

Opinnäytetyö (YAMK)

Kuntoutuksen ja liikunnan integraatio, sosionomi YAMK

2022

Heikki Huttunen

**DIGITAALISET MENETELMÄT
ASIAKASLÄHTÖISYYDEN
EDISTÄJINÄ
RYHMÄMUOTOISESSA
ELINTAPOOHJAUKSESSA**



Opinnäytetyö (YAMK) | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Kuntoutuksen ja liikunnan integraatio, sosionomi YAMK

2022 | 74 sivua, 1 liite

Heikki Huttunen

Digitaaliset menetelmät asiakaslähtöisyyden edistäjinä ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa

Työssäkäyvien ja työelämän ulkopuolella olevien välillä on merkittäviä terveyseroja. Työttömien ja osatyökykyisten terveyden edistämiseksi tarvitaan vaikuttavia ja asiakaslähtöisiä palveluja. Elintapaohjaus on tutkitusti tehokas keino edistää yksilön hyvinvointia, ja terveydenhuollon digitalisaatio on osaltaan edistänyt palvelun saatavuutta.

Tässä laadullisessa tutkimuksessa haastateltiin kahdeksaa työelämän ulkopuolella oleville suunnattuun ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen osallistunutta henkilöä. Puolistrukturoiduilla teemahaastatteluilta selvitettiin haastateltavien kokemuksia ryhmämuotoisen elintapaohjauksen digitaalisista menetelmistä. Tutkimuksen aineiston ja aiemman tutkimuskirjallisuuden pohjalta tehtiin johtopäätöksiä siitä, kuinka digitaaliset menetelmät edistävät ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyttä.

Digitaaliset menetelmät lisäävät ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyttä edistämällä asiakkaan osallistumista ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen helpottamalla ohjauksen saavuttamista sekä toimintaan osallistumista. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää työelämän ulkopuolella olevien palvelutarjottimen laatimisessa sekä elintapaohjauksen kehittämisessä.

Asiasanat:

elintapaohjaus, asiakaslähtöisyys, ryhmäinterventio, työttömyys, digitalisaatio

Master's Thesis | Abstract

Turku University of Applied Sciences

Integration of rehabilitation and physical activity

2022 | 74 pages, 1 appendice

Heikki Huttunen

Digital methods in improving the customer orientation of group lifestyle counselling

The differences in the well-being of working people and people outside the workforce are evident. There's a need for effective and customer-oriented interventions to improve the health of unemployed and partially disabled people. Lifestyle counselling is a viable method of improving one's well-being and the leap in digitalization has increased the availability of these types of services.

Eight people that had previously participated in group lifestyle counselling directed at people outside the workforce were interviewed in this qualitative research. The participants were asked their thoughts and opinions on digital methods in group lifestyle counselling by semi-structured interview in order to identify the ways different digital methods can improve the customer orientation of the group lifestyle counselling service.

This research concludes that the main way different digital methods may improve the customer orientation of group lifestyle counselling is by easing participation to the service and during the counselling. This thesis can be used in choosing the appropriate services for people outside the workforce and in the development of lifestyle counselling services.

Keywords:

lifestyle counselling, customer orientation, group intervention, unemployment, digitalization

Sisältö

1 Johdanto	6
2 Tutkimuksen tietoperusta	8
2.1 Työttömien terveyserot	9
2.2 Terveysthuollon digitalisaatio	11
2.3 Internetin käyttö Suomessa	12
3 Elintapaohjaus	14
3.1 Elintapaohjaus kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidossa	15
3.2 Digitaaliset menetelmät elintapaohjauksessa	17
3.3 Ryhmämuotoinen elintapaohjaus	21
3.3.1 Digitaaliset menetelmät ryhmäohjauksessa	22
3.3.2 Videoyhteydellä kokoontumisen erityispiirteitä	23
4 Asiakslähtöisyys	26
4.1 Asiakslähtöisyys sähköisissä palveluissa	30
4.2 Asiakslähtöisyyden merkitys elintapaohjauksessa	30
5 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	34
6 Opinnäytetyön toteuttaminen	36
6.1 Tutkimuksen kirjallisuuskatsaus	37
6.2 Laadullinen tutkimus	38
6.3 Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeen elintapaohjausryhmät	39
6.4 Tutkimuksen aineiston keruu	40
7 Tulokset	42
7.1 Etämenetelmien hyödyt ja haitat ryhmäohjauksessa	43
7.2 Elintapaohjauksen teemat ja toiminnalliset menetelmät etäyhteydellä	46
7.3 Pikaviestintäsovelluksen käyttö ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa	48
8 Johtopäätökset	50

8.1 Asiakkaan tarpeisiin vastaaminen	51
8.2 Toimijuuden edistäminen	52
8.3 Tasavertaisuus ja vastavuoroisuus ryhmäelintapaohjauksessa	54
9 Pohdinta	59
9.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	60
9.2 Mahdolliset jatkotutkimusaiheet	62
Lähteet	64

Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelurunko

Liite 2. Tiedote tutkimuksesta

Kuvat

Kuva 1 - Asiakaslähtöisyyden rakennuspuut (Virtanen ym. 2011, 19 mukaillen)	30
Kuva 2 - Kyngästä & Hentistä (2009) mukaillen voimaantumisen, hoitoon sitoutumisen, hoitotuloksen ja terveyden väliset yhteydet	32
Kuva 3 - Opinnäytetyön aikataulun kuvaaminen	36
Kuva 4 - Kuinka digitaaliset menetelmät lisäävät ryhmämuotoisen elintapaohjauksen ryhmämuotoisten toimintojen asiakaslähtöisyyttä	50

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyy

1.1.2023 alkaen perustettaville hyvinvointialueille (Sote-uudistus N. d).

Hyvinvointialueiden tulee taata yhdenvertaiset ja tasalaatuiset palvelut kaikille asukkaille heidän asuinkunnastaan riippumatta. Laki hyvinvointialueesta antaa hyvinvointialueelle mahdollisuuden vaikuttaa siihen, miten palvelut toteutetaan.

(Laki hyvinvointialueesta 611/2021.) Suomessa syntyvyys laskee ja

eliniänodotteet kasvavat. Näillä tulee olemaan väistämätön vaikutus maan

huoltosuhteeseen, jonka ennustetaan heikkenevän tulevina vuosikymmeninä

(Tilastokeskus 2021.) Tulevaisuudessa julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut tulee

kuitenkin järjestää niin, että ne ovat jokaisen henkilön saatavilla, jolla niitä on

oikeus käyttää. Sote-palvelujen suunnittelussa täytyy huomioida paitsi

lainsäädännön asettamat vaatimukset liittyen palvelujen saatavuuteen myös

valtakunnalliset strategiat, joissa tähdätään sairauksien ennaltaehkäisyyn.

Kansalaisten terveyden edistäminen ja sairauksien ennalta ehkäiseminen ovat

Suomen terveystalouden ensisijaisia tavoitteita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019).

Heikkenevän huoltosuhte edellyttää toimenpiteitä, jotta Suomen

hyvinvointivaltion asema voidaan tulevaisuudessa turvata. Työllisyysasteen

kasvattaminen on pitkällä aikavälillä kestävin keino vahvistaa julkista taloutta.

Julkisesti rahoitetun palvelutuotannon tuottavuutta parantamalla voidaan myös

tehokkaasti vahvistaa talouden kestävyttä. Sosiaali- ja terveystalouden sekä

muun julkishallinnon tuottavuuskasvua lujitetaan organisatorisin toimin sekä

teknologisin keinoin. Erityisesti osaamis-, sosiaali- ja terveystaloudellisten

ennaltaehkäisevillä toimilla pyritään myös hillitsemään kustannusten kasvua

julkisissa palveluissa. Työllisyyden kasvussa merkittävin potentiaali on

sellaisissa ryhmissä, joissa työllisyys on tällä hetkellä matalaa joko

työttömyyden tai työmarkkinoiden ulkopuolelle jäämisen vuoksi. Tällaisia ryhmiä

ovat muuten muassa osatyökykyiset ja vammaiset (Valtioneuvosto N. d.)

Heikoksi koettu terveys voi olla työelämän ulkopuolelle jäämiselle altistava

tekijät (esim. Bobroek ym. 2013), ja tämä on huomioitu hallitusohjelman työllisyystavoitteissa. Sanna Marinin hallitusohjelma tavoittelee Suomeen 75 prosentin työllisyysastetta, joka edellyttää myös osatyökykyisten työpanoksen hyödyntämistä. Tätä varten on perustettu työkykyohjelma, jolla etsitään ratkaisuja osatyökykyisten työllistymisen ongelmiin. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2021.)

Työllisyysasteen parantamisen lisäksi käynnissä olevan hallitusohjelman tavoitteeksi on asetettu, että Suomi tunnetaan maailmanlaajuisesti edelläkävijänä. (Valtiovarainministeriö N. d.) Myös vuonna 2023 toimintansa aloittavan Etelä-Savon hyvinvointialueen strategiassa korostetaan digitaalisten ja ennaltaehkäisevien palvelujen tärkeyttä (Etelä-Savon hyvinvointialue N.d a, 9). Etelä-Savon hyvinvointialueen muutosjohtaja Sami Sipilä on todennut julkisuuteen, että hyvinvointialueen tavoitteena on olla digitaalisten palvelujen edelläkävijä (Hänninen 2021). Nykyisen hallitusohjelman ja hyvinvointialueen tavoitteiden sekä terveydenhuollon digiloikan tarjoaminen mahdollisuuksien vuoksi on digitaalisten menetelmien vahvempi integraatio elintapaohjauksen kaltaiseen ennaltaehkäisevään terveystalouteen perusteltua. Opinnäytetyöni tarkastelee, millä tavoin digitaalisten menetelmien käyttö vaikuttaa työelämän ulkopuolella oleville suunnatun ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyteen. Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyden tarkastelu on sosiaali- ja terveyssektorin muutospaineen vuoksi mielekäästä, sillä asiakaslähtöisemmällä toimintamalleilla on mahdollista edistää hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta sekä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä (Virtanen ym. 2011, 8).

Opinnäytetyön raportti etenee tutkimuksen tietoperustasta opinnäytetyön toimeksiantajan esittelyyn. Luvussa 5 kuvataan tutkimuksen tavoite ja tarkoitus, ja seuraavassa luvussa kuvataan opinnäytetyön toteutus. Tutkimuksen tulokset esitellään luvussa 7 ja luvusta 8 ovat tutkimuksen johtopäätökset. Raportin viimeisessä luvussa on opinnäytetyön pohdintaosio. Opinnäytetyön lähteet ja liitteet ovat tekstin lopussa.

2 Tutkimuksen tietoperusta

Etelä-Savon hyvinvointialueen väestömäärän ennustetaan laskevan 17 prosenttia vuoteen 2040 mennessä. Suurimman absoluuttisen laskun ennustetaan tapahtuvan työikäisen väestön määrässä ja ainoastaan yli 75-vuotiaiden määrän ennustetaan kasvavan. Hyvinvointialueen saaman rahoituksen ei nykymallin perusteella uskota riittävän kustannusten kattamiseen. Tämä hankaloittaa merkittävästi lakisääteisten palvelujen järjestämistä ja tuottamista. Ikääntyvän väestön palvelutarpeen kasvua pyritään rajoittamaan panostamalla ennalta ehkäiseviin palveluihin. (Etelä-Savon hyvinvointialue 2021, 24, 42.)

Samaan aikaan, kun Etelä-Savo ikääntyy kasvavalla vauhdilla, on maakunnan työikäisistä verrattain merkittävä osa työkyvyttömyyseläkkeellä verrattuna maan keskiarvoon. Etelä-Savossa vuonna 2021 työkyvyttömyyseläkettä saavia 18–64-vuotiaita oli 8,1 prosenttia, kun koko maan keskiarvo työikäisten keskuudessa on 5,5 prosenttia (Eläketurvakeskus N.d. b). Etelä-Savossa eläkettä saavat maakunnan väestöstä 39,5 prosenttia, joka on paljon enemmän maan 28,2 prosentin keskiarvoon verrattuna (Eläketurvakeskus N. d. a) Suomessa ja eritoten nopealla tahdilla ikääntyvässä Etelä-Savossa tullaan tarvitsemaan toimia, jotka mahdollistavat julkisrahoitteisten palvelujen järjestämisen tulevaisuudessakin. Erilaisia digitaalisia palvelumuotoja hyödyntämällä on mahdollista vähentää terveydenhuollon kustannuksia sekä hoitopalvelujen saatavuutta kaikkialla Suomessa (Wirén ym. 2018), jonka vuoksi tällaisien ratkaisujen hyödyntäminen voi olla perusteltua Etelä-Savon kaltaisessa vesistöjen jakamassa ja verrattain heikon huoltosuhteen maakunnassa. Etelä-Savossa on nyt ja tulevaisuudessa tarvetta panostaa maakunnan työikäisten hyvinvointia ja työkykyä edistäviin ratkaisuihin, jotta mahdollisimman monen työikäisen työpanos olisi mahdollista hyödyntää.

2.1 Työttömien terveyserot

Työ- ja elinkeinoministeriön työnvälitystilastoista ilmenee, että Etelä-Savossa työttömiä oli elokuun 2022 lopussa 5075. Työttömiä oli 8 % vähemmän kuin vuotta aiemmin. Lomautettuja Etelä-Savossa oli elokuun 2022 lopussa 109. Alle 25-vuotiaita työttömiä oli elokuun lopussa 543, eli 14 % vähemmän kuin viime vuonna samaan aikaan. Vuoden 2022 elokuun lopussa yli vuoden yhdenjaksoisesti työttömänä olleita oli 1681. Suomessa työttömiä oli elokuun lopussa 239 100. Työttömiä oli vuoden takaiseen verrattuna 41 900 ja 15 % vähemmän. Lomautettujen määrä väheni maassa vuoden takaiseen verrattuna 61 %, ja lomautettuna oli 9600 henkilöllä. (TEM N. d.)

Huonoksi koetun terveyden sekä työttömyyden välillä on havaittu yhteys useissa tutkimuksissa (esim. Robroek ym. 2013; Virtanen ym. 2013; Hult ym. 2019). Joissain tutkimuksissa on myös osoitettu, että työssäkäyvät saattavat olla fyysisesti aktiivisempia ja omata vahvemmat sosiaaliset verkostot työttömiin verrattuna (Hult ym. 2019). Fyysinen inaktiivisuus altistaa useille eri elintapasairauksiksi luettaville kansantaudeille, kuten diabetekselle, syöpäsairauksille sekä sydän- ja verisuonisairauksille (THL 2019), jonka vuoksi työttömät saattavat olla suuremmassa riskissä sairastua elintapasairauksiin. Työllä on merkittävä rooli hyvinvoinnin ja terveyden luojana. Isolle osalle työ on pääasiallinen toimeentulon lähde, mutta työllä on toimeentulon hankkimisen lisäksi muitakin merkityksiä. Työ voi olla yksilölle keino toteuttaa itseään sekä ylläpitää ja vahvistaa sosiaalisia kontakteja. (THL 2018, 19.) Työhön liittyy myös perinteisesti säännöllinen päivä- ja viikkorytmi, jonka katoaminen voi heikentää työttömäksi jääneen hyvinvointia. Mikäli henkilön minäkuva on vahvasti sidoksissa työhön, voivat yksilön minäkuva ja itsetunto heikentyä työttömäksi joutumisen takia. (McKee-Ryan ym. 2005.) Pohjoismaissa (Suomi, Ruotsi, Tanska, Norja) tehdyssä tutkimuksessa työttömät raportoivat koetun terveytensä olevan heikommalla tasolla työtä tekeviin verrattuna. Työttömillä voi ilmetä elämää rajoittavia pitkäaikaissairauksia useammin kuin työssäkäyvillä. (Roos ym. 2015, 253–259.)

Suomessa terveyserot eri sosioekonomisten ryhmien välillä ovat merkittävät. Hyvätuloiset, pitkälle koulutetut tai hyvässä ammattiasemassa olevat elävät muihin verrattuna keksimäärin pitempään ja terveempinä. (Prättälä ym. 2007, 15.) Sosioekonomiset terveyserot voidaan määritellä sosiaalisen aseman mukaisina systemaattisina eroina ihmisten terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Sosioekonomisia terveyseroja liittyvät ihmisten epätasa-arvoiseen asemaan yhteiskunnassa. Henkilön sosiaalista asemaa määrittelevät koulutus, työmarkkina-asema, ammattiin perustuva sosiaaliluokka sekä tulot ja varallisuus. Sosiaalisen aseman ulottuvuudet ovat yhteydessä toisiinsa. Esimerkiksi koulutus hankitaan perinteisesti jo suhteellisen nuorena eikä se yleensä muutu merkittävästi elämänsä aikana. Koulutus on yhteydessä yksilön työmarkkina-asemaan sekä ammattiasemaan, jotka liittävät henkilön yhteiskunnan keskeisiin ansiotyön kautta määrittyviin rakenteisiin. (THL 2021.)

Sosioekonomisen aseman eri osoittimet, kuten tulot, ammattiasema ja koulutus voivat liittyä henkilön terveyskäyttäytymiseen eri mekanismien kautta. Koulutus edistää ihmisten mahdollisuuksia hankkia ja omaksua tietoja terveellisistä elintavoista ja niiden vaikutuksesta hyvinvointiin. Hyvätuloisten on myös helpompi ostaa liikuntapalveluja ja -välineitä, joka mahdollistaa terveyttä edistävän ja monipuolisen liikunnan harrastamisen asuinpaikasta, kustannuksista ja säästä riippumatta. Osalla työssäkäyvistä on mahdollisuus hyödyntää työnantajan tarjoamia liikunta- ja lounasetuja sekä työterveyshuollon antamaa tukea esimerkiksi riippuvuuden hallintaan. Ammattialakohtaiset myönteiset terveyskulttuurit saattavat myös osaltaan kannustaa terveellisiin elintapoihin. (Prättälä 2017, 131.) Sosioekonomiset terveyserot vaikuttavat vääjäämättä yksilön mahdollisuuksiin ylläpitää terveyttään ja hyvinvointiaan. Potentiaalisen työvoiman terveyden edistäminen on ensiarvoisen tärkeää, kun maan työllisyysastetta halutaan lisätä. Työttömien terveyserojen haasteisiin on ainakin osin mahdollista vaikuttaa elintapaohjauksen kaltaisella palvelulla, sillä elintapaohjauksen tavoitteena on parantaa yksilön mahdollisuuksia edistää ja ylläpitää terveyttä edullisten tai täysin maksuttomien elintapamuutosten kautta.

2.2 Terveydenhuollon digitalisaatio

Sosiaali- ja terveydenhuollossa muutospainetta luo erityisesti väestön ikärakenteen muutos sekä siitä juontuva asiakasmäärien paisuminen ja julkisten resurssien riittämättömyys. Muutospaineen takia resurssien käyttöä on tehostettava ja palveluiden tuottavuuteen täytyy panostaa vaikuttavuus ja laatu huomioiden. (Virtanen ym. 2011, 8.) Terveydenhuolto Suomessa on jo hyvin laajasti digitalisoitu. Digitalisaatiolla tavoitellaan muun muassa terveydenhuollon kustannusten alentamista sekä hoitopalvelujen saatavuutta kaikkialla Suomessa. Tavoitteisiin on mahdollista päästä esimerkiksi terveydenhoidon virtualisoinnin ja tietoliikenneyhteyksiä laajasti hyödyntävän etähoitamisen keinoin. (Wirén ym. 2018, 14–15.)

Suomessa yhä useampi henkilö asioi terveydenhuollon palveluissa etänä. Ammattilaisten ja asiakkaiden välistä etäasiointia seurataan terveydenhuollossa Avohilmorekisterin tietojen avulla. Suomessa terveydenhuollon etäasiointi yleistyi eritoten Covid-19 pandemian aikana. Etäasioinnin osuus kaikista julkisen ja yksityisen terveydenhuollon asioinneista oli 30 prosenttia vuonna 2020, ja etäasioinnin määrä oli kasvanut tasaisesti jo ennen Covid-19 pandemiaa. Suomessa etäasiointia hyödynnetään kaikenikäisten terveydenhuollossa. Vuonna 2020 väestömäärään suhteutettuna Etelä-Savossa terveydenhuollon etäasiointeja toteutui Suomen maakunnista viidenneksi eniten. (THL 2020.)

Yksi terveydenhuollon digitalisaatiota vauhdittava tekijä on mobiiliteknologian valjastaminen terveydenhuollossa. Mobiiliteknologian käyttöä terveydenhuollossa on helpottanut entistä parempien verkkoyhteyksien saatavuus sekä älypuhelinteknologian kehittyminen. (Silva ym. 2015.) Mobiilimenetelmät ovat osa etähoitoa, jossa hyödynnetään dataa keräävää kannettavaa laiteta, kuten älypuhelinta, tablettia tai langatonta seurantalaitetta. Mobiilisovellukset ja erilaiset sensorit mahdollistavat mobiilimenetelmien hyödyntämisen terveydenhuollossa. Markkinoilla olevat mobiilisovellukset mahdollistavat reaaliaikaisen terveydenseurannan ja dataa on mahdollisuus

lähettää hoitavalle taholle verkon välityksellä. Erilaisten sensoreiden käyttö yhdessä mobiilisovellusten kanssa yleistyy kasvavalla vauhdilla. Uusia terveydenseurannan laitteita ja menetelmiä kehitetään myös jatkuvasti. (Weinstein ym. 2014, 183–185.)

2.3 Internetin käyttö Suomessa

Tilastokeskuksen vuoden 2020 väestön tieto- ja viestintätekniiikan käyttö - tutkimuksessa tarkasteltiin suomalaisten internetin käyttöä. Vuonna 2020 86 prosenttia 16–89-vuotiaista suomalaisista käytti internetiä useasti päivässä. Viime vuoteen verrattuna kasvua tapahtui kolme prosenttiyksikköä. Etenkin iäkkäämpi väestö on lisännyt päivittäistä netin käyttöä. Kaikkiaan 92 prosenttia suomalaisista käyttää internetiä. Yleisimmin internetiä käytetään viestintään, medioiden seuraamiseen, ostoksiin ja asioiden hoitamiseen. (Tilastokeskus 2020.) Internetin käytön lisääntyminen mahdollistaa digitaalisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarjoamisen entistä laajemmalle asiakas- ja potilaskunnalle. Suomessa potilaiden valmius ja luottamus sähköisten palvelujen käyttöön on korkea (Kivekäs ym. 2019). Kivekäs ja kumppanit (2019) tutkivat suomalaisten asenteita sähköisiä terveyspalveluja kohtaan. Tutkimus osoitti, että sähköisten palvelujen koetulla hyödyllisyydellä sekä helppokäyttöisyydellä on havaittavissa myönteinen yhteys ihmisten asenteisiin ja aikomuksiin käyttää sähköisiä palveluja. Palvelujen saatavuus koetaan sähköisten palvelujen hyödyksi. Sähköiset palvelut lisäävät ihmisten halukkuutta huolehtia omasta terveydestään ja ihmiset suomalaiset luottavat sähköisten palvelujen mahdollisuuksiin. Sähköiset palvelut myös muokkaavat asiakkaan roolia palvelujen vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi (Jauhiainen & Sihvo 2015, 211). On oleellista, että sähköisten palvelun hyödyntäminen on käyttäjille mielekästä, jotta ihmiset ohjautuvat käyttämään niitä (Kivekäs ym. 2019).

Luotettavalla hyvinvointitiedolla ja sähköisillä palveluilla on merkittävä rooli terveys- ja hyvinvointipalvelujen uudistamisessa. Palvelujen uudistamisen yhtenä tavoitteena on edistää palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja parantaa

kansalaisten mahdollisuuksia pitää huolta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan omatoimisesti sekä ammattilaisen tukemana. Helposti saavutettavissa oleva tieto ja palvelut tukevat elämänhallintaa, palvelutarpeen arviointia ja palvelujen oikea-aikaisuutta tehostuneen ohjautumisen kautta. Käyttäjien tulisi kokea verkkopalvelujen käyttö itselleen motivoivaksi ja hyödylliseksi. Kaikilla ihmisillä ei toisaalta ole samanlaisia mahdollisuuksia tai kiinnostusta hyödyntää tietotekniikkaa ja asioida sähköisesti. Esteiden tunnistaminen, madaltaminen tai poistaminen on ensiarvoisen tärkeää digitalisaation edetessä, jotta digisyrjäytymisen esiintyvyys ei lisääny kansalaisten keskuudessa. (Hyppönen & Ilmarinen 2019, 280.)

Digitaalisten ratkaisujen hyödyntämiseen voi liittyä asiakastyytyväisyyttä ja sitä kautta myös asiakaslähtöisyyttä haastavia tekijöitä. Tällaisia seikkoja voivat olla muun muassa asiakkaiden heikko valmius hyödyntää digitaalisia palveluja esimerkiksi puutteellisten taitojen tai välineiden vuoksi. Voidaan ajatella, että asiakkaan tyytyväisyys saamaansa palveluun saattaa heikentyä, mikäli hän kokee palvelun olevan liian vaikeasti saavutettavissa ja käytettävissä. Kokonaisuudessaan suomalaisilla on kuitenkin varsin hyvät valmiudet käyttää nettiä moneen eri tarkoitukseen (Kyytsönen ym. 2021, 29–30). Suomalaisista 79 prosenttia kohtaa kuitenkin sähköisen asiointin esteitä tai he muuten kokevat huolta sähköistä asiointia koskien (Kyytsönen ym. 2021, 39). Väestöstä 85 prosentilla on oman arvionsa mukaan hyvät taidot käyttää internettiä (Kyytsönen ym. 2021, 41–43). Palvelujen siirtyessä enenevissä määrin verkkoon on kuitenkin huomioitava, että etenkin yli 70-vuotiailla suomalaisilla luottamus omaan kykyyn käyttää internettiä on selvästi heikompaa kuin muulla väestöllä (Kyytsönen ym. 2021, 41–43.) Etelä-Savossa digitaalisia palveluja tarjoavan toimijan on syytä tunnistaa, että noin 25 prosenttia Etelä-Savossa asuvista kokee tarvitsevansa opastusta sosiaali- ja terveydenhuollon verkkopalveluiden käytössä (Kyytsönen ym. 2021, 43). Terveydenhuollon digitalisaation edetessä täytyy lisäksi panna merkille, että Suomessa asuinalueensa tietoliikenneyhteydet kokevat heikoksi 10 prosenttia väestöstä, ja eteläsavolaisista lähes 15 prosenttia kokee alueen tietoliikenneyhteyden heikoksi (Kyytsonen ym. 2021, 39–40).

3 Elintapaohjaus

Liikunta, terveellinen ravitsemus sekä laadukas ja riittävä uni kirjattiin Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen akatemian Painopiste preventioon 2017 konsensuslausuman keskeisimmiksi suosituksiksi. Ne tulee huomioida ja integroida osaksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sairauksien ennaltaehkäisyssä niin hoidossa kuin kuntoutuksessakin. Sosiaali- ja terveydenhuollossa painopistettä tulisi siirtää hoidollisesta lähestymistavasta kohti hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä sairauksien ehkäisyyn. (Lääkäriseura Duodecim 2017.)

Erilaisten sairauksien muodostumista pyritään hallitsemaan erilaisten preventiomenetelmien kautta. Primaaripreventio tarkoittaa sairauksien ensisijaista ehkäisyä ja sillä pyritään vähentämään alttiutta sairastua tautiin estämällä käyttäytymiseen tai ympäristöön liittyvien, terveydelle haitallisten tekijöiden vaikutukset muun muassa lainsäädännön ja tiedottamisen keinoin. Sekundaaripreventiolla pyritään ehkäisemään sairauden etenemistä tai pahenemista poistamalla riskitekijä tai pienentämällä sen vaikutusta esimerkiksi elintapamuutoksia toteuttamalla. Tertiäriprevention tarkoitus on hoidollisin keinoin estää sairauden tai sen aiheuttamien haittojen paheneminen. Sairauksien uusimisen ehkäisyssä voidaan tavallisesti käyttää kaikkia primaari- ja sekundaariprevention keinoja. (Lääkäriseura Duodecim 2017, 8–9.) Elintapaohjaus on keino hoitaa ja ehkäistä elintapasairauksia, ja se on ensisijainen hoitomuoto esimerkiksi lihavuuden hoidossa (Lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2021). Elintapaohjaus on henkilökohtaista, prosessimaista neuvontaa, jolla pyritään tukemaan terveellisiä elintapoja. Sen keskiössä ovat muun muassa fyysisen aktiivisuuden lisääminen, ravitsemuksen laadun parantaminen sekä unen lääkkeetön hoito. Asiakkaalle laaditaan elintapaohjauksessa henkilökohtainen suunnitelma, jonka toteutumista tuetaan ohjauksessa. (Essote 2019.)

3.1 Elintapaohjaus kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidossa

Kansantaudeiksi luetaan sairaudet, joilla on suuri merkitys koko väestön terveydentilalle, eli kansanterveydelle. Kansantautien ilmaantuvuus väestön keskuudessa on suurta, ja ne ovat yleisiä kuolleisuuden aiheuttajia. Niillä on myös merkittävä vaikutus kansantalouteen, sillä ne heikentävät työkykyä ja kuormittavat terveydenhuollon palveluita. Suomessa kroonisiksi eli pysyviksi tai pitkäaikaisesti kansantaudeiksi luetaan yleisesti sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergiat, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet ja mielenterveyden ongelmat. Kansantaudeille altistavat monet epäterveellisiin elintapoihin liittyvät tekijät, kuten epäterveellinen ruokavalio, tupakointi, vähäinen liikunta, runsas alkoholinkäyttö ja lihavuus. Monet kansantaudit jakavat suoja- ja riskitekijöitä. Liikunta yhdessä terveiden elintapojen kanssa suojaavat lähes kaikkien kansantautien riskeiltä. (THL 2019.)

Painopiste pitkäaikaissairauksien kuten sydän- ja verisuonisairauksien, diabeteksen, astman hoidossa on muuttunut asiakaslähtöiseksi omahoidon tukemiseksi. Omahoidon tukemisen on havaittu olevan tehokasta edellä mainittujen pitkäaikaissairauksien kohdalla. Omahoito on asiakaslähtöinen toimintatapa, jossa asiakas osallistuu aktiivisesti hoitonsa ja elintapamuutostensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Asiakkaan oman arjen asiantuntijuus, räätälöidyt hoitoratkaisut ja potilaan omien hoitopäätösten hyväksyminen korostuvat omahoidossa. Omahoidon tukemisen tavoitteena on pitkäaikaissairauden tehokas omatoiminen hoitaminen, erilaisten riskitekijöiden vähentäminen ja elämänlaadun paraneminen. Myös yhtenä omahoidon tavoitteena on terveydenhuollon niukkenevien resurssien tarkoituksenmukainen käyttö. (Sihvo ym. 2014, 80.)

Tutkimusnäyttö osoittaa vahvan yhteyden elintapojen ja kansansairauksien sekä niiden riskitekijöiden välillä. Elintavoilla on selvä yhteys kokonaiskuolleisuuteen: tupakointi, vähäinen liikunta, runsas alkoholinkäyttö ja epäterveellinen ravitsemus lisäävät verenkiertoelimistön sekä sydän- ja

syöpäsairauksien riskiä. Nämä tekijät yhdessä kohottavat ennenaikaisen kuoleman riskin nelinkertaiseksi ja vähentävät elinikää keskimäärin 14 vuotta terveet elintavat omaaviin verrattuna. (Khaw ym. 2008.) Elämäntapamuutos tarkoittaa käyttäytymisen muutosta, joka sisältää uuden omaksumista ja vanhoista tavoista poisoppimista. Elämäntapamuutoksella voidaan saavuttaa hyötyä sairastumisvaarassa oleville sekä jo sairastuneille. (Absetz & Hankonen 2011, 2265.) Elintapaohjaus on tutkitusti tehokas keino vaikuttaa ihmisten riskiin sairastua elintapasairauksiin (esim. Lindström ym. 2006; Keyserling ym. 2014; Laitinen ym. 2020).

Tyypin 2 diabetes on yksi nopeimmin yleistyviä sairauksia Suomessa ja maailmassa, jota voidaan ehkäistä sekä hoitaa terveellisillä elintavoilla. Diabetes on sairaus, jossa veren glukoosipitoisuus on suurentunut pitkäaikaisesti. Suomessa arviolta 75 prosenttia diabeetikoista sairastaa tyypin 2 diabetesta (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus, 2020.) Vuonna 2017 arvioitiin maailmassa olevan 462 miljoonaa tyypin 2 diabetesta sairastavaa ihmistä (Khan ym. 2020). On ennustettu, että vuoteen 2040 mennessä maailmanlaajuisesti 10,4 % maailman 20–79-vuotiaasta väestöstä sairastaa tyypin 2 diabetesta. Sairauden ilmaantuvuuden kasvulla on merkittäviä sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia. (Ogurtsova ym. 2017.) Ylipaino on merkittävin tyypin 2 diabeteksen riskitekijä (Tyypin 2 diabetes: Käypä hoito -suositus, 2020). Lihavuuden ensisijainen hoitomuoto aikuisilla on suunnitelmallinen, usealla tapaamiskerralla toteutettava elintapaohjaus, joka keskittyy ohjattavan ruokailutottumuksiin, liikuntaan, uneen, päihteisiin, psyykkiseen hyvinvointiin ja voimavaroihin. Hyvin toteutetulla elintapahoidolla pystytään vähentämään ylipainoa ja lihavuutta sekä näihin liittyviä sairauksien riskitekijöitä, ja hoidon tehossa ole ilmennyt merkittäviä eroja yksilö- ja ryhmäohjauksen välillä (Lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2021.) Elintapaohjaus on varteenotettava keino ehkäistä sairauden puhkeamista ihmisillä, joilla on kohonnut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen (esim. Lindström ym. 2006) ja elintapahoito on diabeteksen ensisijainen hoitomuoto, joka ehkäisee tehokkaasti diabeteksen lisäsairauksien kehittymistä (Tyypin 2 diabeteksen hoito: Käypä hoito -suositus, 2021).

3.2 Digitaaliset menetelmät elintapaohjauksessa

Terveydenhuollon digitalisaatio sekä mobiiliterveyslaitteet ovat tuoneet uudenlaisia mahdollisuuksia omatoimiseen terveydenseurantaan sekä terveyden- ja sosiaalihuollon ohjaustyöhön. Essoten alueen elintapaohjauksessa hyödynnetään monipuolisesti erilaisia digitaalisia menetelmiä, joilla pyritään tukemaan asiakasta tekemään ja vakiinnuttamaan terveyden kannalta myönteisiä elintapamuutoksia. Esimerkiksi ohjauskeskusteluja toteutetaan elintapaohjauksessa puhelin- ja videoyhteydellä, joka lisää yhteydenpidon joustavuutta. Elintapaohjauksen asiakkaille tarjotaan muun muassa terveyden ja fyysisen aktiivisuuden edistämiseen suunnattuja älylaitesovelluksia sekä urheilukelloja lainalaitteina. Essoten Youtube-tilille on lisätty elintapaohjauksen asiakkaille suunnattua sisältöä, jolla pyritään antamaan tietoa elintapamuutosten tueksi. Muita digitaalisia menetelmiä elintapaohjauksessa ovat erilaiset verkkopohjaiset ohjelmat, kuten Terveyskylän painonhallintatalo (Terveyskylä N. d) sekä Satakunnan Sydänpiiri ry:n kehittämä ja ylläpitämä Verkkopuntari-ohjelma (Verkkopuntari N. d), jonka käyttöä testataan Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeen elintapaohjauksessa vuoden 2022 aikana. Hanke myös pilotoi vuoden 2022 aikana elintapaohjauksen asiakkaille suunnattuja etäliikuntatuokioita, joissa asiakkaiden on mahdollista osallistua ohjattuun liikuntaan etäyhteydellä.

Terveydenhuollon digitalisaatio on herättänyt kiinnostusta digitaalisten menetelmien tutkimiseen sairauksien ennaltaehkäisyssä. Azar kumppaneineen (2015) selvittivät tutkimuksessaan, ovatko videoyhteyden äärelle kokoontuvat painonhallintaryhmät tehokas menetelmä tukea osallistujien painonpudotusta. Tutkimuksessa havaittiin, että 12 viikon ajan viikoittain kokoontuneisiin pienryhmiin osallistuneet onnistuivat pudottamaan painoa merkittävän määrän. Verkossa ohjattavien palautteen ja tukijoiden havaintojen perusteella pystyttiin nimeämään verkko-ohjauksen eduiksi vähentyneen matkustusajan ja pienemmät matkakustannukset. Myös tehokkaampi ajankäyttö ja pienentyneet ansionmenetykset sekä lastenhoitokustannukset luettiin etäryhmän eduksi. (Azar ym. 2015.) Tutkimuksessa mainitut etäohjauksen edut voivat korostua

eritoten pienituloisilla osallistujilla, joille matkakustannukset saattavat olla kynnykskysymys tämän tyyppiseen valmennukseen osallistumiselle.

Suomessa Jaana Laitinen kumppaneineen (2010) tutkivat, onko elintapaohjausta ryhmämuotoista mahdollista toteuttaa etäyhteydellä. Tutkimuksessa tarkasteltiin, miten tehokasta videoyhteydellä toteutettava ryhmämuotoinen elintapaohjaus on verrattuna perinteiseen ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen, jossa ryhmäläiset kokoontuvat ohjaajan kanssa samaan paikkaan. Elintapaohjaukseen osallistuneet ryhmäläiset kokoontuivat asuinseutunsa terveydenhuollon yksikköön, ja työntekijä liittyi ryhmään videoyhteydellä. Ohjaustapahtumissa hyödynnettiin erilaisia osallistamismenetelmiä, kuten pelejä, keskusteluja ja valokuvia. (Laitinen ym. 2010.) Etänä kokoontuvat kokivat ryhmältä saadun sosiaalisen tuen olleen jopa vahvempaa verrattuna perinteiseen ryhmään. Tarkkaa syytä tälle ei pystytty nimeämään. Koetun tuen määrä saattoi olla korkeampi etänä kokoontuvan ryhmän jäsenillä sen vuoksi, että etätoteutuksessa ryhmän ohjaaja antoi enemmän tilaa yhteiselle keskustelulle. (Laitinen ym. 2010, 506, 509.) Asiakaslähtöisyyden voidaankin ajatella toteutuvan paremmin palvelussa, jossa asiakkaat itse pääsevät itsenäisesti refleктоimaan tilannettaan. Tällöin tuetaan asiakkaiden ja työntekijän yhdenvertaisuutta sekä asiakkaille annetaan mahdollisuus toimia oman hyvinvointinsa asiantuntijana, joita pidetään osana asiakaslähtöistä toimintaa (Virtanen ym. 2011, 18–19).

Marion Cliffe & kumppanit (2020) tutkivat, millaisia kokemuksia painonhallintaryhmään verkkoyhteydellä osallistuneilla oli heidän saamastaan palvelusta. Tutkimukseen osallistui 13 merkittävän lihavuuden kriteerit (BMI \geq 30) täyttävää henkilöä (Cliffe ym. 2020, 67–68). Videoyhteydellä toteutettuun painonhallintaryhmään osallistuneet kertoivat saaneensa ryhmältä vertaistukea, vaikka ryhmä ei kokoontunut fyysisesti samassa tilassa (Cliffe ym. 2020, 71–72). Sosiaalisen tuen kokeminen on elintapamuutoksiin tähtäävän toiminnan näkökulmasta merkityksellistä, sillä sen on osoitettu olevan yhteydessä painonhallinnan kanssa (esim. Elfhag & Rössner 2005; Anderson ym. 2007, 308–309; Tawalbeh ym. 2015; Karfopoulou ym. 2016). Clifften & kumppaneiden

(2020, 70) tutkimuksessa todetaan, että ryhmään liittyminen videoyhteydellä voi olla joillekin mielekkäämpi vaihtoehto johtuen sosiaalisesta jännittämisestä ryhmätilanteissa. Elintapamuutoksiin tähtäävässä toiminnassa videoyhteyden äärelle kokoontuminen voi olla osallistujille mielekästä, sillä etänä ryhmän liittyminen voidaan kokea perinteiseen toteutusmuotoon verrattuna vaivattomampana ja vähemmän uhkaavana. (Cliffe 2020 ym. 70.)

Videotapaamisten eduksi lueteltiin myös, että niihin liittyminen ei vaadi matkustelu palveluntarjoajan tiloihin, joka lisää palvelun saatavuutta etenkin harvaan asutuilla alueilla. (Cliffe ym. 2020, 71–72.) Cliffen & kumppaneiden (2020) tutkimus osoitti, että videoyhteyden äärelle kokoontuminen ryhmämuotoista toimintaa varten voi olla elintapamuutoksia tavoitteleville erittäin varteenotettava tapa saada tarvitsemaansa tietoa ja tukea elintapamuutoksien tekemiseksi. Osa asiakkaista voi kokea helpompana liittyä ryhmään ja tutustua muihin ihmisiin turvallisessa kotiympäristössä.

Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta onkin tärkeää tarjota ihmisille heidän tarpeitaan palvelevia ratkaisuja, jotka huomioivat asiakkaiden vahvuudet ja rajoitteet (Virtanen ym. 2011, 18–19).

Nevanperä & kumppanit (2015) tutkivat, kuinka tehokasta videoyhteydellä toteutettu ryhmämuotoinen ravitsemusneuvonta on muuttamaan ihmisten syömiskäyttäytymistä verrattuna perinteiseen ryhmämuotoiseen ohjaukseen. Ryhmissä opeteltiin keinoja vähentää tunneperäistä sekä hallitsematonta syömistä ravitsemusneuvonnassa yleisesti hyödynnetyn konstruktivistisen oppimisenäkemyksen kautta. Toiminnassa hyödynnettiin jonkin verran myös muita oppimismenetelmiä. Videoyhteyttä hyödyntävissä ryhmissä osallistujat kokoontuivat fyysisesti samaan tilaan ja ohjaaja liittyi ryhmiin etänä.

Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että videoyhteydellä toteuttava ohjaus on varteenotettava keino parantaa ihmisten syömistottumuksia, ja erityisesti syrjäseuduilla asuvat voivat hyötyä tällaisesta palvelusta. (Nevanperä ym. 2015.)

Tsan-Hon Liou & kumppanit (2006) tutkivat, miten tehokas verkkopohjainen ryhmämuotoinen painonhallintaohjelma on vaikuttamaan ohjattavien

terveysindikaattoreihin, kuten vyötärönympärykseen, kehonpainoon sekä aineenvaihdunnallisiin muuttujiin. Ohjauskeskusteluja ja verkkoyhteydellä ohjattua liikunnanohjausta sisältäneen painonhallintaohjelman päätyttyä ryhmäläisiltä myös kerättiin palautetta, jossa selvitettiin heidän kokemuksiaan palvelusta. Painonhallintaryhmään osallistuneet olivat tyytyväisiä verkkopohjaiseen toimintaan, ja kokivat ohjelman auttaneen heitä painonpudotuksessa. Vastanneista kuitenkin valtaosa koki, että videoyhteydellä ohjattua liikuntaa tulisi kehittää. Tutkijat toteavat, että verkkopohjaisiin ratkaisuihin liittyy osallistujille lukuisia hyötyjä, joista esimerkkeinä ovat vähentynyt häpeän tunne perinteiseen ohjaukseen verrattuna sekä matkustamisen tarpeen poistuminen. Etenkin lapset ja nuoret voivat nauttia etäyhteydellä toimimiseen liittyvästä anonymiteetistä sekä osallistumisen helpoudesta. Tutkimuksessa mainitaan myös, että heikosti toimiva verkkoyhteys voi heikentää kuvan ja äänen laatua kokouksissa, joka voi haitata etenkin etänä ohjattua liikuntaa. (Liou ym. 2006.)

Carels & kumppanien (2021) tutkimuksessa tarkasteltiin, kuinka tehokasta itsemyötätuntotaitojen opettelu on käyttäytymisen muuttamiseen tähtäävässä painonhallintaohjelmassa. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt suorittivat verkossa 12 viikon mittaisen painonhallintaohjelman, jossa osallistujat kokoontuivat säännöllisesti videoyhteydellä pienryhmissä. Tutkimuksessa vertailtiin kahta ryhmää. Toinen ryhmistä suoritti perinteisen käyttäytymisen muuttamiseen tähtäävän painonhallintaohjelman, ja ryhmistä toinen suoritti saman ohjelman, johon oli sisällytetty itsemyötätunnon harjoittelua. Molempiin painonhallintaohjelmiin osallistuneet onnistuivat alentamaan kehon painoaan, vähentämään kalorien saantia ruoasta ja huonoja syömistapoja sekä lisäämään fyysistä aktiivisuuttaan. Myös kaikki ohjelman suorittaneet kokivat hoidon päätyttyä vahvempaa itsemyötätuntoa lähtötasoon verrattuna.

Painonhallintaryhmiin osallistuneista 70,5 % vastasi 12 viikon jakson päätyttyä kyselyyn, jossa kartoitettiin heidän kokemuksiaan saamastaan palveluista. Verkkopohjaisen ohjelman käytöllä oli lukuisia positiivisia tekijöitä, sillä valtaosa vastaajista muun muassa koki, että ohjelma oli yhtä tehokas kuin perinteinen painonhallintaohjelma, ja se myös mahdollisti muihin osallistujien kanssa

verkostoitumisen. Vastaajista kolme koki verkkoyhteydellä järjestettävään ohjaukseen osallistumisen soveltuneen heille hyvin maaseudulla asumisen vuoksi. (Carels ym. 2021.) Carelsin & kumppanien (2021) tutkimus on näyttöä siitä, että elintapamuutoksien saavuttamiseen tähtäävässä ryhmämuotoisessa toiminnassa video- ja verkkoyhteyden välityksellä toteutettava ohjaus voi olla osallistujille mieluisa tapa osallistua toimintaan, ja että etämenetelmien hyödyntäminen voi palvella osallistujien tarpeita eri tavoin.

3.3 Ryhmämuotoinen elintapaohjaus

Yhteisö, johon yksilö on liittynyt sisältää yleensä elintapamuutoksia tukevia rakenteita. Ilman yhteisöä sekä sellaisesta saatavaa tukea tahto sitoutua elintapamuutokseen yleensä hiipuu. (Mönkkönen 2018, 135.)

Ryhmäohjaukseen siirtymisen tärkeys on tunnustettu terveydenhuollossa etenkin elintapaohjauksen osalta (Vänskä ym. 2011, 83). Ryhmämuotoisella ohjauksella voi olla lukuisia hyötyjä yksilöohjaukseen verrattuna (Vänskä ym. 2011, 83) ja ryhmätoteutuksella saavutetaan toisinaan parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella (Kyngäs ym. 2007, 104). Ryhmämuotoinen ohjaus on kustannustehokkaampi vaihtoehto osallistujakohtaisen kustannuksen ollessa ryhmätoteutuksessa yksilötoteutusta pienempi. Myös ryhmältä saatu tuki voi edistää toimintaan sitoutumista ja muutoksen toteutumista. (Kyngäs ym. 2007, 104; Laitinen ym. 2010; Vänskä ym. 2011, 83.) Painonpudotukseen tähtäävässä ohjauksessa ryhmämuotoinen toteutus voi olla vähintään yhtä tehokasta kuin yksilöohjaus (Jovanović ym. 2009).

Ryhmämuotoiseen toimintaan sisältyen etujen lisäksi on syytä huomioida myös siihen liittyvät haasteet. Ryhmän ohjaaminen vaatii erityistä ammattitaitoa ja ryhmäprosessin tuntemusta. Erilaisten ryhmien kohdalla ohjaajan taitovaatimukset vaihtelevat ainakin jossain määrin. (Vänskä 2011, 83.)

Ryhmämuotoisen toiminnan alkaessa on syytä tutustuttaa ryhmäläiset toisiinsa ja toistensa taustaan, sillä toisten ryhmäläisten tunteminen edistää ryhmän turvallisuuden tunnetta ja luottamusta sekä ryhmän jäseniin että ohjaajaan (Kyngäs ym. 2007, 106). Ryhmän toiminnan ja ohjauksen näkökulmasta on

tunnistettava ryhmäkoon vaikutus toimintaan. Ryhmän koko vaikuttaa ryhmän toimintaan sekä ryhmädynamiikkaan (Kyngäs ym. 2007, 105.) Sopiva määrä osallistujia varmistaa osaltaan sen, että käsiteltäviin asioihin saadaan useita näkökulmia ja kaikilla on mahdollisuus tulla kuulluksi. Sopivan kokoinen ryhmä on myös mahdollista jakaa pienryhmiin. (Vänskä ym. 2011, 83–84.)

Jotta ryhmä toimisi ohjauksessa yksilölle voimavarana, tulee yksilön tiedostaa ryhmän yhteinen tavoite ja kokea kuuluvansa ryhmään. Yhteinen tietoisuus tavoitteista ja tehtävässä ovat ryhmämuotoisessa toiminnassa tärkeitä. Yhteinen tavoite tai tehtävä lisää ryhmän jäsenten tunnetta siitä, että he kuuluvat ryhmään ja haluavat sitoutua toimimaan siinä. Ryhmän tavoitteiden, tehtävän ja rajojen tunnistaminen lisää turvallisuuden tunnetta ryhmässä. Selkeät rajat ja hyväksyttävien normien noudattaminen tukeva lisäksi ryhmän luovuutta ja vahvistavat vuorovaikutusta. (Kyngäs ym. 2007, 105.) Yksi toimivan ryhmän edellytyksistä on myös riittävän tiheät ja tiiviit tapaamiset (Kyngäs ym. 2007, 106).

3.3.1 Digitaaliset menetelmät ryhmäohjauksessa

Verkossa kokoontuvat pienryhmät voivat olla tehokas keino tarjota terveyden edistämiseen tähtäviä palveluja, sillä ne tarjoavat mahdollisuuden kasvokkaiselle vuorovaikutukselle ja vähentävät fyysisesti samaan tilaan kokoontuviin ryhmiin liittyviä esteitä. (Azar ym. 2015.) Käsitteemme ryhmäohjauksesta pohjautuu valtaosin tietoon, jota on saatu paikan päällä kokoontuvien ryhmien ohjaamisesta. Etäyhteyksien hyödyntäminen on kuitenkin lisääntynyt ohjaustyössä etenkin mielenterveyshäiriöiden hoidossa. (Kozlowski & Holmes 2014, 276.)

Terveydenhuollon etämenetelmiin liittyvä tutkimustyö on vielä alkuvaiheissa, mutta aihepiirin tutkiminen on lisääntymässä. Teknologian ja tietoliikenneverkon kehitys mahdollistaa parempien terveydenhuollon palvelujen tuottamisen ja edistää palvelujen saatavuutta. Etähoito voi lisätä mahdollisuuksia saada ennakoivia terveystalvija ja edistää ihmisten terveyttä pitkällä aikavälillä

etenkin niiden henkilöiden kohdalla, joiden hoitoon pääsyä hankaloittavat taloudelliset tai maantieteelliset tekijät. Digitaaliset ratkaisut voivat lisäksi tehostaa terveydenhuollon toimintoja ja helpottaa potilaiden itsenäistä terveydenseurainta. (Haleem ym. 2021, 1–2.)

Digitaaliset ohjausmenetelmät tuovat uusia mahdollisuuksia elintapaohjauksen ryhmien ohjaamiseen ja mahdollistavat lisäksi perinteisten menetelmien hyödyntämisen verkkoympäristössä. Videoyhteyden välityksellä tapaaminen mahdollistaa osallistujien spontaanien reaktioiden havainnoinnin (Tuttas 2014, 123). Tallentamalla videoyhteydellä toteutuneen tapaamisen, voi tapahtumaa katsoa jälkikäteen, jos ryhmän jäsen ei päässyt osallistumaan tapaamiseen. Myös ohjaaja voi tarkastella ryhmän toimintaa ja ohjaustapahtuman kulkua oppimistarkoituksessa tallenteelta. (Tuttas 2014, 123.) Ohjauksen materiaalit on mahdollista lähettää ryhmään osallistujille ennen ryhmän kokoontumista ennakkoon tutustumista varten (Cliffe ym. 2020).

3.3.2 Videoyhteydellä kokoontumisen erityispiirteitä

Videoyhteyksiä hyödyntävässä ohjauksessa tulee huolehtia riittävän laadukkaasta toteutuksesta, sillä tyytymättömyys palveluun tai hoitoon voi heikentää asiakkaan sitoutumista hoitoon (Kyngäs & Hentinen 2009, 31). Etäratkaisuissa teknologian helppokäyttöisyyden merkitys korostuu (Salminen & Hiekkala 2019, 289). Toiminnassa on huolehdittava, että verkkoyhteys on riittävän vakaa laadukkaan videon ja äänen lähettämiseen, jotta lähetykseen ei tulisi katkoksia. Langallinen verkko on toimintavarmuudeltaan parempi verrattuna langattomaan verkkoon tai mobiiliverkkoyhteyteen. Automaattisesti mukautuva videon ja äänen laatu edistää yhteyden sujuvaa toimintaa. Hyvin valaistu huone ja oikein kohdistettu valaistus vaikuttavat merkittäväällä tavalla videokuvan laatuun. Videokuvan laadun kannalta on syytä välttää tilanteita, joissa valon lähde on kuvattavan kohteen takana. Pimeässä huoneessa kuvatessa web-kamera saattaa pyrkiä parantamaan videon laatua, joka kuormittaa verkkoyhteyttä ja voi vaikuttaa videon laatuun heikentävästi. (Hong ym., 2017, 38.) Laitteiden sijoittelussa tulee huomioida käytön helppous,

yksityisyyden säilymisen varmistaminen sekä häiriötekijöiden minimoiminen. On suositeltavaa, että kamera sijaitsee silmien korkeudella katsekontaktin mahdollistumiseksi. Oikeanlainen akustiikka ja riittävän suuri näyttö helpottavat työskentelyä ja parantavat lähetyksen laatua. (Similä ym. 2014, 108–109.)

Ryhmän ohjaajan on tärkeää etukäteen perehtyä ryhmätoiminnan ohjaamiseen videovälitteisesti. Turvallinen ilmapiirin luominen on yksi ryhmän ohjaajan merkittävimmistä vastuista. (Similä ym. 2014, 108.) Ryhmäläisten kanssa tulee sopia muun muassa ryhmätilaisuuksien taltioimisesta ja salassa pitoa koskevat säännöt (Chang ym. 2016, 155; Cliffe ym. 2021, 68). Ohjaajan on syytä kertoa osallistujille, että muita ryhmäläisiä eivät lähtökohtaisesti velvoita yhtä laajat salassapitomääräykset (Chang ym. 2016, 155). Ryhmäläisiltä voidaan toisaalta joissain tapauksissa vaatia kirjallinen suostumus salassapitoon (Cliffe ym. 2021, 68). Etänä osallistuvilta voidaan myös edellyttää pääsyä rauhalliseen tilaan, josta ryhmiin voi osallistua häiriöttä. (Cliffe ym. 2021, 68). Ohjaajan tulee tarvittaessa jakaa puheenvuoroja, jotta jokaisella ryhmäläisellä mahdollisuus osallistua keskusteluun mukaan. Ryhmän toimintaa suunniteltaessa täytyy huomioida, että osallistujat osallistuvat mahdollisesti fyysisesti eri paikoissa. (Similä ym. 2014, 108–109.)

Verkkoyhteyttä hyödyntävässä ohjaustyössä on syytä tarjota osallistujille mahdollisuus testata yhteyden ja laitteiden toimivuutta ennen kuin ohjaus käynnistyy, jotta voidaan varmistaa yhteyden toimivuus ja ratkoa mahdolliset ongelmatilanteet ennakkoon (Tuttas 2015, 127–128; Cliffe ym. 2021, 73.) Odottamattomiin tilanteisiin, kuten esimerkiksi teknisiin ongelmiin, täytyy varautua etukäteen, sillä niiltä ei voida täysin välttyä. Tukea näiden ongelmien ratkaisemiseksi tulee tarpeen mukaan olla saatavilla. (Similä ym. 2014, 108–109.)

Videoyhteydellä toteutetussa ohjauksessa keskustelun rytmi poikkeaa ainakin jossain määrin tavanomaisesta keskustelusta. Ilomäki & kumppanit (2021) havaitsivat tutkimuksessaan, että videoyhteydellä kokoontuvassa elintapaohjausryhmässä keskusteluun osallistumista ryhmäläisten osalta voi vähentää viive äänessä ja videokuvassa. Tutkimuksessa todetaan viiveen muun

muassa vaikuttavan vuorovaikutuksen rytmiin sekä hankaloittavan puheenvuoron ottamista. Ryhmäläisten kynnys osallistua keskusteluun voi kasvaa, mikäli puheenvuoron ottaminen tuntuu vaikealta tai epävarmalta. Ohjaaja voikin helpottaa vuorovaikutuksen rytmittämistä jakamalla puheenvuoroja osoittamalla täten, että hän on odottaa osallistujien kannanottoa keskustelun aiheena olevaan asiaan. Tutkimuksessa todetaan, että puheenvuoroja jakamalla voidaan lisätä osallistumista keskusteluun, jolloin ryhmämuotoisen toiminnan hyödyt, kuten ryhmältä saatu sosiaalinen tuki, voidaan paremmin saavuttaa (Ilomäki ym. 2021, 2331–2337.) Ilomäen & kumppaneiden (2021) tutkimuksen tulokset ovat merkittäviä myös elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyden näkökulmasta, sillä toiminnan vastavuoroisuus ja asiakkaan elämän tilanteen ymmärtäminen voivat heikentyä, mikäli ohjattava osallistuu keskusteluun vähemmän vuorovaikutuksen ollessa epävarmaa etäyhteyden viiveen takia.

4 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisyyden täsmällinen määrittely on haastavaa. Siitä huolimatta useat eri organisaatiot listaavat sen toimintansa arvoperustaksi. Kansalliset ja alueelliset strategiat, ohjelmat ja uudistukset pohjaavat kehittämistyötään asiakslähtöisyyteen, mutta asiakas- ja ihmislähtöisyyden käytännön tarkoituksesta harvoin keskustellaan. Asiakslähtöisyyteen liittyviä lähikäsitteitä ovat esimerkiksi asiakaskeskeisyys, potilaskeskeisyys, perhekeskeisyys, ihmislähtöisyys ja -keskeisyys sekä käyttäjälähtöisyys ja -keskeisyys. Asiakkaasta käytetään sosiaali- ja terveydenhuollossa montaa eri nimitystä, kuten asiakas, potilas, käyttäjä, yksilö, kuluttajat, henkilö, ihminen tai perhe. (Koivunen 2017.)

Suomessa asiakslähtöisyys nousi sosiaali- ja terveysalan keskeiseksi valtakunnalliseksi linjaukseksi 1990-luvulla. 2000-luvulla maassa asiakslähtöistä kehittämistä vauhditti sosiaali- ja terveysalan muutospaineet, kun pirstaleiseksi ja siilomaiseksi luonnehdittua järjestelmää uudistettiin. Tällöin ajateltiin, että resurssien käyttöä oli uudistettava ja palveluiden tuottavuuteen oli panostettava vaikutettavuus ja laatu huomioiden. 2010-luvulla tilanne sosiaali- ja terveyshuollossa oli asiakslähtöisen kehittämisen näkökulmasta parantunut. Tällöin asiakkaan asemaa sosiaali- ja terveyshuollon palveluissa vahvistettiin lainsäädännön keinoin. Esimerkkeinä tästä ovat palvelusetelilaki sekä terveydenhuoltolain säätämä hoitotakuu. (Koivunen 2017.)

Sosiaali- ja terveysalan toiminnassa asiakkaan merkitys on tunnustettu ja teoretisoitu laajasti, mutta asiakslähtöisyyttä luodaan ja määritellään herkästi palveluita tuottavan organisaation tarpeista ja intresseistä käsin. Organisaation näkökulmasta kehittäminen liittyy järjestelmiin, malleihin ja systeemeihin, kun asiakkaan näkökulmasta kyse on palvelun vastaamisesta hänen yksilölliseen tarpeeseensa ja kokemuksista, jotka liittyvät hänen saamaansa palveluun. (Virtanen ym. 2011, 11.) Asiakslähtöisyys pohjautuu asiakkaan itsensä määrittelemiin tarpeisiin ja sen peruseriaatteena on nähdä asiakas oman hyvinvointinsa asiantuntijana, jota tulee kuulla ja hyödyntää palvelujen

toteuttamisen ja kehittämisen aikana (Korhonen & Virtanen 2015, 237–238). Asiakslähtöisessä toiminnassa asiakkaan ja ammattilaisen välille muodostuu aitoa, tasa-arvoista, molemmin suuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua. Toiminnan tulee vastata ensi sijassa ihmisten, asiakkaiden ja potilaiden tarpeita heidän omasta näkökulmastaan, eikä toiminnan suunnittelu pohjautu ainoastaan ammattilaisten tai organisaation tarpeisiin. (Kuntaliitto 1999, 11–12, Virtanen ym. 2011, 19.)

Julkisissa terveystalveissa asiakaskokemus eroaa yritysmaailman asiakkuudesta, jossa asiakas on yrityksen tärkein resurssi ja arvontuottaja. Yritysten on pakko tarkastella asioita asiakkaan kannalta, sillä yritykset kilpailevat maksavista asiakkaista. Myös julkisissa terveystalveissa tulisi tähdätä tuottamaan asiakkaalle arvoa eli terveyttä. (Koivuniemi & Simonen 2011, 52, 78–80.) Asiakslähtöisyyden haasteena sosiaali- ja terveydenhuollossa on ihmisten erilaisuus ja siitä kumpuavat erilaiset tarpeet. (Kuntaliitto 1999, 12).

Käyttäjälähtöisyyteen viitataan sosiaali- ja terveydenhuollossa tavallisimmin silloin kun puhutaan hyvinvointiteknologiasta, digitalisaatiosta ja sähköisten palvelujen kehittämisestä. Se yleensä rinnastetaan asiakslähtöisyyteen, vaikka käyttäjän katsotaan käsitteenä olevan laajempi, kun asiakas.

Käyttäjälähtöisyydessä halutaan tuotteen tai palvelun vastaavan asiakkaan todellisia tarpeita ja mielikuvia sen hyödyistä. (Koivunen 2017.)

Käyttäjälähtöisyyden voidaan katsoa olevan osa asiakslähtöisyyttä, sillä digitaalisten palvelujen tulee olla käyttäjille soveltuvia ja palvella käyttäjien tarpeita (Jauhiainen & Sihvo, 2015).

Virtanen kumppaneineen (2011, 18–19) ovat kiteyttäneet asiakslähtöisyyden peruseriaatteet sosiaali- ja terveyssektorilla neljään keskeiseen ulottuvuuteen:

1. Asiakslähtöisyys on toiminnan arvoperusta, joka perustuu ihmisarvoisuudelle.

2. Asiakslähtöisessä toiminnassa toiminta organisoidaan asiakkaan, ei pelkästään palvelutuottajan, tarpeista käsin, mikä edellyttää organisoijalta asiakasymmärrystä.
3. Asiakas nähdään palveluihin osallistuvana aktiivisena toimijana, ei passiivisena palveluiden kohteena.
4. Asiakkaan oman elämän asiantuntemus tekee hänestä palveluprosessissa työntekijän kanssa yhdenvertaisen toimijan ja tasavertaisen kumppanin.

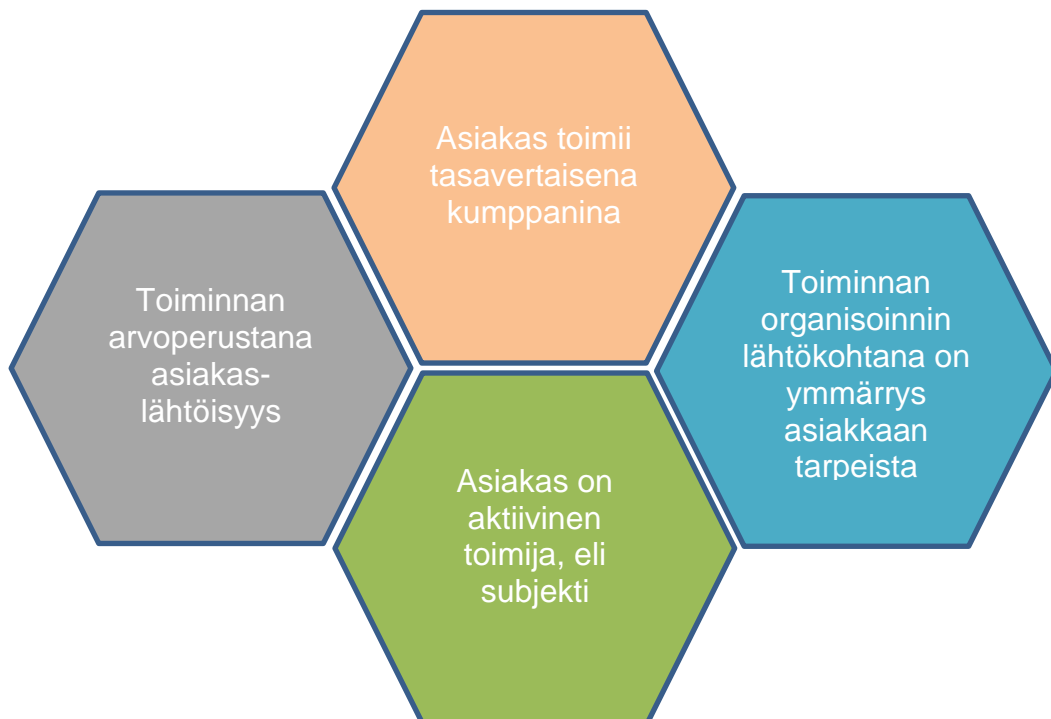
Asiakslähtöisessä toiminnassa asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä hyvinvointivajeesta riippumatta. Asiakslähtöisen palvelutoiminnan tulisi käynnistyä myös asiakkaan esittämistä asioista ja kysymyksistä ja olla samalla vastavuoroista. Tällainen edellyttää palveluntarjoajalta ja asiakkaalta vuoropuhelua ja yhteisymmärrystä siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan tyydyttää parhaalla mahdollisella keinolla kustannustehokkaasti olemassa olevia palvelumahdollisuuksia hyödyntämällä. (Virtanen ym. 2011, 18.)

Asiakkaan ja palveluntarjoajan yhteisymmärryksen saavuttaminen edellyttää palveluntarjoajalta asiakasymmärrystä, jolla tarkoitetaan kattavaa tietoa asiakkaista, heidän tarpeistaan sekä sen hyödyntämistä palvelujen kehittämisen pohjana. Asiakasymmärryksellä tarkoitetaan jalostettua ja käyttötilanteeseen kytkettyä asiakastietoa pelkän asiakastiedon keräämisen sijaan. Asiakkaiden palveluymmärrys toimii asiakasymmärryksen vastaparina. Sillä tarkoitetaan asiakkaan tietoa ja käsitystä tarjolla olevista palvelumahdollisuuksista sekä palvelun tarjoajan roolista asiakkaan kumppanina mahdollisimman laadukkaan palvelun tuottamiseksi. (Virtanen ym. 2011, 18.)

Asiakslähtöisyys-termin kanssa käytetään yleisesti rinnakkaisena käsitteenä asiakaskeskeisyyttä, joka tarkoittaa sitä, että asiakas on palvelujen keskipisteessä ja palvelut sekä toiminnot organisoidaan häntä varten. Asiakaskeskeisyydessä riskinä on se, että palvelut määritellään ja kehitetään herkästi palveluita tuottavan organisaation tarpeiden ja intressien pohjalta. (Korhonen & Virtanen 2015, 237–238.) Asiakslähtöisyyden voidaan nähdä olevan asiakaskeskeisyyden seuraava vaihe, jossa asiakas ei ole vain

palvelujen kehittämisen kohteena vaan osallistuu itse palvelutoiminnan suunnitteluun palveluntarjoajien kanssa alusta asti. Toiminta on siis asiakaslähtöistä vasta silloin, kun se toteutetaan asiakkaan kanssa, eikä ainoastaan asiakasta varten. Tällöin asiakkaan voimavaroja hyödynnetään palveluiden toteuttamisessa ja kehittämisessä. (Virtanen ym. 2011, 19, (Korhonen & Virtanen 2015, 237–238.)

Kun asiakas nähdään sosiaali- ja terveysalan toiminnassa resurssina, tulee palvelun käyttäjästä toimi eli omasta hyvinvoinnistaan vastaava subjekti. Asiakkaan osallistuminen palvelu- tai hoitoprosessiin ja aktivointi omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen ovat asiakkaan voimaannuttamiseen tähtäävä osa asiakaslähtöisyyttä. Tämän tulisi näkyä palvelutuotannossa asiakkaiden valinnan mahdollisuuksien esille tuomisessa kustannustehokkuus huomioiden. Asiakas tulee nähdä asiakaslähtöisessä toiminnassa työntekijän kanssa yhdenvertaisena toimijana. Asiakkaan tarpeiden ja palvelumahdollisuuksien väliseen tasapainoon pyrittäessä hedelmällisin toimintamalli on asiakkaan ja palveluntarjoajan välinen kumppanuus, joka edellyttää työntekijän ja asiakkaan välillä onnistunutta vuorovaikutusta ja molemminpuolista luottamusta. (Virtanen ym. 2011, 19.)



Kuva 1 - Asiakslähtöisyyden rakennuspuut (Virtanen ym. 2011, 19 mukailten)

4.1 Asiakslähtöisyys sähköisissä palveluissa

Digitaalisten palvelujen toteuttamisen on lähdettävä asiakkaiden tarpeesta ja palveluntarjoajan täytyy huolehtia, että palvelu on helposti ja tasavertaisesti kaikkien saatavissa (Suomidigi 2020, 10). Digitaalisten palvelujen asiakslähtöisyyttä voidaan edistää huolehtimalla, että palvelu on tarkoituksenmukainen ja mielekästä käyttää. Jauhiainen & Sihvo (2015, 217) esittävät, että sähköisten palvelujen käyttöönottoon ja käyttöön vaikuttaa erityisesti sähköisen palvelun käytettävyys. Helppokäyttöisyyden, esteettömyyden, palvelevuuden ja potilasturvallisuuden voidaan katsoa olevan käytettävyyden osa-alueita (Jauhiainen & Sihvo 2015, 217).

Sähköisen palvelun käytettävyyden tarkasteluun vaikuttaa tuotteen käytöstä ja käyttökontekstista syntyvä käyttökokemus (Jauhiainen & Sihvo 2015, 216). Yksilölliset tekijät, kuten käyttäjän ikä, erilaiset toimintarajoitteet, motivaatio ja tekniikan tuttuus, tulisi huomioida etäteknologian valinnassa. Sähköisissä palveluissa on syytä tavoitella mahdollisimman hyvää digitaalisella esteettömyydellä, jolla viitataan siihen, että jokainen pystyy käyttämään toimintaa varten suunniteltuja sähköisiä palveluja. (Salminen & Hiekkala 2019, 289.) Toimivat laitteet ja tietoliikenneyhteys sekä riittävä osaaminen ja tuki verkkopalvelujen käytössä ovat edellytys tiedon ja palvelujen hyödyntämiselle (Hyppönen & Ilmarinen 2019, 280).

4.2 Asiakslähtöisyyden merkitys elintapaohjauksessa

Totutun elämäntavan muutosta pidetään perinteisesti vaikeampana uusien asioiden oppimiseen verrattuna (Kyngäs & Hentinen 2009, 31). Eräs asiakslähtöisen toiminnan tavoitteista on voimaannuttaa asiakasta (Virtanen

ym. 2011, 19). Voimaantuminen on elintapamuutosten kannalta merkityksellistä, sillä voimaantunut henkilö pystyy vaikuttamaan ja sitoutumaan elintapamuutoksiin tehokkaammin (Kyngäs & Hentinen 2009, 61).

Voimaantuminen on vakiintunut viime vuosina erääksi hoitoon sitoutumista koskevan tutkimuksen ja ohjauksen perustaksi. Se tarkoittaa yleisesti ottaen kykeneväksi ja täysivaltaiseksi tulemistä ja voimaantumista pidetään todellisen hoitoon sitoutumisen edellytyksenä. Voimaantuminen on muiden ihmisten kanssa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa tapahtuva henkilökohtainen ja yksilöllinen prosessi, jonka kautta ihmisen kyvyt vaikuttaa omaan elämäänsä lisääntyvät. Voimaantumisprosessia määrittävät henkilön asettamat tavoitteet sekä uskomukset ja tunteet, jotka liittyvät omiin kykyihin ja tilanteeseen. Ympäristötekijät vaikuttavat voimaantumiseen. Ympäristöltä saatu tuki ja mahdollisuus vaikuttaa elämän kulkuun sekä omiin asioihin edistävät voimaantumista (Kyngäs & Hentinen 2009, 59.) Esimerkiksi ryhmässä toimiminen voi olla sen jäsenille voimaannuttava kokemus, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa (Kyngäs ym. 2007, 104).

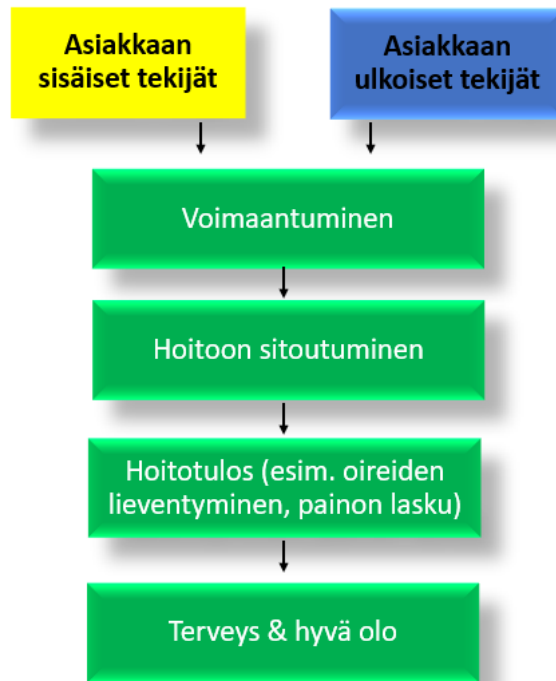
Voimaantuneena pidetään henkilöä, joka on löytänyt omat voimavaransa, ja määrittää itse itsensä sekä toimintaansa. Tällöin henkilön sisäinen voimantunne helpottaa hoitoon liittyvien tilanteiden jäsentämistä ja ratkaisujen tekemistä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 59.) Voimaannuttamiseen tähtäävässä toiminnassa asiakkaan rooli on olla aktiivinen ja vastuullinen toimija, joka kykenee tekemään hoitoaan koskevia itsenäisiä päätöksiä (Kyngäs & Hentinen 2009, 61).

Pystyvyyden kokemuksella on todetut olevan merkittävä vaikutus elintapamuutoksiin sitoutumisessa (Anderson ym. 2007). Asiakkaan tulisi olla jokapäiväisessä hoidossaan ensisijainen päätöksentekijä ja toimija.

Terveystieteiden henkilöstön tulee ohjata ja tukea asiakasta niin, että tämä kykenee tekemään tietoisia päätöksiä hoitoonsa liittyen sekä saavuttamaan omat tavoitteensa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 61.) Motivaatio ja voimaantuminen jakavat yhteisiä piirteitä. Molemmat niistä vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Motivaatio panee toiminnan alulle ja ylläpitää sitä.

Voimaantumista voidaan pitää sitoutumisprosessissa katalyyttinä,

käynnistävänä, edistävänä ja ylläpitävänä tekijänä. Vahvan voimaantumisen ja motivaation oletetaan olevan yhteydessä hoitoon sitoutumiseen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 60.)



Kuva 2 - Kyngästä & Hentistä (2009) mukailen voimaantumisen, hoitoon sitoutumisen, hoitotuloksen ja terveyden väliset yhteydet

Asiakaslähtöisyyden eri elementtien toteutuminen tai toteutumatta jääminen voivat ilmentyä elintapaohjaukseen osallistuvan kohdalla sitoutumisessa ohjaukseen ja elintapamuutoksiin. Asiakkaan tyytyväisyys hoitoon voi edistää tai heikentää hänen sitoutumistaan hoitoon (Kyngäs & Hentinen 2009, 31). Positiivinen ja turvallinen ilmapiiri sekä ymmärretyksi ja hyväksytyksi tuleminen edistävät yhteistyötä ja hoitoon sitoutumista. Myös kokemus siitä, että asiakas pystyy päättämään omista asioistaan ja omasta hoidostaan, ilmeisesti lisää hoitoon sitoutumista. Lyhytkestoiseen hoitoon on tavallisesti helpompi sitoutua kuin pitkään jatkuvaan hoitoon. Sitoutumisen kannalta on myös merkityksellistä, millaiseksi henkilö kokee elintapojen muutoksen aiheuttamat vaatimukset ja

tunteeko hän pystyvänsä vastaamaan niihin. Mikäli hoito tai sen tavoitteet ovat ristiriidassa elämän muiden tavoitteiden kanssa tai tavoitteita ei ole lainkaan olemassa, voi hoitoon sitoutumisessa esiintyä ongelmia. (Kyngäs & Hentinen 2009, 31.) Elintapamuutoksiin tähtäävän tulee siis itse pystyä määrittelemään, mihin elämän osa-alueisiin hän toivoo muutosta. Jos tarve muutokselle ja elintapamuutoksiin liittyvät tavoitteet eivät pohjaudu asiakkaan itsensä tunnistamiin tarpeisiin, ei sitoutuminen muutoksiin tule todennäköisesti olemaan yhtä pitkälle kantavaa ja tehokasta. Tästä syystä elintapaohjattavan oman elämän asiantuntijuuden tunnistaminen ja osallistaminen toimintaan ovat elintapaohjauksessa ensiarvoisen tärkeitä asioita.

5 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön antoi toimeksi Työkykyä- ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hanke, joka toteuttaa Etelä-Savossa työkykyohjelmaa (Etelä-Savon hyvinvointialue N. d b). Toimeksiantajahankkeen tavoitteena on luoda tulevaisuuden sote-keskuksen työntekijöille uusia toimintamalleja, jotka edistävät pitkäaikaistyöttömien ja osatyökykyisten työllistymistä.

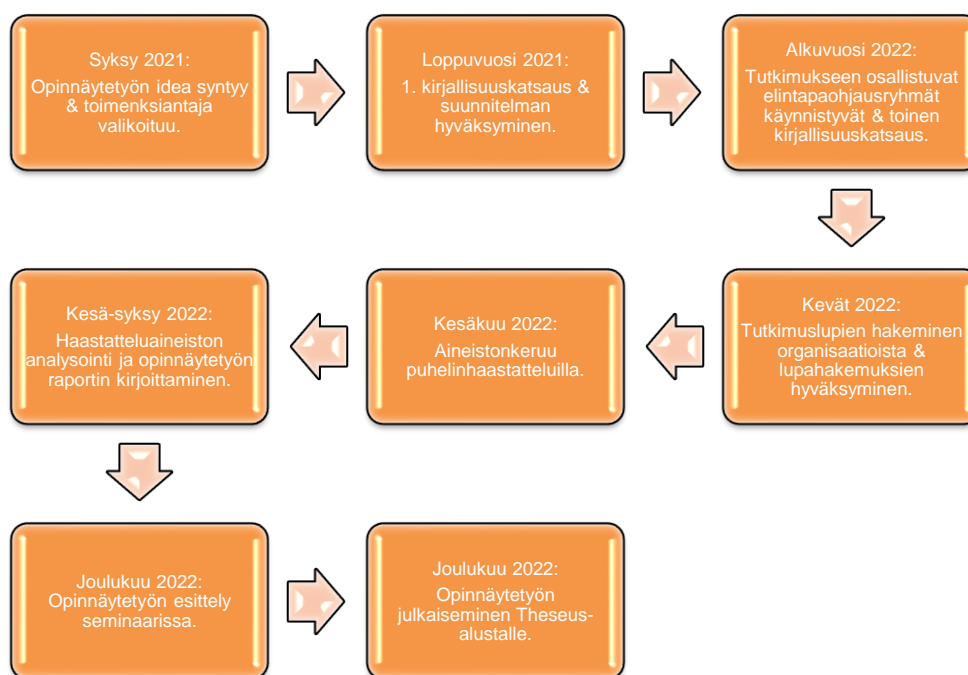
Toimintamallien avulla työttömille asiakkaille pyritään tarjoamaan heidän tarvitsemansa palvelut ja tuen oikea-aikaisesti. Hankkeen kohderyhmään kuuluvat osatyökykyiset työttömät ja pitkäaikaistyöttömät asiakkaat. Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hanke on jaettu kahteen toimenpidekokonaisuuteen: työkyvyn tuki osaksi sote-keskusta ja tuetun työllistymisen menetelmät. Hanke tarjoaa asiakkailleen työkyvyn tuen palveluja, työhönvalmennusta ja elintapaohjausta. (Etelä-Savon hyvinvointialue N. d b.) Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta hankkeen toiminta-aika on 31.12.2022 asti.

Eräs Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeen tavoitteista on kehittää ja pilotoida työttömille ja osakykyisille suunnattua elintapaohjausta. Hankkeessa pilotoidut mallit pyritään jalkauttamaan Etelä-Savon hyvinvointialueen eri kuntiin, ja tässä tarkoituksena on osin hyödyntää erilaisia digitaalisia ratkaisuja. Hankkeen elintapaohjausta tarjotaan Essoten alueella yksilö- ja ryhmämuotoisena ja ohjauksessa hyödynnetään erilaisia digitaalisia menetelmiä, kuten videokokouksia, verkko-ohjausta sekä kannettavia terveydenseurannan välineitä. Digitaalisten menetelmien hyödyntäminen voi olla perusteltua, kun halutaan tarjota elintapaohjausta syrjäseudulla asuville (Cliffe ym. 2020, 70). Etämenetelmien hyödyntämisen ajatellaan hyödyttävän erityisesti pienemmissä kunnissa asuvia työttömiä asiakkaita, sillä niihin liittyy vähentää matkustamisen tarvetta kaikille osapuolille. Essotella työikäisten elintapaohjaus on asiakkaille täysin maksuton palvelu, mutta ohjaukseen osallistuvalla saattaa koitua kustannuksia matkoista, joka voi vähentää erityisesti pienituloisten halukkuutta hakeutua palveluun.

Kehittämistyön idea muodostui loppuvuodesta 2021, kun Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeen elintapaohjauksen ryhmien toteutuminen varmistui. Tutkimuksen aiheeksi valikoitui ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa hyödynnettävät digitaaliset menetelmät, sillä aihe on ajankohtainen sekä valtakunnallisten (Valtiovarainministeriö N. d) että paikallisten strategioiden näkökulmasta (Hänninen 2021; Etelä-Savon hyvinvointialue N.d a, 9). Essote ei tarjoa vakituisena toimintona tällä hetkellä työikäisille suunnattua ryhmämuotoista elintapaohjausta, jossa hyödynnettäisiin kattavasti etäyhteyksiä. Opinnäytetyöllä pyritään tuottamaan tietoa siitä, millä tavoin ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyttä voidaan edistää digitaalisia menetelmiä hyödyntämällä, jota Essote ja tulevaisuudessa Etelä-Savon hyvinvointialue voivat hyödyntää elintapaohjauksen kehittämisessä ja palvelutarjottimen laatimisessa. Digitaalisten menetelmien asiakaslähtöisyyden ja ryhmään osallistuneiden kokemusten tarkastelu on mielekästä, kun etäyhteyksiä hyödyntävää ryhmämuotoista elintapaohjausta kehitetään tulevan Etelä-Savon hyvinvointialueen toimintaa varten, sillä sähköisiä palveluja kehitettäessä on tarkoituksenmukaista huomioida asiakkaiden näkemykset palvelusta (Jauhiainen & Sihvo 2015, 216).

6 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tutkimuksen ensimmäinen kirjallisuuskatsaus suoritettiin loppuvuodesta 2021, jonka jälkeen opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin. Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen tutkimuksen toinen kirjallisuuskatsaus suoritettiin. Keväällä 2022 opinnäytetyön tutkimuslupahakemukset lähetettiin tutkimukseen osallistuville organisaatioille, ja tutkimusluvut myönnettiin hakemusten mukaisesti. Laadullisen tutkimuksen aineisto kerättiin kesäkuussa 2022, kun Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeen elintapaohjausryhmät siirtyvät seurantavaiheeseen. Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen aineisto litteroidaan, ja litteroitua aineistoa vertaillaan kirjallisuuskatsauksessa nousseisiin asioihin. Aineistojen vertailun pohjalta tehdään johtopäätöksiä siitä, miten digitaaliset menetelmät tukevat ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyttä. Opinnäytetyön valmistui loppuvuodesta 2022, ja tutkimus julkaistaan Theseus-alustalle.



Kuva 3 - Opinnäytetyön aikataulun kuvaaminen

6.1 Tutkimuksen kirjallisuuskatsaus

Kehittämistyön kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin tutkimuksia, jotka käsittelivät digitaalisia menetelmiä hyödyntäviä elintapaohjausryhmiä. Kirjallisuuskatsauksessa etsittiin tietokannoista tutkimuksia, joissa selvitettiin asiakkaiden kokemuksia videoyhteyttä hyödyntävästä ryhmämuotoisesta elintapaohjauksesta. Verkossa saatavilla olevia tieteellisiä julkaisuja etsittiin CINAHL Complete, Academic Search Elite, Google Scholar, MEDLINE- ja PubMed-tietokannoista. Tieteellisiä artikkeleja haettiin myös Finna-hakupalvelun kautta. Hakutermeinä käytettiin aihealueeseen liittyviä sanoja, kuten video conferencing, telecommunication, group counselling, lifestyle changes, weight loss, lifestyle counselling, user experience. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaukseen valittiin tieteellisiä julkaisuja teoksen otsikon ja tiivistelmän perusteella. Julkaisusta tuli olla koko teksti saatavilla. Katsauksessa poissuljettiin ryhmämuotoista elintapaohjausta käsittelevät tekstit, joissa tarkasteltiin pelkästään tekstimuotoista ohjausta tai omatoimisesti käytäviä verkkovalmennuksia. Tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa on kiinnitetty huomiota siihen, että julkaisut ovat tieteellisiä, ajantasaisia, vertaisarvioituja, kansainvälisiä, primarilähteitä, sekä siihen, että julkaisuissa on riittävästi asianmukaisesti merkittyjä lähteitä.

Tutkimuksen kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että verkossa videoyhteyden välityksellä tapahtuvan ryhmäelintapaohjauksen asiakaskokemuksia on tutkittu niukasti, vaikkakin tutkimustietoa aiheesta löytyy (esim. Laitinen ym. 2010; Cliffe ym. 2019). Videoyhteyksiä hyödyntävää painonhallintaan tähtäävää ryhmämuotoista toimintaa on kuitenkin tutkittu jonkin verran (esim. Liou ym. 2006; Azar ym. 2015; Carels ym. 2021).

Kirjallisuuskatsauksessa ei ilmennyt ryhmämuotoisen elintapaohjauksen digitaalisten menetelmien asiakaslähtöisyyttä tarkastelevia tutkimuksia. Digitaalisten terveystalveluiden asiakaslähtöisyyttä tarkastelevia tekstejä on kuitenkin julkaistu enenevässä määrin terveydenhuollon digitalisaation myötä (esim. Jauhiainen & Sihvo 2015; Suomidigi 2020). Tämän tutkimuksen lähtöolettamuksena on, että digitaaliset menetelmät voivat edistää

ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyttä. Opinnäytetyön tutkimuskysymys on millä keinoin digitaaliset menetelmät edistävät ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyttä. Kehittämistyössä keskitytään elintapaohjauksen ryhmämuotoisten toimintojen tarkasteluun, joten esimerkiksi yksilöohjauksessa hyödynnetyistä digitaalisista menetelmistä ei kerätä tietoa.

6.2 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Laadullinen menetelmä valittiin siksi, että kyseistä menetelmää hyödyntävien tutkimusten tavoitteena on tavoittaa ihmisten henkilökohtaiset kuvaukset koetusta todellisuudesta (Vilkkä 2021, 94). Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusongelmat tai tutkimustehtävä muodostavat tutkimusaineiston hankinnan lähtökohdat sekä ohjaavat tutkimuksessa hyödynnettävien tiedonkeruumenetelmien valintaa. Niiden perusteella valitaan menetelmät, joilla tutkimuksen aineisto kerätään. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2016; Galletta & Cross 2013, 21–22.)

Laadulliset aineistot ovat tavallisesti laajoja, ja yleensä halutaan arkistoitujen aineistojen rinnalle kerätä tutkimusta varten myös oma aineisto (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2016). Tutkijan täytyy pohtia, millaisia etuja ja haasteita tutkimuksessa käytettävät aineistonkeruumenetelmät voivat sisältää, ja miten mahdollisiin haasteisiin tullaan vastaamaan. Perinteisesti laadullisen tutkimuksen aineistonhankintamenetelminä käytetään haastattelua tai havainnointia. On myös mahdollista harjoittaa triangulaatiota, eli valita yhden menetelmän sijaan useampia tapoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2016; Galletta & Cross 2013, 21–22.) Yksi laadullisen tutkimuksen vahvuuksista on se, että se mahdollistaa induktiivisen lähestymistavan hyödyntämisen, jolloin tiettyjen yhteyksien kautta voidaan löytää yleistettävissä olevia lainalaisuuksia. (Galletta & Cross 2013, 17–18.)

6.3 Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeen elintapaohjausryhmät

Tutkimuksessa tarkasteltavat elintapaohjausryhmät ryhmät aloittivat toimintansa tammi- ja helmikuussa 2022. Mikkelin elintapaohjausryhmään osallistui viisi (5) henkilöä ja Puumalan ryhmässä osallistujia oli kahdeksan (8), ja ryhmiin otettiin työelämän ulkopuolella olevia henkilöitä. Ryhmien elintapaohjaus järjestettiin hybridimuotoisena, eli ryhmät kokoontuvat sekä livenä että videoyhteydellä. Ryhmiä ohjasivat kaksi Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeen elintapaohjaajaa, jotka myös koostivat materiaali ryhmätilaisuuksia varten. Ryhmät kokoontuivat noin kahden viikon välein ja ne siirtyivät elintapaohjauksen seurantavaiheeseen toukokuun 2022 lopussa. Ensimmäisten ryhmätilaisuuksien jälkeen ohjattavat laativat itselleen tavoitteet elintapaohjausprosessin ajalle yhdessä vastuuohjaajan kanssa yksilöohjausajalla. Tavoitteissa etenemistä tarkasteltiin ohjattavien kanssa toukokuussa 2022 ennen seurantavaiheen käynnistymistä. Seurantavaiheen päätteeksi tavoitteissa etenemistä tarkasteltiin viimeisen kerran syksyllä 2022.

Elintapaohjausryhmien oli alustavasti määrä kokoontua vuorokerron livenä ja etänä, mutta hankaloitunut koronatilanne toi alkuvuodesta 2022 Essoten toimintoihin kokoontumisrajoituksia, jotka estivät ryhmien kokoontumisen yhteen tilaan. Essoten kokoontumisrajoitusten vuoksi ryhmä kokoontui etäyhteydellä maaliskuun puoliväliin saakka. Etänä kokoontuessa tilaisuuksissa käsiteltäviä teemoja olivat ravitsemus, liikunta, uni sekä arjen sujuvuus ja mielen hyvinvointi. Myös ryhmien aloitustapaamiset toteutettiin etäyhteydellä, jolloin käytiin läpi muun muassa ryhmien sisältöä, toiminnan tavoitteita, aikatauluja sekä salassapitoa koskevia sääntöjä. Ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa oli tarkoitus hyödyntää VideoVisit videoneuvotteluohjelmaa ja omilta päätelaitteiltaan kokouksiin liittyville lähetettiin sähköpostilla kuvalliset ohjeet VideoVisit:n käyttöön otosta. Videokokousalusta kuitenkin vaihdettiin Microsoft Teams-alustaan VideoVisit:n toimittua epävakaasti ensimmäisellä ryhmänohjauskerralla. Ryhmäläisille opetettiin ensimmäisillä tapaamiskerroilla Microsoft Teams:n perusominaisuudet ja ominaisuudet kerrattiin pikaisesti

ohjauskertojen alussa. Videotapaamisten lisäksi toimintaan sisältyi liveinä järjestettäviä toimintoja, kuten liikuntalajikokeiluja sekä terveellisen ruoan valmistamista ryhmissä. Elintapaohjaukseen osallistuneilla oli mahdollisuus käydä elintapaohjausprosessin alku- ja loppuvaiheessa Mikkelissä sijaitsevalla Kakkois-Suomen ammattikorkeakoulun Active Life Labilla hyvinvointimittauksissa. Hyvinvointimittaukset koostuvat paastoverensokerin ja kehonkoostumuksen mittauksista sekä fyysistä suoriutumiskykyä mittaavista testeistä.

6.4 Tutkimuksen aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin puolistrukturoidun haastattelun keinoin. Teemahaastatteluksikin nimitettävässä puolistrukturoidussa haastattelussa valitaan tietyt keskeiset aiheet ja teemat, joita tutkimusongelmaan vastaamiseksi tulee käsitellä (Vilkkä 2021, 99). Puolistrukturoidulla teemahaastattelulla voidaan hankkia tietoa tutkittavasta asiasta, samalla jättäen mahdollisuuden sille, että osallistujat tuovat uusia näkökulmia ja oivalluksia tarkastelun alla olevasta teemasta. Puolistrukturoitua haastattelua voidaan hyödyntää ainoana tutkimuksessa käytettävänä menetelmänä tai osana laajempaa menetelmäskaalaa. Menetelmänä puolistrukturoitu haastattelu on joustava, ja haastattelussa kysymysten asettelu voi tuottaa monimuotoista sekä merkittävää tietoa tutkimusta varten. (Galletta & Cross 2013, 24.)

Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyden näkökulmasta tärkeinä teemoina pidettiin osallistujien kokemuksia etäyhteyksien käytöstä, kuten niiden käytöstä koituvia etuja ja haittoja, sekä kokemuksia etäyhteyden hyödyntämisen vaikutuksista ryhmän vuorovaikutukseen, ja näistä asioista pyrittiin haastattelujen kautta saamaan tietoa. Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeessa elintapaohjauksessa on pohdittu, voisiko pikaviestintäryhmien käyttö palvella ryhmämuotoiseen toimintaan osallistuvien asiakkaiden tarpeita, jonka vuoksi kysymys on sisällytetty haastattelurunkoon.

Haastattelin opinnäytetyössäni kahdeksaa (8) Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeen ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen osallistunutta

henkilöä ryhmien kesäkuussa 2022 siirryttyä ohjauksen seurantavaiheeseen. Yhtä suostumuksensa antanutta henkilöä ei tavoitettu haastattelua varten lukuisista yrityksistä huolimatta. Puolistrukturoitu teemahaastattelu sisälsi 10 kysymystä, ja se kartoitti asiakkaiden kokemuksia digitaalisten menetelmien hyödyntämisestä ryhmämuotoisissa toiminnoissa keskittyen pääasiassa haastateltavien kokemuksiin elintapaohjausryhmän digitaalisista menetelmistä. Haastateltavista viisi (5) osallistui Mikkelin työttömien kanssa yhteistyössä järjestettyyn ryhmään ja kolme (3) osallistui Puumalan ryhmään. Haasteltavat olivat 48–70-vuotiaita. Haastattelut suoritettiin puhelinhaastatteluna ja ne nauhoitettiin ulkoiselle digitaaliselle nauhurille. Haastattelut litteroitiin tutkimuksen näkökulmasta tavoitteiden näkökulmasta riittävällä tarkkuudella. Litteroinnin tarkkuuteen liittyvä vaatimus riippuu paljolti tutkimuksen tavoitteista (Vilkkä 2021, 111).

7 Tulokset

Haastattelussa selvitettiin asiakkaiden aikaisempia kokemuksia videoneuvottelusovellusten käytöstä sekä heidän näkemyksiään etämenetelmien hyödyntämisestä ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa. Ainoastaan muutama haastateltava koki, että heillä on hyvät taidot videoneuvottelusovellusten käytössä. Valtaosalla kuitenkin oli kokemusta videoneuvottelusovellusten käytöstä ja vain yksi haastateltavista ei ollut aikaisemmin käyttänyt Microsoft Teamsiä.

Ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa oli alun perin tarkoitus molempien ryhmien kohdalla kokoontua ensimmäisellä ryhmäkerralla läsnä samaan tilaan. Essoten toimintoihin säädettiin kuitenkin kasvaneiden koronavirustartuntojen määrän vuoksi kokoontumisrajoituksia alkuvuodesta 2022. Kokoontumisrajoitusten vuoksi molemmat ryhmät aloittivat toimintansa etänä ja ryhmäläiset pääsivät kokoontumaan samaan tilaan vasta maaliskuussa 2022. Haastatteluissa ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen osallistuneilta kysyttiin, millaisena he kokivat ryhmämuotoisen toiminnan aloittamisen etäyhteydellä. Valtaosalle etänä aloittaminen oli kokemuksena positiivinen tai neutraali:

”No sinänsähän se oli luonnollista silloin. Ei siinä sen kummempaa. Helpompihan tälle on kokoontua kuin lähteä ajelemaan jonnekin muualle.”

”No ehkä se aluksi oli vähän semmoinen vieras. Mutta kyllä siihen sitten kun pari kolme kertaa siinä oli sitten mukana, niin kyllä se sitten rupesi menemään.”

Osa haastateltavista koki, että ryhmämuotoisen toiminnan aloittaminen etänä vaikeutti muihin ryhmäläisiin tutustumista ja sitä kautta ryhmäytymistä:

”No miusta se ei välttämättä ole paras mahdollinen vaihtoehto. Kun se on niin etäinen se tapahtuma ja asia. Kyllä siinä kontaktin puutetta aiheuttaa se. ... semmoiset hyvät luentotunnit menee hyvin netin kautta, mutta sitten kun ollaan, myö tarvitaan toista

ihmistä, niin silloin se mun mielestä olisi ollut parempi tutustua ensiksi ihmisenä, olla paikalla.”

”Ihan hyvä muuten, mutta ...se on parempi livenä, koska ei saa sellaista kuvaa ihmisistä. Sen mitä siinä, ääni tai kuvan näkee ja se on vähäsen rajallinen.”

Haastateltavilta, jotka kokivat toiminnan aloittamisen etänä vaikeuttaneen ryhmäytymistä kysyttiin jatkokysymyksenä, millä keinoin ryhmäytymistä olisi voinut helpottaa. Näiden haastateltavien mielestä Teams:n ominaisuuksiin lukeutuvan pienryhmä- tai parikokouksen hyödyntäminen olisi voinut helpottaa muihin ryhmäläisiin tutustumista ja ryhmäytymistä. Osa haastateltavista myös mainitsi, että kameroiden käyttöön kannustaminen useampaan otteeseen videokokouksen aikana tekisi ryhmäläisten kasvoista tuttuja.

”...voihan se olla, että siinä kun se alkaa, niin jokainen vaikka sanoo ’huomenta’ kuvalla. Ei sen kummempaa.”

7.1 Etämenetelmien hyödyt ja haitat ryhmänohjauksessa

Valtaosa haastateltavista koki etämenetelmien hyödyntämisen eduksi vähentyneen matkustamisen tarpeen. Matkustamisen tarpeen väheneminen vaikutti suoraan toimintaan osallistumiseen liittyviin kustannuksiin sekä toi helpotusta ajankäyttöön:

”No se etuhan siinä on, että ei tarvitse lähteä varta vasten. Kun miekin asun haja-asutusalueella, niin välimatkat on niin pitkiä, ja tulisi niitä lisäkustannuksia niin hirveästi.”

”...tietysti se että se monta kertaa omien aikataulujen suhteen se voi olla helpompikin järjestää kuin se, että jossain toisella puolella kaupunkia just tiettyyn aikaan.”

”((naurua)) no sanotaan, nämä alkavat aamulla kymmeneltä, niin mä voisin vaikka nukkua siihen aikaan. Että ihan tämä ajan käyttö,

että saa nukkua pidempää. Mulla on sitten kello soimassa, että herään siihen. Kun mulla on sitä unettomuutta, niin sitten mä nukun aamusta.”

”... ja sitten tietysti riippuen, että missä se on, niin parkkipaikan etsiminen ja jos joutuu maksamaan siitä parkista vielä erikseen.”

Yksi haastateltavista mainitsi digitaalisuuden hyödyksi sen, että elintapaohjauksen materiaalit olivat saatavissa sähköisesti, jolloin niitä pystyi käyttämään myöhemmin. Eräs haastateltavista koki Microsoft Teams:n käytön ryhmässä olleen hänelle hyödyllistä myös siitä näkökulmasta, että hän pääsi opettelemaan videoneuvottelusovelluksen käyttöä:

”No en mä nyt tiedä, onko se etu, mutta oppiihan siinä vähän käyttämään näitä vehkeitä. Ei niitä muuten tulisi räplättyä sitten. Harvemmin on kokouksia kenenkään muun kanssa kuin jonkun ryhmän kanssa.”

Haastatteluissa selvitettiin, millaisia haasteita elintapaohjaukseen osallistuneet kokivat etäyhteyksien käyttöön liittyneen. Useampi haastateltava tulkitse kysymyksen koskevan teknisiä haasteita, kuten yhteyksien toimimattomuutta, joita yksikään haastateltava ei kertonut kohdanneensa. Haastateltavia pyydettiin pohtimaan teknisten haasteiden lisäksi muita mahdollisia haasteita, joita he ajattelevat videoyhteyksien käytön sisältävän ryhmämuotoisessa toiminnassa. Etäyhteyksien käytön haasteista kysellessä useampi haastateltava mainitsi epävarmuuden videokokoussovelluksen käytössä:

” No ei oikeastaan haasteita, mutta vähänhän se, kun itselläkään ei ole tietokonetta, että mä olin tuolla tabletilla, niin ei siinä oikeastaan mulla muuta, kuin mua aina vähän sitten jännittää se, että saa sen yhteyden ja että se toimii. Ihan tällainen tekninen ominaisuus, että se pelittää. Niin ei mulla muuta haastetta ole.”

”No varmaan justiin jos ei sitä tekniikkaa, tietokone ole tuttu, ja ei osaa, ei hallitse eikä osaa sulkee tai laittaa päälle kameraa tai

mikrofonia. Tämmöisiä. Ehkä se on sitten haaste, jos ei niitä saa toimimaan joskus, vaikka osaakin, niin sitten ne ei aina toimikkaan.”

Haastateltavilta kysyttiin, millaisena he kokivat keskusteluun osallistumisen etäyhteydellä, ja heitä pyydettiin kuvailemaan esimerkiksi puheenvuoron ottamista etätapaamiskerroilla. Haastatelluista useampi koki etänä osallistumisen helpottavan keskusteluun osallistumista jollain tasolla:

”Tuo oli minusta hyvä tuo käden nosto, kun mulla on semmoinen paha tapa, että minä änkeän keskeyttämään jonkun puheen. Mä tiedän sen, se on minun perisyntini. Minusta tuo oli ihan hyvä, että siinä joutui vähän odottelemaan ja katsomaan, että milloin se oma puheenvuoro on.”

”Varmaan helpompi etänä. Eihän siinä tarvitse mitään muuta kuin laittaa se mikki päälle ja alkaa puhumaan. Tässä tapauksessa se meni aika sujuvasti, koska oli niin vähän ihmisiä. Mutta itsellä on kyllä varmaan se vähän huono, että kun rupeen puhuu toisen päälle. Mutta tuota, tuossa oli niin vähän ihmisiä, niin se olisi varmaan se puheenvuoron saaminen ehkä sitten hankalampi, jos olisi kaksikymmentä osallistujaa.”

”Ihan hyvin pystyy ja uskalsikin ottaa omaa puheenvuoroa siitä. Ja varmaan sekin, että ehkä kun ei näe niitä muita, niin osaa tuoda sen mikä oma ajatus oli, mikä kokemus.”

Yksi haastatelluista koki, että etäyhteydellä keskustelusta voi jäädä niin kutsuttu spontaani keskustelu vähemmälle:

”No just se vähän sama, että kyllä se pintapuolisempaa on. Että ei tule puututtua niin herkästi siihen sitten.”

Kaksi haasteltavaa koki, että etäyhteydellä toimiminen vähentää keskusteluun osallistumista. Etänä keskusteluun osallistumisen haasteet liittyivät vuorovaikutuksen rytmiin ja puheenvuoron ottamisen epäselvyyteen:

”On sillä ehkä vähän varmasti merkitystä kuitenkin. Kyllä se ehkä on sitten, jos on kaikki läsnä keskenään, niin silloin ollaan konkreettisesti puheyhteydessä ja näköyhteydessä, niin kyllä sillä on miun mielestä merkitystä. Se on silloin ehkä kuitenkin jonkun verran helpompaa. Sitten kun ollaan ihan kasvotusten, niin siinä on ehkä helpompi tulkita tilannetta. Ja sitten vähän katsoa, että mihin väliin sitten heittää oman kysymyksen ja omat mielipiteet ja niin edelleen.”

”...se on vähän hankalaa tuolleen (epäselvää), että minkälainen systeemi se on. Että pitääkö pyytää puheenvuoroja vai huudetaanko väliin vain vai mitä tehdään.”

7.2 Elintapaohjauksen teemat ja toiminnalliset menetelmät etäyhteydellä

Etäyhteydellä järjestettyjen ohjauskertojen teemoina olivat liikunta, ravitsemus, uni sekä mielen hyvinvointi ja arjen sujuvuus. Teemoista kolme ensimmäistä ovat perinteisiä elintapaohjauksen teemoja. Mielen hyvinvointi ja arjen sujuvuus käsiteltiin yhdellä ohjauskerralla, ja ne ovat lisätty osaksi Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeen elintapaohjausta. Jokainen haastateltava koki videokokousten olevan hyvä alusta elintapoihin liittyvistä asioista keskustellessa:

”Kyllä se toimii. Musta se ei ollut huonoa. Musta teillä oli hyvää materiaalia, ja silleen ymmärrettävässä muodossa ne oli. ...että tavallinen ihminenkin ymmärsi. Nii musta se oli hyvä.”

”Ei taatusti ole mitään estettä siinä. Ja mä luulen, että silloin kasvokkain ollessa olisi voinut olla enemmänkin kynnystä.”

Haastateltavien mielipiteet videokokousovellusten käyttökelpoisuudesta tässä yhteydessä antaa viitteitä siitä, että elintavoista keskustelu etäyhteydellä ei heikennä asiakkaiden halukkuutta keskustella ryhmässä. Elintavat voivat olla

aiheena jokseenkin arka, sillä esimerkiksi syömiseen voi liittyä häpeää, mikäli henkilö ei koe suhteensa ruokaan olevan positiivinen. Kuitenkaan yksikään haastatelluista ei kokenut etäyhteyden olleen ryhmän teemaan nähden huono keskustelufoorumi.

Elintapaohjauksessa käytetään perinteisesti toiminnallisia menetelmiä, joilla pyritään lisäämään ohjattavan valmiuksia tekemään itsenäisesti erilaisia liikunta- ja rentoutumisharjoituksia. Tutkimuksissa tarkasteltavissa ryhmissä tehtiin muutamaan otteeseen etäyhteydellä erilaisia toiminnallisia harjoitteita, kuten taukojumppaa sekä ohjattua rentoutumista. Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hanke tarjosi myös asiakkaille mahdollisuuden osallistua keväällä 2022 hankkeessa pilotoituun etäohjattuun liikuntaan. Halusin tutkimuksessani selvittää, mitä ajatuksia etänä ohjatut toiminnalliset menetelmät herättävät ryhmäläisissä, sillä etäyhteyden käyttäminen toiminnallisissa menetelmissä pitää sisällään erilaisia hyötyjä ja haittoja. Asiakkaiden voi esimerkiksi olla logistisesti helpompi osallistua ohjaukseen kotoa, mutta joillekin liikunnan harrastaminen kotioloissa ei välttämättä ole yhtä mielekästä.

Haastateltavat kokivat pääosin, että osallistuminen etäyhteydellä vaikuttaa hyvältä tavalta osallistua rentoutumisharjoituksiin. Osan mielestä kotoa osallistuminen voi olla jopa mielekkäämpi vaihtoehto kuin paikan päällä tällaiseen osallistuminen. Useampi haasteltava kertoi, että kotoa osallistuessa rentoutumisharjoitukseen on helpompi keskittyä, sillä tällöin ympärillä ei ole merkittäviä häiriötekijöitä:

”Rentoutuminen erittäin hyvä kotona. Mitäs sitä lähtee muualta hakemaan? Ja tommoiset normijumppat, mutta tietysti semmoiset vaativimmat on joku salijuttu.”

”No se on oikein hyvä asia, koska silloin saa nii kuin kaikessa rauhassa keskittyä. ...kun silloin ei tarvitse kontrolloida sitä ympäröivää maailmaa.”

”No monta kertaahan se on just kun on ollut joogaa ja tuota nauhajumppaa Teamsin kautta niin kyllähän se helpompi on ollut

miun kotona olla siihen aikaan kuin mitä lähteä jonnekin kylille tiettyyn aikaan. ”

Etäyhteydellä ohjattu liikunta toisaalta jakoi enemmän osallistujien mielipiteitä:

”Ihan hyvä juttu. Kyllä siinä jyvälle pääsee. Voisi tehdä ihan vaikka joka päivä.”

”Nyt oikeasti kun miettii, tuota niin mikäpä se: antaa palaa, antaa palaa. Minä aina silloin tällöin jumppaan yhdeksän aikaan telkkarin ääressä, kun tulee aamujumppaa.”

”No kyllä liikkuminen on vähän sellainen sosiaalinen tapahtuma, että kyllä siinä pitäisi olla muitakin.”

”Mä olen sitä mieltä tuohon liikuntahommaan, niin kyllä mä olen sitä mieltä, että kyllä jokainen tekee sen ihan yksilöllisesti, niin kuin sen parhaimmaksi näkee ja kokee. Eliikkä minun mielipide on, että ei muuta kuin ylös, ulos ja lenkille.”

Moni haastateltavista ymmärrettävästi yhdisti etänä ohjatun liikunnan sisältävän lähinnä videon tai äänen välityksellä saatujen ohjeistuksien suorittamista, sillä tällaista liikunnanohjausta toteutettiin myös Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeessa. Vaikka tällainen lienee yleisimmin käytetty etäohjattu liikuntamuoto, voidaan etänä ohjata myös muunlaista liikuntaa, kuten teemasuunnistusta, jossa etsitään teemojen mukaisia asioita esimerkiksi luonnosta.

7.3 Pikaviestintäsovelluksen käyttö ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa

Puolistrukturoidun teemahaastattelun viimeisellä kysymyksellä selvitettiin, olisivatko ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen osallistuneet henkilöt halunneet hyödyntää toiminnassa pikaviestintäsovelluksen viestiryhmää, jota tietosuojasyitten takia ei voitu käyttää. Pikaviestintäsovelluksen käyttö jakoi

haastateltavien mielipiteitä. Osa haastateltavista olisi halunnut liittyä viestiryhmään erityisesti tiedon kulkemisen näkökulmasta:

”Haluaisin semmoisen kyllä tähän. Varmaan olisi joissain tapauksissa hyvä.”

”Päivän paras kysymys ja vastaan ’kyllä’. Whatsapp-ryhmässä pitäisi olla mukana, että niitä tapahtumia oli niin vietävän paljon kuitenkin, ja sitten kun oma elämäkin oli niin kiireistä kun nyt sattui olemaan toukokuu...”

”Kyllä mun mielestä se vois olla hyvä. Varsinkin justiin sitten kun oli niitä sellaisia tilanteita, että se muuttuu nopeasti... Ja siinä voi nopeasti sitten laittaa kommenttiakin ja sitten ilmoitella ajan tasalla vähäsen, että tänään en pääsekään tai tänään tulikin joku muu este. Niin se vois ollakin ihan hyvä. Että sitten koko ryhmä on tietoisia siitä samasta...”

Kahden haastateltavan mielestä viestintäryhmän hyödyntäminen ei ole tarpeellista ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa:

”Miusta tuntuu, että tätä viestintää on nyt meikäläiselle niin paljon, että jätetään se sivuun... just tällaiset jutut, että ’nyt on tämä, että muista, pistä kalenteriisi’, että ihan tällaiset neutraalit. Mutta sitten tällaista keskinäistä jutustelua, niin en usko, että olisi alkanut.”

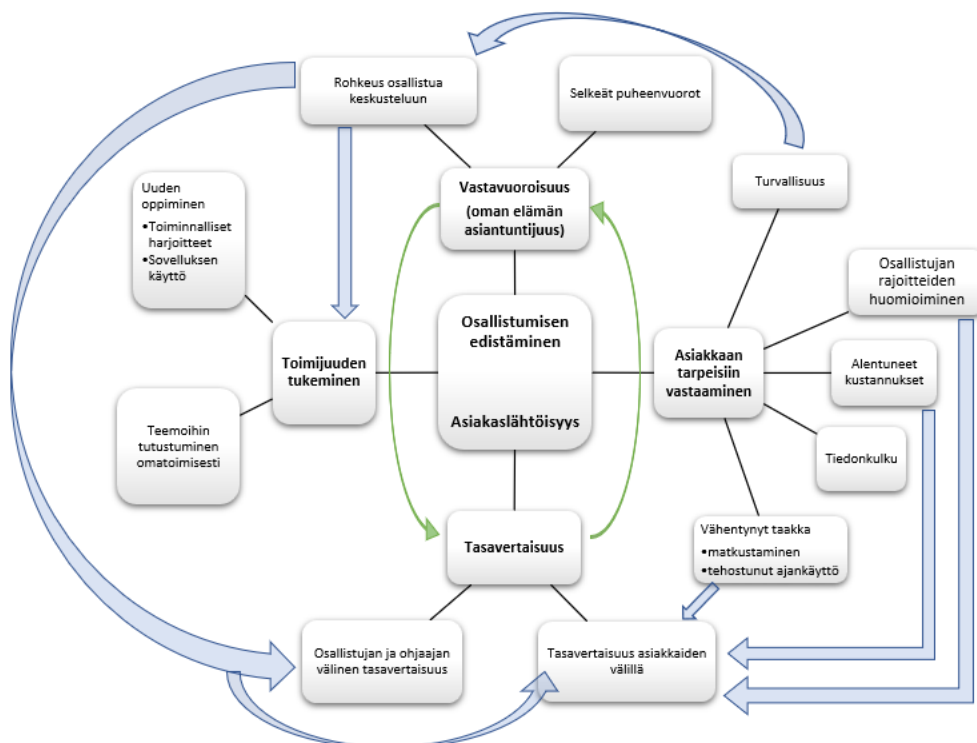
”Mä on vähän tietyllä tavalla vanhanaikainen, että mä en oikein noihin tommoihin pikaviestintäryhmiin. Mä yritän niitä välttää.”

Myös yhteydenpito ohjaajiin ohjaustapaamisten välissä oli osalle perusteena viestintäryhmän hyödyntämiselle:

”No kyllähän se olisi ollut hyvä, koska aina asia tai ajatus, mikä juolahtaa mieleen, niin ei sitä jaksa säilyttää viikkoa tai kahta. Kyllä siihen haluaa vastauksen melkein saman tien.”

8 Johtopäätökset

Haastatteluaineiston analysoinnissa hyödynnettiin teemoittelua joka on luonteva tapa analysoida teemahaastatteluaineistoa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Litteroitu haastatteluaineisto jaoteltiin analyysivaiheessa eri teemojen alle. Teemojen tunnistamisessa hyödynnettiin kirjallisuuskatsauksessa ilmenneitä etämenetelmien käyttöön liittyviä ilmiöitä sekä Virtasen & kumppanien (2011, 19) teoksen tiivistystä sosiaali- ja terveysalan asiakaslähtöisyyden eri ulottuvuuksista. Alustavasti teemoiksi valikoituivat turvallisuus, osallistuminen, vastavuoroisuus, oman elämän asiantuntijuus, toimijuus ja tasavertaisuus. Analysoinnin edetessä teemat yhdistettiin neljän pääteeman alle. Pääteemoiksi valikoituivat asiakkaan oman elämän asiantuntijuutta tukeva vastavuoroisuus, asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen, asiakkaan toimijuuden tukeminen sekä tasavertaisuus.



Kuva 4 - Kuinka digitaaliset menetelmät lisäävät ryhmämuotoisen elintapaohjauksen ryhmämuotoisten toimintojen asiakaslähtöisyyttä

Moni asiakaslähtöisyyttä tukeva tekijä ei sijoitu yksinomaan jonkin tietyn teeman alle, sillä eri digitaalisiin menetelmiin liittyvät ominaisuudet voivat tukea toiminnan asiakaslähtöisyyttä eri tavoin. Esimerkiksi etäyhteydellä toimimisesta koitua lisääntynyt rohkeus osallistua keskusteluun tukee toiminnassa sekä vastavuoroisuutta että ohjattavan toimijuutta. Aineiston analyysissä havaittiin, että digitaaliset menetelmät edistävät merkittävästi asiakkaan osallistumista ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen. Osallistumiseksi katsotaan tässä tapauksessa esimerkiksi ohjaukseen pääseminen sekä toimintaan osallistuminen ohjauskerroilla esimerkiksi ottamalla puheenvuoron ja tekemällä toiminnallisia harjoitteita. Digitaalisten menetelmien käyttö ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa edistää toiminnan asiakaslähtöisyyttä mahdollistamalla toimintaan osallistumisen eri asiakkaiden kohdalla. Joillekin asiakkaille osallistumisen helpottaminen voi konkretisoida matkustamistarpeen poistumisena, ja osalle hyöty voi näyttäytyä alentuneen uhan tunteen tuomana itsevarmuutena osallistua elintapaohjaukseen.

8.1 Asiakkaan tarpeisiin vastaaminen

Palveluiden joustavuus ja sovittaminen asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaan edistävät asiakkaiden positiivista tunnetta palveluiden vastaamisesta juuri hänen tarpeisiinsa, jolla voidaan lisätä ohjattavan motivaatiota ja sitoutuneisuutta osallistua omalta osaltaan palvelu- tai hoitoprosessiin sekä sen onnistumiseen (Virtanen ym. 2011, 20). Erilaisia digitaalisia menetelmiä hyödyntämällä voidaan vastata tehokkaammin asiakkaiden tarpeisiin. Palvelun lisääntynyt saavutettavuus nousi haastattelussa digitaalisten menetelmien hyödyntämisen selvimmäksi vahvuudeksi. Videoyhteyden hyödyntäminen mahdollistaa ryhmään osallistumisen lähes mistä vain, missä osallistujalla on käytössä verkkoyhteys. Moni palveluista kauempana asuva haastateltava koki hyödylliseksi sen, että heidän ei tarvitse etäyhteydellä toimiessa matkustaa ohjauksen vuoksi. Myös Carels & kumppanien (2021, 200) tutkimuksessa etämenetelmien hyötyä korostivat maaseudulla, eli palveluista kauempana asuvat henkilöt. Monelle toimintaan osallistumiseen liittyvät ylimääräiset

kustannukset voi lisätä kynnystä palveluun hakeutumiselle tai siinä pysymiselle. Tämä voi erityisesti työttömien ja matalatuloisten kohdalla näyttäytyä vahvemmin. Kynnys osallistua toimintaan laskee, kun asiakkaan ei tarvitse huolehtia elintapaohjauksesta koituvista ylimääräisistä kustannuksista.

Asiakaslähtöisten palveluiden tulee olla asiakkaalle helppoja lähestyä ja saavuttaa (Virtanen ym. 2011, 21). Digitaalisiin menetelmiin liittyy alentunut vaivannäkö, sillä etäyhteydellä liittyessä osallistujan ei tarvitse käyttää aikaa matkustamiseen, eikä esimerkiksi julkisen liikenteen aikatauluja tai auton pysäköintimahdollisuutta ole tarpeen selvittää. Kuten yksi haastateltavista myös kuvasi, kun matkustamiseen ei tarvitse käyttää aikaa, voi uniohgelmia omaava henkilö osallistua ohjaukseen helpommin, sillä käytännössä kokoukseen on mahdollista liittyä vaikka suoraan sängystä. Eräs haastateltavista mainitsi, että videoyhteydellä kokoontuminen mahdollistaa hänen kohdallaan myös osallistumisen useampaan toimintoon päivän aikana tehokkaamman ajankäytön vuoksi. Matkustamisen tarpeen poistuminen voi lisäksi helpottaa toimintaan osallistumista esimerkiksi liikuntarajoitteisilla asiakkailla. Kun osallistujan ei tarvitse huolehtia matkustamiseen liittyvistä asioista, voi kynnys osallistua toimintaan laskea erityisesti asiakkailla, joilla matkustaminen palveluihin sekä siihen liittyvä taakka herättää ahdistuksen tunteita. Alentunut taakka elintapaohjaukseen osallistumisessa voi edistää henkilön sitoutumista elintapamuutoksiin, sillä kun hoito ja sen tavoitteet eivät ole ristiriidassa henkilön elämän ja arjen kanssa, pystyy hän sitoutumaan hoitoon tehokkaammin (Kyngäs & Hentinen 2009, 31). Vähentynyt toimintaan osallistumiseen liittyvä taakka etäyhteyksiä hyödyntäessä nimettiin myös Clifflen & kumppaneiden (2020) tutkimuksessa videoyhteyden käytön eduksi.

8.2 Toimijuuden edistäminen

Asiakkaan aktivointi hyvinvoinnistaan huolehtimiseen pidetään asiakkaan voimaannuttamista tavoitteleva osana asiakaslähtöisyyttä (Virtanen ym. 2011, 19). Ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa osallistujan henkilökohtaisia valmiuksia oman hyvinvointinsa edistämiseksi voidaan lisätä digitaalisia

menetelmiä hyödyntämällä. Elintapaohjauksen materiaalin ollessa digitaalisessa muodossa, on asiakkaan mahdollista saada sähköisesti jaettava materiaali itselleen myöhempää tarkastelua varten. Tällöin ryhmään osallistuvan on mahdollista perehtyä materiaaliin omatoimisesti, joka voi vahvistaa asiakkaan ymmärrystä elintapojen vaikutuksesta terveyteen ja lisätä asiakkaan motivaatiota tehdä myönteisiä muutoksia elintavoissaan. Digitaaliseen aineistoon voidaan myös lisätä linkkejä eri sivustoille ja lukija pystyy perehtymään lähdeluettelon merkittyihin verkkolähteisiin. Asiakaslähtöisyyden voidaan nähdä ilmenevän palvelussa, jossa asiakas kokee osallistuvansa hoidon tai palvelun toteuttamiseen tasavertaisena kumppanina esimerkiksi itsehoidon tai muun asiakasta aktivoivan osallistumistavan kautta. (Virtanen ym. 2011, 20).

Eräs etäyhteyksien käytön odottamattomin hyöty oli haastateltavan mainitsema videokokoussovellusten käytön oppiminen. Videoneuvottelusovellusten käyttö onkin yleistynyt monissa eri toiminnoissa, kuten terveydenhuollon palveluissa ja viranomaisasiointissa. Sovelluksien käytön hallitseminen voi tuoda helpotusta ja itsevarmuutta erinäisiin asioihin, kuten viranomaisasiointiin, työnhakuun ja muuhun yhteiskunnalliseen osallistumiseen. Videoneuvottelusovellusten käytön opettelu voi näin ollen edistää toimijuutta sekä arjen sujuvuutta eritoten sellaisten osallistujien kohdalla, joilla ei ole runsaasti aiempaa kokemusta tällaisten sovellusten käytöstä.

Elintapaohjauksessa pyritään liikuntalajikokeilujen sekä rentoutumisharjoitteiden kautta lisäämään asiakkaan valmiuksia edistämään omatoimisesti hyvinvointiaan. Haastattelujen pohjalta voidaan todeta, että eri liikuntalajeihin tutustuminen etäyhteydellä on varteenotettava keino tutustuttaa ryhmään osallistuvat eri liikuntamuotoihin. Etäyhteydellä ohjattu liikunta kuitenkin jakoi haastateltavien mielipiteitä enemmän kuin etäyhteydellä ohjatut rentoutumisharjoitteet. Ainoastaan yksi haastateltavista ilmaisi etäliikunnan olevan heikko vaihtoehdoksi, ja valtaosa haastateltavista koki etänä ohjatun liikunnan vaikuttavan olevan hyvä ratkaisu ainakin joidenkin liikuntamuotojen kohdalla. Etänä ohjatun liikunnan houkuttelevuuden lisäämiseksi tulee kehittää

ja hyödyntää aktiivisemmin osallistavia menetelmiä, sillä perinteinen videoyhteydellä ohjattu liikunta ei ole kaikille mieluisaa. On syytä huomioida, että tässä tutkimuksessa haastateltavilla oli vaihteleva määrä kokemusta etäyhteydellä ohjatusta liikunnasta. Kysymystä ei rajattu koskemaan ainoastaan elintapaohjauksessa etäyhteydellä ohjattua liikuntaa, sillä ryhmien toiminta sisälsi melko niukasti tällaista. Vastaajien ajatuksia videoyhteydellä ohjatusta liikunnasta kuitenkin haluttiin selvittää, jotta tutkimuksella saadaan tietoa tällaisen ohjauksen mielekkyydestä asiakkaille. Rentoutumisharjoitteiden tekeminen videoyhteydellä vaikuttaisi olevan haastateltaville mieluisa tapa osallistua ohjattuun rentoutumiseen. Ainoastaan yhdelle haastateltavalle rentoutumisharjoitukset eivät olleet mieluisia, kun muut kokivat etäyhteydellä ohjatun rentoutumisen olevan vähintään varteenotettava osallistua ohjattuun rentoutumiseen perinteiseen toteutusmuotoon verrattuna. Kokemus liikunnan nautinnollisuudesta on osoitettu olevan yhteydessä liikuntaharjoittelun säännöllisyyden kanssa (esim. Jekauc 2015), ja voidaan olettaa, että mikäli kokemus toiminnallisesta harjoitteesta on positiivinen, on elintapaohjaukseen osallistuva halukkaampi jatkamaan kokeilemansa harjoitteen kaltaisen toiminnan parissa esimerkiksi osallistumalla muuhun etänä ohjattuun liikuntaan tai etsimään itselleen sopivia harjoitteita verkosta.

8.3 Tasavertaisuus ja vastavuoroisuus ryhmäelintapaohjauksessa

Asiakaslähtöisyyden voidaan ajatella toteutuvan palvelussa, jossa asiakas kokee, että hänen yksilöllisyytensä ja oman elämänsä asiantuntijuus tunnustetaan sekä hänen toimijuutensa tuetaan. Kun toiminnassa hyödynnetään esimerkiksi itsehoidon tai muita asiakasta aktivoivia osallistumiskeinoja, edistetään asiakkaan kokemusta siitä, että hän osallistuu hoidon tai palvelun toteutumiseen tasavertaisena kumppanina. Ohjauksessa vastavuoroisuus lisää ohjattavan kokemusta siitä, että hän on oman elämänsä asiantuntija (Virtanen ym. 2011, 20.) Ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa tasavertaisuus ohjaajan ja osallistujien välillä sekä ryhmäläisten keskinäinen tasavertaisuus ovat vahvasti yhteydessä toiminnan vastavuoroisuuden kanssa.

Vastavuoroisessa toiminnassa ryhmään osallistuvilla on mahdollisuus tuoda omat näkemyksensä ilmi ja vaikuttaa toimintaan. Tällöin myös tasavertaisuus ohjaajan ja ohjattavien välillä sekä heidän kesken lisääntyy, sillä vastavuoroisessa toiminnassa jokainen osallistuja pääsee jossain määrin vaikuttamaan ohjauksen kulkuun.

Digitaalisia menetelmiä hyödyntämällä voidaan lisätä ryhmämuotoisen elintapaohjauksen vastavuoroisuutta sekä edistää tasavertaisuutta kaikkien toimijoiden kesken. Vastavuoroisuus ja tasavertaisuus elintapaohjaukseen osallistuvien ja ohjaajien välillä lisääntyvät, kun osallistujat pystyvät osallistumaan keskusteluun, mikäli koettu uhan tunne vähenee videoyhteydellä toimiessa. Ryhmämuotoisella toiminnalla voidaan parhaimmillaan saavuttaa vahvaa vertaistukea osallistujien välillä, joka on selvä etu yksilömuotoiseen ohjaukseen verrattuna. Positiivisen ja turvallisen ilmapiirin sekä ymmärretyksi ja hyväksytyksi tulemisen pidetään hoitoon sitoutumista edistävinä tekijöinä (Kyngäs & Hentinen 2009, 31), ja videoyhteydellä toimiminen osaltaan edistää rentoa ja turvallista ilmapiiriä (Cliffe ym. 2020). Valtaosa haastatelluista ei kokenut merkittäviä haasteita keskusteluun osallistumisessa etäyhteydellä. Useampi haastateltavista oli sitä mieltä, että etäyhteydellä keskusteluun osallistuminen ja oman mielipiteen ilmaiseminen saattoi olla jopa helpompaa. Myös Cliffe & kumppanit (2020) havaitsivat tutkimuksessaan, että elintapaohjaukseen osallistuvat voivat kokea videoyhteydellä keskustelun vähemmän uhkaavaksi, jonka vuoksi keskusteluun osallistuminen on helpompaa. Yksi haastateltavan mielestä se, että muita osallistujia ei nähnyt, lisäsi rohkeutta ilmaista oman mielipiteensä. Sama henkilö kuitenkin myös pohti haastattelun aikana, että muille ”avautuminen” etätapaamisilla on hankalampaa, mikäli muut osallistujat eivät ole tuttuja. Kyseisen haastateltavan sekä useamman muun haastatellun mielestä parikeskustelut olisivat olleet varteenotettava tapa lisätä keskustelua ja tutustua paremmin muihin ryhmäläisiin.

Elintapaohjauksessa käsitellään ajoittain hyvin intiimejä teemoja, joiden käsittely voi herättää elintapaohjaukseen osallistuvassa häpeän tunteita. Henkilö voi

esimerkiksi olla tyytymätön omiin ruokailutottumuksiinsa tai kokea häpeää elämänhallinnan puutteen tuntemuksesta. Etäyhteydellä toimiminen voikin ehkäistä elintapaohjaukseen osallistuvalla leimaantumisen kokemusta (Cliffe ym. 2020, 73). Merkillepantavaa on, että jokainen haastateltava koki elintapoihin liittyvistä asioista keskustelun etäyhteydellä olevan hyvä tapa käsitellä näitä teemoja. Tämä on toiminnan tavoitteiden näkökulmasta tärkeä seikka, sillä tyytyväisyys hoitoon voi joko edistää tai heikentää asiakkaan hoitoon sitoutumista (Kyngäs & Hentinen 2009, 31). On kuitenkin myös huomioitava, että jotkut haastateltavat kokivat etäyhteydellä toimimisen vähentäneen keskustelun määrää ryhmässä. Videoyhteydellä toimiessa ryhmäelintapaohjauksessa vuorovaikutuksen rytmi poikkeaa normaalista keskustelusta (Ilomäki ym. 2021), ja etenkin videoyhteydellä vähemmän toimineiden kohdalla vieraan oloinen keskustelurytmi voi osaltaan alentaa halukkuutta osallistua keskusteluun. Haastatteluaineistosta kävi myös ilmi, että keskusteluun osallistumista voi helpottaa selkeä puheenvuorojen jakaminen videokokousovelluksen viittausominaisuuden kautta. Tämä voi osaltaan edistää tasavertaisuutta asiakkaiden välillä, kun ryhmän jäsenet uskaltavat osallistua keskusteluun ja tuoda omat mielipiteensä esille. Tällöin keskusteluun voivat uskaltautua osallistua myös sellaiset henkilöt, joilla sosiaalinen paine läsnä kokoontuessa vähentää keskusteluun osallistumista. Puheenvuorojen selkeän osoittamisen havaittiin edistävän keskusteluun osallistumista myös Ilomäki & kumppanit (2021) tutkimuksessa, kun tutkittiin tekijöitä, jotka vaikuttavat ryhmäläisillä keskusteluun osallistumiseen elintapaohjauksen videokokouksissa.

Digitaaliset menetelmät edistävät ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyttä lisäämällä toimijoiden välistä tasavertaisuutta tuomalla palvelun ihmisten koteihin. Valtaosalla suomalaisista on riittävät edellytykset liittyä elintapaohjausryhmään etänä. Suomessa internetin saatavuus on erittäin korkealla tasolla, sillä kaikkiaan 92 prosenttia suomalaisista käyttää internetiä (Tilastokeskus 2020). Myös varttuneemmilla ikäryhmillä netin käyttö on hyvin yleistä, sillä jo 90 % 55–74-vuotiaista on pääsy internettiin (Kyytsönen ym. 2021, 37). Samaan aikaan kun netin käyttö on maassa yleistynyt, on Suomessa

polttoaineen hinta noussut jyrkästi vuoden 2022 aikana (Autoalan tiedotuskeskus 2022). Matkakustannusten noustessa etenkin moni pienituloisen joutuu puntaroimaan, osallistuuko vapaaehtoiseen elintapaohjaukseen, josta voi koitua ylimääräisiä matkakustannuksia. Videokokoukseen osallistuminen ei edellytä ohjattavalta pääsyä palveluntarjoajan tiloihin, jotka voivat asiakkaan asuinseudusta riippuen sijaita kymmenien tai satojen kilometrien päässä. Videoyhteydellä ryhmään liittyminen toki vaatii riittävän vakaan verkkoyhteyden sekä asianmukaiset laitteet, kuten päätelaitteen, mikrofonin ja mahdollisesti kameran, ja tällaisten laitteiden hankinnasta koituu osallistujalle kustannuksia, jos palvelun tuottaja ei tarjoa osallistujille näitä maksutta. Elintapaohjaukseen osallistuville on kuitenkin mahdollista osoittaa tila, johon he voivat kokoontua etäohjausta varten. Puumalan elintapaohjausryhmässä osallistujien oli mahdollista liittyä videokokouksiin Puumalan työpajan tiloista, jolloin ryhmäläisten ei tarvinnut omistaa laitteita itse tai matkustaa pitkiä matkoja osallistuakseen ryhmään. Tällainen toimintamalli tuo videoyhteydellä toteutettavan ohjauksen saavutettavaksi myös sellaisille, joilla ei ole käytettävissä kokouksiin liittymiseen tarvittavia laitteita tai osaamista liittyä kokouksiin itsenäisesti.

Haastatteluissa kartoitettiin, olisivatko elintapaohjaukseen osallistuneet halunneet hyödyntää toiminnassa pikaviestintäryhmää. Aineistosta käy ilmi, että pikaviestintäryhmän hyödyntäminen toiminnassa voi olla keino lisätä toiminnan vastavuoroisuutta sekä edistää tiedonkulkua ohjaajien ja ryhmäläisten välillä. Valtaosalle viestiryhmä olisi toiminut tiedon jakamisen välineenä, sillä haastateltavat kokivat, että viestiryhmän kautta olisi ollut helpointa esittää kysymyksiä ohjaustapaamisten välissä, liittyivätpä kysymykset sitten elintapamuutoksiin tai tuleviin ohjaukseroihin. Pikaviestintäryhmää hyödynnettäessä ohjaaja on helposti tavoitettavissa nopeita kysymyksiä varten, ja viestintäryhmässä voidaan jakaa helposti esimerkiksi ravitsemus- tai liikuntavinkkejä ryhmäläisten kesken. On kuitenkin huomioitava, että viestintäryhmään liittymätön ohjattava saattaa kokea eriarvoisuutta tai ryhmän ulkopuoliseksi jäämistä. Haastatteluissa ei korostunut, että viestiryhmässä toimiminen olisi ollut mielekästä lisääntyneen sosiaalisen tuen näkökulmasta,

joka oli yksi viestintäryhmän oletetuista eduista. Moni haastateltava koki saavansa riittävästi viestintää arjessa jo ilman tällaista ryhmää. Siitä huolimatta valtaosa haastateltavista olisi ollut halukas käyttämään pikaviestintäryhmään elintapaohjauksessa.

9 Pohdinta

Asiakkaan näkökulmasta asiakaslähtöisyydessä on kyse paljon muustakin kuin siitä, miten yksittäinen palveluprosessi on organisoitu. Asiakkaalle prosessissa varattu rooli ja asiakkaan mielikuva palvelusta muokkaavat asiakkaan käsitystä toiminnan asiakaslähtöisyydestä. (Virtanen ym. 2011, 21.) Tutkimuksesta johtopäätöksenä on, että digitaaliset menetelmät edistävät ryhmäelintapaohjauksen ryhmämuotoisten toimintojen asiakaslähtöisyyttä eritoten helpottamalla toimintaan osallistumista monella eri tasolla. Kun ohjausta tarjotaan digitaalisen alustan kautta, kuten videoyhteydellä tai tekstipohjaisena, on elintapaohjauksen asiakkaan mahdollista osallistua ohjaukseen käytännössä katsoen mistä hyvänsä. Digitaalisten menetelmien käyttö ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa voi myös lisätä toiminnan asiakaslähtöisyyttä edistämällä vuorovaikutusta osallistujien välillä.

Tutkimuksen haastatteluaineistossa ilmeni samankaltaisuuksia aiemman tutkimustiedon kanssa. Esimerkiksi toimintaan osallistumiseen liittyvän kuormittavuuden tai ”taakan” vähentyminen videoyhteyden äärelle kokoontuessa on etu, joka näyttäytyi myös Clifften ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa. Haastattelujen pohjalta voidaan todeta, että ryhmämuotoiseen elintapaohjauksessa voi olla mielekästä tarjota videoyhteydellä ohjattua liikuntaa. Haastateltavilla oli kuitenkin erilaisia ennakkoluuloja tällaista ohjausta kohtaan esimerkiksi ohjauksen seuraamisen haastavuutta koskien. Lioun ja kumppaneiden (2006, 373) tutkimuksessa yli kolmasosa painonhallintaryhmään osallistuneista koki, että etäyhteydellä ohjatussa liikunnassa oli kehittämisen varaa, joskin tällainen palaute yhdistettiin tutkimuksessa heikon verkkoyhteyden aiheuttamiin haasteisiin.

Tämä opinnäytetyö antaa tietoa siitä, kuinka digitaalisten menetelmien käyttö ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa voi edistää toiminnan asiakaslähtöisyyttä työelämän ulkopuolella oleville. Tutkimus lisäksi havainnollistaa eri asiakaslähtöisyyden osa-alueiden keskinäisen yhteyden ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää

ryhmämuotoisen elintapaohjauksen kehittämiseksi sekä työttömille soveltuvien elintapaohjauspalvelujen valinnassa.

9.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön edellytyksenä on, että tutkittavalla on riittävästi tietoa tutkimuksesta, jonka perusteella hän voi tehdä päätöksen tutkimukseen osallistumisesta tai osallistumatta jättämisestä (Vilkkä 2021, 152). Koen, että tutkimukseen osallistuneilla oli riittävästi tietoa tehdäkseen tietoisien päätösten tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksesta kerrottiin elintapaohjaukseen osallistuneille ensimmäisen kerran ryhmien toiminnan aloituksen yhteydessä. Jokainen tutkimukseen kutsuttu henkilö sai itselleen paperisena tai digitaalisessa muodossa tiedotteen tutkimuksesta (liite 2), jossa kerrottiin muun muassa opinnäytetyön tavoitteet, tutkimuksessa kerättävät tiedot sekä tiedonkeruun menetelmä ja tutkimuksen tekijät sekä ohjaajan yhteyshenkilöt. Painotin myös jokaiselle ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen osallistuneelle, että tutkimukseen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen ei millään tavalla vaikuta ohjattavan saamaan palveluun tai kohteluun.

Tässä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tunnistettavissa vahvuuksia sekä heikkouksia. Pohdittaessa tekijöitä, jotka saattoivat vaikuttaa haastatteluissa saatuihin vastauksiin, on huomioitava, että tutkijana tunsin haastateltavat entuudestaan, sillä toimin ohjaajana elintapaohjausryhmissä. Tämä oli havaittavissa osassa haastatteluista, kun keskustelu saattoi nopeasti muuttua koskemaan yksilön elintapamuutoksia, joita yksilöohjauksessa käsiteltiin. Toisaalta haastateltavat kykenivät antamaan hyviä havainnollistavia esimerkkejä teemoihin liittyen, sillä he tiesivät minun monesti tunnistavan, mihin tapahtumiin he viittaavat vastauksissaan. Haastatteluaineistosta tehtyjä päätelmiä tuki ohjaustyössä hankittu tieto tapahtumista ja asioita, joihin asiakkaat viittasivat puheenvuoroissaan. Tämä saattaa toisaalta johtaa myös virhepäätelmiin, jos tutkija olettaa ymmärtävänsä, mitä haastateltava sanomallaan tarkoittaa.

Puolistrukturoitu teemahaastattelu oli mielestäni soveltuva tutkimuksen tavoitteiden sekä tutkimuskysymyksen näkökulmasta. Menetelmä pitää kuitenkin sisällään tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta tietynlaisia haasteita, jotka tulee tutkimusta tehdessä ottaa huomioon.

Teemahaastattelussa usein peilautuu kysymysten tasolla tutkijan käsitykset tutkittavasta asiasta, ja kysymyksiin on tällöin sisäänkirjoitettu tutkijan ennakkokäsitys käsiteltävästä asiasta (Vilkkä 2021, 102). Haastateltavat saattoivat olettaa jossain määrin, että heiltä toivotaan digitaalisia menetelmiä kohtaan myönteisiä kannanottoja. Mikäli haastateltava tunnistaa tutkijan ennakkokäsitykset tutkittavasta asiasta, saattaa tämä muokata vastaustaan sen mukaan, mitä uskoo tutkijan toivovan eivätkä vastaukset tällöin perustu täysin vastaajan omiin kokemuksiin tai käsityksiin. Tällöin tutkimusaineisto ei välttämättä vastaa toivotulla kattavuudella tutkimusongelmaan ja tutkimuskysymyksiin, jolloin ne eivät täysin myöskään vastaa tutkimuksen tavoitetta. (Vilkkä 2021, 102.) Painotin tutkimukseen osallistuville, että heiltä toivotaan haastatteluissa aitoja mielipiteitä käsiteltäviä teemoja koskien. Mielestäni haastateltavilta saadut vastaukset teemahaastattelun kysymyksiin vaikuttavat vilpittömiltä, sillä haastateltavat kertoivat digitaalisten menetelmien hyvistä ja huonoista puolista varsin avoimesti. Teemahaastattelun kysymykset pyrittiin myös laatimaan siten, että ne eivät johdatelleet haastateltavaa vastaamaan tietyllä tavalla. Tarkensin myös kysymyksiä tarvittaessa ja kysyin tarkentavia jatkokysymyksiä, mikäli halusin varmistaa ymmärtäneeni haastateltavan vastauksen oikein. Esimerkiksi kun haastattelun kuudennessa kysymyksessä kysyin, millaisia haasteita osallistujat kokivat etäyhteyksistä muodostuneen toiminnalle, täsmensin kysymystä tarvittaessa käsittämään muitakin haasteita kuin ainoastaan teknisiä ongelmia.

Teemahaastatteluista saatu aineisto oli opinnäytetyön kannalta mielestäni riittävä tutkimuskysymykseen vastaamiseksi. Tutkimuksessa haastateltiin molempiin elintapaohjausryhmiin osallistuneita, eli näkemyksiä digitaalisten menetelmien hyödyntämisestä ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa saatiin kahdelta eri paikkakunnalta. Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta oli mielestäni merkityksellistä selvittää haastateltavien ajatuksia digitaalisista menetelmistä

monesta eri näkökulmasta. Myös etämenetelmiin liittyvien haasteiden kysyminen oli hedelmällistä ryhmämuotoisen elintapaohjauksen kehittämisen näkökulmasta, sillä näiden tunnistaminen auttaa ymmärtämään asiakkaiden tarpeita paremmin, jolloin asiakaslähtöisyyttä voidaan edistää. Mielestäni teemahaastattelurunkoon olisi ollut tarkoituksenmukaista lisätä pienryhmä- ja parityöskentelyyn liittyviä kysymyksiä, sillä tällaisten käyttö herätti mielenkiintoa sellaisissa haastateltavissa, joiden kanssa asia tuli puheeksi. Opinnäytetyön osallistuneiden ryhmien elintapaohjaskerroilla ei kuitenkaan hyödynnetty Microsoft Teams:n pienryhmiä, jonka vuoksi kysymys jätettiin teemahaastattelurungosta pois.

9.2 Mahdolliset jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen haastatteluista saatiin tietoa siitä, mitä haasteita haastateltavat tunnistivat toiminnan digitaalisissa menetelmissä. Tutkimuksen haastatteluista ilmeni, että etänä kokoontuessa keskusteluun osallistumista voi erityisesti ryhmämuotoisen toiminnan alkuvaiheessa haastaa se, jos muihin ryhmäläisiin ei pääse tutustumaan riittävän hyvin. Turvallisuuden tunteen edistämiseksi on tärkeää huolehtia, että ryhmäläiset pääsevät tutustumaan toisiinsa riittävässä määrin, jotta asioiden jakaminen ryhmässä tuntuu luontevalta. Yksi potentiaalinen keino, jolla voitaisiin edistää elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyttä, olisi hyödyntää etäyhteydellä toimiessa pienryhmä- ja parikeskusteluja, joihin osallistujat on mahdollista jakaa muun muassa Microsoft Teams:ssä. Haastatteluissa useamman haastateltavan kanssa nousivat esille tällaiset pienryhmät, ja jokainen näistä haastateltavista koki, että pienryhmien käyttö olisi ollut perusteltua. Tämän ominaisuuden hyödyntäminen voisi edistää osallistujien keskinäistä tutustumista, joka osaltaan voi lisätä elintapaohjausryhmissä käytävää keskustelua sekä osallistujien kokemaa turvallisuuden tunnetta. Samalla on kuitenkin huomioitava, että joillekin osallistujille tällaiset pienryhmissä käytävät keskustelut voivat olla epämieluisia. Pienryhmä- ja parikeskustelujen vaikutusta palvelun asiakaslähtöisyyteen voisikin olla mielekästä tutkia tulevaisuudessa.

Tulevaisuudessa voisi olla mielekästä tutkia, millä tavoin täysin verkkopohjaiset elintapamuutosten tueksi tarkoitetut ohjelmat tukevat elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyttä. Verkkopohjaisten ohjelmien vaikuttavuutta kustannustehokkuutta tutkitaan perinteisesti ohjelman kehittäjän tai omistajan toimesta, sillä ohjelmien tehokkuudesta halutaan näyttöä asiakkaiden houkuttelemiseksi. Samalla kuitenkin näiden palvelujen asiakaslähtöisyyden tarkastelu on perusteltua esimerkiksi ohjelmien kehittämisen näkökulmasta.

Lähteet

Absetz, P., & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Helsinki: Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vol 21. 2265–2272. Viitattu 12.12.2021. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo99873>

Anderson ES, Winett RA & Wojcik JR. 2007. Self-regulation, self-efficacy, outcome expectations, and social support: social cognitive theory and nutrition behavior. *Ann Behav Med.* Vol. 34. No 3. 304–312. Viitattu 4.1.2022. DOI: 10.1007/BF02874555

Autoalan tiedostuskeskus 2022. Bensiinin ja dieselin hintakehitys. Päivitetty 20.6.2022. Viitattu 29.7.2022. Saatavissa: https://www.aut.fi/tilastot/verotus_hintakehitys_ja_liikennemenot/bensiinin_ja_dieselin_hintakehitys

Azar, K. M. J., Aurora, M., Wang, E. J., Muzaffar, A., Pressman, A., & Palaniappan, L. P. 2015. Virtual small groups for weight management: an innovative delivery mechanism for evidence-based lifestyle interventions among obese men. *Translational Behavioral Medicine.* Vol. 5 No 1. 37–44. Viitattu 7.1.2022. doi:10.1007/s13142-014-0296-6

Carels, R. A., Miller, J. C., Shonrock, A. T., Byrd, J. R., & Haley, E. (2021). Exploring the addition of self-compassion skills training to a behavioral weight loss program delivered using video conferencing software. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 196–202. Viitattu 3.2.2022. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.07.005>

Chang, J. E., Sequeira, A., McCord, C. E. & Garney, W. R. 2016. Videoconference Grief Group Counseling in Rural Texas: Outcomes, Challenges, and Lessons Learned. *The Journal for specialists in group work*, Vol. 41. No 2. 140–160. Viitattu 10.11.2021. <https://doi.org/10.1080/01933922.2016.1146376>

Cliffe, M., Di Battista, E. and Bishop, S. 2020. Can you see me? Participant experience of accessing a weight management programme via group videoconference to overcome barriers to engagement. *Health Expectations*. Vol 24 No 1. 66–76. Viitattu 19.11.2021. <https://doi.org/10.1111/hex.13148>

Elfhag, K & Rössner, S. 2005. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev*. Vol. 6. No 1. 67–85. Viitattu 30.11.2021. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x

Eläketurvakeskus N. d a. Työ- ja kansaneläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeensaajat maakunnittain. Viitattu 2.11.2022. Saatavissa: https://tilastot.etk.fi/pxweb/fi/ETK/ETK__110kaikki_elakkeensaajat__10elakkeen_saa_jien_lkm/elsa_k11_tk_mkunta.px/table/tableViewLayout1/?loadedQueryId=87699b32-0e99-487d-9259-6e574f7d4b54&timeType=top&timeValue=1

Eläketurvakeskus N. d b. Työ- ja kansaneläkkeensaajien väestöosuudet eläkelajeittain. Viitattu 2.11.2022. Saatavissa: https://tilastot.etk.fi/pxweb/fi/ETK/ETK__110kaikki_elakkeensaajat__50elakkeen_saa_jien_vaestoosuus/vaesto02_laji.px/table/tableViewLayout1/?loadedQueryId=3caad5da-27aa-4952-8e62-4a2106548178&timeType=top&timeValue=1

Essote 2019. Elintapaohjaus. Päivitetty 18.11.2021. Viitattu 23.11.2021. <https://www.essote.fi> > Asiakkaalle > Palvelut > Kuntoutuspalvelut > Elintapaohjaus

Etelä-Savon hyvinvointialue 2021. Etelä-Savon itsehallinnollisen hyvinvointialueen kestävä käynnistäminen ja rakentaminen - toiminnan käynnistäminen talouden ja rahoituksen näkökulmasta loppuraportti 22.2.2021. Viitattu 14.12.2021. https://etela-savo.fi/wp-content/uploads/2021/08/Etela-Savon-hyvinvointialue_rahoytus_loppuraportti_22022021.pdf

Etelä-Savon hyvinvointialue N. d a. Etelä-Savon hyvinvointialueen strategia. Viitattu 18.11.2021. Saatavissa: <https://etela-savo.fi/wp->

content/uploads/2021/06/16.6.2021_-Etelä-Savon-hyvinvointialueen-palvelustrategia-loppuraportti.pdf

Etelä-Savon hyvinvointialue N. d b. Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hanke. Viitattu 19.11.2021. www.etela-savo.fi > Muutosohjelma > Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hanke

Galletta, A. & Cross, W. E. 2013. Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond: From Research Design to Analysis and Publication. New York, NY: New York University Press.

Haleem, A., Javaid, M., Singh, R.P. And Suman, R., 2021. Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. Sensors International. Vol 2. 100117. Viitattu 19.11.2021. <https://doi.org/10.1016/j.sintl.2021.100117>

Hong, J., Kim, J., Kim, S.W. & Kong, H., 2017. Effects of home-based tele-exercise on sarcopenia among community-dwelling elderly adults: Body composition and functional fitness. Experimental Gerontology, Vol 87, 33–39. <https://bit.ly/3m8mZdC>

Hult, M., Pietilä, A. M., & Saaranen, T. 2019. Improving employment opportunities of the unemployed by health and work ability promotion in Finland. Health Promotion International. Vol. 35. No 3. 518–526. Viitattu 4.1.2022. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz048>

Hyppönen, H & Ilmarinen, K. 2019. Sähköisten sosiaali- ja terveystalvelujen tarjonta, palvelujen käyttö ja esteet. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) 2019. Suomalaisten hyvinvoin 2018. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 279–290. Viitattu 19.5.2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>

Hänninen, J. 2021. Etelä-Savon hyvinvointialueesta halutaan Suomen johtava digitaalisten sosiaali- ja terveystalvelujen tarjoaja – Osassa maakuntaa chattibotti ohjaa potilaita tiedon ääreen ja asiantuntijoiden juttusille jo nyt. Länsi-Savo 23.10.2021 Viitattu 14.12.2021. Saatavissa: <https://www.lansi-savo.fi/paikalliset/4341007>

Ilomäki, S., Ruusuvuori, J. & Laitinen J. 2021. Effects of Transmission Delay on Client Participation in Video-Mediated Group Health Counseling. *Qualitative Health Research*. Vol. 31. No 12. 2328–2339. Viitattu 18.7.2022. DOI: 10.1177/10497323211010726

Jauhiainen, A., & Sihvo, P. 2015. Asiakaslähtöisten sähköisten terveystalvelujen käyttöönnotto – malli käyttöönnotolle ja vaikuttavuuden arvioinnille. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*. Vol. 7. No 4. 210–220. Viitattu 3.12.2021. <https://journal.fi/finjehew/article/view/53520>

Jekauc, D. 2015. Enjoyment during Exercise Mediates the Effects of an Intervention on Exercise Adherence. *Psychology*. Vol. 6. 48–54. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.61005>

Jovanović, Z., Crncević-Orlić, Z., Stimac, D., Kokić, S., Persić, V., Ruzić, T. And Goll-Barić, S., 2009. Effects of obesity reduction on cardiovascular risk factors: comparison of individual and group treatment--substudy of the Croatian Healthy Weight Loss Programme. *Collegium Antropologicum*. Vol 33. No 3. 751–757. Viitattu 22.11.2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19860100/>

Karfpoulou, E., Anastasiou, C. & Aygeraki, E. 2016. The role of social support in weight loss maintenance: results from the MedWeight study Authors. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol 39. No 3. 511–518. Viitattu 3.12.2021. DOI: 10.1007/s10865-016-9717-y

Keyserling, T.C., Sheridan, S.L., Draeger, L.B., Finkelstein, E.A., Gizlice, Z., Kruger, E., Johnston, L.F., Sloane, P.D., Samuel-Hodge, C., Evenson, K.R., Gross, M.D., Donahue, K.E., Pignone, M.P., Vu, M.B., Steinbacher, E.A., Weiner, B.J., Bangdiwala, S.I. & Ammerman, A.S. 2014. A Comparison of Live Counseling With a Web-Based Lifestyle and Medication Intervention to Reduce Coronary Heart Disease Risk: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. Vol. 174. No 7. 1144–1157. Viitattu 23.11.2021. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1984>

- Khan, M.A.B., Hashim, M.J., King, J.K., Govender, R.D., Mustafa, H. And Al Kaabi, J. 2020. Epidemiology of Type 2 Diabetes - Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *Journal of epidemiology and global health*. Vol. 10. No 1. 107–111. Viitattu 17.11.2021.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310804/pdf/JEGH-10-1-107.pdf>
- Khaw, K.T., Wareham, N., Bingham, S.A., Welch, A., Luben, R. And Day, D. 2008. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS medicine*. Vol. 5. No 1. 39-47. Viitattu 17.11.2021. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050012
- Kivekäs, E., Kuosmanen, P., Kinnunen, U.-M., Kansanen, M., & Saranto, K. 2019. Sähköiset terveystalvolut osaksi potilaan arkea. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*. Vol. 11. No 1–2. 25–37. Viitattu 15.12.2021.
<https://journal.fi/finjehew/article/view/69813>
- Koivunen, K. 2017. Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa. *ePooki*. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 62. Viitattu 25.4.2022.
<http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-141-8>.
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. *PerSona-sarja*. Keuruu: Duodecim.
- Korhonen, M., & Virtanen, T. 2015. Digitaalisuus ja asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa – kansalaisen omat tiedot hyötykäyttöön. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*. Vol. 7. No 4. 237–239. Viitattu 15.12.2021.
<https://journal.fi/finjehew/article/view/53522>
- Kozlowski, KA. & Holmes, CM. 2014. Experiences in Online Process Groups: A Qualitative Study. *Journal for Specialists in Group Work*. Vol. 39. No 4. 276–300. Viitattu 28.11.2021. <https://doi.org/10.1080/01933922.2014.948235>
- Kyngäs H. & Hentinen M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaali Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaali Oy.

Kyytsönen, M., Aalto, A. And Vehko, T. 2021. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021: Väestön kokemukset. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 24.11.2021. Saatavissa:
<https://www.julkari.fi/handle/10024/142675>

Laki hyvinvointialueesta 611/2021. Annettu Naantalissa 29.6.2021. Saatavilla
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210611>

Laitinen, J., Korkiakangas, E., Alahuhta, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Rajala, U., Timonen, O., Jokelainen, T., Keränen, A., Remes, J., Ruokonen, A., Hedberg, P., Taanila, A., Husman, P. And Olkkonen, S. 2010. Feasibility of videoconferencing in lifestyle group counselling. *International Journal of Circumpolar Health*. Vol. 69. No 5. 500–511. Viitattu 12.12.2021.
<https://doi.org/10.3402/ijch.v69i5.17688>

Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). Käypä hoito -suositus 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 10.1.2022. Saatavissa:
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50124#s13>

Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemiö K, Hämäläinen H, Härkönen P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Mannelin M, Paturi M, Sundvall J, Valle TT, Uusitupa M, Tuomilehto J. 2006. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet*. Vol. 368. No 9548. 1673–1679. Viitattu 17.11.2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69701-8

Liou, T. H., Chen, C. H., Hsu, C. Y., Chou, P., & Chiu, H. W. 2006. A pilot study of videoconferencing for an Internet-based weight loss programme for obese adults in Taiwan. *Journal of Telemedicine and Telecare*. Vol. 12. No 7. 370–373. Viitattu 28.1.2022. <https://doi.org/10.1258/135763306778682350>

Lääkäriseura Duodecim. 2017. Painopiste preventioon. Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisyssä 2017. Viitattu 15.11.2021. Saatavissa <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2017/04/Konsensuslausuma-2017.pdf>

McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. & Kinicki, A. 2005. Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 90. No 1. 53–76. Viitattu 11.11.2021. DOI:10.1037/0021-9010.90.1.53

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä: Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus.

Nevanperä, N., Keränen A-M., Ukkola O., Laitinen J. 2015. Effects of group counseling transmitted through videoconferencing on changes in eating behaviors. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. Vol. 47. No 6. 555–559. Viitattu 30.11.2021. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2015.07.004>

Ogurtsova, K., Da Rocha Fernandes, J. D., Huang, Y., Linnenkamp, U., Guariguata, L., Cho, N.H., Cavan, D., Shaw, J.E. And Makaroff, L.E., 2017. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes research and clinical practice*. Vol 128. 40–50.

Prättälä, R., Koskinen, S., Martelin, T., Lahelma, E., Sihto, M. & Palosuo, H. 2007. Terveyserot ja niiden kaventamisen haaste. Teoksessa Palosuo, M., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.), *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 15–24. Viitattu 23.11.2021. Saatavilla

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70638/URN%3aNBN%3afi-fe201504226300.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Prättälä, R 2007. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa Palosuo, M., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M.,

Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.), *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 130–140. Viitattu 23.11.2021. Saatavilla <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70638/URN%3aNBN%3afi-fe201504226300.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Robroek, S. J. W., Schuring, M., Croezen, S., Stattin, M., & Burdorf, A. 2013. Poor health, unhealthy behaviors, and unfavorable work characteristics influence pathways of exit from paid employment among older workers in Europe: A four year follow-up study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. Vol. 39. No 2. 125–133. Viitattu 1.9.2022. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3319>

Roos, E., Lahelma, E., Saastamoinen, P. And Elstad, J., 2005. The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol. 33. No 4. 250–260. Viitattu 21.12.2021. doi: 10.1080/14034940510005680.

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto* [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 22.11.2021. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>

Salminen, A. & Hiekkala, S. 2019. Suositukset etäkuntoutukseen. Teoksessa Salminen, A., Ahtinen, A. & Hiekkala, S. *Kokemuksia etäkuntoutuksesta: Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia*. Helsinki: Kela tutkimus. 289–293. Viitattu 13.1.2022. Saatavilla: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/302635>

Salminen, A-L, Hiekkala, S & Stenberg, J-H. 2016. *Etäkuntoutus*. Helsinki: Kela. Viitattu 23.11.2021. Saatavilla: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/161341>

Silva, B. M.C., Rodrigues J.J.P.C., de la Torre Díez, I., López-Coronado, M., Saleem, K. 2015. Mobile-health: A review of current state in 2015. *Journal of Biomedical Informatics*. Vol. 56. 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2015.06.003>

Similä, H., Harjumaa, M., Isomursu, M., Ervasti, M. & Moilanen, H. 2014. Video Communication in Remote Rehabilitation an Occupational Therapy Groups. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. Vol. 32, No 2, 97–111. Viitattu 23.11.2021. Saatavilla: <https://bit.ly/30ML1TK>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2019. Terveysten edistäminen. Päivitetty 16.9.2019. Viitattu 24.11.2021. <https://stm.fi/terveyden-edistaminen>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Työkykyohjelma. Päivitetty 6.10.2021. Viitattu 14.12.2021. <https://stm.fi/tyokykyohjelma>

Sote-uudistus N. d. Hyvinvointialueiden perustaminen. Viitattu 18.11.2021. <https://soteuudistus.fi/hyvinvointialueiden-perustaminen>

Suomidigi 2020. Digitaalisten palvelujen asiakaslähtöinen suunnittelu. Viitattu 14.1.2021. Saatavissa: <https://www.suomidigi.fi/sites/default/files/2020-03/Digitaalisten%20palvelujen%20asiakas%C3%A4ht%C3%B6inen%20suunnittelu.pdf>

Tawalbeh, L. I., Tubaishat, A., Batiha, A. M., Al-Azzam, M., & AlBashtawy, M. 2015. The Relationship Between Social Support and Adherence to Healthy Lifestyle Among Patients With Coronary Artery Disease in the North of Jordan. *Clinical Nursing Research*. Vol. 24. No 2. 121–138. Viitattu 11.1.2022. DOI: 10.1177/1054773813501194

TEM N. d. Lomautettuja ennätyskellisen vähän. Viitattu 13.10.2022. Saatavissa: <https://www.temtyollisyyskatsaus.fi/graph/tkat/tkat.aspx?ely=06>

Terveyskylä N. d. Painonhallintatalo. Viitattu 18.1.2022. <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta>

THL 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 - tutkimus. Raportti. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 16.11.2021. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/136223>

THL 2020. Terveystuollon etäasioinnin trendit vuosien 2013-2020 Avohilmon aineistossa. Viitattu 19.11.2021. Saatavilla:

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141162/URN_ISBN_978-952-343-639-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

THL 2021. Hyvinvointi ja terveysterot. Keskeisiä käsitteitä. Päivitetty 17.11.2021. Viitattu 23.11.2021. [Www.thl.fi](http://www.thl.fi) > Aiheet > Hyvinvointi ja terveysterot > Eriarvoisuus > Keskeisiä käsitteitä

THL 2019. Yleistietoa kansantaudeista. Päivitetty 8.11.2019. Viitattu 19.11.2021. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

Tilastokeskus 2021. Syntyvyys ei ole Suomessa ikärakenteen kannalta riittävällä tasolla. Viitattu 14.12.2021.

https://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_tie_001_fi.html

Tilastokeskus 2020. Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö 2020. Saatavilla: https://www.stat.fi/til/sutivi/2020/sutivi_2020_2020-11-10_fi.pdf

Tuttas, CA. 2014. Lessons Learned Using Web Conference Technology for Online Focus Group Interviews. Qualitative Health Research. 2015. Vol 25. No 1. 122-133. Viitattu 22.11.2021. Saatavissa: <https://journals-sagepub-com.ezproxy.turkuamk.fi/doi/pdf/10.1177/1049732314549602>

Tyypin 2 diabeteksen hoito. Käypä hoito -suositus 2021. Sisätautien erikoislääkäri Pirjo Ilanne-Parikka. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 4.11.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00775>

Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärien yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 17.11.2021. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50056>

Valtioneuvosto (N. d). "Ekologisesti ja sosiaalisesti kestävää talouskasvua, korkeaa työllisyyttä ja kestävä julkista taloutta" – 2 Kestävän talouden Suomi. Viitattu 16.10.2022. www.valtioneuvosto.fi > Marinin hallitus > Hallitusohjelma > 2 Kestävän talouden Suomi

Valtiovarainministeriö N. d. Digiohjelma. Viitattu 19.11.2021. www.vm.fi > Valtiovarainministeriö > FI > Hankkeet ja säädökset > Hanke > Digiohjelma

Verkkopuntari N. d. Valmennukset. Viitattu 18.1.2022. www.verkkopuntari.fi > Valmennukset

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5., päivitetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virtanen, P., Janlert, U., & Hammarström, A. 2013. Health status and health behaviour as predictors of the occurrence of unemployment and prolonged unemployment. *Public Health*. Vol. 127. No 1. 46–52. Viitattu 4.1.2021.

<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.10.016>

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., & Ahonen ja Markku Suokas, P. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekes. Viitattu 11.5.2022. Saatavissa:

<https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T., Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. 2. Painos. Helsinki: Edita.

Weinstein, R.S., Lopez, A.M., Joseph, B.A., Erps, K.A., Holcomb, M., Barker, G.P. And Krupinski, E.A. 2014. Telemedicine, Telehealth, and Mobile Health Applications That Work: Opportunities and Barriers. *The American Journal of Medicine*. Vol. 127. No 3. 183–187. Viitattu 19.11.2021. <https://calio.org/wp-content/uploads/2020/03/Telemedicine-Telehealth-and-Mobile-Health.pdf>

Wirén, S., Vuorela, K., Müller, T. & Laitinen, K. 2018. Suomi tietoliikenneverkkojen kärkimaaksi: – Digitaalisen infrastruktuurin strategia 2025 Helsinki: Liikenne- ja viestintäministeriö. Viitattu 24.11.2021. Saatavissa:

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161066>

Teemahaastattelurunko

1. Kuinka vanha olet?
2. Mikä on kotikuntasi?
3. Miten kokenut olet erilaisten videokokoussovellusten, kuten Microsoft Teams:n käytössä?
4. Elintapaohjausryhmä kokoontui ensimmäisillä ryhmäkerroilla etäyhteydellä. Millaiseksi koit ryhmämuotoisen toiminnan aloittamisen etänä?
5. Millaisia etuja etäyhteyden hyödyntämisestä on sinulle ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa?
6. Entä millaisia haasteita etäyhteyksistä mielestäsi koitui ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa?
7. Millaiseksi koit keskusteluun osallistumisen etäyhteydellä? Kuvaile esimerkiksi puheenvuoron ottamista etätapaamiskerroilla.
8. Millaiseksi koit elintapoihin liittyvistä asioista keskustelun ryhmässä?
9. Millaista sinusta on osallistua etäyhteydellä ohjattuihin toiminnallisiin harjoitteisiin, kuten esimerkiksi rentoutumis- tai liikuntaharjoitteisiin?

Ryhmämuotoisessa toiminnassa ei tietosuojaesitystä johtuen voitu käyttää pikaviestintäsovellusta, kuten Whatsappia. Olisitko sinusta ollut mielekästä hyödyntää toiminnassa pikaviestintäryhmää? Perustele vastauksesi.

Tiedote tutkimuksesta

Päiväys 26.4.2022

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Kokemuksia hybridimuotoisesta ryhmäelintapaohjauksesta Etelä-Savossa

1. Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan ryhmämuotoisen elintapaohjaukseen osallistuneiden kokemuksia palvelusta. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja teidän osuuttanne siinä.

2. Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kieltäytyminen ei vaikuta oikeuksiinne, kohteluunne tai saamaanne palveluun Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeen elintapaohjauksessa.

Osallistuminen tutkimukseen katsotaan suostumukseksi tutkimuksessa kysytyjen tietojen tutkimuskäyttöön. Voitte myös keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta.

3. Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella, kuinka digitaaliset menetelmät tukevat ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyttä. Haastattelun aineistoa verrataan aikaisempaan tutkimustietoon, jonka pohjalta tehdään johtopäätöksiä siitä, millä tavoin digitaaliset menetelmät edistävät ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyyttä. Pää tavoitteena on kehittää hankkeen aikana pilotoitavaa palvelua, jotta siitä voidaan tehdä houkuttelevampaa asiakkaille.

4. Tutkimuksen toteuttajat

Tutkimuksen toimeksiantajana toimii Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hanke ja vastuullinen tutkija on hankkeeseen työsuhteessa oleva Heikki Huttunen. Hankkeessa kehitetään ja pilotoidaan tulevaisuuden sote-keskukseen toimintamalleja, jotka edistävät työttömien ja osatyökykyisten työllistymistä. Tutkimus tehdään yhteistyössä Mikkelin työttömät ry:n ja sekä Puumalan työpajan kanssa. Turun AMK:lta nimitetty tutoropettaja arvioi ja osin ohjaa tutkimuksen toteutusta.

5. Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet

Tutkittavat osallistuvat Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hankkeen ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen. Tutkimukseen osallistuvat kutsutaan muutaman tunnin kestävään yksilöhaastatteluun ryhmämuotoisen elintapaohjauksen siirryttyä seurantavaiheeseen.

Tutkimus toteutetaan siten, että tutkimukseen osallistuvat haastatellaan teemahaastattelun keinoin. Haastattelu tehdään etäyhteyksiä hyödyntäen (puhelin- tai videoyhteys). Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan analysointia varten.

6. Kustannukset ja niiden korvaaminen osallistujalle

Tutkimukseen osallistuminen ei maksa teille mitään. Osallistumisesta ei myöskään makseta erillistä korvausta.

7. Tutkittavien vakuutusturva

Vakuutusturvaan liittyvät kysymykset ratkaistaan tapauskohtaisesti.

8. Tutkimustuloksista tiedottaminen

Opinnäytetyö julkaistaan avoimesti Theseus-tietokannassa. Tutkittavia ei ole mahdollista tunnistaa vastauksien perusteella, sillä haastateltavien tiedot pseudonymisoidaan.

9. Tutkimuksen päättyminen

Myös tutkimuksen suorittaja voi keskeyttää tutkimuksen, mikäli elintapaohjauksen ryhmät keskeytetään. Tutkittavalle ei tiedoteta erikseen haastattelun pohjalta tehtäviä johtopäätöksiä ryhmämuotoisen elintapaohjauksen asiakaslähtöisyydestä, sillä tämä tieto ei ole yksilön kannalta merkittävää. Tutkimuksen päätyttyä haastatteluaineisto hävitetään asianmukaisella tavalla.

10. Lisätiedot

Pyydämme teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä opinnäytetyötä tekeväälle tutkijalle ja/tai opinnäytetyön ohjaajalle, joiden yhteystiedot ovat alla.

11. Tutkijoiden yhteystiedot

Tutkija, opinnäytetyötekijä
Nimi: Heikki Huttunen
Puh. 040 656 7299
Sähköposti: heikki.huttunen@etela-savo.fi / heikki.huttunen@essote.fi

Opinnäytetyön ohjaaja
Titteli: hankepäällikkö
Nimi: Petri Laitinen
Sektorit: Essote: Työkykyä ja kumppanuutta sote-keskuksesta! -hanke
Puh. 040 656 7422
Sähköposti: petri.laitinen@etela-savo.fi / petri.laitinen@essote.fi