myös sairauspoissaolojen riski. (Holopainen ym. 2012: 1155 -1159). Tavoite on kaukana, kun nykyiseen terveystieteiden suositukseen yltää 11 % työikäisistä. Runsas istuminen voi heikentää kohtuullisenkin liikunnan hyötyjä. Työikäiset aikuiset istuvat keskimäärin yli seitsemän tuntia päivässä, mikä on erillinen terveysriski. (Husu ym. 2011: 20–22.) Fyysisen aktiivisuuden ja terveystieteiden suositusten rinnalla nähtäneen lähitulevaisuudessa ruutuajankäyttöä ja istumisen maksimisuositusaikoja.

Terveys on moniulotteinen ilmiö, psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen. Fyysisen kunnan ei välttämättä tarvitse parantua, jotta psyykinen terveys lisääntyisi (Svennevig 2000:14). Liikuntatilanne vaikuttaa ihmiseen kokonaisvaltaisesti. Liikunnan sosiaaliset tekijät liittyvät mm. vuorovaikutukseen, verkostoihin ja osallistumiseen. Nämä luovat yhteisöllisyyttä, josta koostuu sosiaalista pääomaa. Sosiaalisella pääomalla on todettu olevan yhteyksiä terveyteen. Liikuntatilanteen psyykkisyydellä tarkoitetaan elämyksiä, onnistumisen kokemuksia, mielekkyyttä, arjesta irrottautumista. (Kokko – Vuori 2007: 11–12.) Liikuntatilanteen tekijät ja oma kokemus fyysisen suoritustason kohoamisesta riittää itseluottamuksen, mielialan, elämänhallinnan ja vireystason paranemiseen (Svennevig 2000:14).

Kokko ja Vuori pyrkivät herättämään ajatuksia uudella terveystieteiden käsitteellään: ”Terveystieteenä ovat kaikki sellaiset liikuntatilanteet, jossa yksilö ja/ tai yhteisö saavat voimavaroja fyysiseen, psyykkiseen ja/ tai sosiaaliseen terveyteensä. Optimaalisessa liikuntatilanteessa kaikki terveyden ulottuvuudet ovat läsnä ja tasa-arvoisesti huomioituna” (Kokko – Vuori 2007: 15). Kokko ja Vuori pyrkivät laajentamaan terveystieteiden käsitettä liikuntatilanteen ja kokonaisvaltaisen terveyden huomioivaksi, mutta virallinen terveystieteiden käsite on edelleen vahvasti terveystieteiden nouseva.

2.4 Vaikuttava liikuntaneuvonta

Liikunnan terveyshyödyistä on vahva näyttö ja terveyttä edistävän liikunnan määrästä ja tehosta selkeät suositukset. Tietoa on runsaasti, mutta minkälaisin keinoin ammattilainen muuntaa sen asiakkaan liikuntateoiksi?

Taitavaa liikuntaneuvontaa voidaan kuvata tasavertaiseksi dialogiksi, jossa asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja ammattilainen oppimisen mahdollistaja ja terveyden asiantuntija (Turku 2007:17; Mustajoki – Kunnamo 2009:1). Liikuntaneuvonnalla vahvistetaan voimavaroja ja liikuntakäyttäytymistä ja tuetaan asiakasta tekemään myönteisiä muutoksia asenteisiinsa ja liikkumistottumuksiinsa. Systemaattinen liikuntaneuvonta etenee tapaaminen tapaamiselta tavoitteellisena prosessina. Liikuntaneuvonnan tavoite asetetaan yksilöllisesti asiakkaan lähtötilanteen, voimavarojen ja muutosmahdollisuuksien mukaan. Liikuntaneuvonnan kesto vaihtelee 3-12 kuukaudesta ja tavallisin kesto on noin 6 kuukautta. Seurannan tulee olla sitä tiiviimpää, mitä tottumattomammasta liikkujasta on kyse. (Suni – Nupponen 2011:212 –219.)

2000-luvulla toteutetut meta-analyysit ja katsaukset ovat päätyneet samaan lopputulokseen: henkilökohtaisella liikuntaneuvonnalla voidaan vaikuttaa liikuntakäyttäytymiseen (Kahn ym. 2002: 85– 87); Statens beredning för medicinsk utvärdering 2007:13; Foster – Hillsdon - Thorogood – Kaur –Wedatilake 2005:12). Liikunta-aktiivisuuden lisäys on todennettavissa vielä vuoden seurannassa liikuntaneuvonnan päätyttyä (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2007: 13, 145). Vuoden 2005 Cochranen katsauksen mukaan vähintään neljän kerran prosessit, jotka alkavat asiantuntijan ohjauksessa ja antavat asiakkaalle mahdollisuuden säädellä itse harjoitteluaan sitouttavat tehokkaasti harjoitteluun(Foster ym. 2005:12). SBU:n toteuttama ruotsalainen kirjallisuuskatsaus vuodelta 2007 vahvistaa tätä näkemystä ja erottelee tarkemmin eri lähestymistapoja. Tietoa painottavan liikuntaneuvonnan raportoitiin lisäävän fyysistä aktiivisuutta 10–15 %:a. Kun neuvontaa laajennetaan koskemaan muitakin elämäntapoja, ravintoa ja stressin hallintaa, lisääntyi myös fyysisen aktiivisuus arviolta noin 10–12 %:a. Vaikuttavuutta voitiin kasvattaa edelleen 15–50 % käyttämällä liikuntalähetettä ja kirjallista materiaalia, määrittelemällä tavoitteet ja liikuntasuunnitelma sekä seuraamalla aktiivisuutta askelmittarilla tai päiväkirjalla (Statens beredning för medicinsk utvärdering 2007:13, 147).

Liikuntaneuvontatyön tueksi on laadittu keskeisiä periaatteita kuvaava Viiden A:n malli. Mallin tavoitteena on yhtenäistää liikuntaneuvonnan toteutusta ja se on yksi tapa hahmottaa neuvonnan minimikriteerejä. (Aittasalo– Vasankari 2011:198).

Taulukko 2. Viiden A:n periaate (Aittasalo 2011).

Assess	<i>Arvioi</i> Arvioi nykyinen liikunta-aktiivisuus, valmius muuttaa liikkumistottumuksia, taidot, asenne, tiedot.
Advice	<i>Anna tietoa</i> Anna tietoa ja keskustele liikkumisen ja liikkumattomuuden hyödyistä, annostelusta, sopivista liikkumismuodoista ja terveystarpeista.
Agree	<i>Aseta</i> Aseta asiakkaan kanssa henkilökohtainen tavoite ja laadi konkreettinen suunnitelma.
Assist	<i>Auta</i> Auta asiakasta tunnistamaan liikkumisen esteet ja keinot niiden voittamiseksi sekä etsimään sopivat liikuntapalvelut.
Arrange	<i>Aikatauluta</i> Aikatauluta seurantakäynnit ja suunnittele seuranta ja sen muodot.

Motivoivan haastattelun täydentävät A:t listalla voisivat olla avoimet kysymykset ja aktiivinen kuuntelu. Motivoivassa haastattelussa ohjaavalla neuvonnalla tuetaan asiakkaan omaa tarvetta ja kyvykkyyttä muutokseen. Avoimilla kysymyksillä ohjataan asiakasta ajattelemaan ja arvioimaan omaa toimintaansa, muutostoiveitaan ja voimavarojaan. Kysymykset alkavat usein sanoilla mitä, miten, miksi? Esimerkkinä kysymyksestä voisi olla, miksi muutos on sinulle tärkeää? Kysymys ohjaa asiakkaan omien syiden, tarpeiden ja halun pohdintaan ja samalla sitouttaa muutokseen. Aktiivisella kuuntelulla osoitetaan kiinnostusta ja ymmärrystä ja annetaan tilaa asiakkaan omille ratkaisuille. (Mustajoki – Kunnamo 2009: 1-4; Rollnick – Miller – Butler 2008: 35–41, 56–58.)

Liikuntaneuvonnan vaikuttavuutta vähentävät neuvovan ammattilaisen puutteellinen taito, kiirehtiminen ja valmiita ohjeita painottava työtapa (Suni – Nupponen 2011:212–219) Näiden lisäksi varoittelu, johtaminen ja vastaanvittäminen eli motivoivan haastattelun vastakohtat alentavat vaikuttavuutta. Motivoiva haastattelu on vaikuttava

menetelmä, etenkin suhteessa vaatimaansa pieneen panostukseen. (Absetz – Hankonen 2011:2269.)

3. Työn tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on rakentaa liikuntaneuvonnan palvelupolku työterveyteen. Uuden mallin avulla voidaan kehittää työterveystiimien osaamista työikäisen väestön fyysisen aktiivisuuden edistämiseksi ja sitä kautta vaikuttaa työikäisen väestön hyvinvointiin, terveyteen ja työkykyyn.

Opinnäytetyön keskeinen kysymys on: minkälainen liikuntaneuvonnan palvelupolku edistää työterveyden asiakkaan liikuntakäyttäytymisen muutosta? Tarkentavat kysymykset ovat: Miten palvelupolku rakennetaan sujuvaksi? Miten liikuntaneuvontaa voidaan toteuttaa työterveydessä niin, että se tukee asiakkaan elämäntapamuutosta ja motivaatiota?

4. Työelämän yhteistyökumppanit

Työelämän yhteistyökumppanina ovat Diacor terveyspalvelut Oy sekä Teliasonera Finland. Diacorin visio on olla suomalainen terveyspalveluajan suunnannäyttäjä, joka tuottaa erinomaista asiakaspalvelua ja uudistaa palveluita asiakaslähtöisesti. Teliasonera Finland on teleoperaattori, joka suunnitelmallisesti kehittää työhyvinvointikulttuuriaan ja panostaa työntekijöiden terveyden edistämiseen ja oman hyvinvoinnin johtamiseen. Teliasonera Finlandin henkilöstöpalvelut tarjoaa työntekijöilleen ohjattua liikuntaa, tukee kerho ja aluetoimintaa sekä ylläpitää toimitiloissaan kuntosaleja sekä vastaa yrityksessä työterveyspalveluiden hankinnasta. Diacor on Teliasonera Finlandin valtakunnallisen työterveyspalveluiden kumppani ja palveluiden toteuttaja pääkaupunkiseudulla. Osana työfysioterapeutin toimintaa pääkaupunkiseudun Teliasonera Finlandissa toteutetaan ”oma valmentaja” - pilotti vuoden 2011–2012 aikana. Tämän pilotin tavoitteena on aktivoida terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvia oman hyvinvoinnin johtamiseen ja liikunnan lisäämiseen. Opinnäytetyö palvelee kyseistä

hanketta kehittämällä ja mallintamalla liikuntaneuvonnan palvelupolkua työterveydessä.

Liikuntaan panostaminen on hyödyllistä tietointensiivisillä aloilla, joissa työn piirteet sisältävät psyykkisiä kuormitustekijöitä ja vähän fyysistä aktiivisuutta. Tätä käsitystä tukee tutkimusnäyttö passiivisuuden haitallisuudesta, erityisesti vähän liikkuvia toimistotyötä tekeviä voi pitää korkean riskin ryhmänä suhteessa ylipainoon, metaboliseen oireyhtymään ja diabetekseen (Husu ym. 2011:22). Tämän päivän työelämän haasteisiin, muutokseen, kiireeseen ja stressiin, liike voi olla yksi lääke. Suomalaiset nimeävät liikunnan ja sosiaaliset suhteet parhaiten työstä palauttaviksi vapaa-ajan harrastuksiksi (Kinnunen – Mauno 2009: 105–108). Liikunta vahvistaa hermoston ja hormonitoiminnan kykyä sopeutua stressiin (Fogelholm ym. 2007a). Liikunta voi palvella myös psykologista palautumista, kuten psykologista irrottautumista työstä, oman ajan hallintaa ja uusien taitojen oppimista (Kinnunen ja Mauno 2009: 105–108.) Tietointensiivisellä alalla liikunta on perustellusti osa työhyvinvointi - ohjelmaa.

Opinnäytetyö hyödyttää siihen osallistuvia työelämän yhteyskumppaneita, Diacoria ja Teliasonera Finlandia. Kehittämishanke edistää Diacorin missiota suomalaisena terveyspalvelualan suunnannäyttäjänä, sillä liikuntaneuvonnan palvelupolkua ei ole aikaisemmin kuvattu työterveyspalveluissa. Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään Diacorin sisäisessä koulutuksessa. Teliasonera Finland saa kohdennettua ja uusimpaan näyttöön perustavaa palvelua, mikä edistää henkilöstön hyvinvointia, terveyttä ja työkykyä. Teliasonera Finland henkilöstöpalvelut saavat lisää tietoa työntekijöidensä tarpeista ja toiveista liikuntapalvelujen kehittämiseksi. Opinnäytetyö syventää tekijän ymmärrystä liikunnalliseen elämäntapaan aktivoinnista sekä palveluiden kehittämistä asiakaslähtöisesti.

5. Opinnäytetyön menetelmät ja toteutus

5.1 Tutkivan kehittämisen näkökulma

Tämä monimuotoinen opinnäytetyö soveltaa konstruktiivista lähestymistapaa, joka on yksi tutkivan kehittämisen näkökulma. Konstruktiivinen tutkimus sopii tilanteisiin, jossa

tavoitteena on luoda käytännön ongelmaan uusi ratkaisu tutkimustiedon pohjalta. Kun tapaustutkimus tuottaa parhaiten kehittämideoita ja toimintatutkimus keskittyy muutoksen viemiseen käytäntöön ja ihmisten osallistamiseen niin konstruktivinen tutkimus keskittyy luomaan uuden ratkaisun eli konstruktion. Tällaisia konstruktioita eli konkreettisia tuotoksia voivat olla esimerkiksi henkilöstön koulutusmateriaali tai palvelujen kehittymiseen liittyvä prosessimalli, kuten liikuntaneuvonnan palvelupolku. Tavoitteena on, että uusi tuotos on aiempaa parempi ratkaisu käytännön ongelmaan. Konstruktiota rakennettaessa tukeudutaan vahvasti aiempaan teoriaan ja tutkimuksiin aiheesta. Konstruktivinen tutkimus on siis suunniteltua ja käsitteellistä mallintamista sekä luotujen tuotoksien tai mallien käytännön hyödyn testaamista. (Ojasalo – Moilanen– Rita-lahti 2009: 65–70.)

Konstruktivisen tutkimuksen prosessi etenee seuraavissa vaiheissa: kehittämishaasteen ja tavoitteiden nimeäminen, teoreettisen ja käytännöllisen tiedon hankinta, ratkaisujen laatiminen ja niiden testaus, ratkaisussa käytettyjen teoriakytkentöjen näyttäminen ja uutuusarvon osoittaminen sekä ratkaisun soveltaminen. Konstruktivisessa tutkimuksessa tarvittavaa aineistoa kerätään usein yhdistelemällä eri menetelmiä, kuten ryhmäkeskustelua, kyselyä ja haastattelua. Konstruktivisessa tutkimuksessa kehitetyn ratkaisun toimivuutta arvioidaan organisaation sisällä ja markkinoilla, mieluiten useammassa vastaavassa organisaatiossa nk. vahvan markkinatestin saavuttamiseksi. Vahvan markkinatestin läpäisemisen vaatii reilusti aikaa ja resursseja (Ojasalo ym. 2009: 65–70.) Tässä opinnäytetyössä liikuntaneuvonnan palvelupolkua testataan yhdessä asiakasorganisaatiossa ja sen pohjalta rakennetaan liikuntaneuvonnan palvelupolku. Vahva markkinatesti jää tämän opinnäytetyön ulkopuolelle työn laajuuden ja aikatauluhaasteiden vuoksi. Seuraava kuva esittää opinnäytetyön etenemisen konstruktivistisesta näkökulmasta soveltaen.



Kuva 3. Eteneminen konstruktivistista näkökulmaa soveltaen

5.2 Opinnäytetyö osana liikuntaneuvonnan kehittämishanketta

Työelämän yhteistyökumppanit Diacor terveystalvelut ja Teliasonera Finland antoivat alustavan suostumuksen opinnäytetyönä toteutettavalle liikuntaneuvonnan kehittämishankkeelle syksyllä 2011. Liikuntaneuvontaa on toteutettu Diacorissa vuosia osana työterveyden lakisääteistä TANO-toimintaa eli tietojen antoa, neuvontaa ja ohjausta. Työterveyden TANO-toiminta voi olla liikuntaneuvontaa yksilöille tai yhteisöille, jotka hyötyvät liikunnan lisäämisestä työkyvyn ylläpitämiseksi tai terveyden edistämiseksi, kuten tuki- ja liikuntaelinoireileville, masentuneille, painon- tai stressinhallintaan tai univaikeuksiin. (Fogelholm ym. 2007a:81.) Työterveyden ammattihenkilöiden eli työterveyshoitajan tai työterveyslääkärin arvio on työfysioterapeutin toteuttaman ohjauk-

seen ja neuvonnan Kela korvauksen edellytys. Diacorissa työterveyshoitajat ja työterveyslääkärit ovat ohjanneet asiakkaan työfysioterapeutille tyypillisimmin osana terveystarkastusprosessia tai TULE kuormituksen hallintaa. Moniammatillisessa yhteistyössä ei hyödynnetä liikkumisreseptiä tai LIIKU-lähetettä, jotka ovat jo arkea useamassa kunnassa perusterveydenhuollossa. Siellä lääkäri tai terveydenhoitaja ohjaa lähetteellä liikuntaneuvontaan fysioterapeutille tai liikunnanohjaajalle. (Koivuniemi – Suutari 2010: 7, 24–27.)

Diacorin työfysioterapeuttien toteuttama liikuntaneuvonta on sisältänyt yksilöllisten terapeuttisten harjoitusten ohjausta tuki- ja liikuntaelimistön tutkimuksen perusteella sekä arkiliikunnan ja kuntoliikunnan suosituksia peilaten työn kuormitukseen, mahdollisesti testattuun terveystuntoon sekä terveystiikunnan suositukseen. Diacorissa liikuntaneuvonnan tukena on käytetty liikuntakorttia, joka esittää UKK –instituutin liikuntapiirakan ja siihen voi kirjata omat liikuntasuoritukset. Liikuntaneuvonnassa on painotunut terveystieto - se on tärkeää, mutta yksin kevyt tekijä terveystietämisen muutokseen (Räsänen 2010:12). Diacorin liikuntaneuvonnan haasteina ovat olleet liikuntaneuvonnan on kertaluonteisuus, systemaattisuuden puute ja terveystietoa painottava toimintatapa.

Tutkimusnäytön perusteella kehitettiin ensimmäinen versio liikuntaneuvonnan palvelupolusta työterveydessä, jota testataan Teliasonera Finlandissa. Vuosina 2011–2012 toteutetaan Oma valmentaja – pilotti, joka koskee kaiken kaikkiaan noin 60 henkilöä vuoden aikana. Ensimmäiset asiakkaat aloittivat joulukuussa 2011. Oma valmentaja -pilotin tavoitteena on aktivoida terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvia, TULE-oireilevien ja ylipainoisten lisäksi, myös stressioireilevia, lievästi tai keskivaikeasti masentuneita tai muun sairauden vuoksi työkykyhaasteissa olevia. Pilotissa työterveyshoitajat ja lääkärit arvioivat liikunnan riittävyttä terveyden ja työkyvyn kannalta ja ohjaavat liikuntalähetteellä (LIITE I) työfysioterapeutille. Työfysioterapeutin tapaamiset sisältävät motivoivaa keskustelua, itsearviointia, mittauksia tavoitteen mukaisesti, toiminnan suunnittelua, kuntosali ja kotiharjoitteiden ohjausta, oma seuranta mm. liikunta ja ruokapäiväkirjaa hyödyntäen sekä onnistumisten ja pystyvyyden esiinnostamista. Liikuntaneuvonnan prosessi etenee joustavasti asiakkaan tarpeiden ja tavoitteiden mukaan. Yhdellä asiakkaalla neuvonta tapaamisia on enimmillään viisi noin kuuden kuukauden aikajaksolla.

5.3 Palvelupolun testaus asiakaslähtöisesti

Opinnäytetyö soveltaa konstruktivistista näkökulmaa ja siihen kuuluu kehitetyn mallin testaus (Ojasalo ym. 2009: 65–70). Liikuntaneuvonta –pilottia haluttiin arvioida Diacorin mission mukaan asiakaslähtöisesti eli käyttäjän näkökulmasta. Teliasonera Finlandin henkilöstöpalvelut ja Diacor antoivat huhtikuussa työsuunnitelman perusteella tutkimusluvan opinnäytetyölle ja pilottiin osallistuneiden ryhmäkeskustelulle. Ryhmäkeskustelu valittiin tiedonkeruumetodiksi, koska se tuottaa moninaisemman kuvan kohteesta ja sopii erityisen hyvin uutuuskonseptien kehittämiseen sekä arviointiin. (Valtonen 2005:226; Kylmä – Juvakka 2007: 84–85.)

Ryhmäkeskustelulla tarkoitetaan järjestettyä keskustelutilaisuutta, johon on kutsuttu pieni joukko ihmisiä, usein 3-8 keskustelemaan fokusoidusti mutta vapaamuotoisesti. Ryhmän vuorovaikutus, ideat ja näkökulmat ruokkivat toinen toisiaan ja synnyttävät uusia näkökulmia ja havaintoja. (Valtonen 2005:226; Kylmä – Juvakka 2007: 84–85.) Ryhmäkeskustelulla kerättiin asiakaskokemusta niin palveluiden sujuvuudesta kuin liikuntakäyttäytymisen muutoksesta.

Ryhmäkeskusteluun kutsuttiin sähköpostitse huhtikuussa 2012 Teliasonera Finlandin oma valmentaja – pilottiin vähintään kolmeen tapaamiseen osallistuneet. Kolme tapaamista valittiin kriteeriksi, jotta asiakkailta olisi pidempi kokemus liikuntaneuvontaprosessista, ei vain yksittäisestä tapaamisesta. Kuusi henkilöä täytti kriteerin ja heistä neljä osallistui vapaaehtoiseen ryhmäkeskusteluun toukokuun alussa 2012. Liikuntaneuvonnan palvelupolkua arvioidaan siis neljän asiakkaan äänellä ja heidät nimettiin iän ja sukupuolen mukaan seuraavasti: mies 31 v, nainen 36 v, nainen 46 v ja mies 61 v.

Ryhmäkeskusteluun osallistuvia informoitiin kehittämishankkeen tavoitteesta, toteutuksesta sekä kerättävän aineiston käsittelystä ja säilyttämisestä ja he antoivat kirjallisen tutkimussuostumuksensa. Opinnäytetyön tekijä käsittelee aineistoa luottamuksellisesti ja yhteenveto laaditaan niin, ettei yksittäisiä henkilöitä pystytä tunnistamaan. Haastattelunauha tuhoetaan litteroinnin jälkeen. Kehittämishankkeessa ei tarvita eettistä lupaa, koska terveystietoja ei kerätä ja kehittämishanke pyrkii synnyttämään asiakas kohdehenkilöissä positiivista muutosta.

Ryhmäkeskustelun tavoitteena oli arvioida teorian pohjalta uudistetun liikuntaneuvonnan palvelupolkua käytännössä ja saada arvokasta asiakaspalautetta palvelun edelleen kehittämiseksi. Keskustelun avainkysymykset ovat:

1. Liikuntakäyttäytymisen muutos

Minkälainen toiminta, ajattelu ja ympäristö ovat tukeneet liikunnallista elämäntapaa ja muutosprosessia? Mikä on haastanut sitä? Mikä merkitys on ollut TSF tarjoamalla liikuntapalveluilla? Entä muilla ihmisillä? Omalla ajattelulla, ajankäytöllä? Miten merkitykselliseksi koet oman tavoitteen, mittaukset, liikuntapäiväkirjan, oman harjoitusohjelman? Mikä muu on ollut sinulle tärkeää?

2. Liikuntaneuvonnan palvelupolku

Miten arvioisit liikuntaneuvonnan palvelupolkua kokonaisuutena? Minkälaisia kokemuksia sinulla on liikuntaneuvonnasta? Mikä toimi hyvin ja entä mitä pitäisi vielä hioa? Vastasiko liikuntaneuvonta odotuksiasi? Mikä poikkesi myönteisesti, mikä ei vastannut odotuksiasi? Jos ei olisi mitään esteitä ja voisit saada mitä tahansa, mitä odottaisit liikuntaneuvonnalta?

Ryhmäkeskustelu toteutettiin asiakasyrityksen tiloissa ja se kesti 1 h ja 15 minuuttia. Haastattelu nauhoitettiin, litteroitiin ja kirjoitettuna aineistoa kertyi 14 sivua. Aineisto luokiteltiin teoriaan peilaten induktiivisen sisällön analyysin soveltaen (Kylmä – Juvakka 2007: 112–113). Ryhmäkeskusteluaineisto luokiteltiin liikuntakäyttäytymisen muutoksen teorian ja palvelupolun rakentamisen kannalta keskeisiin teemoihin, kuten herratteet, usko omiin kykyihin, tavoite, relapsin hallinta, oma seuranta, elämäntilanne, sosiaaliset tekijät, yritykset liikuntapalvelut, odotukset, koettu hyöty, palvelupolun sujuvuus.

Ryhmäkeskustelun tiivistetyt tulokset ja poiminnat esitetään teorian rinnalla soveltaen vetoketjukirjoittamisen mallia. Asiakaskokemuksen ja teorian perusteella tarkennetaan liikuntaneuvontaprosessia ja opinnäytetyön tuotoksena kuvataan uudistettu liikuntaneuvonnan palvelupolku. Opinnäytetyö esitetään opinnäytetyön seminaarissa marraskuussa 2012.

6. Teorian ja asiakaskokemuksen vuoropuhelua

6.1 Motivaatiota synty

Motivaatiota pidetään keskeisenä ihmisen toimintaa ohjaavana tekijänä. HAPA – mallin mukaan ihmisen on havahduttava muutoksen tarpeeseen, mahdollisiin riskeihin sekä niiden vaikutukseen elämänlaatuun ja terveyteen. Muutoksen etujen ja haittojen arviointi sekä usko toiminnan hyötyyn ovat mallin mukaan vahvoja motivaation ja aikomuksen käynnistäjiä (Schwarzer – Luszczynska 2008: 142). Motivoivan haastattelua on tuloksetta käytetty havahduttamaan asiakas omien arvojensa ja toimintansa väliseen ristiriitaan, välttämällä vastakkainasettelua, väittelyä ja suostuttelua. Avoimet kysymykset synnyttävät ajattelua ja muutospuhetta, hyötyjen ja haittojen vertailua, joka on yhteydessä elämäntapamuutoksessa onnistumiseen. (Absetz – Hankonen 2011:2269; Rollnick ym. 2008: 56–62.)

Liikuntaneuvonta –pilottiin osallistuneet muistivat ja nimesivät motivaation heräämistä spontaanisti. Kahdella herätteenä oli ollut yrityksessä toteutettu sähköinen terveystarkastus. Mies 31 v. kertoi näin: ” Mulle oli aika selkeä kipinä se Diacorin sähköpostilla tullut kysely, jossa kysytään kuinka paljon liikkuu. Siinä tuli punainen tulos ja menin sitten intraan etsimään tietoa miten saisin itteni liikkumaan enemmän. Ilman sitä mä en olisi ollut tietoinen, että liikkuu liian vähän”. Kaksi osallistunutta mainitsi herätteenä yrityksessä toteutetun kehonkoostumusmittauksen. Nainen 46 v. muisteli näin ” No mä menin ihan hetken mielijohteesta. Mun työkaveri näki intrasta sen ilmoituksen, innosti mua ja ajattelin no okei mäkin voin mennä. Mulle tuli kipinä tähän, ku toi rupes juttelee siinä ite tilanteessa. Mulla on tapahtunut suuria asioita elämässäni. Tavallaan kun illalla on aikaa itelleen, nyt vois niinku päästä tästä autonrenkaasta” .

Yksin kuntotesteillä ja terveystarkastuksilla ei ole merkittävää vaikutusta liikuntaaktiivisuuteen, mutta ne voivat havahduttaa muutoksen tarpeeseen (Aittasalo 2010; Poskiparta – Kaasalainen – Kasila 2009: 49). HAPA:n mukaan terveystarkastuksen tunnistaminen palvelee motivaatio vaiheessa, mutta ei kanna ilman pitkälle ilman uskoa omaan kykyihin eli pystyvyyden tunnetta. Korkean pystyvyyden tunteen omaavat kuvittelevat positiivisen seuraamuksen ja menestymisen sekä omaksuvat muita helpommin käyttäytymismuutoksen. (Absetz – Patja 2008: 10–12; Schwarzer – Luszczynska 2008:142–143.)

Liikunnan käypähoito suosituksen (2010) mukaan lääkärin keskeinen tehtävä on arvioida liikunnan aiheet, vaarat ja sairauksiin liittyvät liikkumisrajoitteet sekä motivoida liikkumaan. Liikkumisresepti-hankkeessa vuosina 2001–2004 pyrittiin lisäämään lääkärin liikuntaneuvontaa. Liikkumisresepti ei vakiintunut vielä hankkeen myötä käytäntöön, mutta osoitti, että lyhytkin lääkärin kehoitus liikuntaan lisää neuvonnan kannattavuutta ja vahvistaa muiden ammattiryhmien viestiä. (Ståhl 2005: 25–27.) Lääkärin rooli palveluketjussa on tärkeä ja liikuntalähete voi toimia moniammatillisessa tiimissä viestinviejänä ja motivaation vahvistajana (Fogelholm ym. 2007a: 86).

Ryhmäkeskustelussa Mies 61 v. kuvasi useamman kerran keskustelussa lääkärin roolia herättäjänä: ” Jos katsotaan, että 30 tai 40 vuoden päästä terveyden takaamiseksi pitäisi tehdä jotain muuta, niin lääkäri voisi ohjata liikkumaan” ja hän jatkaa ”sitä kautta voisi motivaatiota saada lisää, kun ite näkee sen surullisen tien, jos ei saa muutosta aikaan”. Hän ehdotti liikettä lääkkeeksi lääkärin vastaanotolla: ” Voisiko Diacorin lääkäri ja hoitaja määrätä lääkkeiden lisäksi määrätä liikuntaa?” Pilotissa työterveyshoitaja ja lääkäri ohjasivat palveluun liikuntalähetteellä, mutta vain yksi muisti lähetteen ”Mä oon tällaisen nähnyt, olisko se tullut mulle postissa kotiin niinku tiedoksi”. Ehkä selittävä tekijä on, että kipinä aloitukseen oli syntynyt ennen vastaanottokäyntiä tai puhelin-kontaktia. Liikuntalähete toimii luonnollisimmin normaalin vastaanottokäynnin yhteydessä.

Työterveyslääkärin ja työterveyshoitajan rooli on arvioida muutosvalmiutta. Liikunta-halukkuuden ja valmiuden mukaan ihmiset voidaan luokitella esimerkiksi kolmeen ryhmään: myönteisesti suhtautuviin ja aktiivisiin, harkitseviin mutta suositeltua vähemmän liikkuviin sekä kielteisesti tai välinpitämättömästi suhtautuviin inaktiiveihin (Vuori 2009:9.) Neuvonta voi ensin tähdätä kiinnostuksen herättämiseen tai asenteiden muokkaamiseen (Sunni – Nupponen 2011:212 –219). Terveydenhuollon voimavarat riittävät vain rajoitetusti yksilölliseen liikuntaneuvontaan, joten palvelu kannattaa kohdentaa asiakkaisiin joille toiminta tuottaa merkittävää hyötyä terveydelle ja toimintakyvylle (Vuori 2009:7).

Ryhmäkeskustelussa palvelupolun työterveyden muutosvalmiuden ja terveydellisen merkityksen arvio sai kritiikkiä. Mies 61 v. kuvasi tilannetta seuraavasti: ”Tosiaan työterveyshoitajan kanssa se vaati kyllä sitkeyttä. Mun muistini mukaan siinä oli jokin

sellainen lause, että kyllä hänkin voisi antaa konsultaatioapua. Siinä oli selkeä porras että pysty puhumaan työterveyshoitajalta sen, sen suostumuksen.” Ryhmäkeskustelussa nainen 46 v. jatkoi seuraavasti: ”Sit mun piti puristaa se lähete siitä työterveyshoitajasta. Se oli ootsä nyt ihan varma että sä haluat tänne? Onko siitä nyt varmasti hyötyä sulle? Mä ajattelin, ett ollaan sitten sitkeitä ja sinnikkäitä ja sanoin joo-o. Se oli vähän sitä mieltä, että olisko oikea aika puol vuotta läheisen kuoleman jälkeen mennä mihinkään neuvontaan. Ei välttämättä, mutta se oli vaan se alkuhetki”.

Elämäntapahtumilla, kuten työolosuhteiden, työpaikan ja perhesuhteiden muutoksilla on merkittävä vaikutus liikuntakäyttäytymisen muutoksiin. Keski-ikäisillä mm. läheisen kuoleman, vanhemmilla eläkkeelle jäännin on raportoitu lisäävän fyysistä aktiivisuutta. Nuoremmilla uusi läheinen ihmissuhde lisäävät, kun taas opiskelu, lapsen saanti ja muutokset työolosuhteissa vähentävät liikunta-aktiivisuutta. Useat samanaikaiset elämäntapahtumat vähentävät fyysistä aktiivisuutta. (Allender – Hutchinson – Foster 2008:160.). Tähän viittasi ryhmäkeskustelussa nainen 36 v.: ” Niin kyllä ne elämäntilanteet vaikuttaa. Mä olin ajatellut, onko ne mun omia tekosyitä, pienet lapset, lähi piirissä sairastumista ei ollu energinen fiilis.” Nainen 36 v perustelee muutosvalmiuden arvioinnin hyötyä seuraavasti: ” Ehkä siinä on se hyvä tarkoitus, onko se työterveyshoitaja vai joku muu, ett pitääkin varmistaakin ett olet ihan varma ettei vaan mene kokeilemaan”.

6.2 Usko omiin kykyihin

Banduran luomalla pystyvyyskäsitteellä (1996) tai pystyvyysuskomuksella tarkoitetaan yksilön odotuksia ja uskoa omaan kykyynsä onnistua tai suoriutua tietystä tehtävästä. Ashfordin tutkimuksien mukaan kokemus ja luottamus omiin muutoksentekokykyihin eli lisääntynyt pystyvyyden tunne tai pystyvyys uskomus vaikuttaa myönteisesti elämäntapojen muutokseen (Absetz – Hankonen 2011:2268).

Nainen 46 v kuvasi ryhmäkeskustelussa neuvontaprosessissa kokemuksen ja itseoivaluksen kautta lisääntynyttä pystyvyysuskoa seuraavasti: ”Me sovittiin, ett selkä on kunnossa ennen kuin saappaanheittokausi alkaa. Sit kävikin niin hausvasti, ett mä hokasin sen kokonaisuuden jälkeen, ett se olisikin mun kasvava henkinen stressi, joka oli lukinnut mun selän. Sit kun toi lähti ihan toisesta ja sano, että mä oon ihan niin

kuin liian ankara itelleni niin mun selkään ei enää koske ja mä pystyn tekemään ihan mitä vaan. Se on aika huvittavaa, että tarvitaan tällainen ihan uudesta näkökulmasta lähestyminen niin että se kaikki selviää. Se kuulostaa hirveen suurelta, mutt se oli ihan pienestä kiinni. Mä yhtäkkiä sanoin vain itelleni, se johtuu ihan sun korvien välisistä, ett rentoudu”.

HAPA- mallin mukaan pystyvyysusko on merkittävä koko muutosprosessin ajan, mutta ilman toiminnan kontrollia se menettää tehoaan. Liikuntainterventiossa pystyvyysuskomusta on tuloksetta vahvistettu palautteella aikaisemmista onnistumisista, vertaistuellalla, onnistuneella repsahdusten hallinnalla sekä muotoilemalla saavutettavia tavoitteita. Suostuttelu ja esteiden tunnistaminen voivat vähentää pystyvyysuskomusta. (Absetz – Hankonen 2011:2268.)

6.3 Omat tavoitteet ja toimintasuunnitelma

Suomalaisten liikkuvat saavuttaakseen ennenkaikkea terveyttä ja hyvää kuntoa. Tuoreen eurobarometrin mukaan muita syitä liikkua olivat rentoutuminen, painonhallinta, ikääntymiseen vaikuttaminen, ystävät, hauskanpito, ulkonäön ja itsetunnon kohentaminen sekä kilpailuvietti. (Liikunnan eurobarometri 2010: 32–33.)

Hyvä aikomus ja vahvakin unelma tarvitsevat toteutuakseen toimintasuunnitelman (Schwarzer 2008 – Luszczynska: 148). Ihminen ohjaa elämäänsä asettamalla tavoitteita, kehittelemällä suunnitelmia ja strategioita sekä arvioimalla toimintansa tuloksellisuutta. Nämä kolme tekijää ovat yhteydessä ihmisen elämänkaareen ja siihen tyypilliseen kehitystehtävään. Tavoite lähtee motiiveista ja sitä muovaa ympäristön mahdollisuudet ja rajoitteet. (Nurmi ja Salmela-Aro 2002:20–22.)

Ryhmäkeskustelussa kaikki neljä selkeästi nimesivät tavoitteensa ja vertasivat sitä saavutettavuuteen. Nainen 36 v. kertoi: ” Tällä hetkellä se mun oma tavoite, se Salsa mekko johon haluisin mahtua, se on niin kaukana. Tällä hetkellä jurppii vaan. Pitäisi varmaan ottaa sellaisia realistisia välitavoitteita. Mies 31 v. jatkoi: ”Mulla on ehkä vähän hämmänen se mun tavoite, mulla ei just salsamekkoo. Mulla on niinku olen ryhdikäs siitä on vähän vaikea saada kiinni. Mä en halunnut mitään painonpudotus tavoitetta, mutta ehkä se olisi ollut konkreettisempi loppupeleissä.” Mies 61 v. kommentoi: ”Teillä muilla on se ongelma, että te olette liian nuoria. Mulla on helppo tavoite eli

terveenä eläkkeelle”. Nainen 46 v. täydensi: ”Mä en niinku ajattele sitä laihtumista vaan mä ajattelen ett mä liikun ja teen silleen ett mull on hyvä olo iltapäivällä. Mä oon kumma kyllä laihtunut 3 kk 3 kg kiloa ilman tekemättä mitään muutakuin kävelemällä ja sitten vähän portaita”.

Naisen 46 v. näkemys saa vahvistusta elämäntapamuutoksen vaikuttavuuden arvioinnissa. Konkreettiset, toiminnalliset tavoitteet sekä toteutukseen liittyvä tarkka suunnitelma edistävät elämäntapamuutosta, unelma ei yksin riitä. (Absetz – Hankonen 2011:2268.) Toimintasuunnitelma tarkoittaa, mikä toiminta on tavoitteena, missä ja milloin se toteutetaan sekä miten toteutuminen varmistetaan ja mahdollisilta esteiltä suojaudutaan. Terveysammattilaisten tuli rajoittavien tekijöiden arvioinnin rinnalla keskittyä myös vahvistamaan asiakkaan uskoa omaan kykyihinkin sekä ongelmanratkaisuun ja itsesääätelytaitoihin, kuten tunteiden hallintaan, ärsykkeiden kontrolliin, ajattelutavan muovaamiseen. (Fuchs – Goehner – Seelig 2011:795; Hankonen 2011:8; Schwarzer – Luszczynska 2008:143.) Arkipuheessa elämäntapamuutoksen keskeisenä tekijänä mainitaan usein tahdonvoima, mutta tutkimusnäyttö puhuu toiminnan kontrollin merkityksestä. Tunnistamalla korkean repsahdusriskin johtavat tilanteet voi suojautua esteiltä muokkaamalla ympäristön herätteitä ja vahvistamalla toivottua toimintaa (Schwarzer 2008 – Luszczynska:143). Esimerkiksi lenkkarit eteisessä antavat vinkin kävelylenkistä ja kävelylenkin värittäminen tähtihetkeksi vauhdittaa liikkeelle.

Ryhmäkeskustelussa Mies 31 v. kuvasi liikuntaa estäviä tekijöitä ja toiminnan kontrollin haastetta seuraavasti ”Mä oon semmoinen tyyppi, ett mä innostun asioista pariksi kuukaudeksi ja sit mä niin kuin unohdan sen. En mä päätä, että mä lopetan liikunnasta mutta tulee muita juttuja, niinku joku videopeli tai joku työpöytä niin ja sit täytyy niinku ponnistaa uudestaan.” Uudelleen ponnistaminen viittaa relapsin hallintaan.

6.4 Oma seuranta

Eri teorioita ja tekniikoita vertailevien tutkimusten mukaan paras tapa valjastaa ihminen tavoitteelliseen toimintaan, on ohjata oman käyttäytymisen seurantaan ja asettaa tavoite mittaamaan toivottua käyttäytymistä (Absetz – Hankonen 2011:2268). Askel- ja sykemittarien sekä päiväkirjan käyttö tukee oman käyttäytymisen seurantaan, joka edistää liikuntakäyttämisen muutosta (Absetz – Hankonen 2011: 2268). Korkiakankaan (2010) väitöskirja selvitti liikuntamotivaatiota. Sen mukaan korkean diabetesris-

kin henkilöt motivoituivat erityisesti omaseurannasta, etenkin askelmittarista. (Korkiakangas 2010: 42–44.) Yleisten suositusten ja tavoitteiden sijasta kuten 10 000 askelta päivässä tavoite on suhteutettava asiakkaan lähtötasoon. Realistinen ja saavutettava tavoite voi olla esimerkiksi 2 000 askelta enemmän. (Aittasalo 2010.) Omaseuranta koettiin motivoivaksi, koska se antoi välitöntä palautetta ja saavutettu tavoite palkitsee ja antaa uskoa itsestään liikkujana. Korkean diabetesriskin henkilöillä oli kannustimena halu kuulua liikunnallisten ihmisten joukkoon. (Korkiakangas 2010: 42–44.)

Ryhmäkeskustelussa kysymykseen, miten arvioitte onko liikunnan oma seuranta, kirjalliset ohjeet tai liikuntasuunnitelma aktivoineet liikkumaan. Mies 31 vastasi: ”Ehkä se semmoinen, se liikkuu viikossa kerran tai pari kertaa viikossa se tavoite on ollut aikaisemminkin. Käy kaverin kanssa uimassa tai jotain. Se pahvilappu mihin on laittanut liikuntasuoritteita, se on konkreettinen ja se tavoite on nyt vahvempi”. Voitaneen tulkita, että hänellä oma seuranta on kontrolloinut toimintaa ja tukenut käyttäytymisen muutosta. Liikunnan nettipalvelua heiaheiaa hyödynsi kolme henkilöä. Nainen 46 v. sanoi: ”Mä en käytä sitä pahvikorttia, mä käytän sitä heiaheia comia. Voitteko kuvitella mä punnersin saadakseni saappaanheiton sinne lajiksi. Nyt on pakko mennä heittämään saapasta”. Neljännellä oli tarkka liikunnan viikkosuunnitelma, mutta oma seuranta ei motivoinut.

Oman harjoitusohjelman hyötyä kuvasi mies 31 seuraavasti: ”Mulla se kuntosali on kans ihan hyvä. Oon aikaisemminkin joskus käynyt, mutta en kauheesti tykkää hengaila siellä kuntosalilla. Nyt siitä on sai jotenkin sellaisen, että tekee ne liikkeet ja lähtee sitten kävelemään sieltä. Sellaiset selkeät liikkeet, mulla on kans selän kanssa ongelmia. Siihen auttanut tosi paljon. Ei tarvinnu kun pari kertaa käydä niin ei oo enää ollu mitään”. Oma ohjelma ilmeisesti tuki myös pystyvyyttä ja mahdollisesti lisäsi kokemusta vaikutusmahdollisuuksista selkävivun hallintaan.

6.5 Liikuntaa rajoittavat ja kannustavat tekijät

Liikuntaan motivoivat tekijät ovat moninaisia ja vaihtelevat elämänkaarella ja erilaisissa elämäntilanteissa. Voimakkaimmat liikunnan motivaatiotekijät muodostuvat liikuntakokemuksista sekä koetusta terveyden, kunnon ja toimintakyvyn kehittymisestä sekä liikunnan vaikutuksesta elämänlaatuun. (Korkiakangas 2010: 39–42.) Ryan ja Decin

kehittämän itsemääräämisen teorian mukaan sisäsyntyinen motivaatio ohjaa käyttäytymistä ulkoista motivaatiota vahvemmin. Vahva sisäinen motivaatio ennustaa runsaampaa fyysistä aktiivisuutta (Angle 2010:2691–2693.). Itsemääräämisen teorian mukaan motivaatio voi vaihdella ja kehittyä enemmän sisäsyntyiseksi, kun toiminta täyttää kolme psykologista perustarvettamme eli autonomia, pätevyys sekä sosiaalisuus. Liikunta ei ole pelkästään hyvä tapa, vaan se voi palvella halujamme, kuten haasteita ja nautintoa. (Fortier – Duda – Querin – Teixeira 2012: 1–2.) Voikin ajatella, että kun liikunta palvelee henkilökohtaisia tarpeitamme, niin sen toteutus olisi todennäköisempää. Liikuntaneuvonnassa tulisikin pyrkiä sisäisen liikuntamotivaation kasvatamiseen, liikunnan tuottaman fyysisen ja henkisen hyvinvoinnin ja liikuntaelämyksen kautta. (Aaltonen – Rintala – Kaprio – Kujala 2011:28.)

Liikuntatilanne, erilaiset lajit ja muodot tuottavat hyvin erilaisia liikuntakokemuksia ja elämyksiä, kuten yhdessä olo, virkistyminen, rentoutuminen, kunnon kohotus, luontoelämykset, haasteet, jännitys, sosiaalisuus ja taitojen oppiminen. Naiset arvostavat enemmän liikunnan hyvänolon motiiveja ja ulkonäköön liittyviä tekijöitä, kun miehille sosiaalisuus ja kilpailu ovat merkityksellisimpiä. Ikääntyessä liikunnan terveysvaikutukset korostuvat, kun nuoremmilla ulkonäköön vaikuttaminen oli tärkeää. Liikunnan tuottamaa hyvinvointi sekä liikunnan ilo ja nautinto ovat vahvoja liikuntaa harrastavien motivaation lähteitä. (Poskiparta ym. 2009: 46–47; Aaltonen – Rintala – Kaprio – Kujala 2011:28; Korkiakangas 2010: 42–44; Liikunnan eurobarometri 2010: 32–33.)

Ryhmäkeskustelussa liikuntaelämykset tai liikuntanautinto eivät herättäneet runsasta keskustelua, henkiset ja fyysiset hyödyt kylläkin. Nainen 46 v. kertoi oman kokemuksensa: ”Mä tein sitä kotijumppaa ja nyt mulla on sellainen uusi mato koudessa, kun stressin purkuliikkeet. Se on toiminut äärimmäisen hyvin, se on sellainen äärimmäisen vaativa, mutt hirveen mukava, mä muutun kuin eri ihmiseksi sen jälkeen”. Tässä voi kuulla liikunnan psyykkisistä motiiveista, pystyvyydestä, käsityksestä itsestään liikkujana, kehittymisestä sekä mielihyvästä, jotka ovat liikunta-aktiivisuuteen liittyviä tekijöitä (Korkiakangas 2010:49).

Fyysistä hyvinvointia tavoitellaan painonhallinnan ja oireiden lievittymisen kautta (Korkiakangas 2010: 49). Mies 31 v. ja nainen 46 v. kertoivat hyödyistä tuli- ja liikuntaelimistön oireisiin, nainen 46 v. ja 36 v. painonhallintaan ja mies 61 v. vireyteen: ” Mä

oon kokenut, kun saa ittersä edes pienelle kävelylenkille ennen ruokatuntia, niin ilta-päivä on paljon virkeämpi.” Hyödyt ja odotukset vaihtelivat elämäntilanteen ja henkilökohtaisten tarpeiden mukaan.

Liikuntatottumusten muutos ja liikunnan lisääminen edellyttää koettujen rajoitteiden ratkaisua. Liikunta-aktiivisuutta estäviä tekijöitä ovat perhe-elämä, negatiiviset kokemukset, sairaudet ja vammat, tiedon puute, ystävien harrastamattomuus, kalleus, ajanpuute sekä laiskuus. Naisilla liikunnalta vie aikaa perhe-elämä. Miehillä ajankäytön haasteet olivat useammin syy liikkumattomuuteen, aika kuluu töissä ja muissa asioissa. Miehet kieltävät myös hiukan naisia useammin liikunnan arvon. (Ponto – Pehkonen – Penttinen – Nupponen 2010: 11– 15.).

Ryhmäkeskustelussa liikkumisen esteet eivät herättäneet aktiivista keskustelua, vain nainen 36 v. mainitsi elämäntilanteen haasteellisuuden, pienet lapset ja lähipiirin sairastumisen. Jotta elämäntapamuutos onnistuu, tavoite ja toimintasuunnitelma tulee sovittaa elämäntilanteeseen, sen mahdollisuuksiin ja valintaa rajoittaviin tekijöihin. Pienten lasten äidit ovat yksi vähän liikkuva ryhmä ja heille arki-aktiivisuuden lisääminen, perheliikuntamahdollisuudet, aikataulujen suunnittelu puolison kanssa, liikuntakaveri ja kotiliikuntavälineet edesauttavat liikunta-aktiivisuutta. Liikunta voi olla myös tärkeä hetki omaa aikaa ja vastapaino kiireiselle elämälle (Korkiakangas 2010: 43–49).

Korkiakankaan liikuntamotivaatiota selvittäneen (2010) väitöskirjatutkimuksen mukaan liikunnallista elämäntapaa voidaan vahvistaa ennen kaikkea tukemalla liikunnan sosiaalisia merkityksiä ja yhteisöllisyyttä. Sosiaalinen tuki, kuten läheisten, vertaisten, työpaikan ja työyhteisön tuki kannustaa jatkamaan liikuntaa. (Korkiakangas 2010: 6, 49.) Sosiaalinen tuki on osoittautunut tärkeäksi kaikille, mutta etenkin ihmissuhdesuuntautuneille naisille sosiaalista tukea aktivoivat hankkeet saattaisivat olla hyödyllisiä (Hankonen 2011: 8). Kahnin amerikkalaisessa metanalyysissä (2002) sosiaalisen tuen hankkeet, kuten liikunta sopimus kaverin kanssa ja kävelyryhmät kasvattivat liikuntaan käytettyä aikaa merkittävästi, noin 22–46%:a (Kahn ym. 2002: 84–85)

Ryhmäkeskustelussa sosiaalisen tuen merkitys nousi keskustelussa suosituimmaksi aiheeksi, liikuntaneuvonnan jatkuvuuden rinnalle. Nainen 36 v. kuvasi seuraavasti sosiaalisen liikunnan sitouttavuutta ”Se on kyllä ihan totta, joku kun katsoo perään,

mennään salille tai jumppaan, niin ei kehtaa niin helposti peruu”. Mies 61 v. kertoi omasta kokemuksestaan: ” Tosta ryhmästä. Kun mä olin osa vanhaa organisaatiota, niin siellä oli sellainen kaveriporukka , joka kävi ensin syömässä ja lähti sitten kävelemään. Ne meni silleen verkkaisesti, jutteli keskenään, kolmen neljän hengen porukka. Se meni kai silleen, että jos jotain ei hotsittanut, niin ne muut tempas sen mukaan kävelemään. Kyllä sillä ryhmällä on merkitystä. Se liikuntakaveri vois kyllä monelle auttaa. Jos ei ite viiti lähtee, niin toinen taas tsemppaisi eteenpäin.” Mies 31 v kertoi puolestaan: ”Mä oon käynyt kaverin kanssa uimassa, nyt kohta kaksi vuotta uimassa, just sen takia kun se on se jokaperjantai se uintivuoro. Se toimii kyllä.”

Hyvät liikuntamahdollisuudet kannustavat liikkumaan (Korkiakangas 2010:44). Työpaikka voi kannustaa vapaa-ajan liikuntaan liikuntaseteillä, tarjoamalla välineitä ja mahdollistamalla työmatkaliikunnan sopivilla puitteilla. Terveysliikuntaryhmillä, taukoliikunnalla, lajikokeiluilla ja erilaisia liikuntaan aktivoivia kampanjoilla voidaan edistää fyysisesti aktiivista elämäntapaa. (Husman – Liira 2009: 200.)

Ryhmäkeskustelussa yrityksen liikuntapalvelut, kuntosali ja mahdollisuus kuntosaliohjaukseen saivat kiitosta etenkin miehiltä . Mies 61 v. kertoi seuraavasti: ” Se kuntosalikerta oli ihan hyvä, monipuolinen. Ja etenkin kun meillä on tuo kuntosali tässä Vallilassa vieressä ja sitä on helppo käyttää.” Mies 61 v. toi esiin myös yrityksen liikuntaryhmän vetovoiman: ”Pitäisi olla sellaisia ryhmiä, joissa saa käydä jatkuvasti. Se ryhmän vetovoimakin on melkoinen. Näkee tuttuja kasvoja siellä ja osaan törmäätäällä työtehtävissä muutenkin, se auttaa.”

6.6 Odotuksia ja toiveita liikuntaneuvonnan palvelupolusta

Liikunnan edistäminen on osa terveyden edistämistä työterveyspalveluissa. Työterveyspalvelut tavoittavat perustyössään terveyden ja työkyvyn riskiryhmiä ja voivat tarjota myös yksilöllisesti kohdennettua ohjausta. Neuvonta on vaikuttavinta niissä väestöryhmissä, joiden muutosvalmius on hyvä. Tällaisia ryhmiä voivat olla lievästi ylipainoiset tai riittämättömästi liikkuvat, eivät kuitenkaan täysin passiiviset. (Poskiparta – Kaasalainen – Kasila 2009: 49; Husman – Liira 2009: 197.)

Ryhmäkeskustelussa liikuntaneuvontaa työterveydessä pidettiin luonnollisena ja tarpeellisena. Mies 61 v kiteytti sen näin: ”Teillä on siinä mielessä hyvä rooli, niinku on todettu kun firmat kehittää liikuntapalveluita, se tuppaa menemään osittain ainakin

niille jotka jo liikkuu muutenkin ne käyttää vielä enemmän. Diacor voisi auttaa, kun te näette ne henkilöt edessänne, että teille syttyisi helposti lamput että tää henkilö tarvii nyt lisää liikuntaa. Ettehan te mainosta niille ohuille ja huippukuntoisille. Tää vois auttaa siinä seulonnassa. Toinen sit meillä on hyvä tää määräaikaistarkastus, kolmen vuoden välein porukkaa rajataan tonne Alppikadulle testeihin ja verikokeisiin. Siinä voisi olla kans työterveyshoitajalla itellään muistimittana, onko jotakin syytä ohjata liikuntavalmennukseen tai pitäisikö tehdä jotakin elämäntapamuutosta.” Mies 61 v näki liikuntaneuvonnan hyödyt myös yrityksen näkökulmasta: ”Tää tukisi myöskin sitä, pysyy käyttämään teidän palveluita, niin se vähentäisi painetta taas lääkäreiltä. Tietynlailla se liikumattomuus tuottaa lääkäritarvetta”.

Hyvä palvelu on asiakkaan näkökulmasta esteetöntä. Ryhmäkeskustelussa haasteina palvelupolulla kuvattiin etenkin alussa ajanvarausta. ”Mies 61 v kertoi: ” Mä varmaan soitin sinne ajanvaraukseen, oli todellakin hankala löytää. Piti melkein selittää että sä oot Diacorissa töissä. Se oli sitä joulukuuta, kun palvelu oli vielä uutta eikä ne ollut ihan ajan tasalla”. Myöhemmin aloittanut nainen 36 v puolestaan kuvasi: ”Mä sain lähetteen ihan helposti ja taisin saada ajankin ihan helposti. En muista ainakaan et olisi ollut mitään ongelmia”.

Ryhmäkeskustelun perusteella palveluodotus ja kokemus vastasivat hyvin toisiaan, sillä kysymys ei herättänyt laajaa keskustelua. Mies 31 v. toi esiin yhden palveluodotuksen, joka ei täytynyt ” Ehkä se ravinto. Ravinnosta olisi voinut olla enemmän. En tiedä lukiko se missään, mutta mä ehkä odotin että sitä olisi voinut olla enemmän”. Nainen 46 v. vastasi tähän ”Mä en taas haluu kuulla ravinnosta mitään, mä tiedän ilmanikin. Ei mulla oo ollu mitään paha sanottavaa, pikemminkin sä oot sellainen valankumouksellinen. Se taas sopii ainakin minulle. Mä oon kehunut sua kaikkialla, leikureille ja psykologeille.”

Ryhmäkeskustelussa esitettyyn toivekysymykseen, jos ei olisi mitään esteitä ja voisit saada mitä tahansa, mitä odottaisit liikuntaneuvonnalta, ylivoimaisesti eniten puhutti toive liikuntaneuvonnan jatkuvuudesta. Ryhmäkeskustelussa aiheeseen viitattiin 11 kertaa. Nainen 46 v sanoi seuraavasti: ”Mä tarkoitan sitä, että tääki kun on nyt joku pilotti, jossa on tietyt määrätyt käynnit. Mä tavallaan suren jo sen loppumista. Jos oiskin sellainen palvelu, että voisi ottaa yhteyttä esim kaksi kertaa vuodessa tai silloin

kun tuntuu siltä että nyt tarttee uusia ideoita. Olisi jotain mikä ei olisi semmonen ryhmä joka tulee sieltä ylhäältä vaan jokin mihin mä voin ottaa yhteyttä kun mä tunnen että tarvitsen. Ei joka kuussa vaan sanotaan kaksi –kolme kertaa vuodessa” Nainen 46 v. kutsui palvelua liikuntahelppariksi ja palasi keskusteluun uudelleen: ” Mä sanoin sen jo, vois varata ajan silloin kun tuntuu siltä. Se ois jatkuva. Se olisi niin kuin lääkäri. Siellä olisi se mun historia. Käytäis läpi mitä on tapahtunut ja sais uusia vinkkejä. Lääkärillä ei ole tuntunut olevan aikaa tähän liikuntaan”.

Ryhmäkeskustelussa toivottiin ja ideoitiin myös uusia palvelun muotoja. Mies 31 v ehdotti nettipalvelua tapaamisten välissä: ” Jos ois vaikka kerran kahdessa kuukaudessa tapaaminen, niin siinä välissä voisi olla jonkinlainen nettipalvelu. Joku jossa voisi niinku seurata kuinka monta kertaa on liikkunut ja se voisi kysyä, onko kaikki o.k ja sitä mä vastaisin ett joo tällstä ja tällstä ollut”. Mies 61 v. ehdotti puhelinpalvelua: ”Linnittäisi tähän liikuntapilottipalveluun tai seuraaviin palveluihin että sä voit soittaa tai antais puhelinnumeron. Tuskin meidän porukka häiriöksi asti soittaa”. Liikuntaneuvonta palvelussa hyödynnettiin heiaheia palvelua, joka on yhteisöllinen liikunnan nettipalvelu, mutta oma valmentajan mahdollisuus seurata ja kontaktoida on rajoittunut yrityssopimuksen voimassaoloon.

7. Uudistettu liikuntaneuvonnan palvelupolku

Työterveyspalveluilla on hyvät mahdollisuudet toteuttaa liikuntaneuvontaa osana terveyttä ja työkykyä edistävää toimintaa, kun liikuntaneuvonnan prosessi on kuvattu palvelupolkuna. Opinnäytetyönä kehitetty liikuntaneuvonnan palvelupolku, liike lääke – malli hahmottaa liikuntakäyttäytymisen muutoksen keskeisiä tekijöitä. Mallilla tavoitetaan aikaista paremmin liikunnasta terveytensä edistämiseksi hyötyvät ja se kasvattaa työterveystiimien liikuntaneuvonta osaamista ja voi edistää työikäisen väestön fyysistä aktiivisuutta, terveyttä ja työkykyä.

Aikaisemmin työelämäkumppani Diacorin liikuntaneuvonta on usein ollut kertaluonteista ja työterveystiimin ja asiakkaan ja liikuntaneuvonnan potentiaalia ei ole systemaattisesti hyödynnetty. Liikuntaneuvonta on kohdistunut ennen kaikkea TULE-oireileviin, kun neuvonnasta hyötyisivät myös mm. ylipainoiset, stressi ja masennusoireilevat ja

unihäiriöiset sekä sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksista kärsivät tai kohonneessa riskissä olevat. Työterveydessä työfysioterapeutit omaavat hyvät valmiudet liikuntaneuvonnan toteutukseen terveysliikunnan osalta, mutta liikuntakäyttämistä edistäviä tekijöitä tunnetaan heikommin tai niitä ei ole systemaattisesti hyödynnetty.

Tässä opinnäytetyössä kehitettiin näytön perusteella ensimmäinen mallin liikuntaneuvonnan palvelupolusta ja mallia testattiin Teliasonera Finlandissa. Teliasonera Finlandin oma valmentaja -pilotin tavoitteena oli aktivoida terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvia, TULE-oireilevien lisäksi myös ylipainoisia, stressioireilevia, lievästi tai keskivaikeasti masentuneita tai muun sairauden vuoksi terveys ja työkykyhaasteissa olevia. Pilotissa työterveyshoitajat ja lääkärit arvioivat liikunnan riittävyttä, terveysrisiä ja muutosvalmiutta ja ohjasivat liikuntalähetteellä (LIITE I, salassa pidettävä) työfysioterapeutille. Työfysioterapeutin liikuntaneuvonta eteni pilotissa maksimissaan viiden kerran prosessina ja tapaamiset sisälsivät motivoivaa keskustelua, itsearviointia, mittauksia tavoitteen mukaisesti, toiminnan suunnittelua, kuntosali ja kotiharjoitteiden ohjausta, oma seuranta mm. liikunta ja ruokapäiväkirjaa hyödyntäen sekä pystyvyyden vahvistamista.

Ryhmähaastattelun asiakaskokemus antaa viitteitä liikuntaneuvonnan palvelupolun soveltuvuudesta ja käytettävyydestä työterveydessä. Palvelu täytti odotukset ja liikuntaneuvonta työterveydessä koettiin hyödyllisenä ja tarpeellisenä. Teoria ja ryhmäkeskustelun asiakaspalautte olivat monilta osin samansuuntaisia, minkä voi tulkita rakennetun teoria pohjan vahvuudeksi. Liikuntaneuvonnan palvelupolku kehittyi pilotin aikana. Ryhmäkeskustelussa syntynyt keskustelu tavoitteesta ohjasi tarkentamaan tavoitteet konkreettisiksi ja mitattavaksi. Terveyskäyttämisen muutoksen prosessimalliin eli Schwarzerin HAPA antoi työvälineitä aikomuksen, tavoitteen ja toiminnan kuilun ylittämiseksi. Uudistetussa liikuntaneuvonnan palvelupolussa tavoitteet ovat mitattavia ja toiminnallisia, toiminta ja varmistussuunnitelmat tarkemmin kuvattuja sekä itsesääteilytaidot ja rajoitteiden ratkaisu on huomioitu paremmin. Uudistettu liikuntaneuvonnan palvelupolku, liikelääke –malli kuvaa asiakkaan ja ammattilaisen polut (LIITE 2, salassa pidettävä).

Liikuntakäyttämisen muutos edellyttää asiakkaan omakohtaisesti havahtumista muutoksen tarpeeseen ja hyötyyn. Ryhmäkeskustelussa korostui henkilökohtaisen

terveystutkimuksien ja mittauksien sekä työterveyden ammattilaisten rooli hyvinä herättäjinä. Jotta motivaatio kantaisi pidemmälle, terveystietoa lisäksi tarvitaan asiakkaan uskoa toiminnan hyötyyn sekä omaan kykyihin. Onnistuneen käyttäytymisen muutoksen aikaansaaminen ja ylläpitäminen arjessa edellyttää pystyvyysuskoa ja itsesäätelytaitoja sekä elämänmuutokselle suotuisaa elämäntilannetta. Pystyvyysuskoa voidaan vahvistaa positiivisella palautteella aikaisemmista kokemuksista, realistisella tavoitteilla sekä rajoitteita ratkaisemalla ja sujuvuutta varmistamalla. Asiakkaan omat toiminnalliset ja konkreettiset tavoitteet, tarkka toimintasuunnitelma sekä käyttäytymisen oma seuranta ovat onnistuneen liikuntaneuvonnan keskeisiä kohteita. Kun liikuntakäyttämistä halutaan muuttaa, liikunnan hyötyjä, positiivisia kokemuksia, sosiaalisia merkityksiä tulee myös havainnoida ja kasvattaa.

Asiakas kokee palvelun kokonaisuutena ja palvelupolun sujuvuus ajanvarauksesta työterveyden ammattihenkilöiden arvion kautta liikuntaneuvontaan tulee huomioida myös kokonaisuutena. Palvelun saavutettavuudessa oli pilotin aikana kehitettävää niin ajanvarauksen kuin resurssien osalta. Ryhmäkeskustelussa tuli ilmi liikuntaneuvonnan aloitusvaiheen tiimin sisäisen ohjauksen heikkous, työterveyshoitaja koettiin portinvartijaksi. Toisaalta ryhmäkeskustelussa nähtiin työterveyden mahdollisuudet tavoittaa kohdennetusta liikuntaneuvonnasta hyötyvät henkilöt. Lääkäreillä voi olla keskeinen rooli muutoshalukkuuden synnyttämisessä, etenkin terveyshyödyn ja haitan arvioinnissa. Kun liikuntaneuvonnan palvelupolku toimii työterveydessä, niin lääkäri motivoi asiakasta ja tukee liikuntaneuvontaa toteuttavaa työfysioterapeuttia.

Käyttäytymisen muutoksessa terveystietä ja terveystieto ovat merkittäviä, mutta yksin tehoittomia. Kehitetty liikuntaneuvonnan malli on rakennettu terveystietä käyttämisen ja elämäntapojen muutoksen teorian perusteella ja se ohjaa uudistamaan liikuntaneuvonnan toimintatapaa. Työfysioterapeuteilla on hyvät valmiudet tuloksekkaan liikuntaneuvonnan toteutukseen, mutta lisäkoulutus tai perehtyminen terveystietä käyttämisen muutosmalleihin ja valmentavan ohjauksen metodeihin, kuten motivoivaan haastatteluun voi olla tarpeen. Terveystietä käyttämisen muuttujana on ehkäpä yliarvioitu terveyden ammattilaisten joukossa. Liikuntaneuvonta on asiantuntijan ja asiakkaan välistä dialogia, jossa asiakkaan omat tarpeet ja mahdollisuudet ovat keskiössä. Auttaakseen elämäntapamuutoksen tekijää tarvitsee liikuntaneuvontaa toteuttava ammattilainen työkaluikseen terveyden edistämisen malleja, tietoa liikuntamuodoista ja nii-

den terveysvaikutuksista sekä aikaa avoimiin kysymyksiin, keskusteluun ja kuunteluun. Sen sijaan, että asiakas tulisi työfysioterapeutin neuvontaan ja ohjaukseen saamaan ohjeita, hän on uudessa liikuntaneuvonnan mallissa aktiivinen toimija oman elämänsä hyväksi.

Pilottiin osallistuvat toivoivat etenkin toiminnan jatkuvuutta ja mahdollisuutta kontaktoida tapaamisten välissä puhelimitse tai e –palveluilla. Kehitysidea on välitetty eteenpäin liikunnan nettipalvelua ylläpitävään yritykseen sekä Teliasonera Finlandiin. Työpaikan ja työterveyden resurssit ovat kuitenkin rajalliset ja KELA –korvattavuus ohjaa myös toimintaa. Näistä syistä liikuntaneuvonta on rajoittunut viiteen tapaamiskertaan. Neuvonta pyrkii omien ongelmanratkaisutaitojen ja sosiaalisen tukiverkoston rakentamiseen, niin että elämäntapamuutoksen tekijän oma pystyvyys ja voimavarat kasvavat. Silti viisi kertaa voi olla riittämätön tottumattomalle ja ehkäpä selkäkipuiselle liikkujalle, joka ottaa ensi askelia muutoksen polulla.

8. Pohdinta

Opinnäytetyönä toteutetun kehittämishankkeen haaste ja vahvuus ovat sen laajuus. Laajaa näkökulmaa tarvittiin monimuotoisessa opinnäytetyössä, jonka tavoitteena oli ratkaista käytännön ongelma ja tuottaa liikuntaneuvontaan entistä parempi malli. Teorian pohjalta rakennettiin ensimmäinen malli liikuntaneuvonnan palvelupolusta, joka pilotoitiin ja kehitettiin edelleen. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi liikuntaneuvonnan palvelupolku, liikelääke-malli. Arvioin opinnäytetyön täyttävän tarkoituksensa ja liikelääke mallin vastaavan kysymykseen, minkälainen liikuntaneuvonnan palvelupolku edistää työterveyden asiakkaan liikuntakäyttämisen muutosta?

Laajuus korostuu haasteena, jos työtä arvioidaan ja verrataan tutkielma tyyppisen työn metodeihin tai kirjallisuuskatsauksen tarkkuuteen. Teorian tavoitteena oli rakentaa laajasta terveyttä edistävän liikunnan ja liikuntakäyttämisen muutoksen malleista viitekehys, johon liikuntaneuvonnan voi rakentaa. Hyviä tutkimuksia aiheesta on sadoittain, tuhansittain, niinpä työssä on hyödynnetty alkuperäisartikkeleiden lisäksi mm. kirjallisuuskatsauksia, liikunta ja terveysalan julkaisujen artikkeleita sekä teoksia, jotka kokoavat yhteen tutkimusnäyttöä ja käytäntöjä. Toteutetun ryhmäkeskustelun

tavoite oli saada asiakaspalautetta mallin käytettävyydestä ja palvelupolun sujuvuudesta. Ryhmäkeskustelun palaute antoi viitteitä mallin soveltuvuudesta työterveyteen ja kehitysideoita sujuvuuden lisäämiseksi, palvelumuotojen kehittämiseksi sekä sisällön täsmentämiseksi tavoitteen asettelun osalta. Asiakasnäkökulma antoi arvokkaan lisän.

Asiakkaat sanoittivat ja hahmottivat työterveyden mahdollisuudet terveyttä edistävään liikuntaan ja elämäntapamuutoksen tukemiseen jopa hämmentävän hyvin. Työpaikka-
liikunnassa on pyritty ratkaisemaan pitkään haaste, miten saavuttaa vähän liikkuvat ja liikunnasta terveytensä edistämiseksi hyötyvät. Nyt opinnäytetyönä kehitetty liikuntaneuvonnan palvelupolku tarjoaa ratkaisua. Työterveyden liikuntaneuvonnan palvelupolun, liikelääke –mallin avulla voidaan tavoittaa liikunnasta terveytensä edistämiseksi hyötyviä ja tuetaan heitä arjen aktivoinnissa ja liikunnan lisäämisessä. Tämä opinnäytetyö ei kuitenkaan arvioi vaikuttavuutta ja malli on testattu vasta yhdessä asiakasorganisaatiossa, joten luotettavia arvioita mallin vaikuttavuudesta tai käytettävyydestä ei voida vielä tehdä. Liikuntaneuvonnan palvelupolku vaikutti pilotti yrityksessä lupaavalta, joskin myötävaikuttajina ovat myös liikuntamyönteinen työpaikkakulttuuri ja yrityksen hyvät liikuntamahdollisuudet. Uskon myös, että uudessa mallissa asiakkaan aktiivien rooli on yksi liikuntaneuvonnan onnistumisen elementeistä. Jatkossa olisi tarpeen selvittää liikelääke- mallilla toteutetun liikuntaneuvonnan hyötyjä ja vaikuttavuutta sekä testata liikuntaneuvonnan palvelupolun käytettävyyttä useammassa yrityksessä ja eri henkilöiden toteuttamana.

Ohjaamalla yritysten ja yhteiskunnan varoja sairauden hoidosta kannattavampaan terveyden edistämiseen, kuten liikuntaneuvontaan, voidaan saavuttaa merkittäviä inhimillisiä ja taloudellisia hyötyjä. Työfysioterapeutti on fyysisen toimintakyvyn asiantuntija ja peruskoulutuksensa puitteissa omaa hyvät valmiudet liikuntaneuvonnan toteutukseen. Nykyinen työterveyshuoltolaki edellyttää ammattihenkilöiden, eli työterveyshoitajan ja lääkärin tarveharkintaa korvatakseen työnantajalle Kela-korvauksina työfysioterapeutin työtä. Työterveyden moniasiantuntija palveluketjussa on paljon hyvää, kuten toiminnasta hyötyvien laaja saavuttaminen ja terveysriskin herättäminen, mutta tarveharkintaisuus voi pahimmillaan tehdä työterveyslääkäristä ja työterveyshoitajasta portinvartijan sekä hidastaa palvelujen kehittymistä, kuten e palveluiden ja puhelinkontaktoinnin hyödyntämistä. Tällä hetkellä Kela-korvaa työterveyshoitajan ja –

lääkäriin e palvelut, mutta ei työfysioterapeutin. Toivon poliittisilta päättäjiltä hyviä ratkaisuja terveystalouden uudistamiseksi.

Opinnäytetyön työelämäkumppani ja työnantajani Diacorin visio on olla suomalainen terveystalouden suunnannäyttäjä, joka panostaa terveyden edistämiseen ja kehittää toimintaa asiakaslähtöisesti. Nyt kehitetty liikuntaneuvonnan palvelupolku on hyvin linjassa Diacorin mission ja strategian kanssa ja Diacorin työterveyden ohjausryhmä päätti ottaa mallin Diacorin toimintatavaksi. Liikuntaneuvonnan palvelupolku jalkautetaan Diacorin työterveystiimeihin alkuvuodesta 2013. Teliasonera Finlandissa pilotista muodostui jatkuva palvelu ja samaa toimintatapaa pyritään levittämään myös valtakunnalliseen kumppanuusverkostoon. Tavoitteena on lisätä liikuntaneuvontaa palvelun näkyvyyttä työelämäkumppanien viestintäkanavilla ja näin edistää positiivista yrityskultuuria sekä potentiaalisten asiakkaiden löytymistä ja toiminnan laajenemista.

Työ opetti myös tekijäänsä. Osaaminen terveyskäyttäytymisen muutoksesta kasvoi tietoperustaan tutustuessa ja sitä samaan aikaan käytäntöön soveltaessa. Tiedonhaku- taitoni ja lähteiden käyttö vahvistuivat opinnäytetyön edetessä. Näistä taidoista ja tutkivan kehittämisen osaamisesta on varmasti suuri hyöty uudistuvassa työelämässä ja tehtävässäni työfysioterapian kehittämispäällikkönä Diacorissa.

Lähteet

Aaltonen – Rintala – Kaprio – Kujala 2011. Liikuntaan motivoivat tekijät vapaa-ajan liikunnan suhteen aktiiveilla ja inaktiiveilla miehillä ja naisilla. *Liikunta ja tiede* 48 (5):28.

Absetz, Pilvikki – Hankonen, Nelli 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 127(21):2265–2272.

Absetz, Pilvikki – Patja, Kristiina (toim.) 2008. Ennaltaehkäisyn kehittäminen Päijät-Hämeen terveydenhuollossa: Interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimus- ja kehittämishanketta. *Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän julkaisu* 68.

Allender, Steven – Hutchinson, Lauren – Foster, Charles 2008. Life-change events and participation in physical activity: a systematic review. *Health Promotion International*, Vol. 23 No. 2 2008:

Angle Susanna 2010. Piilevän motivaation jäljillä –Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. *Suomen lääkärilehti* 65 (34):2691–2696.

Aittasalo, Minna 2010. Liikuntaneuvonta, lääkärin käsikirja. Verkkodokumentti. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=&p_haku=Liikuntaneuvonta. Luettu 17.1.2012

Aittasalo, Minna 2012. Kasit liikkeelle. Posteresitys. UKK-instituutin terveysliikuntapäivät. Tampere. 3.10.

Aittasalo, Minna – Vasankari, Tommi 2011. Terveysliikunnan edistämisen työvälineitä. Teoksessa Fogelholm, Mikael – Vuori, Ilkka – Vasankari, Tommi (toim.) : *Terveysliikunta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 197–204.

Aromaa, Arpo – Eskola, Kari 2009. Sairauksien ehkäisy työiässä – yleisperiaatteet. *Duodecim terveyskirjaston verkkojulkaisu teoksesta Koskenvuori, Kimmo 2003 (toim.) Sairauksien ehkäisy*. Helsinki: Duodecim. 1-13. Luettu 5.2.2012

Aura, Ossi 2006. Liikunnan vaikutukset ulkoiseen kuvaan. Teoksessa Aura, Ossi – Sahi, Timo (toim): *Työpaikkaliikunnan hyvät käytännöt*. Helsinki: Edita Prima Oy. 61–63.

Conner, Mark – Norman, Paul 2005. Predicting Health Behavior 2005: a Social Cognition Approach. Teoksessa Conner, Mark – Norman, Paul (toim.): *Predicting Health Behavior*. Berkshire, England: Open University Press. 1–27.

Fogelholm, Mikael 2011. Lihaksen energiantuotanto ja energia-aineenvaihdunta. Teoksessa Fogelholm, Mikael - Vuori, Ilkka – Vasankari, Tommi (toim.): *Terveysliikunta*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 20–31.

Fogelholm, Mikael – Lindholm, Harri – Lusa, Sirpa – Miilunpalo, Seppo – Moilanen, Jaana – Paronen, Olavi – Saarinen, Kimmo 2007a. Tervettä liikettä – terveysliikunnan hyvät käytännöt työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos.

Fogelholm, Mikael – Paronen, Olavi – Miettinen, Mari 2007b. Liikunta hyvinvointipoliittinen mahdollisuus – raportti: terveystiikuntaan panostaminen kannattaa. *Liikunta ja tiede* 44 (1). 5–10.

Foster, Charles – Hillsdon, Melvyn – Thorogood, Margaret – Kaur, Asha –Wedatilake, Thamindu 2005. Interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1. 1-92.

Fuchs, Reinhard – Goehner, Wiebke – Seelig, Harald 2011. Long Term Effects of a Psychological Group Intervention on Physical Exercise and Health: The MoVo Concept. *Journal of Physical Activity & Health* 8 (6). 794–803.

Nelli Hankonen 2011. Psychosocial processes of health behaviour change in a lifestyle intervention Influences of gender, socioeconomic status and personality. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.

Husman, Päivi – Rautio Maria 2010. Työkäisten terveyden edistäminen. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija (toim.): *Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan*. Helsinki: WSOYpro Oy. 165–190.

Husman, Päivi – Liira, Juha 2010. Työpaikka terveyden edistämisen areenana. Teoksessa Kari-Pekka Martimo, Mari Antti-Poika, Jukka Uitti (toim.): *Työstä terveyttä*. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim. 196–203.

Husu, Pauliina – Paronen, Olavi – Suni, Jaana – Vasankari, Tommi 2011. Suomalaisen fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010 – katsaus. *Terveyshiiikunnan suositukset täyttävät heikosti*. *Liikunta ja tiede* 48 (2-3). 18–23.

Kahn, Emily – Ramsey, Leigh – Brownson, Ross – Heath, Gregory – Howze, Elizabeth – Powell, Kenneth – Stone, Elaine – Rajab, Mummy – Corso, Phaedra 2002. The Effectiveness of Interventions to Increase Physical Activity, A Systematic Review *American Journal of Preventive Medicine*: 22(4S). 0749-3797.

Kinnunen, Ulla – Mauno, Saija 2009. Irtiottoja työstä: työkuormituksesta palautumisen psykologiaa. *Psykologian laitos, Tampereen Yliopisto*. 105–108.

Koivuniemi, Kaisa – Suutari, Anna (toim.) 2010. Kokemuksia toimivista liikuntaneuvontakäytännöistä. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämistätiö LIKES. (1-30). Verkkojulkaisu. Luettu 15.3.2012.

http://www.kki.likes.fi/pages/UserFiles/File/Materiaalit/liikuntaneuvontaopas_netti.pdf

Kokko, Sami – Vuori, Mika 2007. Terveystiikunta – katse yksilöstä toimintaympäristöön. *Liikunta ja tiede* 44 (1). 11–15.

Korkiakangas Eveliina 2010. Aikuisten liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät. Oulun yliopisto. Tampere: Juvenes Print.

Koskenvuo, Markku – Mattila, Kari 2009. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Duodecim terveyskirjaston verkkojulkaisu teoksesta Koskenvuo, Kimmo 2003 (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Duodecim. 1–6. Luettu 5.2.2012

Kylmä, Jari –Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Liikunnan käypähoitosuositus 2010. Verkkodokumentti. Luettu 15.11.2011

Lindström Bengt & Eriksson Monica 2010: Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija (toim.): Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy. 32–52.

Mustajoki, Pertti 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi. Suomen lääkärilehti 58 (42): 4235–4237.

Mustajoki Pertti –Kunnamo Ilkka 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Duodecim terveyskirjaston verkkojulkaisu teoksesta Koskenvuo, Kimmo 2003 (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Duodecim.1-4. Luettu 5.2.2012

Nurmi, Jan-Erik – Salmela-Aro, Katariina 2002. Modernin motivaatiopsykologian teoria ja mittaaminen. Teoksessa Nurmi, Jan-Erik – Salmela-Aro, Katariina (toim.): Mikä meitä liikuttaa. Keuruu: PS-Kustannus.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYPro.

Ponto, Eeva – Pehkonen, Mikko – Penttinen, Seppo – Nupponen Heimo 2010. Nuoren aikuisen liikunnan motiivina hyvä olo – esteenä kiireinen arki. Liikunta ja tiede (47) 4:11–16.

Poskiparta, Marita – Kaasalainen, Karoliina – Kasila, Kirsti 2009. Liikuntamotivaatio syntyy tiedosta, ymmärryksestä, asenteista ja uskomuksista. Liikunta ja tiede (46) 4:46–50.

Poskiparta, Marita 1997. Terveysneuvonta oppimaan oppimista. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Rimpelä, Matti 2010. Terveydenhoidosta terveyden edistämiseen. Teoksessa Ståhl, Timo - Rimpelä Arja (toim): terveyden edistäminen, tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Yliopistopaino 2010. 11-32

Rollnick – Miller – Butler 2008. Motivational Interviewing in Health Care, Helping Patients Change Behavior. New York: The Guilford Press

Rovio, Esa 2009: Hyvinvoiva työyhteisö on kilpailutekijä. Liikunta ja tiede (46) 4:58–60.

Statens beredning för medicinsk utvärdering 2007. Metoder för att främja fysisk aktivitet, En systematisk litteraturöversikt. Rapport nr 181. Stockholm: Elanders Infologistics Väst AB.

Suni, Jaana – Vasankari, Tommi 2011. Terveyskunto ja fyysinen toimintakyky. Teoksessa Fogelholm, Mikael - Vuori, Ilkka – Vasankari, Tommi (toim.) :Terveysliikunta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.32–42.

Ståhl Timo 2005. Liikkumisreseptihanke arvioitu-kokeilusta käytäntöön.Liikunta ja tiede (4) 25–27.

Schwarzer, Ralf – Luszczynska, Aleksandra 2008. How to Overcome Health-Compromising Behaviors, The Health Action Process Approach. European Psychologist 2008; Vol. 13(2):141–151.

Special Eurobarometer 334: 2010. Sport and Physical Activity. Brysseli, Belgia. TNS Opinion & Social.

Sutton, Stephen 2005. Stage Theories in Health Behavior. Teoksessa Conner, Mark – Norman, Paul (toim.):Predicting Health Behavior. Berkshire, England. Open University Press. 223–275.

Svennevig Hanna 2000. Liikunta mielenterveyspotilaiden avohoidon tukena: oma kokemus kohonneesta kunnosta aktivoi liikkumaan. Liikunta ja tiede 5:14-17.

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

UKK-instituutti, terveystuotantasuositukset ammattilaisille. Verkkodokumentti <http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveystuotantasuositukset>. Luettu 29.12.2011

Terveyden edistämisen laatusuositus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu (19). Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/julkaisu/1057615> .Luettu 15.1.2012

Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämisen linjoista 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä (10).<http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/julkaisu/1069549#fi>. Luettu 15.1.2012

Vuori Ilkka 2009. Liikunnan lisääminen. Duodecim terveystuotantosuositusten verkkosivusto teoksesta Koskenvuo, Kimmo 2003 (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki. Duodecim.1-16. Luettu 5.2.2012

Valtonen Anu 2005. Ryhmäkeskustelut – millainen metodi. Teoksessa Ruusuvoori, Johanna - Tiittula, Liisa (toim.): Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. 223–241.

Vähäsarja, Kati – Poskiparta, Marita – Kettunen, Tarja – Kasila, Kirsti 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Liikunta ja tiede 6:81–88.