



Etelä-Pohjanmaan  
sairaanhoitopiiri

**JULKAISUSARJA B:** Raportit

**Vaikuttavaa elintapaohjausta Etelä-Pohjanmaalla:  
miksi ja miten?**

**Etelä-Pohjanmaan VESOTE-hankkeen loppuraportti**

JUHA VUORIJÄRVI | HANNA-LEENA HIETARANTA-LUOMA | CARITA LILJAMO | MAIJA KUOPPALA

**Julkaisun tekijät:**

**Juha Vuorijärvi**, kehittämissuunnittelija ja VESOTE-hankkeen aluekoordinaattori, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

**Hanna-Leena Hietaranta-Luoma**, kehittämissuunnittelija, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

**Carita Liljamo**, hoitotyön johtaja, Lapuan kaupunki

**Maija Kuoppala**, liikuntaneuvoja, Pohjanmaan Liikunta ja Urheilu ry

**Julkaisuvuosi 2019**

JULKAISUSARJA B: Raportit

[ISBN 978-952-452-109-3 \(nid.\)](#)

[ISBN 978-952-452-110-9 \(pdf\)](#)

[ISSN-L 1796-3818](#)

[ISSN 1796-3818 \(painettu\)](#)

[ISSN 1798-7032 \(verkkajulkaisu\)](#)

Julkaisusarja B

Etelä-Pohjanmaan VESOTE-hankkeen (2017–2018) loppuraportti

# **Vaikuttavaa elintapaohjausta Etelä-Pohjanmaalla: miksi ja miten?**

JUHA VUORIJÄRVI | HANNA-LEENA HIETARANTA-LUOMA  
CARITA LILJAMO | MAIJA KUOPPALA



**Etelä-Pohjanmaan  
sairaanhoitopiiri**





## Sisällysluettelo

<b>1. Tiivistelmä</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Johdanto</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Terveyden edistäminen ja elintapaohjaus</b> .....	<b>5</b>
3.1 Kansanterveydellinen näkökulma ja riskitekijöiden esiintyvyys .....	5
3.2 Terveyden edistämisen toimenpiteet ja elintapojen muuttaminen .....	7
3.3 Elintapaohjaus terveyden edistämisen viitekehyksessä .....	8
<b>4. VESOTE-hanke</b> .....	<b>11</b>
4.1 Tausta.....	11
4.2 Tavoitteet .....	12
4.3 Toimenpiteet ja toteutus .....	13
4.3.1 Elintapaohjauksen palveluketjujen kehittäminen .....	13
4.3.2 Yksilöllisen elintapaohjauksen toteutus .....	15
4.3.3 Koulutukset ja osaamisen vahvistaminen.....	20
4.3.4 Virtuaalinen elintapapoliklinikka ja palvelutarjotin .....	21
4.3.5 Hankkeen yhteys maakunta ja sote-uudistukseen.....	23
4.3.6 Viestintä ja tapahtumat .....	24
4.4 Aineiston analysointi, tilastollinen käsittely ja luotettavuus.....	25
<b>5. Tulokset ja arviointi</b> .....	<b>26</b>
5.1 Elintapaohjauksen palveluketju – kehittämistiimien näkemykset .....	26
5.2 Yksilöllisen elintapaohjauksen vaikuttavuus.....	29
5.2.1 Osallistujat .....	29
5.2.2 Seurantatulokset (0–9 kk) terveystilanteissa sekä elintapakyselyissä .....	30
5.3 Verkkokoulutus liikuntaneuvonnasta, ravitsemusohjauksesta ja uniterveydestä .....	36
5.3.1 Osallistujat .....	36
5.3.2 Liikuntaneuvonta-, ravitsemusohjaus- ja uniterveysosaaminen .....	37
5.3.3 Rajoittavat tekijät ohjaamisessa ja neuvonnassa.....	41
5.3.4 Verkkokoulutuksen arviointi.....	43
5.4 Elintapaohjauskysely sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille .....	44
5.4.1 Kyselyyn osallistuneiden taustatiedot.....	44
5.4.2 Ohjaus ja neuvonta omassa asiakastyössä.....	46
5.4.3 Ohjaus ja neuvonta organisaatiossa .....	57
5.4.4 Osallistuminen VESOTE-hankkeen toimintaan .....	60
5.5 Virtuaalinen elintapapoliklinikka ja palvelutarjotin .....	61
<b>6. Johtopäätökset ja yhteenveto</b> .....	<b>62</b>
6.1 Elintapaohjauksen palveluketjut ja elintapaohjauksen toteutus .....	62
6.2 Osaamisen vahvistaminen .....	64
6.3 Virtuaalinen elintapapoliklinikka ja palvelutarjotin .....	65
6.4 Yhteenveto .....	65
<b>Lähteet</b> .....	<b>66</b>
<b>Liitteet</b> .....	<b>70</b>

## 1. Tiivistelmä

Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti (VESOTE) -hanke oli yksi sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamista kärkihankkeista vuosille 2017–2018. Yhteensä 17 toimijan hankkeessa oli mukana 10 sairaanhoitopiiriä, joista yhtenä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. VESOTE-hankkeen valtakunnallisena tavoitteena oli vahvistaa ja kehittää sosiaali- ja terveydenhuollossa annettavaa elintapaohjausta.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä keskityttiin elintapaohjauksen palveluketjujen rakentamiseen ja yksilöllisen elintapaohjauksen pilotointiin, osaamisen vahvistamiseen sekä virtuaalisen elintapapoliklinikan ja palvelutarjottimen rakentamiseen. Tärkeässä roolissa elintapaohjauksen kehittämisessä olivat kuntien ja kuntayhtymien nimeämät kehittämistiimit. Tärkeimmäksi tekijäksi palveluketjujen kehittämisessä arvioitiin yhteistyö ja verkostoituminen. Kaikki kehittämistiimit ilmoittivat jatkavansa kehittämistyötä myös hankkeen jälkeen ja yhteistointialueilla/kunnissa oli tehty myös työnkuvan muutoksia. Myös muita merkittäviä toimenpiteitä tehtiin: perustettiin uusia elintapa- ja liikuntaryhmiä, otettiin käyttöön erityisryhmien uinti- ja kuntosalikortti, käynnistettiin hyvinvointineuvonnan jatkohanke ja kehitettiin aikuisneuvontatyön sisältöjä. Lisäksi yhteistyö eri toimijoiden kesken tiivistyi ja konkretisoitui.

Hankkeessa toteutettu yksilöllinen elintapaohjaus (Pohjanmaan Liikunta ja Urheilu ry) vaikutti positiivisesti useisiin terveystietoihin (paino, BMI, vyötärön ympäryys, verenpaine), henkilöiden koettuun terveyteen sekä fyysiseen ja henkiseen työkykyyn. Yhteistyö elintapaohjauksen toteutuksesta liikunnan aluejärjestön kanssa oli rohkaiseva esimerkki onnistuneesta organisaatorajat ylittävästä yhteistyöstä.

Hankkeen järjestämiin verkkokoulutuksiin ilmoittautui mukaan 126 henkilöä. Koko elintapaohjauksen verkkokoulutuskokonaisuuden laajuus oli noin 45 tuntia, sisältäen erilliset osiot liikuntaneuvonnasta, ravitsemusohjauksesta ja uniterveydestä. Osaaminen lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi kaikilla kolmella osa-alueella. Selkeimmin osaaminen vahvistui uniterveyteen liittyvässä osaamisessa. Virtuaalisen elintapapoliklinikan ja palvelutarjottimen haasteeseen Etelä-Pohjanmaalla vastattiin rakentamalla 'Hyvinvoinnin palvelukartta' osaksi olemassa olevaa Hyvis.fi Etelä-Pohjanmaa -sivustoa. Ensimmäinen versio karttaratkaisusta julkaistiin joulukuussa 2018.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä VESOTE-hanke onnistui vastaamaan hyvin sille asetettuihin tavoitteisiin. Yhteenvedona voidaan todeta, että elintapaohjauksen vahvistamisen kannalta keskeisiä tekijöitä ovat yhteistyö ja verkostoituminen, vahva elintapaohjausosaaminen, selkeät toimintamallit, riittävät resurssit ja koordinointi. VESOTE-hankkeessa aloitettua työtä jatketaan maakunnallisessa verkostossa, jossa elintapaohjausta vahvistetaan ja yhtenäistetään mm. jakamalla hyviä käytäntöjä, tukemalla maakunta- ja sote-uudistuksen työtä ja lisäämällä poikkihallinnollista yhteistyötä eri toimijoiden kesken.



## 2. Johdanto

Etelä-Pohjanmaalla on tehty pitkään arvokasta ja laaja-alaista työtä terveyden edistämisen ja hyvinvoinnin parissa. Maakunnassa ovat asioita vieneet eteenpäin aiemmat hankkeet kuten Dehkon 2D-hanke, Parempi arki -hanke, POTKU-hanke ja monet muut. Kehittämistyössä rakennetaan aina aiemmin tehdyn työn pohjalle ja VESOTE-hankkeessa haluttiinkin aktiivisesti hyödyntää hyväksi havaittuja toimintamalleja aiemmista hankkeista sekä ottaa käyttöön hyviä käytäntöjä.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön rahoittama ja UKK-instituutin hallinnoima 'Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti (VESOTE)' -hanke käynnistyi vuoden 2017 alussa yhteensä 17 toimijan voimin. Koko hankkeen toiminta-alueella oli 184 kuntaa ja yli 4 miljoonaa asukasta. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri oli yksi kymmenestä hankkeessa mukana olleesta sairaanhoitopiiristä. (UKK-instituutti 2018a) VESOTE-hankkeen ohjausryhmän jäsenenä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä oli sairaanhoitopiirin johtaja Jaakko Pihlajamäki. VESOTE-hanke oli yksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kärkihankkeista, jolle myönnettiin rahoitusta yhteensä 2,97 miljoonaa euroa vuosille 2017–2018 (STM 2018a).

VESOTE-hankkeen tavoitteena oli vahvistaa ja kehittää sosiaali- ja terveydenhuollossa annettavaa elintapaohjausta. Tähän pyrittiin mm. ottamalla käyttöön vaikuttavia toimintamalleja, vahvistamalla elintapaohjausosaamista sekä lisäämällä poikkihallinnollisuutta ja moniammatillisuutta (UKK-instituutti 2018a). Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tavoitteet ja toimenpiteet painottuivat elintapaohjauksen palveluketjujen rakentamiseen, elintapaohjausosaamisen vahvistamiseen ja virtuaalisen elintapapoliklinikan/palvelutarjottimen rakentamiseen. Pohjanmaan Liikunta ja Urheilu ry (PLU) sai VESOTE-hankkeeseen oman erillismäärärahan ja antoi merkittävän lisäarvon Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin VESOTE-hankkeeseen tuottamalla yksilöllisen elintapaohjauksen palvelut hankeaikana kuudella paikkakunnalla.

Tässä raportissa kuvataan hankkeen taustat, tavoitteet ja toimenpiteet. Raportti kokoaa yhteen kattavasti hankkeen tuloksia ja sisältää lisäksi lyhyen taustoituksen elintapaohjaukseen ja sen sisältöihin terveyden edistämisen viitekehyksessä. Johtopäätökset ja yhteenveto sisältävät kootusti hankkeen keskeisimpiä havaintoja, tuloksia ja toimenpide-ehdotuksia. Tämän raportin toivotaan tuottavan tietoa, joka auttaa rakentamaan Etelä-Pohjanmaalle entistä vaikuttavampaa elintapaohjausta – ihmisen terveyden tähden.



### 3. Terveyden edistäminen ja elintapaohjaus

#### 3.1 Kansanterveydellinen näkökulma ja riskitekijöiden esiintyvyys

Ihmisen terveys syntyy monien tekijöiden summana, johon vaikuttavat mm. kulttuuri, fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, psyykkiset tekijät, geenit ja sattuma. Keskeinen merkitys terveyteen on kuitenkin myös ihmisen omilla elintavoilla, kuten tupakoinnilla, ravintotottumuksilla, alkoholin käytöllä ja liikunnalla. Elintapojen omaksuminen tapahtuu jo varhain, mutta elintapoihin voidaan vaikuttaa myös myöhemmässä vaiheessa. (Huttunen 2018)

Elintavoillamme on myös merkittäviä kustannusvaikutuksia. Liikkumattomuuden aiheuttamat terveydenhuollon suorat kustannukset ovat tuoreen katsauksen perusteella Suomessa vuosittain noin 600 miljoonaa euroa. Yhteensä liikkumattomuuden arvioidaan aiheuttavan vähintään 3,2 miljardin euron vuosittaiset kustannukset. Kustannusvaikuttaviksi todettujen terveydenedistämistoimenpiteiden vahvistamiseen tulisikin panostaa perusterveydenhuollossa nykyistä enemmän. Yhtenä kustannusvaikuttavana terveydenedistämisen toimenpiteenä esitetään liikunnan palveluketju, jonka keskiössä ovat yksilöllinen neuvonta, säännölliset kontrollit sekä ohjaus omatoimiseen liikuntaan. (Vasankari ym. 2018) Kansanterveyden näkökulmasta lihavuus on yksi merkittävimmistä ongelmista ja lihavuus näyttää aikuisväestössä edelleen lisääntyvän (Koponen ym. 2018). Tupakoinnin aiheuttamien taloudellisten haittojen kokonaissumman on puolestaan arvioitu olevan Suomessa noin 1,5 miljardia euroa vuodessa (Vähänen 2015).

Kyselytutkimusten perusteella terveysliikuntasuosituksen mukaisesti Suomessa liikkuu alle viidennes 20–54 vuotiaista (Murto ym. 2010–2016) eikä aikuisväestön liikkumisessa ja paikallaanoloissa ole havaittavissa suuria muutoksia tällä vuosikymmenellä (Husu ym. 2018). Ruokotottumusten osalta aikuiset lisäsivät kasvien ja hedelmien käyttöä vuosina 1997–2012 (Raulio ym. 2016), mutta suunta on kääntynyt epäedulliseksi tarkasteluvälillä 2011–2017, jolloin tuoreiden kasvien ja hedelmien kulutus väheni sekä miehillä että naisilla. (Koponen ym. 2018) Suurella osalla Suomessa asuvista aikuisista syöminen ei ole suositusten mukaista. Suositusten mukaisesti (500 g/vrk) kasviksia, hedelmiä ja marjoja naisista syö 22 % ja miehistä vain 14 %. Noin joka kolmas saa ravinnosta liikaa rasvaa ja erityisesti miehistä suuri osa (79 %) syö myös liikaa punaista ja prosessoitua lihaa. Suuri osa saa myös liikaa suolaa, miehistä lähes kaikki (Valsta ym. 2018). Suurin osa aikuisista nukkuu hyvin, mutta myös uniongelmiä esiintyy ja omasta mielestään tarpeeksi nukkuvien osuus on vähentynyt vuodesta 2011 vuoteen 2017

sekä miehillä että naisilla. Uniongelmat vaikuttavat heikentävästi hyvinvointiin ja ovat kansanterveyden kannalta yksi merkittävä riskitekijä. (Koponen ym. 2018)

Etelä-Pohjanmaalla elinolot ovat maakuntavertailussa parhaimpien joukossa, mutta aikuisten lihavuus, tupakointi ja liikkumattomuus rasittavat maakuntamme asukkaita (THL:n asiantuntijaryhmä 2018). Vuonna 2015 Etelä-Pohjanmaalla 20 vuotta täyttäneistä lihavia (painoindeksi  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) oli lähes joka neljäs, kun koko maassa lihavien osuus oli alle 19 %. Päivittäin tupakoivien osuus Etelä-Pohjanmaalla on 13 % ja terveystieteiden suositusten mukaisesti 20–54-vuotiaista eteläpohjalaisista liikkuu reilut 18 %. (Murto ym. 2010–2016) Tilanne näyttää Etelä-Pohjanmaalla haastavalta myös nuorten ylipainon osalta (THL:n asiantuntijaryhmä 2018). Taulukossa 1 on esitetty elintapoihin ja terveysriskeihin liittyviä tietoja Etelä-Pohjanmaan ja koko maan osalta.

Taulukko 1. Terveystila, elintavat ja riskitekijät Etelä-Pohjanmaalla ja koko Suomessa (Aikuisväestö: Murto ym. 2010–2016; Nuoret: THL 2018a).

Aikuisväestö									
	Ylipainoisten osuus, %			Suositusten mukaan liikuntaa harrastavat, %			Unettomuutta 30 viime päivän aikana kokeneiden osuus, %		
<b>Etelä-Pohjanmaa</b>	24,4			18,2			37,1		
<b>Koko maa</b>	18,8			17,5			38,6		
Nuoret									
	Ylipainoisten osuus, %			Vähintään tunnin päivässä liikkuvat, %			Nukkuu arkisin alle 8 tuntia, %		
	Perusopetus 8. ja 9. lk	Lukio 1. ja 2. vuosi	Ammatillinen oppilaitos	Perusopetus 8. ja 9. lk	Lukio 1. ja 2. vuosi	Ammatillinen oppilaitos	Perusopetus 8. ja 9. lk	Lukio 1. ja 2. vuosi	Ammatillinen oppilaitos
<b>Etelä-Pohjanmaa</b>	22,2	17,6	31,3	17,6	14,6	11,4	36,2	42,1	57,4
<b>Koko maa</b>	18,9	15,6	26,2	19,2	13,1	12,6	33,9	43	50,6

### 3.2 Terveyden edistämisen toimenpiteet ja elintapojen muuttaminen

*Terveyden edistämisen toimenpiteet* voidaan jakaa yksilöihin ja ympäristöön kohdistuviin toimenpiteisiin. Terveyden edistämisen toimenpiteiden vaikuttavuuden todentaminen ja mittaaminen on kuitenkin varsin haastavaa. Terveyden edistämisen interventioita on käytännössä jopa mahdotonta toteuttaa sellaisilla tutkimusasetelmilla, joilla voitaisiin saavuttaa vahvin A-asteen näyttö. Terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuudesta on kuitenkin näyttöä ja toimintaa onkin suunniteltava parhaan olemassa olevan tiedon valossa. (Ståhl 2017)

*Interventio* voidaan ymmärtää ohjaukselliseksi väliintuloksi, jolla tuetaan asiakasta tekemään terveyttä edistäviä elintapamuutoksia. Interventio voi olla työmuoto, toimintamalli tai ohjausmuoto. Interventiolla pyritään vaikuttamaan esim. asiakkaan ravitsemukseen, tupakointiin, liikuntatottumuksiin, uneen ja mielenterveyden tukemiseen. Interventioiden toteuttamistasoja ovat yksilö-, ryhmä- tai yhteisötaso. (Heinonen ym. 2010) Neuvonta ymmärretään WHO:n mukaan ammattilaisen toteuttamaksi ohjaukseksi ja tueksi, jonka avulla henkilö pystyy ratkaisemaan jonkun ongelman. Terveyden edistämisen kontekstissa ohjauksella ja tuella pyritään siihen, että henkilö muuttaisi käyttäytymistään terveysriskien pienentämiseksi. (WHO 2018)

Esimerkiksi lihavuuden hoidon ensisijainen hoitomuoto on suunnitelmallinen elintapaohjaus (elintapahoito), joka toteutetaan joko ryhmässä (ensisijainen vaihtoehto) tai yksilöllisesti (Lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2013). Ryhmäohjauksen ajatellaan tuovan säästöjä ja ryhmäohjaukseen työskentelymuotona liittyviä muita etuja, kuten vertaiskokemusten vaihtaminen. Ryhmäohjaus ei kuitenkaan välttämättä poista kokonaan yksilöohjauksen tarvetta ja ryhmä- ja yksilöohjauksen joustava yhdistäminen saattaa lisätä vaikuttavuutta. (Marttila ym. 2004) Kun tehdään valintoja intervention toteuttamistasosta yksilö- ja ryhmäohjauksen välillä, tulisi toteuttavan intervention valinnan perustua asiakaslähtöisyyteen ja ohjaukselliseen näkökulmaan. Puhtaasti taloudellisiin tekijöihin ja resursseihin pohjautuva ohjausmuodon valinta saattaa johtaa tehottomiin ja tilanteeseen sopimattomiin interventioihin. Yksilö- ja ryhmäohjausmuodot eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan toisiaan täydentäviä ohjausmuotoja, ja molemmat ohjausmuodot voivat olla tarpeen parhaan tuloksen aikaansaamiseksi. (Heinonen ym. 2010)

Elämäntapamuutoksen onnistumista tukevat pystyvyyden vahvistaminen ja omaehtoinen motivaatio, jota pyritään herättelemään motivoivan haastattelun keinoin. Asiakkaan omien vahvuuksien tunnistaminen on keskeistä motivoivassa haastattelussa. (Absetz ja Hankonen 2017) Käyttäytymisen omaseuranta on todettu tehokkaaksi yksittäiseksi tekniikaksi liikunta- ja ravit-



semuskäyttäytymisen muutoksissa (Absetz ja Hankonen 2011) ja merkittävämpiä tuloksia saadaan, kun siihen yhdistetään tavoitteiden asettaminen, toiminnan suunnittelu ja palautteen saaminen (Absetz ja Hankonen 2017). Vaikuttaviksi tekniikoiksi taitojen, pystyvyyden tai motivaation vahvistamiseksi on esitetty ainakin seuraavia neljää tekniikkaa: *tavoitteenasettelua, omaseurantaa, asteittaista etenemistä muutoksessa ja motivoivaa haastattelua*. (Salmela 2010; Absetz ja Hankonen 2017)

Käyttäytymisteorioihin ja tekniikoihin perustuvat interventiot on todettu vaikuttaviksi aikuisväestön fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä. Aktiivisuutta mittaavien laitteiden, kuten liike- ja askelmittareiden, avulla on pystytty lisäämään fyysistä aktiivisuutta aikuisväestössä. Myös puhelin- ja web-pohjaisten interventioiden on todettu olevan vaikuttavia. (PAGAC 2018) Tuore suomalainen kahden vuoden satunnaistettu ja kontrolloitu interventiotutkimus pystyi osoittamaan tehostetun henkilökohtaisen elintapaohjauksen ja siihen yhdistetyn liikuntaharjoittelun tehokkuuden työikäisten vaikean lihavuuden hoidossa ja painonhallinnassa. Kahden vuoden seurannassa interventioyryhmiin osallistuneiden paino laski merkittävästi (-4,4 – -8,5 kg,  $p < 0,001$ ) kontrolliryhmään verrattuna. Vyötärön ympärykseen vaikutus oli suurin, kun liikuntaharjoittelu yhdistettiin tehostettuun henkilökohtaiseen elintapaohjaukseen heti painonpudotusvaiheen alussa. (Kaikkonen ym. 2018)

### 3.3 Elintapaohjaus terveyden edistämisen viitekehyksessä

Terveydenhuoltolain 13 § (1326/2010) edellyttää terveysneuvonnan sisällyttämistä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin. Terveysneuvonta on terveydenhuollon ammattihenkilöstön toteuttamaa suunnitelmallista hyvinvoinnin tukemista, jossa vuorovaikutus ja viestintä on terveyslähtöistä ja voi kohdistua yksilöön, ryhmään tai laajemmin väestöön. Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten on tarkoitus toimia asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden seurannassa ja edistämässä sekä edistää mielenterveyttä ja elämänhallintaa, tukea terveyttä edistäviä valintoja ja tarjota asukkaille ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa. Lisäksi terveysneuvonnan ja terveystarkastusten tehtävänä on antaa tukea tupakoinnista vieroitukseen ja alkoholinkäytön vähentämiseen. (STM 2018b) Terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää myös, että terveysneuvonta ja terveystarkastukset linkittyvät muihin kunnan tarjoamiin palveluihin, jolloin ne muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden, josta muodostaa palveluketju.

Maakunta- ja sote-uudistuksessa kansallisesti laadittu suoran valinnan hallintopäätös (6.7.2018 luonnos) on tarkoitettu asiakirjamalliksi ja maakuntien työvälineeksi, joka sisältää



yhteiset ehdot maakunnan palveluntuottajille (Valtioneuvosto 2018a). Liitteeksi laaditun palvelukuvausmallin luonnoksessa todetaan, että palveluntuottajan on *ennakoivasti edistettävä vastuuväestön hyvinvointia ja terveyttä*. Palvelukuvauksen mukaan ehkäiseviin terveyspalveluihin kuuluvat, valtakunnallisen ja maakunnan ohjeiston mukaan, terveydenhuoltolain tarkoittama terveysneuvonta terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveysneuvonta tarkoittaa ennaltaehkäiseviä perustason palveluita kuten lyhytneuvontaa. Mikäli tunnistetaan erityisiä riskitekijöitä, tulee kohdennettua terveysneuvontaa ja ehkäisevää hoitoa tarjota asiakkaille, heidän omaisilleen ja hoitajille. (Valtioneuvosto 2018b)

Elintapaohjauksen palveluketju kuvaa tässä julkaisussa tyypillistä terveyden edistämisen yhdyspintapalvelua, jossa ylittyvät yhden tai useamman organisaation toiminnalliset rajat. Yhdyspintapalveluissa eri organisaatioiden tehtävistä on sovittava, koska terveyden ja hyvinvoinnin yhdyspintapalveluiden toteuttamisessa riskinä on yhdyspinnoille syntyvät aukot. (THL 2018b). Maakunta- ja sote-uudistuksen myötä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä tulee sekä kunnan että maakunnan yhteinen tärkeä tehtävä. Maakunnan tehtäviksi jäävät mm. sosiaali- ja terveydenhuollon ennaltaehkäisevät palvelut, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen korjaavissa palveluissa sekä alueellisen liikuntaneuvoston asettaminen. (Savolainen 2017a; Alueuudistus.fi 2018) Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osa-alueisiin kuuluvat mm. liikunta- ja harrastuspaikat, kulttuuripalvelut, osallisuuden vahvistaminen sekä liikkumista edistävät ja turvalliset ympäristöt (Savolainen 2017b).

Palveluketju kokoaa yhteen ne palvelut, jotka tukevat ja edistävät asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä, kuten terveys-, liikunta- ja ravitsemuspalvelut. Toimiva palveluketju parantaa kustannustehokkuutta ja toiminnan laatua. Terveyden edistämisen palveluketjun rakentamisessa keskeistä on mm. eri toimijoiden välinen yhteistyö, monialaisuus ja moniammatillisuus, toisten ammattilaisten osaamisen arvostaminen ja johdon tuki. Tärkeitä tekijöitä onnistuneen palveluketjun luomisessa ja juurruttamisessa ovat myös tiedottaminen, arviointi ja seuranta sekä palveluketjun päivittäminen. Toimivan palveluketjun hyödyt näkyvät asiakkaalle yksilöllisinä ja käyttäjälähtöisinä palveluina sekä palvelun sujuvuutena. (Heinonen ym. 2010)

Elintapaohjauksen palveluketjulla tarkoitetaan tässä julkaisussa elintapaohjauksen prosessikokonaisuutta, jossa voi olla mukana useita toimijoita eri sektoreilta, kuten sosiaali- ja terveydenhuollosta, liikuntapalveluista ja järjestöistä. Elintapaohjauksen palveluketjusta on tunnistettavissa ainakin seuraavat vaiheet: tunnistaminen, puheeksiotto, lähettäminen, elintapaohjaus ja elintapojen hallinta. Palveluketjun pohjana on käytetty liikunnan palveluketjun mallia



(Tuunanen ym. 2016). Riippuen elintapaohjauksen tasosta ja palveluketjun vaiheesta, toimijoiden roolit ja palveluketjun vaiheiden merkitys vaihtelevat.



Kuva 1. Elintapaohjauksen palveluketjun vaiheet.

Elintapaohjauksella tarkoitetaan tässä julkaisussa yksilöön ja/tai ryhmään kohdistettua toimintaa, jonka tavoitteena on tukea asiakasta tekemään terveyttä ja hyvinvointia edistäviä pysyviä elintapamuutoksia. Elintapaohjaus ymmärretään asiakaslähtöisenä ja laaja-alaisena toimintana huomioiden mm. ravitsemuksen, fyysisen aktiivisuuden, unen, päihteiden käytön ja mielenterveyden osa-alueet. Elintapaohjausta voidaan toteuttaa yksilö- ja/tai ryhmäohjauksena. Sähköisen omahoidon palveluita voidaan hyödyntää kaikilla elintapaohjauksen tasoilla. Elintapaohjausta voidaan toteuttaa ainakin kolmella tasolla:

#### **Perustason elintapaohjaus**

- sisältää tunnistamisen, puheeksioton ja neuvonnan sekä tarvittaessa palveluohjauksen esim. kunnan tai järjestön tarjoamiin palveluihin.
- perustason elintapaohjaus voi tapahtua kokonaisuudessaan yhden toimijan toteuttamana, eikä kaikki elintapaohjauksen palveluketjun vaiheet ole välttämättömiä.

#### **Kohdennettu elintapaohjaus**

- sisältää lisäksi vaiheittain etenevää, asiakaslähtöistä, tavoitteellista ja ammattilaisen tukemaa yksilöllistä elintapaohjausta (yksilö- ja/tai ryhmämuotoista). Kohdistetussa elintapaohjauksessa myös seurataan ja arvioidaan ohjauksen vaikuttavuutta.
- kohdennetussa elintapaohjauksessa palveluketjun toimijoiden määrä kasvaa, kaikki palveluketjun vaiheet käydään läpi ja palveluketjun neljännen vaiheen, eli varsinaisen elintapaohjauksen merkitys korostuu.

#### **Vaativa elintapaohjaus**

- sisältää lisäksi moniammatillista erityisosaamista ja palveluja, kuten ravitsemusterapia- ja mielenterveyspalvelut.
- vaativassa elintapaohjauksessa korostuu erityisosaamisen tarve ja moniammatillinen yhteistyö.

## 4. VESOTE-hanke

### 4.1 Tausta

Sosiaali- ja terveysministeriön ”Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön” -projektin aloitustilaisuus järjestettiin Helsingissä kesäkuussa 2016. Kyseessä oli yksi ”Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta” -kärkihankekokonaisuuden (2016–2018) kolmesta projektista. Yksi projektin sisältökokonaisuus oli nimetty otsikolla ”Elintapaohjauksen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa ja sen palveluketjuissa”, johon hankekonsortiota lähti muodostamaan UKK-instituutti. (STM 2016a; STM 2016b) Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP) liittyi hankekonsortioon mukaan jo varhaisessa vaiheessa ja kärkihankehauille annettiin tuki 18.8.2016 järjestetyssä EPSHP:n perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikön (Aksila) ohjausryhmän kokouksessa, jossa ovat edustettuina yhteistoiminta-alueiden ja sairaanhoitopiirin johtavat viranhaltijat.

UKK-instituutin vetämä konsortio jätti hankehakemuksen sosiaali- ja terveysministeriölle syyskuussa 2016 ja hakemus nimettiin otsikolla: ”Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti” - myöhemmin VESOTE. Sosiaali- ja terveysministeriön 28.11.2016 päivättyllä päätöksellä VESOTE-hankkeelle myönnettiin rahoitusta yhteensä 2 970 000 euroa (STM 2018a), josta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin osuus oli 195 200 euroa.

#### **VESOTE-hankkeessa mukana olleet sairaanhoitopiirit:**

- Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri (EKSOTE)
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (EPSHP)
- Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (ESSHP)
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS)
- Kainuu sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä (KAINUU)
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (PSHP)
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymä (Siun sote)
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (PPSHP)
- Satakunnan sairaanhoitopiiri/Porin kaupunki (SASHP)
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP)



Valtakunnallisina järjestö- ja asiantuntijatoimijoina mukana hankkeessa olivat UKK-instituutti (hanketta hallinnoiva taho), Diabetesliitto, Kunnossa kaiken ikää -ohjelma/LIKES ja Mielenterveyden keskusliitto. Hankkeen sisältöasiantuntijatahoina toimivat ravitsemuksen osalta Pirkanmaan sairaanhoitopiiri ja unen sekä unettomuuden hoidon osalta Helsingin Uniklinikka - VitalMed Tutkimuskeskus. Lisäksi hankkeessa oli mukana kaksi liikunnan aluejärjestöä: Pohjanmaan Liikunta ja Urheilu (PLU) sekä Päijät-Hämeen Liikunta ja Urheilu (PHLU). (UKK-instituutti 2018a) Yhteensä 17 toimijan hanke kattoi yli 4 miljoonaa asukasta ja 184 kuntaa (UKK-instituutti 2018b). Hankkeen ensimmäinen yhteinen tapaaminen järjestettiin Helsingissä joulukuussa 2016. Koko VESOTE-hankkeen yhteisen ohjausryhmän jäseneksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä nimettiin sairaanhoitopiirin johtaja Jaakko Pihlajamäki ja varajäseneksi Aksila toimintayksikön johtaja ylilääkäri Matti Rekiaro. Hankkeen alueellisena ohjausryhmänä toimi Aksilan ohjausryhmä.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä hanke sijoittui Aksilaan, jossa hankkeen suunnittelu alkoi projektityöntekijä TtM Juha Vuorijärven toimesta heti hankerahoituksen varmistuttua. Hän toimi hankkeen aluekoordinaattorina/kehittämissuunnittelijana (1.2.2017–31.12.2018). Hankkeeseen palkattiin kehittämissuunnittelijan tehtäviin HTM Carita Liljamo (50 %, 1.3.2017–9.3.2018) ja FT Hanna-Leena Hietaranta-Luoma (100 %, 1.5–31.12.2018). PLU puolestaan rekrytoi hankkeeseen liikuntaneuvojaksi TtM, kuntotohtori Maija Kuoppalan (100 %, 1.8.2017–31.12.2018) toteuttamaan käytännön elintapaohjausta maakunnassa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin VESOTE-hankkeen kokonaisbudjetti oli 244 000 euroa, josta sairaanhoitopiirin omarahoitusosuus oli 20 % eli 48 800 eur. Kirjanpidonmukaiset toteutuneet kokonaiskustannukset koko hankeajalta olivat 198 930 euroa, josta henkilöstömenot 166 071 eur, palvelujen ostot 18 991 eur, vuokrat 13 740 eur, aineet/tarvikkeet/tavarat sekä muut menot 127 eur.

#### 4.2 Tavoitteet

VESOTE-hankkeen valtakunnallisena tavoitteena oli vahvistaa ja kehittää sosiaali- ja terveydenhuollossa annettavaa elintapaohjausta. Tavoitteena oli mm. vaikuttavien toimintamallien käyttöönotto (esim. tehokkaat hoitopolut ja hallintorajat ylittävät palveluketjut), elintapaohjausosaamisen vahvistaminen, poikkihallinnollisuuden ja moniammatillisuuden vahvistaminen elintapaohjauksessa, hyvien käytäntöjen hyödyntäminen ja levittäminen sekä kolmannen sektorin integroiminen ja vahvistaminen. Kehittämistoimet painottuivat erityisesti kolmeen teemaan: liikuntaan, ravitsemukseen ja uneen. (UKK-instituutti 2016; UKK-instituutti 2018a)



Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueellinen hankesuunnitelma valmistui maaliskuussa 2017 ja hanke esiteltiin Aksilan ohjausryhmälle 18.5.2017. Erityiskohderyhmiksi alueellisesti valittiin mielenterveyspalveluiden asiakkaat ja diabeetikot. Alueellisessa hankesuunnitelmassa painottui elintapaohjauksen palveluketjujen rakentaminen, virtuaalisen elintapapolin/palvelutarjottimen luominen ja elintapaohjausosaamisen vahvistaminen. Tavoitteet ja toimenpiteet jäseneltiin alueellisessa hanke-esitteessä seuraavasti:

### **Hankkeen tavoitteet Etelä-Pohjanmaalla**

1. Elintapaohjausta tarvitsevat henkilöt tunnistetaan ja ohjataan vaikuttavaan ja prosessinomaiseen elintapaohjaukseen.
2. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden elintapaohjaukseen osallistuvien ammattilaisten osaamista vahvistetaan erityisesti ravitsemuksen, liikunnan ja unen osalta.
3. Alueelliset elintapaohjauksen sähköiset palvelut ja palvelutarjotin ovat kansalaisten käytössä.

### **Keinot tavoitteisiin pääsemiseksi**

1. Luodaan elintapaohjauksen palveluketjut ja -kartat.
2. Järjestetään verkkokoulutusta ammattilaisille liikunnan, ravitsemuksen ja unen osalta. Lisäksi ammattilaisia koulutetaan puheeksiottamisen, kirjaamisen ja motivoivan keskustelun sisältöjen osalta.
3. Rakennetaan virtuaalinen elintapapoliklinikka ja palvelutarjotin.

Hankesuunnitelma sisälsi myös aikataulutuksen, viestintä- ja koulutussuunnitelman, ohjaus- ja vastuumäärittelyt, kohderyhmävalinnat, arvioinnin, riskienhallinnan ja resursseihin keskitetyt osiot. Hankkeen keskeisimmät toimenpiteet ja tapahtumat on kuvattu aikajanelle liitteessä 1.

## **4.3 Toimenpiteet ja toteutus**

### **4.3.1 Elintapaohjauksen palveluketjujen kehittäminen**

Elintapaohjauksen palveluketjujen kehittämistyö aloitettiin keväällä 2017 toteutetulla kuntakiertueella, joka jalkautui sairaanhoitopiirin jokaiselle yhteistoiminta-alueelle/kuntaan. Tilaisuuksissa VESOTE-hanketta markkinoitiin eri hallintokuntien edustajille ja päättäjille sekä rekrytoitiin ammattilaisia eri sektoreilta kuntien kehittämistiimeihin. Kuntakiertueen myötä kuu-della alueella (JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä, Järvi-Pohjanmaan perusturva, Kuntayh-

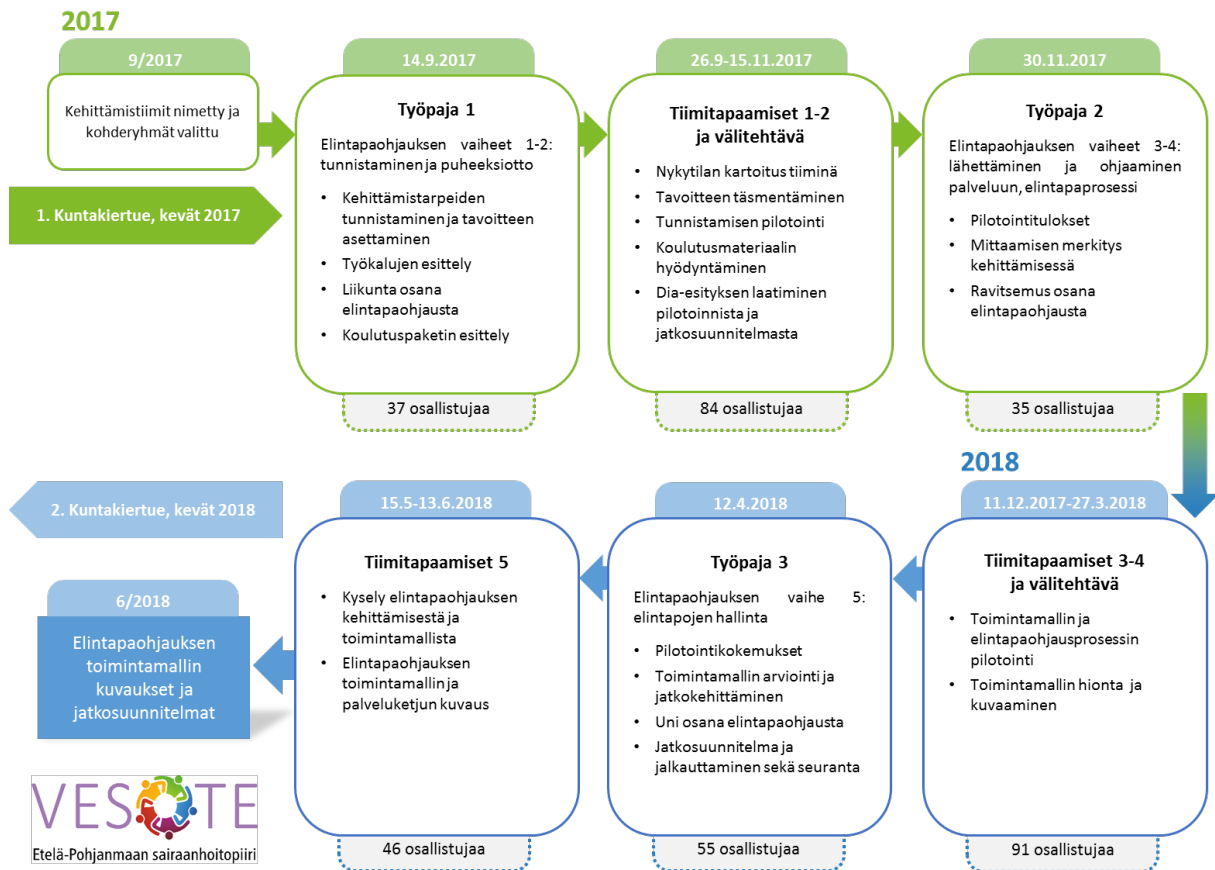


tymä Kaksineuvoinen, Kuusiolinnalla Terveys Oy, Lapuan kaupunki ja Seinäjoen sosiaali- ja terveyskeskus) perustettiin 5–8 hengen kehittämistiimit. Suupohjan liikelaitoskuntayhtymän alueella oli käynnistynyt aiemmin erillinen liikuntaneuvontahanke yhteistyössä PLU:n kanssa (Kunnossa kaiken ikää -ohjelma 2017), minkä vuoksi erillistä kehittämistiimiä ei alueelle perustettu. Suupohjan liikuntaneuvontahankkeesta oli edustus VESOTE-hankkeen kehittämistiimien verkostossa ja työpajoissa.

Kehittämistiimeissä oli mukana edustajia perusterveydenhuollosta, sosiaali- ja terveyskeskuksesta, vapaa-aikatoimista ja järjestöistä. Kaikki kehittämistiimit kokoontuivat hanketyöntekijöiden johdolla viisi kertaa syyskuun 2017 ja kesäkuun 2018 välisenä aikana. Tiimitapaamisissa käytiin läpi elintapaohjauspalveluketjun eri vaiheet: tunnistaminen, puheeksiottaminen, lähettäminen, elintapaohjausprosessi ja elintapojen hallinta. Vaiheet pohjautuvat liikunnan palveluketju -malliin (Tuunanen ym. 2016).

Lisäksi kehittämistiimit kokoontuivat kolmeen Seinäjoella järjestettyyn työpajapäivään, joissa kehitettiin elintapaohjauksen palveluketjun eri vaiheita. Työpajoissa oli mukana asiantuntijaluennot ravitsemuksesta, unesta ja liikunnasta. Kokemusasiantuntija oli mukana kahdessa työpajassa. Kehittämistiimit työstivät tapaamisten ja työpajatyöskentelyn pohjalta kuvauksen oman kuntansa elintapaohjauksen palveluketjusta ja toimintamallista. Kehittämistiimit kuvasivat myös elintapaohjauksen eri vaiheiden osalta havaintoja ja kehittämisehdotuksia. Kehittämistiimit vastasivat lisäksi Webropol-kyselyyn, jossa he arvioivat elintapaohjauspalveluketjun eri vaiheiden kehittämistyön onnistumista. Kyselyssä arvioitiin myös onnistumista edesauttavia ja heikentäviä tekijöitä elintapaohjauksen palveluketjun eri vaiheissa. Syksyllä 2018 tiimit vastasivat vielä kyselyyn, joka liittyi hankkeen aikana tehtyihin toimenpiteisiin ja jatko-suunnitelmiin.

Keväällä 2018 toteutettiin toiminnan juurruttamiseen tähtäävä kuntakierros viiden kuntayhtymän tai kunnan alueelle. Kierroksen tarkoituksena oli edelleen herätellä kuntien johtoa ja päättäjiä tukemaan ja juurruttamaan tiimeissä kehitettyjä ideoita ja suunnitelmia elintapaohjauksen palveluketjun muotoutumiseksi kunnassa. Elintapaohjauksen palveluketjujen kehittämisen prosessi on esitetty kuvassa 2.



Kuva 2. Elintapaohjauksen palveluketjun kehittäminen.

#### 4.3.2 Yksilöllisen elintapaohjauksen toteutus

Pohjanmaan Liikunta ja Urheilu (PLU) vastasi elintapaohjauksen käytännön toteutuksesta valituissa kohdekunnissa erillisenä, mutta kiinteänä osana Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin VESOTE-hanketta. Elintapaohjauksen käytännön toteutuksesta pilottipaikkakunnilla vastasi liikuntaneuvoja, kuntohoitaja, TtM Maija Kuoppala. Elintapaohjauksen sisällön toteutukseen haettiin mallia mm. liikuntaneuvonnan LiPaKe -hankkeesta ja Päijät-Hämeen alueella toteutusta liikuntaneuvontamallista (Tuunanen ym. 2016).

VESOTE-hankkeen elintapaohjaukseen liittyvien asiakaskäyntien kirjaamista varten laadittiin marraskuussa 2017 yhteistyösopimus PLU:n ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kesken (liite 2). Sopimuksen mukaan hankkeessa toteutettava elintapaohjaus määriteltiin osaksi kunnallista perusterveydenhuoltoa ja ohjauksesta syntyvä potilastieto osaksi perusterveydenhuol-

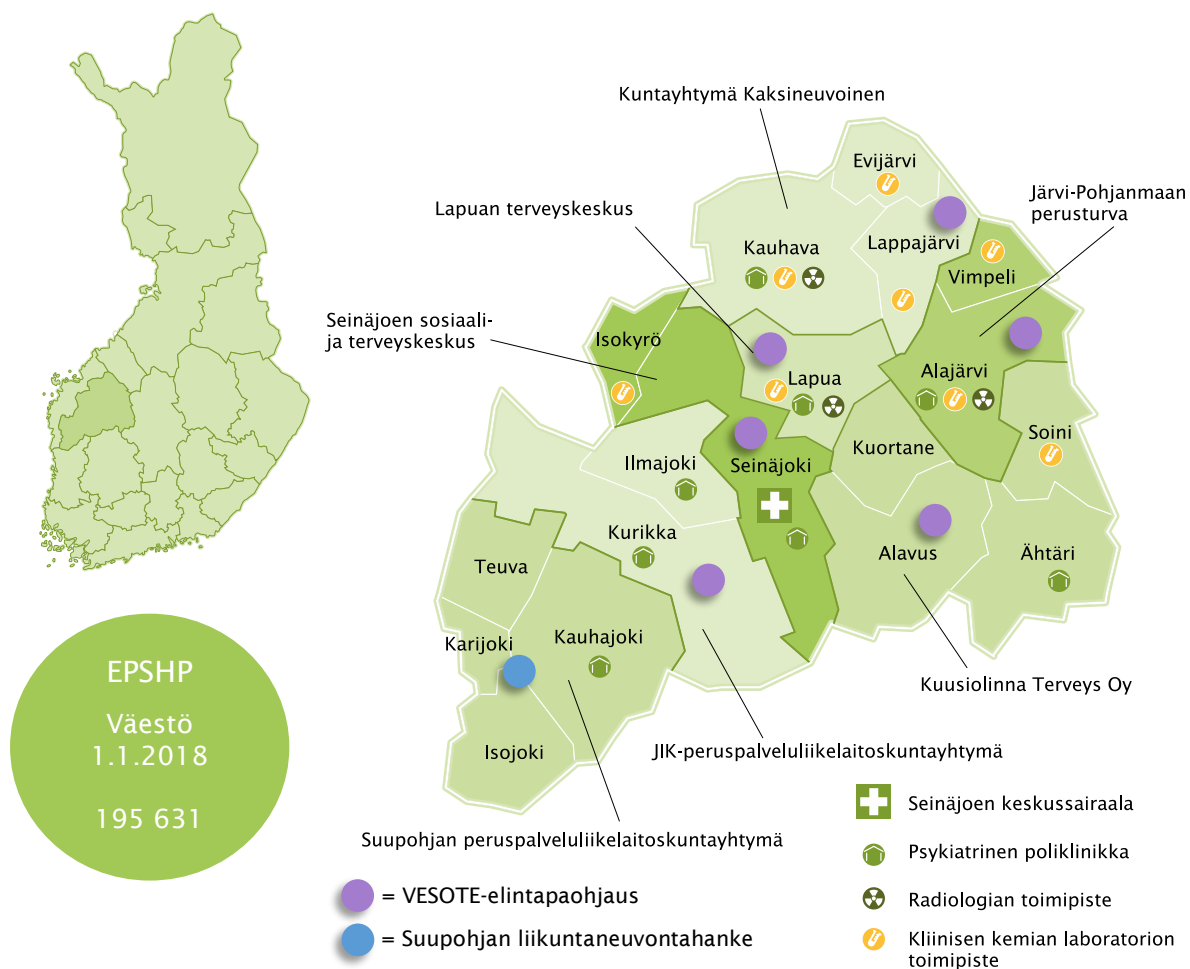


lon potilastietorekisteriä. Lisäksi PLU:n ja rekisterinpitäjien välisillä sopimuksilla (liite 3) sovittiin tarkemmin Effica-potilastietojärjestelmän käytöstä ja kirjaamiskäytännöistä. Asiakkaat alikirjoittivat myös erillisen suostumuslomakkeen (liite 4).

Elintapaohjauksen lähete tehtiin terveydenhuollon ammattilaisen toimesta Effica-potilastietojärjestelmän LIIKUN-lehdelle, johon kirjattiin myös elintapaohjauksen muut tiedot. Lähetteestä täytyi käydä ilmi perustelut elintapaohjauksen tarpeelle sekä keskeiset terveydentilaan liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat elintapaohjauksen tarpeeseen ja toteutukseen. Kuntakohtaisesti sovitut yhdyshenkilöt koordinoivat asiakkaiden valintaa ja välittivät tiedon asiakkaista elintapaohjausta toteuttavalle liikuntaneuvojalle. LIIKUN-lehti hankittiin erityisesti VESOTE-hankkeessa toteutetun elintapaohjauksen yhteydessä kertyvien tietojen kirjaamista varten. LIIKUN-lehdelle luotiin valmiit fraasit: ensimmäinen käynti, välikäynnit/väliarviot, liikuntaneuvonnan päätökäynti, joiden alle elintapaohjaustiedot, mittaus- ja kyselytiedot sekä tavoitteet kirjattiin. Tilastointia ja vaikuttavuuden arvioimista varten mittaukset ja kyselyt kirjattiin vielä erillisenä mittarina LIIKUN-lehdelle.

Ensimmäiset yksilöllisen elintapaohjauksen pilottiasiakkaat aloittivat elintapaohjauksessa vuoden 2017 joulukuussa Lappajärvellä. Tammikuusta 2018 alkaen ohjaustoiminta käynnistyi Alavudella, Kurikassa, Alajärvellä ja Lapualla. Seinäjoella ensimmäiset asiakkaat tulivat ohjaukseen maaliskuussa 2018, kun Seinäjoki liittyi osaksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yhteistä potilastietojärjestelmää EP-pottia. Kuntakohtaiset kehittämistiimit määrittelivät tarkemman kohderyhmän, jonka perusteella asiakkaita ohjattiin yksilölliseen elintapaohjaukseen. Kohderyhmät alueittain olivat:

- JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän alue:
  - 18–40-vuotiaat vähän liikkuvat ja/tai ylipainoiset, BMI yli 28
- Järvi-Pohjanmaa perusturvan alue:
  - diabetesriskissä olevat, 18–65-vuotiaat, motivoituneet henkilöt
- Kuntayhtymä Kaksineuvoisen alue:
  - pre- ja 2-tyyppin diabeetikot
- Kuusiolinna Terveys Oy:n alue:
  - Elintapaohjausta tarvitsevat henkilöt, erityisesti työn ulkopuolella olevat henkilöt ja erityisesti ylipainoiset
- Lapua
  - pre- ja tyyppin 2 diabeetikot
- Seinäjoen sosiaali- ja terveystieteiden alue:
  - tyyppin 2 diabetesriskissä olevat ja sairastuneet 18–65-vuotiaat



Kuva 3. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja paikkakunnat, joissa elintapaohjausta toteutettiin (EPSHP 2019, Väestörekisterikeskus).

Asiakkaiden tunnistaminen tapahtui pääosin perusterveydenhuollossa, mutta joitakin asiakkaita tunnistettiin myös sosiaalitoimen ammattilaisten tapaamisissa. Huhtikuun 2018 loppuun mennessä elintapaohjauspilottiin ohjautui yhteensä 63 asiakasta, joista 10 keskeytti ensimmäisten tapaamisten jälkeen. Mukana ohjauksessa oli loppuun asti (9 kk mittaukset) 50 asiakasta.

Elintapaohjauksen vastaanotto järjestettiin pilottipaikkakunnilla pääsääntöisesti viikoittain ennakoon sovittuna viikonpäivänä ja ohjaaja tapasi asiakkaan ohjausprosessin alussa noin kahden viikon välein. Myöhemmin käyntien ja kontaktointien väli selkeästi pidentyi, huomioiden asiakkaiden tarpeet ja käytettävät aikaresurssit.





Liikuntaneuvojan antama elintapaohjaus oli yksilöllistä, pienin askelin etenevää ja prosessinomaista ohjausta, jossa minimimitavoitteena oli vähintään neljä henkilökohtaista tapaamista asiakkaan kanssa. Tapaamiskertojen määrä vaihteli prosessin aikana neljästä jopa 17 käyntiin yksilöllisen tarpeen mukaan. Henkilökohtaisten tapaamisten määrään vaikutti sekä asiakkaan kokemaa tuen tarve että aikaresurssit. Tarvittaessa yhteyttä pidettiin myös puhelimitse. Yhden tapaamiskerran kesto oli 45–90 minuuttia. Ensimmäiset tapaamiset olivat mittausten ohella lähinnä keskusteluhetkiä asiakkaan lähtötilanteen ja tavoitteiden kartoittamiseksi ja muutosprosessin tukemiseksi. Alkuvaiheessa haastattelulomakkeen ohella työkaluina käytettiin mm. vuorokausiympyrää, muutospäivyriä sekä VESOTE-verkkokoulutukseen sisältyneitä liikkumiseen, ravitsemukseen ja uneen liittyviä työkaluja. Noin puolella asiakkaista ohjaukseen sisältyi myös yksilöllistä liikunnanohjausta ja liikuntakokeiluja.

Asiakkaille tehtiin mittauksia ohjausprosessin alussa, 6 kk ja 9 kk kohdalla. Fysiologiset mittarit kartoittivat kehonkoostumusta (BMI, vyötärön ympäryys), puristusvoimaa ja verenpainetta. Kliinisissä mittauksissa selvitettiin veren rasva-arvoja (kokonais-, HDL- ja LDL-kolesteroli sekä triglyseridit) sekä veren sokeriarvoja (pitkäaikaissokeri ja paastoplasman sokeri). Kyselyt kartoittivat elintapoja liikunnan, ravitsemuksen ja unen osalta. Lisäksi arvioitiin koettua terveyttä ja motivaatiota. Käytetyt mittarit ja kyselyt on esitetty taulukossa 2.



Taulukko 2. Elintapaohjauksen mittarit ja kyselyt

		0 kk alkumittaukset	6 kk seurantamittaukset	9 kk loppumittaukset
<b>Mittarit</b>	Pituus (cm)	x	x	x
	Paino (kg)	x	x	x
	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	x	x	x
	Vyötärönympäryys (cm)	x	x	x
	Puristusvoima (oik./vas.) (kg)	x	x	x
	Verenpaine (syst./diast.) (mmHg)	x	x	x
	Seerumin lipidit (kok. kolesterolit, HDL, LDL, triglyseridit (mmol/l))	x	x	x
	Veren sokerihemoglobiini (mmol/mol)	x	x	x
	Veren paastoplasman sokeri (mmol/l)	x	x	x
<b>Liikuntakysely</b>	Montako minuuttia kestävyystyypistä liikuntaa sisältyy viikkoosi keskimäärin?	x	x	x
	Montako kertaa viikossa harrastat lihaskuntaa kehittävää liikuntaa?	x	x	x
	Millainen on tyytyväisyytesi omaan liikkumiseen?	x		x
	Asiakkaan arvio liikuntaneuvonnan onnistumisesta.			x
<b>Ravitsemuskysely</b>	Montako kertaa syöt päivässä keskimäärin?	x	x	x
	Kokoatko lounaan tai päivällisen lautasmallin mukaan?	x	x	x
<b>Uni-kysely</b>	Montako tuntia keskimäärin nukut yössä?	x	x	x
<b>Koettu terveyskysely</b>	Miten koen oman terveyteni tällä hetkellä ikäisiini verrattuna (asteikko 1 - 10, 1 = erittäin huono, 10 = erittäin hyvä)?	x		x
	Miten koen oman fyysisen työkykyni tällä hetkellä (asteikko 1 - 10)?	x		x
	Miten koen oman henkisen työkykyni tällä hetkellä (asteikko 1 - 10)?	x		x
<b>Motivaatio-kyselyt</b>	Elintapani vastaavat minun tärkeinä pitämiäni arvoja (asteikko 1 - 5, 1 = täysin samaa mieltä, 5 = täysin eri mieltä)?	x		x
	Haluan muuttaa suhtautumistani tärkeäksi kokemiini elintapatekijöihin (asteikko 1 - 5)?	x		x
	Olen valmis tekemään muutoksia tottumuksiini (asteikko 1 - 5)?	x		x
	Tavoitteeseen pääsyn arviointi elintapojen osalta.			x

Yksilöohjauksen lisäksi kahdella pilottipaikkakunnalla toteutettiin myös liikunnanohjausta ryhmissä. Lappajärvellä liikuntaneuvojan ohjaamia ryhmäliikuntakokouksia (vesijumppa, kuntosali) oli vuoden 2018 alkupuoliskolla yhteensä kuusi. Alavudella kaupungin liikunnanohjaaja oli PLU:n liikuntaneuvojan lisäksi mukana ohjaamassa VESOTE-liikuntaryhmiä ja ryhmä kokoontui tammi-kesäkuun aikana yhteensä 18 kertaa hieman vaihtuvilla kokoonpanoilla. Muutama pilottiin osallistunut asiakas oli mukana myös kaupungin, kunnan tai kansalaisopiston järjestämissä vesiliikuntaryhmissä.

Elokuussa 2018 julkaistiin PLU:n toimeksiannosta video, jossa on mukana elintapaohjaukseen osallistunut asiakas. Videon keskeinen viesti on eri toimijoiden välisen yhteistyön merkitys asiakkaan elintapamuutoksen tukemisessa. (Pohjanmaan Liikunta ja Urheilu 2018)

#### 4.3.3 Koulutukset ja osaamisen vahvistaminen

Hankkeen aikana toteutettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella elintapaohjauksen verkkokoulutuskokonaisuus (09/2017–06/2018), joka sisälsi osiot liikuntaneuvonnasta, ravitsemusohjauksesta ja uniterveydestä. Koulutus sisälsi verkkoluentoja ja tehtäviä eri teemoista sekä tarjosi työkaluja käytännön neuvonta- ja ohjaustyöhön (kuva 4). Kunkin opintokokonaisuuden laajuus oli n. 15 tuntia ja koko elintapaohjauksen verkkokoulutuskokonaisuuden laajuus näin ollen n. 45 tuntia. Liikuntaneuvonta-kokonaisuus sisälsi pakollisena osiona Duodecim Oppiportissa suoritettavan Motivoivan haastattelun verkkokurssin. Koulutukset tuotettiin Opintuutti-oppimisolustalle UKK-instituutin, sairaanhoitopiirien ja Helsingin Uniklinikan yhteistyönä.

		
<p><b>Liikuntaneuvonta</b> <b>18.9–17.11.2017</b></p> <p>Elintapaohjauksen perusteet Liikuntaneuvonta Liikkumalla terveyttä ja hyvinvointia Liikuntaneuvonta työtapana Tietoa ja välineitä liikuntaneuvontaan Liikuntaneuvontaosaamisen kehittäminen</p>	<p><b>Ravitsemusohjaus</b> <b>7.12.2017–7.2.2018</b></p> <p>Orientaatio ravitsemusohjaukseen Syömiskäyttäytyminen Arjen suunnitelmallisuuden ja säännöllisyyden merkitys Ravitsemuksen keskeiset laatutekijät Ravitsemukseen liittyvät erityiskysymykset</p>	<p><b>Uniterveys</b> <b>19.4.2018–18.6.2018</b></p> <p>Orientoidu uni-teemaan Vireystila Tietoa unesta Unenhuolto</p>

Kuva 4. Elintapaohjauksen verkkokoulutuskokonaisuuden koulutussisällöt (kuvat: 1 ja 2 KKI-ohjelma/Studio Juha Sorri, kuva 3: KKI-ohjelma/Jiri Halttunen).

Koulutus oli suunnattu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille sekä liikuntatoimen henkilöstölle, joiden työhön sisältyy elintapaohjausta. Myös järjestöjen edustajilla oli mahdollisuus osallistua koulutuksiin. Koulutukseen osallistuminen edellytti osallistumista hankkeen



alueelliseen aloitusseminaariin Seinäjoella 7.9.2017 tai vaihtoehtoiseen videoitavaan infotilaisuuteen 12.9.2017. Erillinen ravitsemus- ja elintapaohjauksen kirjaamisen opintomateriaali oli avoinna kaikille verkkokoulutuksiin osallistuneille 1.–18.11.2018. Hankkeen lopussa (2.11.–2.12.2018) järjestettiin erityisesti lääkäreille suunnattu erillinen unilääketieteen verkkokoulutus, johon ilmoittautui mukaan 26 henkilöä. Joulukuussa 2018 järjestettiin vielä PsT Pilvikki Absetzin toteuttama Ryhmäohjauksen tehostaminen -koulutuspäivä 38 osallistujalle.

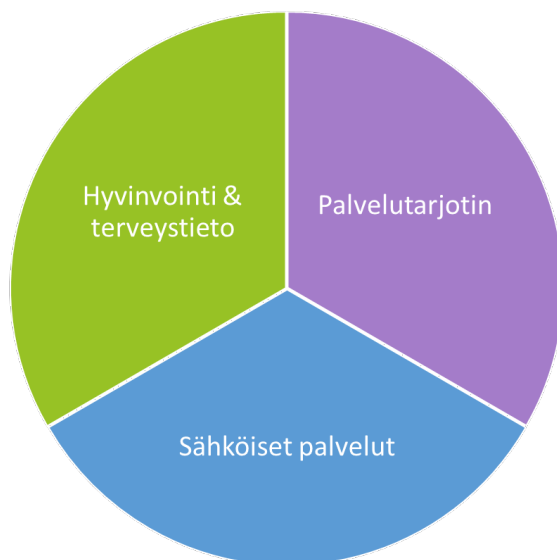
VESOTE-hankkeessa toteutettua verkkokoulutuskokonaisuutta arvioitiin UKK-instituutin toimesta alku- ja loppukyselyllä (Webropol-kyselyt). Kyselyissä kartoitettiin vastaajien taustatiedot (sukupuoli, ikä, ammattiala, ammattinimike, toimintakunta), liikunta-, ravitsemus- ja unietämystä, arviota omasta liikuntaneuvonta-, ravitsemusohjaus- ja uniterveysosaamisesta sekä mahdollisia rajoittavia tekijöitä omassa ohjaus- ja neuvontatyössä. Lisäksi loppukyselyissä kartoitettiin muutamalla kysymyksellä verkkokoulutusten vaikutusta omaan oppimiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille toteutettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin alueella myös elintapaohjauskysely (Webropol) syksyllä 2018. Kysely lähetettiin lääkäreille, psykologeille, ravitsemusterapeuteille, puheterapeuteille sekä pyydettiin johtavia lääkäreitä, hoitajia ja sosiaali- ja perusturvajohtajia välittämään kyselyä eteenpäin alaisilleen. Kyselyssä kartoitettiin ohjauksen ja neuvonnan sen hetkistä tilannetta ravitsemus-, liikunta- ja uniterveysasioissa. Alkukartoitus oli koottu ravitsemusohjauksen ja liikuntaneuvonnan osalta tammikuussa 2017. Alkukartoitus pohjautui liikuntaneuvonnan osalta Johanna Kuivaniemen Pro Gradu -työhön (n = 931) vuodelta 2014 ja ravitsemusohjauksen osalta Riikka Suorajarvi-Bronin (2017) vuonna 2016 toteuttamaan ravitsemuskoulutuskyselyyn (n = 326). Kyselyt kartoittivat palveluketju-/hoitopolkukäytäntöjä, ohjauksen ja neuvonnan tärkeyttä omassa työssä, asiakkaiden kyselyjä ohjauksesta ja neuvonnasta, ohjaukseen tarvittavan ajan riittävyttä, ohjauksen ja neuvonnan hyödyntämistä organisaatiossa, ohjauksen ja neuvonnan osaamista sekä täydennyskoulutuksen tarvetta. Syksyllä 2018 toteutetussa kyselyssä tiedusteltiin myös osallistumista VESOTE-hankkeen toimintaan. Kyselyiden tuloksia on esitetty luvussa 5.4.

#### 4.3.4 Virtuaalinen elintapapoliklinikka ja palvelutarjotin

Kolmas VESOTE-hankkeen keskeinen tavoite oli virtuaalisen elintapapoliklinikan ja palvelutarjottimen rakentaminen. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä palveluun haluttiin koota mm.

ajantasainen tieto alueen elintapaohjauksen mahdollisuuksista, sähköisistä palveluista ja liikuntapaikoista (kuva 5). Virtuaalinen elintapapoliklinikka ja palvelutarjotin rakentuivat alueella jo käytössä olevan Hyvis.fi-sivuston yhteyteen.

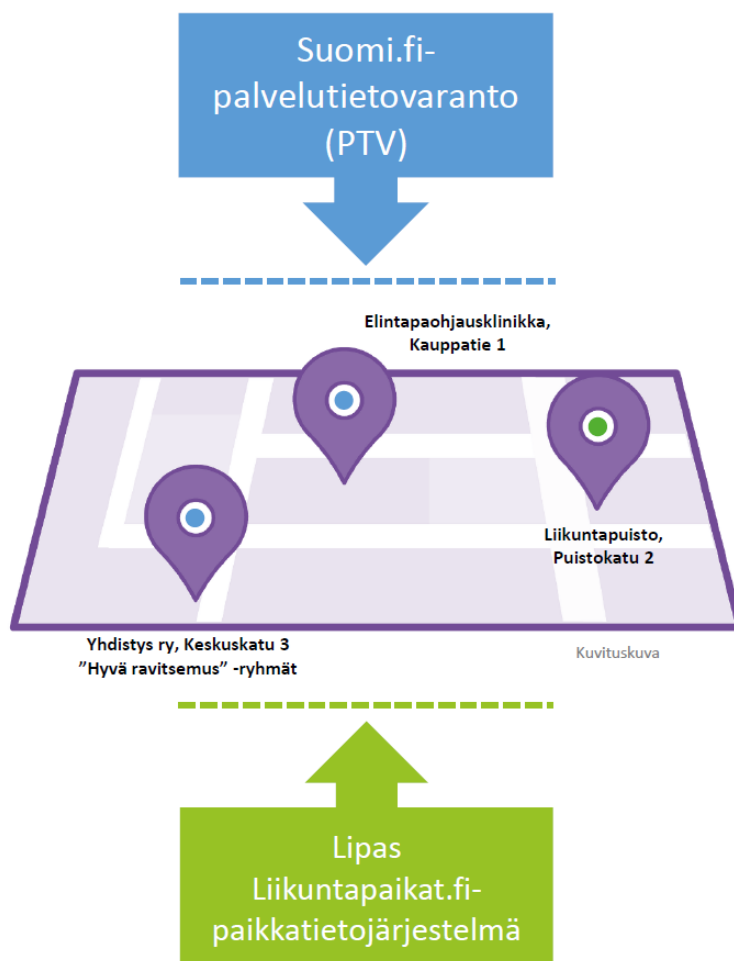


Kuva 5. Virtuaalisen elintapapoliklinikan sisältökokonaisuuksia.

Virtuaalisen elintapapoliklinikan hyvinvointi ja terveystiedon osalta haluttiin tukeutua erityisesti Terveyskylä.fi-palveluihin luomalla sinne linkityksiä Hyvis.fi-sivustolta. Koko VESOTE-hankkeen tavoitteena oli saada Terveyskylä.fi-palvelun sisään hankeaikana oma Elintapatalo, jonka sisältö olisi omalta osaltaan tuonut työkaluja elintapaohjauksen tueksi (UKK-instituutti 2016). Elintapatalon rakentaminen osaksi Terveyskylä.fi-palvelua ei hankeaikana kuitenkaan toteutunut.

Virtuaalisen elintapapoliklinikan kehittämiskohteena Etelä-Pohjanmaalla oli erityisesti palvelutarjotinosio. Palvelutarjotinta lähdettiin rakentamaan karttamuotoon, tarkoituksena hyödyntää Suomi.fi-kartat palvelua. Hankeaikana päädyttiin kuitenkin hyödyntämään Maanmittauslaitoksen Paikkatietoikkuna-paikkatietoportaalia karttaratkaisun pohjana, koska Suomi.fi-kartat palvelun käyttöönottoa ei hankeaikana pystytty toteuttamaan. Karttaratkaisussa on kyse alueellisesta 'Hyvinvoinnin palvelukartasta', joka hyödyntää jo olemassa olevia karttatasoja ja aineistoja, kuten Lipas Liikuntapaikat.fi -liikunnan paikkatietojärjestelmää ja jatkossa myös Suomi.fi-palvelutietovarantoa. Tulevaisuudessa palvelu pyritään toteuttamaan puhtaasti rajapintaratkaisujen avulla, joka vähentää karttapalvelun ylläpito- ja päivitystarvetta (kuva 6). Rajapintojen

kautta käytettävissä olevien aineistojen lisäksi karttaa voidaan tarvittaessa täydentää myös manuaalisesti alueellisesti määritellyillä karttapisteillä ja tiedoilla.



Kuva 6. Havainnekuva 'Hyvinvoinnin palvelukartan' rajapintatoteutuksesta.

#### 4.3.5 Hankkeen yhteys maakunta ja sote-uudistukseen

Tämän julkaisun yksi keskeisimpiä tavoitteita on tuottaa tietoa maakunta- ja sote-uudistukselle elintapaohjauksen vahvistamiseksi ja maakunnallisesti yhtenäisen elintapaohjausmallin luomiseksi. Hanke teki varsin tiiviisti yhteistyötä Etelä-Pohjanmaan maakunta- ja sote-uudistuksen kanssa. Yhteistyötä tehtiin erityisesti sote-koordinaattorin kanssa, joka tavattiin hankkeikana useita kertoja. Hankkeen työntekijät osallistuivat myös mm. alueellisen HYTE-yhdyskunnan kokouksiin. Elintapaohjauksen laaja-alainen vahvistaminen ja maakunnallinen elintapaohjauksen mallin luominen koettiin tärkeiksi. Kansallisesti tukea odotetaan terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto PALKO:lta, joka parhaillaan valmistelee kansallista

suositusta työnimellä: elintapaohjaus ja omahoidon tuki terveystieteiden hoidossa (PALKO 2019).

#### 4.3.6 Viestintä ja tapahtumat

VESOTE-hankkeen alueellinen viestintä ja tiedottaminen oli aktiivista. Hankkeella oli käytössä oma verkkosivusto EPSHP:n perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö Aksilan sivuilla osoitteessa [www.eps hp.fi/vesote](http://www.eps hp.fi/vesote). Sivusto sisälsi perustietoa hankkeesta, koulutus- ja tapahtumakalenterin, blogin sekä osion tiedotteille ja muille ladattaville aineistoille. Blogikirjoituksia julkaistiin hankkeen aikana 10 kappaletta. Viestinnässä hyödynnettiin myös Aksilan Twitteriä ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Facebook-sivua.

Tiedotteita ja uutiskirjeitä julkaistiin hankeaikana yhteensä kymmenkunta. Hankeaikana maakunnassa ilmestyvissä lehdissä julkaistiin 24 lehtijuttua tai verkkouutista VESOTE-hankkeeseen ja elintapaohjaukseen liittyen. Julkaisuja tekivät ainakin seuraavat lehdet: Alavus-lehti, Epari, Ilkka, Järviseudun Sanomat, Järviseutu-lehti, Lapuan sanomat, Pohjalainen, Seinäjoen Sanomat, Torstai-lehti, Viiskunta ja Ykköset. Maakuntalehti Ilkka uutisoi hankkeesta seitsemän kertaa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tiedotuslehti Epsotessa julkaistiin hankkeeseen liittyviä juttuja tai tiedotteita kuusi kertaa. Hankehallinnoija UKK-instituutti teki julkaisuja eri sairaanhoitopiirien hankkeista omissa viestintäkanavissaan kuten Terveysliikuntauutiset 2018 lehdessä, Terveysliikunta NYT -verkkolehdestä ja erillisinä tiedotteina. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin osalta julkaisuja hankehallinnoijan kanavissa oli yhteensä neljä kappaletta.

VESOTE-hankkeen alueellinen kaikille avoin aloitusseminaari järjestettiin Seinäjoella 7. syyskuuta 2017. Päivän asiantuntijaluennoitsijoina toimivat johtaja Tommi Vasankari, toiminnanjohtaja Anne Huutoniemi ja ravitsemusasiantuntija Patrik Borg. Aloitusseminaariin osallistui noin 175 henkilöä ja palaute seminaarista oli erittäin hyvä (palautteen keskiarvo 4,5, asteikolla 1-5).

Valtakunnalliset terveystieteidenpäivät ja samalla koko laajan VESOTE-hankkeen päätöseminaari järjestettiin Seinäjoella 24.-25.10.2018. UKK-instituutin perinteiset terveystieteidenpäivät järjestettiin jo 28. kertaa, mutta nyt ensimmäistä kertaa Tampereen tai Helsingin ulkopuolella. Tapahtuma kokosi Seinäjoelle n. 200 ammattilaista ja sai runsaasti näkyvyyttä eri medioissa (mm. Ilkka-lehti ja Yle Radio Pohjanmaa). Etelä-Pohjanmaan VESOTE-hanke oli aktiivisesti mukana päivien järjestelyissä ja palautekyselyn perusteella käytännön järjestelyihin oltiin tyytyväisiä (keskiarvo 4,2, asteikolla 1-5).



#### 4.4 Aineiston analysointi, tilastollinen käsittely ja luotettavuus

Kyselyaineistot sekä elintapaohjauksen mittarit ja kyselyt analysoitiin soveltuvin osin IBM Statistics 25 - ohjelmistolla ja taulukoitiin Microsoft Excel 2013 ohjelmalla. Analysoinnissa käytettiin t-testiä, ristiintaulukointia sekä toistettujen mittausten varianssianalyysiä. Tuloksia tarkasteltiin pääsääntöisesti vertailemalla alku- ja loppumittausten/kyselyiden tuloksia keskenään.

Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin 0,05 ( $p < 0,05$ ). Vastaukset käsiteltiin anonyymisti eli mahdolliset nimet ja sähköpostit poistettiin analysointivaiheessa. Kenenkään vastajan yksittäiset tiedot eivät tule raportista esille, vaan tulokset raportoidaan isompana kokonaisuutena.

Elintapaohjauksen palveluketjun kehittämistyön näkökulmia koottiin yhteen ja raportoitiin lähinnä tekstimuotoisten aineistojen, joita oli kerätty hankkeen aikana, pohjalta (ks. luku 4.3.1).





## 5. Tulokset ja arviointi

Tässä luvussa esitetään hankkeen tavoitteisiin ja toimenpiteisiin liittyviä tuloksia, jotka on kuvattu tarkemmin luvuissa 4.2 ja 4.3. Hankkeen viestinnän, tapahtumien ja maakunta- ja sote-uudistuksen osalta sekä toiminnan kuvaus että tulokset on esitetty luvussa 4.3.5 ja 4.3.6 ja julkaisun johtopäätöksissä ja yhteenvedossa.

### 5.1 Elintapaohjauksen palveluketju – kehittämistiimien näkemykset

Elintapaohjauksen palveluketjun kehittämistyön tueksi järjestetyt työpajapäivät ja tiimitapaamiset keräsivät yhteensä 348 osallistujaa. Kuntien kehittämistiimit koostivat suunnitelman elintapaohjauspalveluketjun toteutumisesta omassa kunnassaan/kuntayhtymässään. Lisäksi kehittämistiimit vastasivat kahteen erilliseen Webropol-kyselyyn. Tämän osion tulokset ovat koonteja näistä aineistoista. Kehittämistiimit arvioivat jokaisen elintapaohjauksen palveluketjun vaiheen osalta tärkeimmän onnistumista edesauttavan ja heikentävän tekijän, jotka on kuvattu taulukossa 3.

Taulukko 3. Tärkeimmät onnistumista edesauttavat (+) ja heikentävät (-) tekijät elintapaohjauksen eri vaiheissa (Webropol-kysely).

		
<b>Tunnistaminen</b>	Määritelty kohderyhmä ja kriteerit	Henkilöstömuutokset
<b>Puheeksiotto</b>	Ammattilaisten osaaminen	Ajanpuute
<b>Läettäminen</b>	Sovittu toimintamalli ja sähköinen lähete (LIIKUN-lehti)	Tietojärjestelmät ja lupa-asiat
<b>Elintapaohjaus</b>	Ohjaus/koordinointi, asiantuntijatuki ja yhteistyö	(Ei yhtä tärkeintä tekijää)
<b>Elintapojen hallinta</b>	Yhteistyö	Henkilöstöressurssien puute



Elintapaohjauksen palveluketjussa tunnistamisen ja puheeksiottamisen uskotaan tapahtuvan luontevasti eri sektoreilla siinä palvelussa, missä asiakas kohdataan. Erilaiset riskitestit (esim. diabeteksen riskitesti) ja kuntokartoitukset toimivat tunnistamisen työkaluina. Selkeät kriteerit ja kohderyhmän rajaus helpottavat elintapaohjausasiakkaiden tunnistamista. Tunnistamisessa myös asiakkaan oma motivaatio nousi esiin yhtenä keskeisenä kriteerinä. Ammattilaisen osaaminen koettiin tärkeänä puheeksiottamisen onnistumisessa.

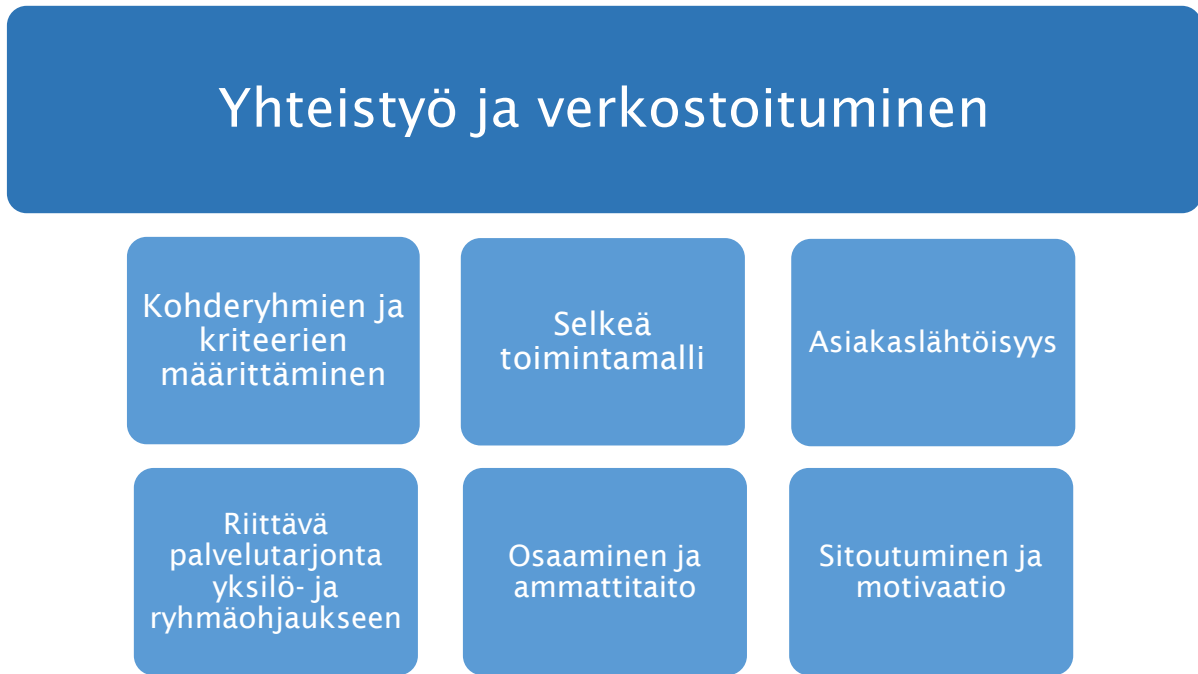
Lähtämisen osalta tärkeänä koettiin yhteisesti sovitun toimintamallin laatiminen ja sähköisen lähetteen (LIIKUN-lehti) käyttö. VESOTE-hankkeen aikana luotiin kirjaamiskäytäntö Effica-potilastietojärjestelmän LIIKUN-lehdelle. Tämä mahdollisti sujuvan lähtämisen palveluketjussa, mutta tietojärjestelmiin ja tietosuoja-asioihin liittyvät asiat koettiin haastavina. Kirjaamiskäytäntö Effican LIIKUN-lehdelle luotiin VESOTE-hankkeen ajaksi, mutta sen toivotaan palvelevan elintapaohjauksen kirjaamiskäytäntöjen kehittämistä myös jatkossa. Elintapaohjauksen vaikuttavuuden arviointi vaatii elintapaohjauksen kirjaamisen potilastietojärjestelmään.

Varsinaisen elintapaohjauksen osalta tärkeäksi koettiin ohjaus ja koordinointi, asiantuntijatuki ja yhteistyö. Hankkeen aikana varsinainen yksilötason elintapaohjaus toteutettiin PLU:n toimesta kiinteänä osana sairaanhoitopiirin VESOTE-hanketta. Kehittämistiimit näkivät yksilö- ja ryhmäohjauksen toteutuvan tulevaisuudessa erityisesti perusterveydenhuollossa ja liikuntatoimessa. Järjestöjen rooli koettiin tärkeänä erityisesti ryhmäohjauksessa.

Elintapojen hallintavaiheessa merkittävään rooliin nousee yhteistyön merkitys ja selkeän palveluketjun luominen. Suurin osa kehittämistiimeistä totesi, että matalan kynnyksen palveluita on alueella varsin hyvin tarjolla (esim. järjestöt, yhdistykset, liikuntatoimi, kansalaisopisto). Matalan kynnyksen palveluiden tarjonnassa on kuitenkin alueellisia eroja. Sähköisten omahoidon palveluiden käyttö (esim. Terveyskylä.fi) elintapaohjauksen tukena oli alueilla vielä vähäistä. VESOTE-hankkeen aikana rakennetun 'Hyvinvoinnin palvelukartan' odotetaan omalta osaltaan tukevan sähköisten palveluiden hyödyntämistä elintapaohjauksen tukena.

Kokonaisuudessaan elintapaohjauksen ja elintapaohjauksen palveluketjujen kehittämisessä selkeästi **tärkeimmäksi yksittäiseksi tekijäksi kehittämistiimien arvioissa nousi moniammatillinen yhteistyö ja verkostoituminen**. Tärkeäksi koettiin myös mm. kohderyhmien ja kriteerien määrittäminen, selkeä toimintamalli, riittävä palvelutarjonta yksilö- ja ryhmäohjaukseen, asiakaslähtöisyys, osaaminen ja ammattitaito sekä sitoutuminen ja motivaatio (kuva 7). **Kaikkien kehittämistiimien vastauksissa nousi esiin tavalla tai toisella tarve yhteisen ja**

**kokonaisvaltaisen elintapaohjauksen toimintamallin luomiseksi.** Yksi kehittämistiimi kuvasi tarpeen niin, että elintapaohjaus tulee kirjata strategioihin ja toimintasuunnitelmiin systemaattiseksi työmenetelmäksi, jolloin elintapaohjaus saadaan pysyväksi toiminnaksi.



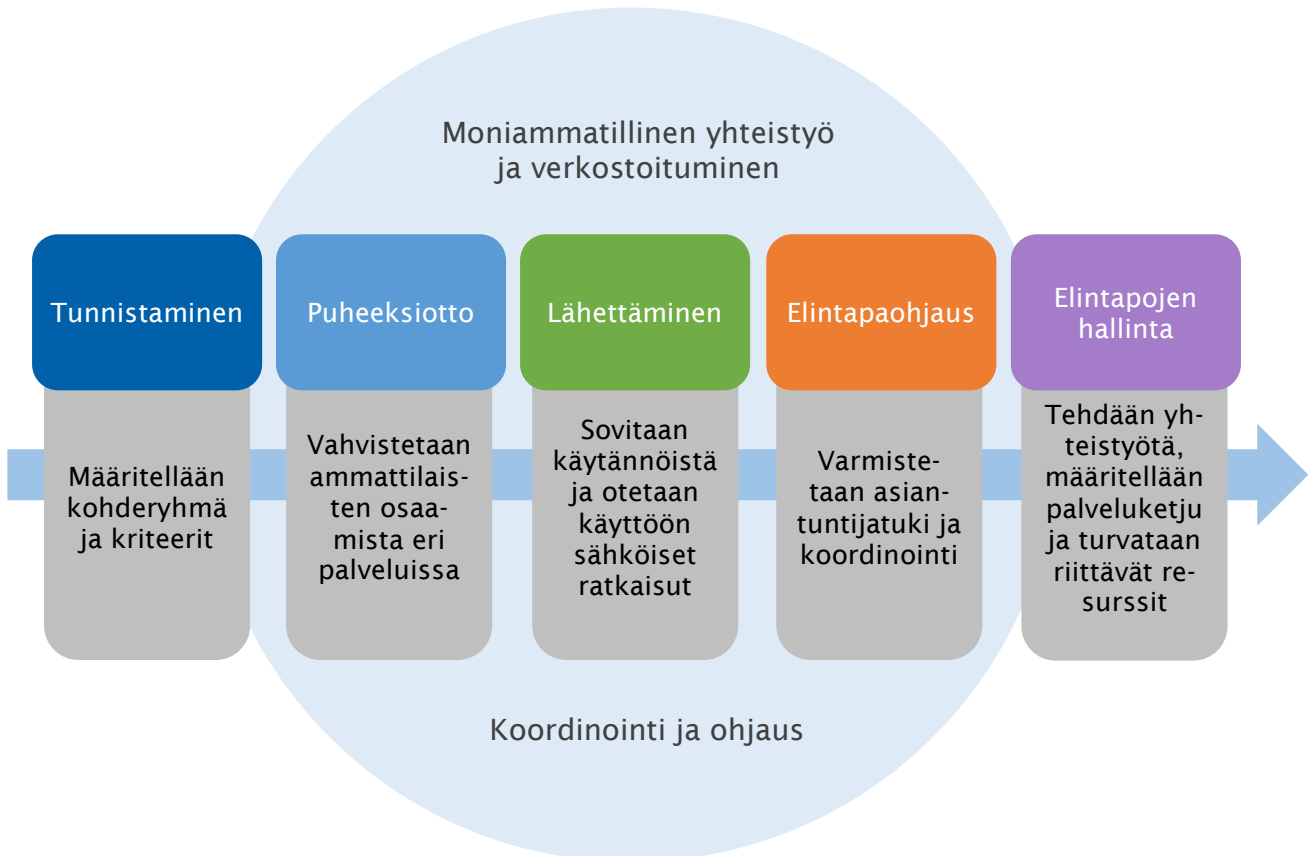
Kuva 7. Kehittämistiimien näkemykset elintapaohjauksen ja elintapaohjauksen palveluketjujen tärkeimmistä tekijöistä.

Kehittämistiimit suhtautuivat elintapaohjauksen tulevaisuuden näkymiin varsin positiivisesti, vaikka tiimit näkivät myös epävarmuustekijöitä palveluketjun toteutumisessa (mm. riittävien henkilöstöressurssien saaminen, elintapaohjaustietojen kirjaaminen, koordinoitun ja toimivan palveluketjukokonaisuuden luominen).

Kehittämistyön tueksi järjestetyt työpajat, tiimitapaamiset ja aloitusseminaari koettiin erittäin hyödyllisinä. Erityisesti työpajat tarjosivat mahdollisuuden oppia ja poimia hyviä käytäntöjä muilta kehittämistiimeiltä. Lähes 80 % koki työpajoihin osallistumisen vahvistavan osaamista ja antavan uusia näkökulmia elintapaohjaukseen. Työpajat arvioitiin kokonaisuutena erittäin onnistuneiksi (ka 4,4; asteikolla 1–5), kuten myös hankkeen aloitusseminaari (ka 4,5). Tiimit kokivat onnistuneensa melko hyvin palveluketjun kehittämistyössä (ka 4, asteikolla 1–5). Haastavimmaksi kehittämisvaiheeksi koettiin palveluketjun viimeinen vaihe eli elintapojen hallinta (arvosana 3). Kehittämistiimit kokivat saaneensa pääosin riittävästi tukea hankkeen yhdyshenkilöiden/toimijoiden taholta (ka 6,1, asteikolla 1=vahvasti eri mieltä, 7=vahvasti samaa

mieltä). Heikoimman arvosanan kehittämistiimit antoivat oman alueensa päättäjiltä saamalleen tuelle (ka 4,3, asteikko 1-7). Tarkemmat tulokset on esitetty liitteessä 5.

Kuvassa 8 on esitetty elintapaohjauksen palveluketjun kannalta keskeiset vaiheet ja toimenpiteet.



Kuva 8. Elintapaohjauksen eri vaiheet ja niihin liittyviä keskeisiä toimenpiteitä.

## 5.2 Yksilöllisen elintapaohjauksen vaikuttavuus

### 5.2.1 Osallistujat

Yksilöllisen elintapaohjauksen kuudella eri paikkakunnalla aloitti 63 henkilöä, joista 50 henkilöä jatkoi ohjauksessa yhdeksän kuukauden ajan (keskeyttäneiden osuus 21 %). Asiakkaiden keski-ikä oli 48 vuotta (ikäjakauma 23–72 vuotta), miehiä asiakkaista oli noin kolmannes ja yksilökäyntejä keskimäärin yhdeksän per asiakas. Yksilökäyntien määrä vaihteli asiakkaan tarpeiden mukaan neljästä seitsemääntoista. Vanhimmat osallistujat tulivat Lapualta ja nuorimmat Kurikasta. (Taulukko 4)

Taulukko 4. Yksilölliseen elintapaohjaukseen (0–9 kk) osallistuneiden taustatiedot (n = 50). Tilastollisesti merkitsevä ero paikkakuntien välillä iässä (p < 0,001)\*, mutta ei sukupuolella, eikä käyntimäärissä.

Paikkakunta	Ikä* ka	Sukupuoli, % (n)		Yksilökäyntimäärät ka
		miehet	naiset	
Alajärvi (n = 9)	49	44 (4)	56 (5)	8
Alavus (n = 8)	44	37 (3)	63 (5)	10
Kurikka (n = 8)	31	25 (2)	75 (6)	8
Lappajärvi (n = 10)	55	30 (4)	60 (6)	9
Lapua (n = 9)	58	22 (2)	78 (7)	8
Seinäjäki (n = 6)	43	17 (1)	83 (5)	9
<b>Kaikki (n = 50)</b>	<b>48</b>	<b>32 (16)</b>	<b>68 (34)</b>	<b>9</b>

### 5.2.2 Seurantatulokset (0–9 kk) terveystietareissa sekä elintapakyselyissä

Ensimmäisen kuuden kuukauden seurantajakson aikana saatiin lähes kaikissa terveystietareissa myönteisiä muutoksia aikaan. Poikkeuksena olivat veren paastoplasman sokeri, joka pysyi samalla tasolla sekä yöunen määrä. Useassa terveystietarissa suotuisat muutokset myös pysyivät tai jopa lisääntyivät jälkimmäisen kolmen kuukauden seurantajakson aikana (6–9 kk). Selkeimmät myönteiset muutokset koko seuranta-aikana (0–9 kk) olivat vyötärönympäryksessä sekä systolisessa ja diastolisessa verenpaineessa (p < 0,001). Tilastollisesti merkitseviä muutoksia yhdeksän kuukauden seurantajaksolla oli myös painoindeksissä ja painossa (p < 0,05). Noin neljännes (24 %) saavutti Lihavuuden Käypä hoito -suositusten (Lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2013) mukaisen vähintään 5 % painonpudotuksen seuranta-aikana.

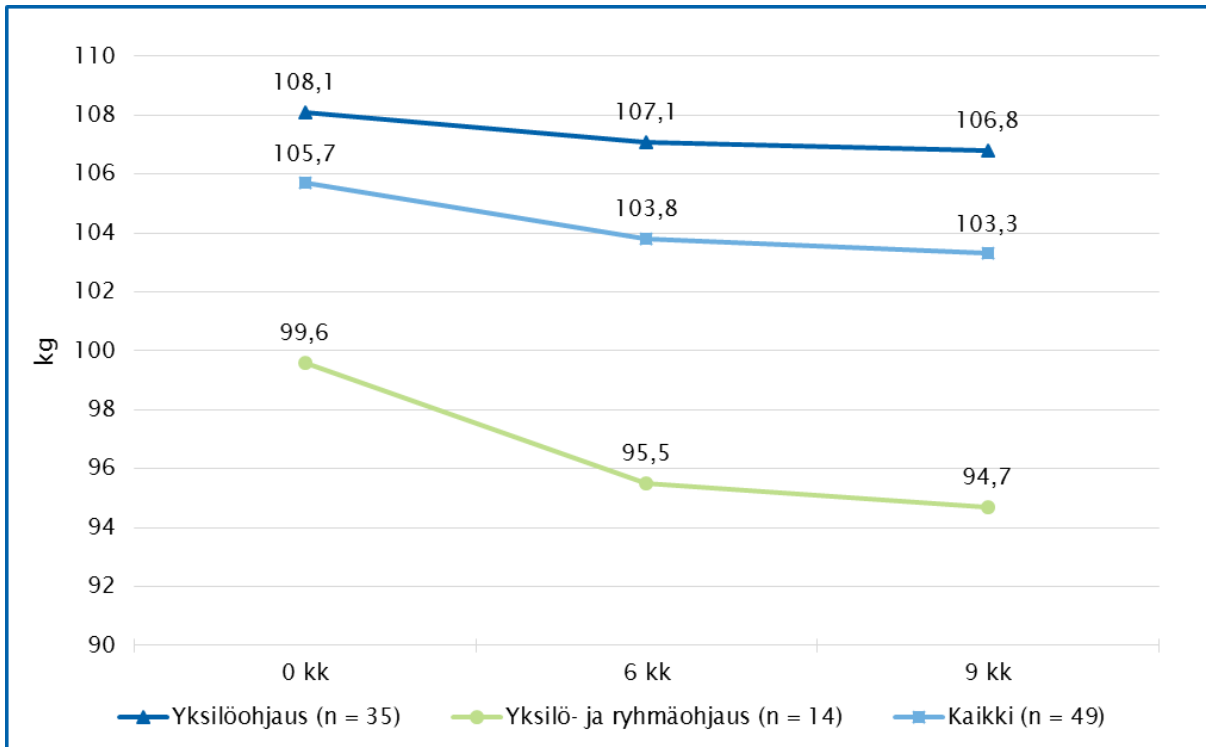
Kahdella paikkakunnalla (Alavus ja Lappajärvi) järjestettiin myös liikuntaan painottuvaa ryhmäohjausta. Näillä paikkakunnilla asiakkaat osallistuivat elintapaohjauksen yksilökäyntien lisäksi myös ryhmätoimintaan. Yksilö ja ryhmätoimintaan osallistuneita, jotka olivat mukana seurantajakson loppuun saakka (0–9 kk) oli 15 ja pelkästään yksilöohjaukseen osallistuneita oli 35. Ryhmään osallistuminen vaikutti myönteisesti erityisesti painoon ja vyötärönympärykseen. Henkilöillä, jotka osallistuivat yksilöohjauksen lisäksi myös ryhmämuotoiseen liikuntaohjaukseen, oli painonpudotus seuranta-aikana keskimäärin 4,9 kg, kun pelkästään yksilöohjaukseen osallistuneilla se oli 1,3 kg (p < 0,05). Myös vyötärönympäryys laski ryhmätoiminnassa mukana olleilla tilastollisesti merkitsevästi enemmän (p < 0,05). Ryhmällä oli vaikutusta myös henkiseen työkykyyn. Ryhmässä liikkujat arvioivat henkisen työkykynsä heikommaksi kuin ei-

ryhmäliikkujat ( $p < 0,05$ ). Ryhmämuotoiseen ohjaukseen osallistui pääosin työelämän ulkopuolella olevia, osittain mielenterveyskuntoutujia, millä luultavasti oli vaikutusta tulokseen. Tuloksia terveystuntareiden osalta on esitetty taulukossa 5, kuvissa 9-12 ja liitteessä 6.

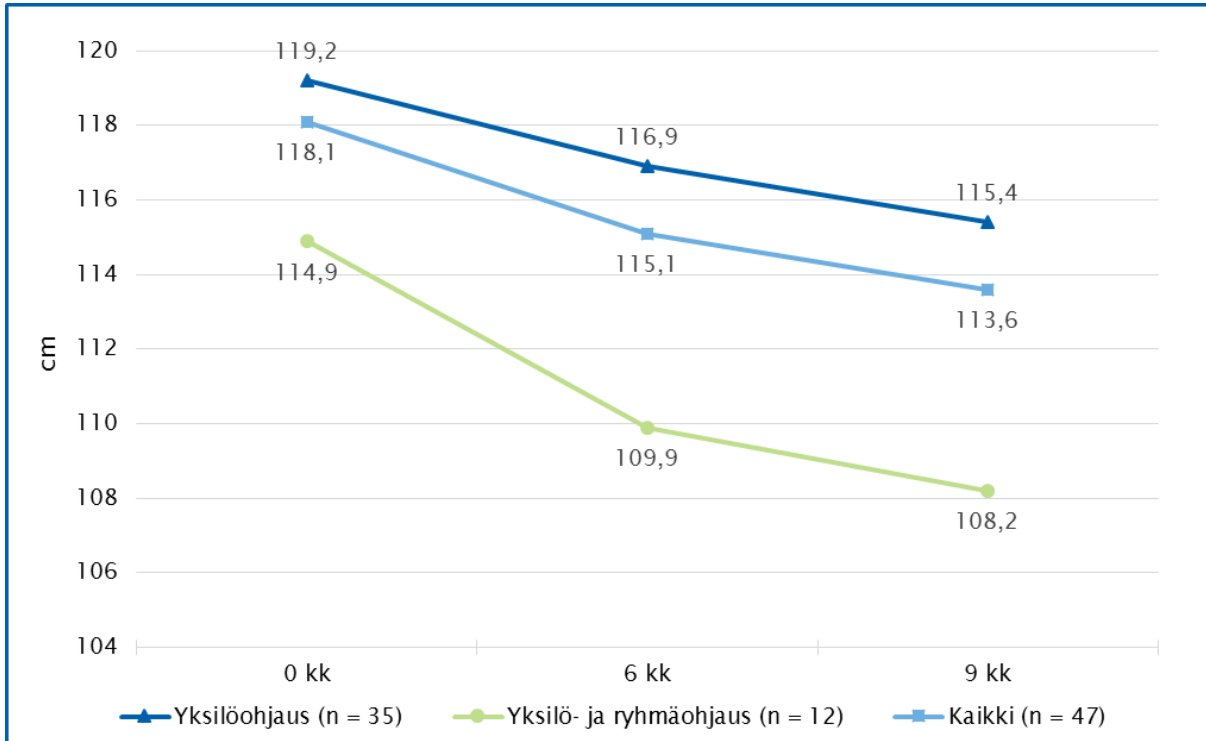
Taulukko 5. Yksilölliseen elintapaohjaukseen osallistuneiden seurantatuloksia terveystuntareiden osalta.

	Seurantatulokset, ka (sd)			Muutokset	
				0-9 kk	
	0 kk	6 kk	9 kk	$\Delta$	p-arvo
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	37,5 (6,4)	36,8 (6,7)	36,6 (6,5)	-0,9	<b>0,013</b>
Paino (kg)	105,7 (20,6)	103,8 (21,3)	103,3 (21,4)	-2,4	<b>0,012</b>
Vyötärön ympäryys (cm)	118,1 (15,1)	115,1 (16,4)	113,6 (16,2)	-4,5	<b>&lt;0,001</b>
Puristusvoima, oikea (kg)	37,7 (12,6)	38,0 (11,7)	37,1 (11,5)	-0,6	ETM
Puristusvoima, vasen (kg)	36,1 (12,1)	37,4 (12,1)	36,5 (11,7)	0,4	ETM
Verenpaine, systolinen (mmHg)	143 (15,9)	137 (16,2)	135 (16,0)	-8	<b>&lt;0,001</b>
Verenpaine, diastolinen (mmHg)	89 (8,2)	85 (8,8)	85 (8,3)	-4	<b>&lt;0,001</b>
Kokonaiskolesteroli (mmol/l)	4,9 (1,1)	4,8 (1,0)	4,9 (0,9)	$\pm 0,0$	ETM
LDL-kolesteroli (mmol/l)	3,0 (0,9)	2,9 (1,0)	2,9 (0,8)	-0,1	ETM
HDL-kolesteroli (mmol/l)	1,16 (0,33)	1,20 (0,33)	1,20 (0,35)	0,04	ETM
Triglyseridit (mmol/l)	2,07 (1,2)	2,00 (1,3)	2,08 (1,3)	0,01	ETM
Veren pitkäaikaisokeri (mmol/mol)	46,0 (14,6)	44,5 (10,9)	45,6 (9,1)	-0,4	ETM
Veren paastoplasman sokeri (mmol/l)	6,8 (2,6)	6,8 (1,7)	6,7 (2,1)	-0,1	ETM

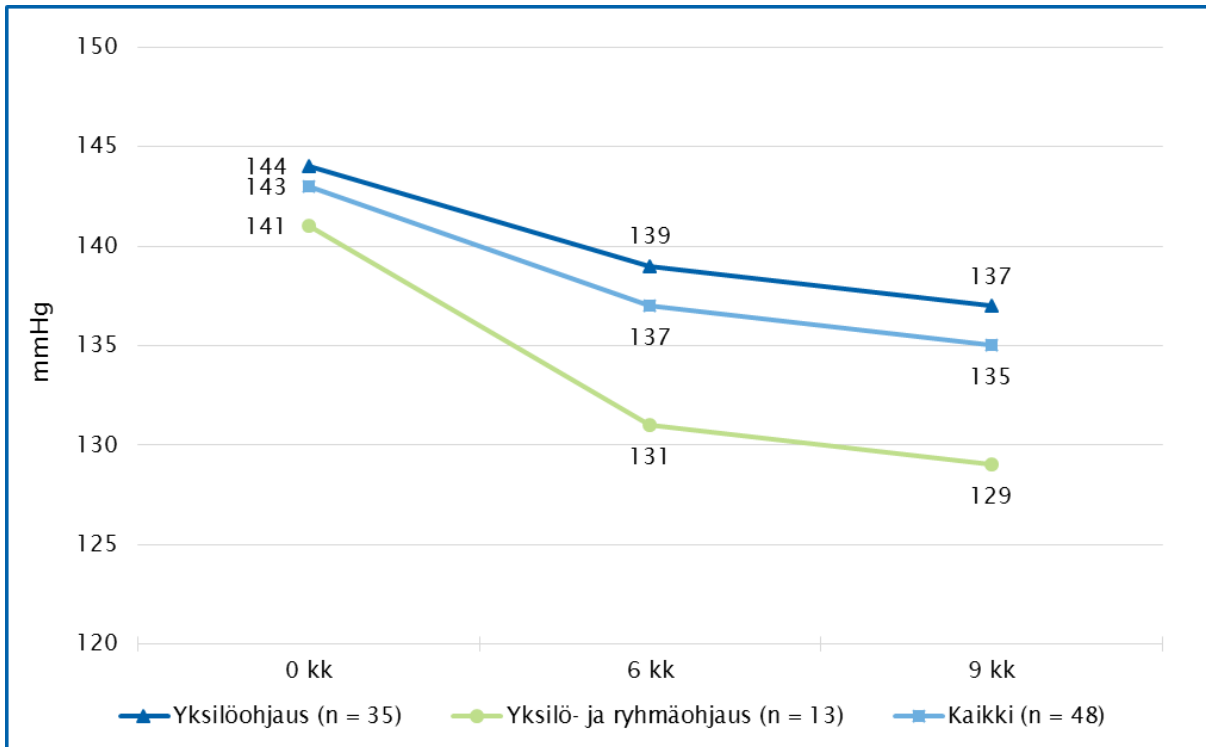
ETM = ei tilastollisesti merkitsevä muutos  
n = 28-49  
ka = keskiarvo  
sd = keskihajonta  
 $\Delta$  = muutos  
Metabolinen oireyhtymä: 71,7 %:lla (0 kk), 70,5 %:lla (6kk) ja 71,8 %:lla (9 kk)



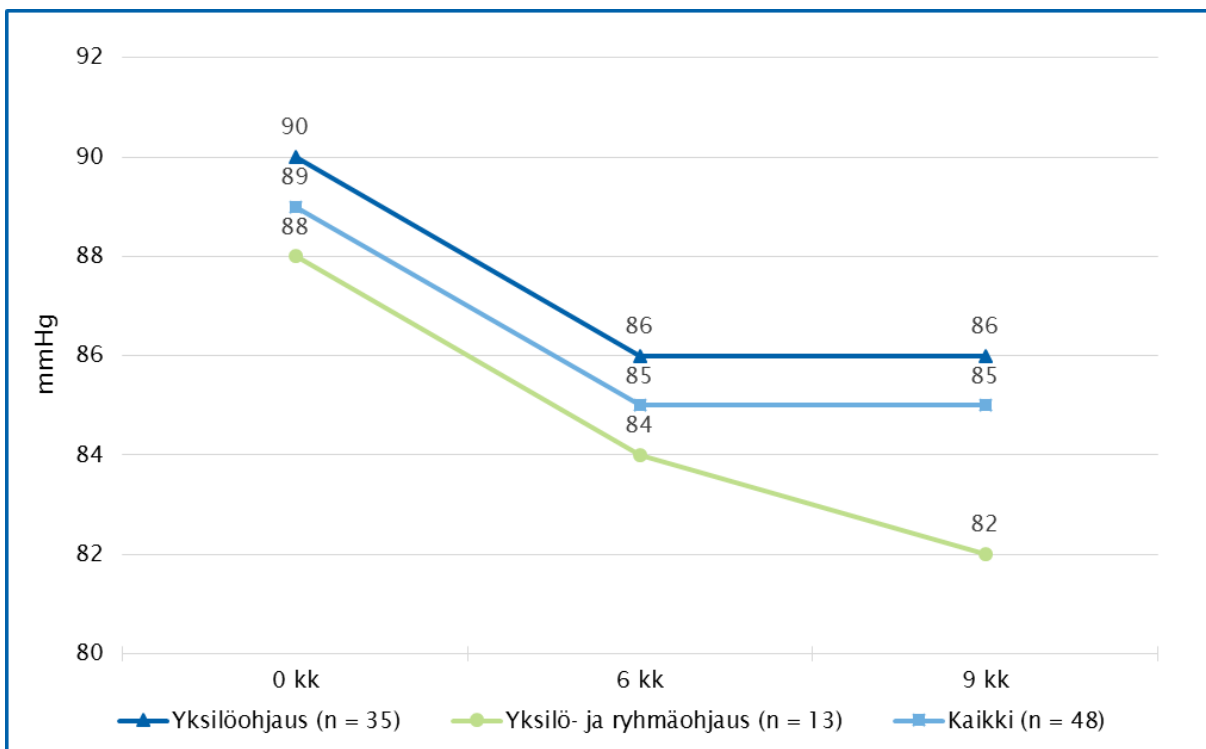
Kuva 9. Muutos painossa (kg) yhdeksän kuukauden elintapaohjauksen aikana. Tilastollisesti merkitsevä muutos ( $p < 0,05$ ) seuranta-aikana (0-9 kk),  $n = 49$ . Yksilö- ja ryhmäohjauksella oli myönteinen vaikutus verrattuna pelkästään yksilöohjaukseen ( $p < 0,05$ ).



Kuva 10. Muutos vyötärönympäryksessä (cm) yhdeksän kuukauden elintapaohjauksen aikana. Tilastollisesti merkitsevä muutos ( $p < 0,001$ ) seuranta-aikana (0-9 kk),  $n = 47$ . Yksilö- ja ryhmäohjauksella oli myönteinen vaikutus verrattuna pelkästään yksilöohjaukseen ( $p < 0,05$ ).



Kuva 11. Muutos systolisessa verenpaineessa (mmHg) yhdeksän kuukauden elintapaohjauksen aikana. Tilastollisesti merkitsevä muutos ( $p < 0,001$ ) seuranta-aikana (0–9 kk),  $n = 48$ .

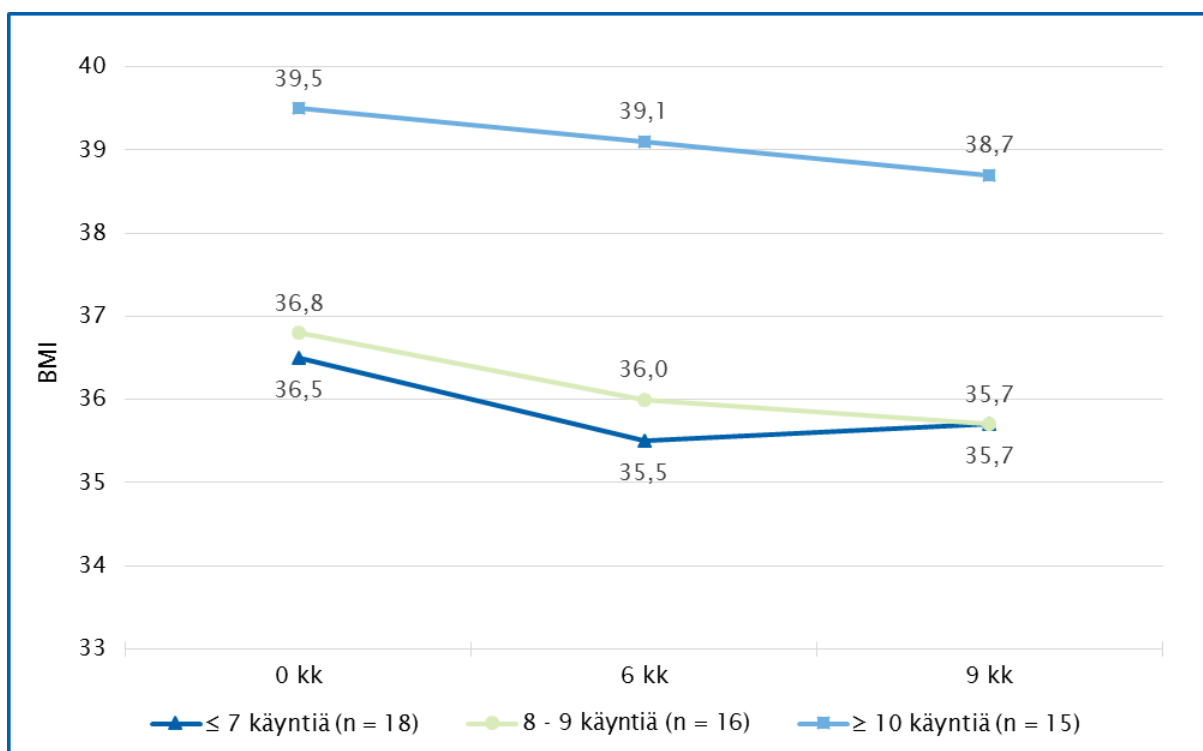


Kuva 12. Muutos diastolisessa verenpaineessa (mmHg) yhdeksän kuukauden elintapaohjauksen aikana. Tilastollisesti merkitsevä muutos ( $p < 0,001$ ) seuranta-aikana (0–9 kk),  $n = 48$ .

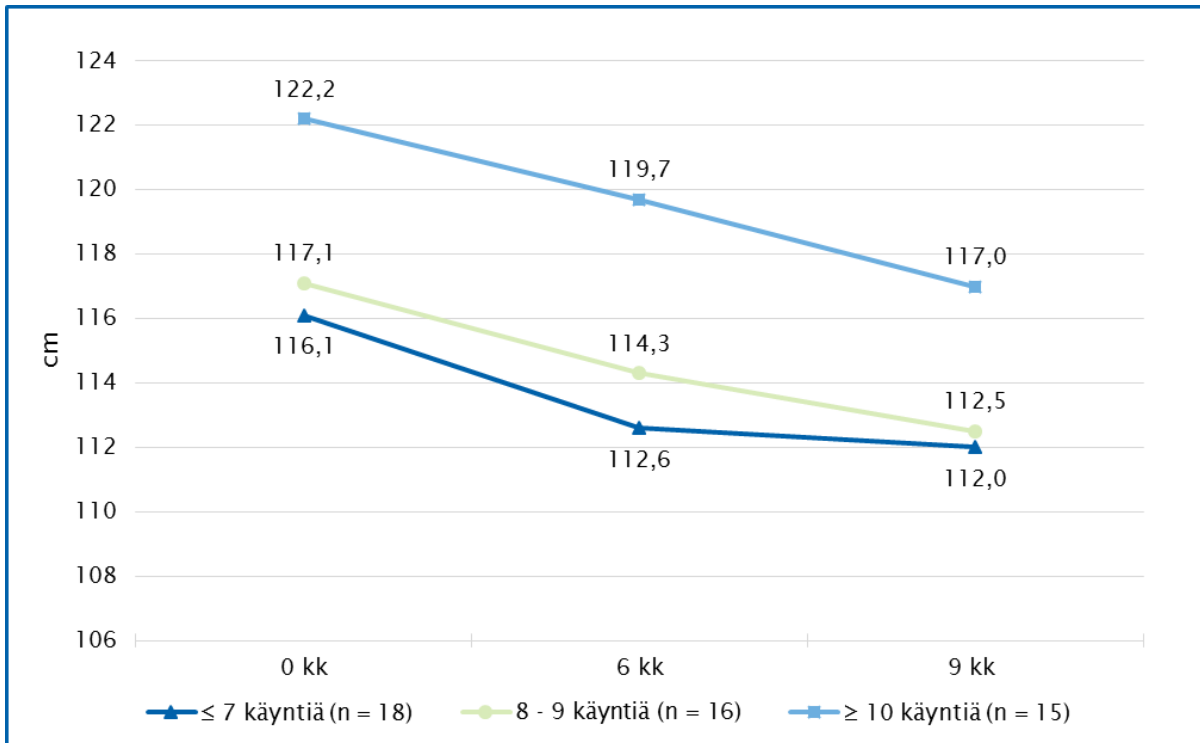


Käyntimäärät vaihtelivat hieman paikkakunnittain, keskiarvon ollessa yhdeksän käyntiä per asiakas. Eniten käyntejä per asiakas oli Alavudella ja vähiten Lapualla. Paikkakunnalla ei kuitenkaan ollut tilastollista merkitystä käyntimääriin. Käyntimäärien vaikutusta tuloksiin tarkasteltiin jakamalla käyntimäärät kolmeen luokkaan:  $\leq 7$  käyntiä ( $n = 18$ ), 8–9 käyntiä ( $n = 16$ ) ja  $\geq 10$  käyntiä ( $n = 15$ ). BMI pieneni koko seuranta-aikana (0–9 kk) saman verran henkilöillä, joilla oli sekä vähiten ( $\leq 7$ ) että eniten ( $\geq 10$ ) käyntejä yksilöohjauksessa. Käyntimäärillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta terveystittareihin tai elintapoihin (kuvat 13–14).

Koko seurantajaksolla (0–9 kk), vyötärönympäryys pieneni eniten henkilöillä, joilla oli yksilöohjauuskäyntejä vähintään kymmenen. Ensimmäisen kuuden kuukauden aikana vyötärönympäryys pieneni eniten henkilöillä, joilla oli vähiten ( $\leq 7$ ) käyntejä (kuva 14). Erot eivät ryhmien välillä kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Lähtötasot vyötärönympäryksessä ja painoindeksissä olivat selkeästi korkeammat heillä, joilla oli eniten yksilökäyntejä. Tulosten tarkastelussa on suljettu pois (vakioitu) ryhmäkäyntien vaikutus.



Kuva 13. Käyntimäärien vaikutus BMI:iin yhdeksän kuukauden elintapaohjauksen aikana. Käyntimäärillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta tuloksiin.



Kuva 14. Käyntimäärien vaikutus vyötärönympärykseen yhdeksän kuukauden elintapaohjauksen aikana. Käyntimäärillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta tuloksiin.

Asiakkaan itsensä kokema terveys sekä fyysinen että henkinen työkyky koettiin parantuneen seuranta-aikana ( $p < 0,001$ ). Elintapaohjausprosessia aloitettaessa koettu terveys arvioitiin keskimäärin tasolle 5 ja yhdeksän kuukauden kuluttua se oli keskimäärin tasolla 7 (asteikolla 1–10). Koko seuranta-aikana tilastollisesti merkitseviä muutoksia tapahtui myös lautasmallin mukaisessa ruokailussa ja lihaskuntoharjoittelun määrässä ( $p < 0,05$ ). Aivan kaikilla osa-alueilla suotuisa trendi ei pysynyt seuranta-jakson loppuun saakka. Jälkimmäisen kolmen kuukauden seurantajakson aikana kestävyysliikunnan harrastaminen väheni keskimäärin 29 min/viikko ja *useimmiten* lautasmallin mukaisesti ruokailevien määrä väheni 6 %:lla. Useimmiten lautasmallin mukaan ruokaili kuitenkin lopussa 56 % vastaajista, kun lähtötilanteessa heitä oli vain 29 % vastaajista. Tarkemmat tulokset on esitetty taulukossa 6 ja liitteessä 6.

Taulukko 6. Yksilölliseen elintapaohjaukseen osallistuneiden seurantalukoksia kyselyiden perusteella.

	Seurantalukokset			Muutos 0-9 kk	
	0 kk	6 kk	9 kk	Δ	p-arvo
<b>Kestävyystyypin liikunta</b> min/vk; ka (sd)	112 (125)	164 (139)	135 (125)	23	ETM
<b>Lihaskuntaa kehittävä liikunta</b> krt/vk; ka (sd)	0,2 (0,5)	0,7 (1,3)	0,7 (1,1)	0,5	<b>0,006</b>
<b>Montako kertaa päivässä syöt keskimäärin? (%)</b>					ETM
1-2 krt	6,1	8,0	4,0	-2,1	
3-4 krt	59,2	50,0	58,0	-1,2	
5-6 krt	30,6	42,0	36,0	5,4	
7 krt tai enemmän	4,1	0,0	2,0	-2,1	
<b>Kokoatko lounaan tai päivällisen lautasmallin mukaan? (%)</b>					<b>0,021</b>
Harvoin tai ei lainkaan	26,5	8,0	14,0	-12,5	
Joskus	44,9	30,0	30,0	-14,9	
Useimmiten	28,6	62,0	56,0	27,4	
<b>Montako tuntia keskimäärin nuket yössä? (%)</b>					ETM
0-7 h	38,8	44,0	46,0	7,2	
7,5-10 h	61,2	56,0	54,0	-7,2	
<b>Koettu terveys</b> (asteikolla 1-10); ka (sd)	5,3 (2,0)	EK	6,7 (1,7)	1,4	<b>&lt;0,001</b>
<b>Fyysinen työkyky</b> (asteikolla 1-10); ka (sd)	5,6 (2,2)	EK	6,7 (1,8)	1,1	<b>&lt;0,001</b>
<b>Henkinen työkyky</b> (asteikolla 1-10); ka (sd)	6,0 (2,4)	EK	7,0 (1,7)	1,0	<b>&lt;0,001</b>

ETM = ei tilastollisesti merkitsevä muutos  
EK = ei kysytty  
n = 47-50  
ka = keskiarvo  
sd = keskihajonta  
Δ = muutos

Sukupuoli vaikutti koettuun terveyteen ja fyysiseen työkykyyn ( $p < 0,05$ ). Naiset kokivat terveytensä ja fyysisen työkykynsä parantuneen miehiä enemmän yksilöllisen elintapaohjausprosessin aikana. Naisilla koettu terveys oli ohjauksen alussa keskimäärin tasolla 5,5 ja miehillä tasolla 5, kun yhdeksän kuukauden jälkeen se oli naisilla tasolla 7 ja miehillä tasolla 6. Iällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta terveysmittareihin tai elintapoihin elintapaohjausprosessin aikana.

### 5.3 Verkkokoulutus liikuntaneuvonnasta, ravitsemusohjauksesta ja uniterveydestä

#### 5.3.1 Osallistujat

Kaiken kaikkiaan verkkokoulutuksen alkukyselyihin vastasi liikuntaosiossa 135 henkilöä, ravitsemusosiossa 115 henkilöä ja uniterveysosiossa 95 henkilöä. Vastaajista yli 90 % oli naisia. Noin kolmannes vastanneista oli terveydenhoitajia ja toiseksi isoin vastaajaryhmä oli sairaanhoitajat (16 %). Ison vastaajaryhmän muodostivat myös 'joku muu' -ammattiryhmä, jossa oli mukana mm. osastonhoitajia, järjestöyöntekijöitä, vertaisohjaajia, psykologeja, toimintater-



peutteja, kehittämissuunnittelijoita, mielenterveyshoitajia, sihteereitä ja päälliköitä (kehittämis-, palvelu-, liikuntatoimi). Yli 40 % vastanneista toimi perusterveydenhuollossa ja lähes 90 % julkisella sektorilla. (Taulukko 7)

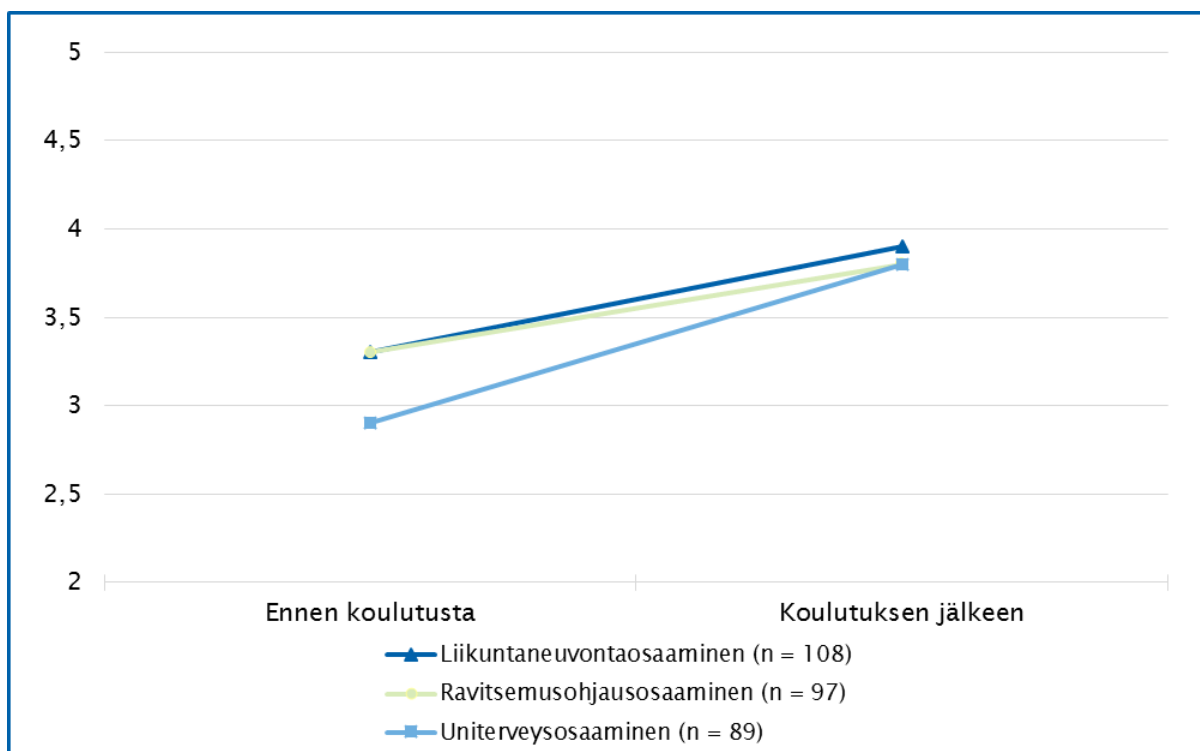
Verkkokoulutuskokonaisuuden liikuntaosion suoritti hyväksytysti 100 henkilöä, ravitsemusosion 90 henkilöä ja uniterveysosion 86 henkilöä. UKK-instituutin myöntämän todistuksen saaminen edellytti osallistumista Terveysliikuntapäivien yhteydessä, 24.-25.10.2018 järjestettävään loppuseminaariin tai verkkokokoukseen ja todistuksen sai lopulta 92 henkilöä.

Taulukko 7. Verkkokoulutukseen osallistuneiden taustatiedot.

		% (n)		
		Liikuntaosio (n = 135)	Ravitsemusosio (n = 115)	Uniterveysosio (n = 95)
Sukupuoli	Mies	8 (11)	8 (9)	7 (7)
	Nainen	92 (124)	92 (106)	93 (88)
Ikä	18 - 29 vuotta	13 (18)	15 (17)	17 (16)
	30 - 40 vuotta	23 (31)	24 (27)	20 (9,8)
	41 - 50 vuotta	30 (41)	28 (32)	32 (30)
	51 - 62 vuotta	33 (44)	33 (38)	31 (29)
	≥ 63 vuotta	< 1 (1)	< 1 (1)	1 (1)
Ammattinimike	Lähihoitaja	5 (7)	8 (9)	5 (5)
	Sairaanhoitaja	16 (22)	16 (18)	16 (15)
	Terveystenhoitaja	30 (40)	32 (37)	33 (31)
	Työterveyshoitaja	2 (3)	3 (3)	2 (2)
	Fysioterapeutti	7 (10)	7 (8)	6 (6)
	Ravitsemusterapeutti	2 (3)	3 (3)	2 (2)
	Lääkäri	< 1 (1)	< 1 (1)	1 (1)
	Sosiaalialan työntekijä	5 (7)	7 (8)	6 (6)
	Liikunnanohjaaja	4 (5)	4 (5)	7 (7)
Joku muu	27 (37)	20 (23)	21 (20)	
Ammattiala	Perusterveydenhuolto	44 (60)	44 (51)	46 (44)
	Erikoissairaanhoito	19 (25)	22 (25)	20 (19)
	Työterveys	4 (6)	3 (3)	4 (4)
	Sosiaaliala	13 (17)	10 (12)	8 (8)
	Liikunta-ala	10 (14)	10 (12)	14 (13)
	Muu elintapaohjaukseen linkittyvä ala	10 (13)	10 (12)	7 (7)
Toimikenttä	Julkinen sektori	86 (116)	86 (99)	87 (83)
	Yksityinen sektori	6 (8)	5 (6)	3 (3)
	Järjestö/yhdistys	7 (9)	8 (9)	8 (8)
	Joku muu	2 (2)	< 1 (1)	1 (1)

### 5.3.2 Liikuntaneuvonta-, ravitsemusohjaus- ja uniterveysosaaminen

Liikuntaneuvonta-, ravitsemusohjaus- ja uniterveysosaamista kartoitettiin 10–12 väittämällä koulutuksen alussa ja lopussa. Osaaminen lisääntyi kaikilla kolmella osa-alueella ( $p < 0,001$ ). Selkeimmin osaaminen vahvistui uniterveyteen liittyvässä osaamisessa. Koulutuksen alussa uniterveyteen liittyvä osaaminen oli keskimäärin *kohtalaista* (ka 2,9), kun koulutuksen jälkeen se arvioitiin keskimäärin *hyväksi* (ka 3,8). Tuloksia on esitetty kuvassa 15 ja taulukoissa 8–10.



Kuva 15. Koulutuksen vaikutus liikuntaneuvonta-, ravitsemusohjaus- ja uniterveysosaamiseen. Väittämät on arvioitu Likertin asteikolla (1–5), jossa 1 = ei osaamista/tietämystä, 5 = erinomainen osaaminen/tietämys. Osaaminen lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi kaikilla osa-alueilla ( $p < 0,001$ ).

**Liikuntaneuvonnassa** osaaminen vahvistui eniten *asiakkaan muutosvaiheen tunnistamisessa* sekä *tukimateriaalien ja työvälineiden käytössä*. Vahvinta osaaminen liikuntaneuvonnassa oli *puheeksiottamisessa, taidoissa perustella liikunnan merkitystä terveyden edistämiseksi sekä tiedoissa paikallaan oloon kytkeytyvistä terveyshaitoista*. Osaaminen vahvistui merkitsevästi jokaisella liikuntaneuvonnan osa-alueella ( $p < 0,001$ ). (Taulukko 8)

Taulukko 8. Liikuntaneuvontaosaaminen.

	LIIKUNTANEUVONTAOSAAMINEN	
	Alkukysely (ka)	Loppukysely (ka)
Osaan ottaa puheeksi terveystoimintaa ja liikumista koskevat asiat asiakastyössä.	3,5	4,1
Osaan perustella terveystoiminnan ja liikumisen merkityksen sen terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavilla hyödyillä.	3,5	4,1
Tiedän paikallaan oloon kytkeytyviä terveyshaittoja.	3,5	4,1
Osaan huomioida liikuntaneuvonnassa liikumisen turvallisuuteen liittyvät näkökohdat.	3,3	3,8
Osaan antaa asiakkaan tilanteeseen ja taustaan sopivaa liikuntaneuvontaa.	3,2	3,8
Osaan tunnistaa ja hyödyntää asiakkaan muutosvaiheen liikuntaneuvontatilanteessa.	3,0	3,7
Osaan käyttää liikuntaneuvonnan tukimateriaalia ja työvälineitä.	3,1	3,8
Osaan ohjata asiakasta organisoidun liikuntaneuvonnan pariin ja paikallisiin liikuntaryhmiin.	3,1	3,7
Tiedän oman roolini liikuntaneuvonnan puheeksiottajana ja tunnen paikallisen liikuntaneuvonnan palvelupolun.	3,0	3,6
Tiedä vahvuuteni ja kehittämiskohteeni liikuntaneuvonnan antajana.	3,4	4,0
<b>LIIKUNTANEUVONTAOSAAMINEN YHTEENSÄ</b>	<b>3,3</b>	<b>3,9</b>
n = 108 ka = keskiarvo Kaikki alku- ja loppukyselyn vastaukset erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi (p < 0,001) Jokainen väittämä on arvioitu Likertin asteikolla 1-5, jossa 1 = ei osaamista/tietämystä, 5 = erinomainen osaaminen/tietämys		

**Ravitsemusohjauksen** osaaminen vahvistui koulutuksen aikana. Eniten vahvistuivat samat osa-alueet kuin liikuntaneuvonnassa eli *asiakkaan muutosvaiheen tunnistaminen* sekä *tukimateriaalien ja työvälineiden käyttö*. Myös *tiedot luotettavista ravitsemusohjauksen tiedonlähteistä* vahvistuivat. Vahvinta osaaminen oli samoissa osa-alueissa kuin liikuntaneuvonnassa: *puheeksiottamisessa ja taidoissa perustella ravitsemuksen merkitystä terveyden edistämiseksi*. (Taulukko 9)

Taulukko 9. Ravitsemusohjausosaaminen.

	RAVITSEMUSOHJAUSOSAAMINEN	
	Alkukysely (ka)	Loppukysely (ka)
Osaan tunnistaa asiakkaan ravitsemusohjaustarpeen.	3,4	3,8
Osaan motivoida asiakasta syömiskäyttäytymisen muutoksessa.	3,4	3,8
Osaan perustella ravitsemuksen merkitystä terveyteen ja hyvinvointiin liittyvillä hyödyillä.	3,5	4,0
Osaan huomioida ravitsemusohjauksessa tunnesyömisön ongelmat.	3,1	3,6
Osaan huomioida ravitsemusohjauksessa syömisön hallinnan ongelmat.	3,1	3,6
Osaan ottaa puheeksi ravitsemusta koskevia asioita ohjaustyössä. <sup>*)</sup>	3,7	4,0
Osaan tunnistaa ja hyödyntää asiakkaan muutosvaihetta ravitsemusohjauksessa.	3,1	3,7
Osaan ravitsemusohjaustilanteissa ohjata asiakasta tekemään ravitsemuksen laatua edistäviä ja syömisön säännöllisyyteen tähtäviä tavoitteita.	3,4	3,9
Osaan käyttää ravitsemusohjaukseen liittyvää tukimateriaalia ja työvälineitä.	3,3	3,9
Tiedän työskentelykuntani ravitsemusohjauksen palvelut sekä hoitopolut.	2,8	3,3
Tiedän roolini elintapaohjauksen yhteistyöverkostossa osaten tunnistaa antamani ravitsemusohjauksen mahdollisuudet ja rajat.	3,1	3,6
Tiedän luotettavat ravitsemusohjauksen tiedonlähteet.	3,3	3,9
<b>RAVITSEMUSOHJAUSOSAAMINEN YHTEENSÄ</b>	<b>3,3</b>	<b>3,8</b>
n = 97 ka = keskiarvo Alku- ja loppuvastaukset erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi (p < 0,001), lukuunottamatta väittämää *) (p = 0,007) Jokainen väittämä on arvioitu Likertin asteikolla 1-5, jossa 1 = ei osaamista/tietämystä, 5 = erinomainen osaaminen/tietämys		

**Uniterveyteen** ja unettomuuden hoitoon liittyvä osaaminen lisääntyi merkittävästi. Eniten vahvistui osaaminen *tukimateriaalien ja työvälineiden käytössä* sekä *tiedot luotettavista uniohjauksen tiedonlähteistä*, molemmissa osaaminen arvioitiin heikoksi koulutuksen alussa ja koulutuksen jälkeen puolestaan hyväksi. Myös *tiedot unilääkityksen purkuperiaatteista* olivat heikolla tasolla koulutuksen alussa, mutta koulutuksen jälkeen osaaminen tällä osa-alueella oli noussut kohtalaiselle tasolle. Vahvinta uniterveysosaaminen oli *puheeksiottamisessa* sekä osa-alueella: *'Osaan elintapaohjaustilanteissa ohjata asiakasta huomioimaan aina unen keskeisenä osana kokonaisuutta, johon kuuluvat uni, liikunta ja ravitsemus'*. (Taulukko 10)

Taulukko 10. Uniterveysosaaminen.

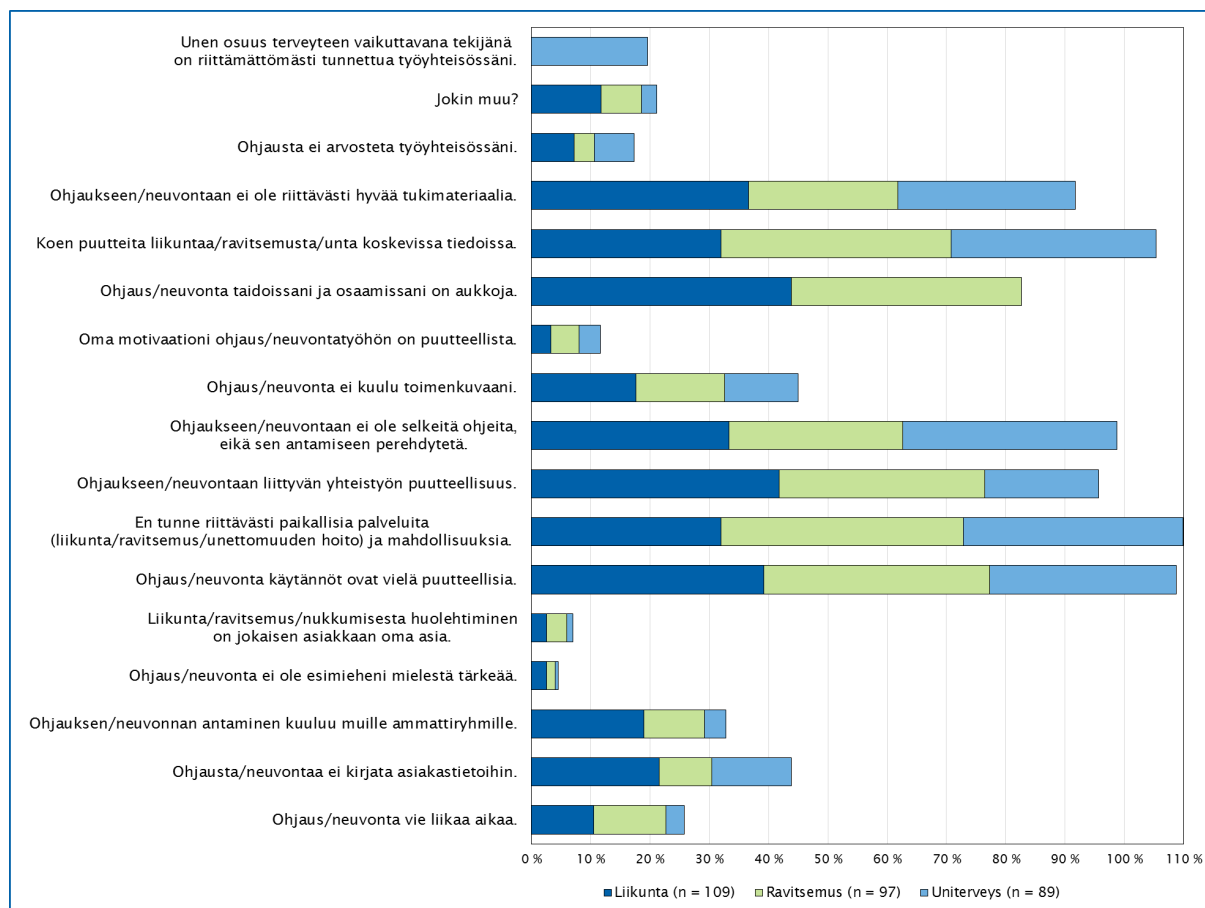
	UNITERVEYSOSAAMINEN	
	Alkukysely (ka)	Loppukysely (ka)
Osaan arvioida sen, nukkuuko ihminen riittävästi vai kärsiikö hän univajeesta.	3,1	3,8
Osaan motivoida asiakasta nukkumiskäyttäytymisen muutoksessa.	3,0	3,8
Osaan perustella riittävän nukkumisen ja unen laadun merkitystä terveyteen ja hyvinvointiin liittyvillä hyödyillä.	3,1	3,9
Osaan ottaa puheeksi nukkumiseen ja uniterveyteen koskevia asioista ohjaustyössä.*)	3,3	4,0
Osaan elintapaohjaustilanteissa ohjata asiakasta huomioimaan aina unen keskeisenä osana kokonaisuutta, johon kuuluvat uni, liikunta ja ravitsemus.*)	3,4	4,0
Osaan tukea asiakasta tekemään unen laatua edistäviä ja nukkumisen säännöllisyyteen tähtäviä tavoitteita.	3,1	3,8
Osaan käyttää uniohjaukseen liittyvää tukimateriaalia ja työvälineitä.	2,4	3,6
Tiedän luotettavat uniohjauksen tiedonlähteet.	2,4	3,7
Tiedän millainen sairaus on unettomuushäiriö.	2,8	3,7
Tiedän unettomuuden lääkkeettömän hoidon periaatteet.	3,0	3,7
Osaan tunnistaa tilanteet, joissa unettomuudesta kärsivä asiakas tulee ohjata lääkärin vastaanotolle.	2,9	3,8
Tiedän unilääkityksen purkuperiaatteet.	2,4	3,3
<b>UNITERVEYSOSAAMINEN YHTEENSÄ</b>	<b>2,9</b>	<b>3,8</b>
n = 89 ka = keskiarvo Alku- ja loppuvastaukset erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ( $p < 0,001$ ), lukuunottamatta väittämiä *) ( $p > 0,01$ ) Jokainen väittäminen on arvioitu Likertin asteikolla 1-5, jossa 1 = ei osaamista/tietämystä, 5 = erinomainen osaaminen/tietämys		

### 5.3.3 Rajoittavat tekijät ohjaamisessa ja neuvonnassa

Ohjaamista ja neuvontaa rajoittavia tekijöitä kartoitettiin koulutuksen alussa. Kaikilla kolmella osa-alueella (liikunta, ravitsemus ja uni) rajoittavat tekijät olivat yhteisiä. Keskimäärin 30–40 % vastaajista koki puutteita ohjaus- ja neuvontakäytännöissä, taidoissa, tiedoissa, osaamisessa, ohjeistuksessa, perehdytyksessä ja tukimateriaalissa. Lisäksi koettiin, että yhteistyö on puutteellista, eikä tunneta riittävästi paikallisia liikunta-, ravitsemus- ja unettomuuden hoito-

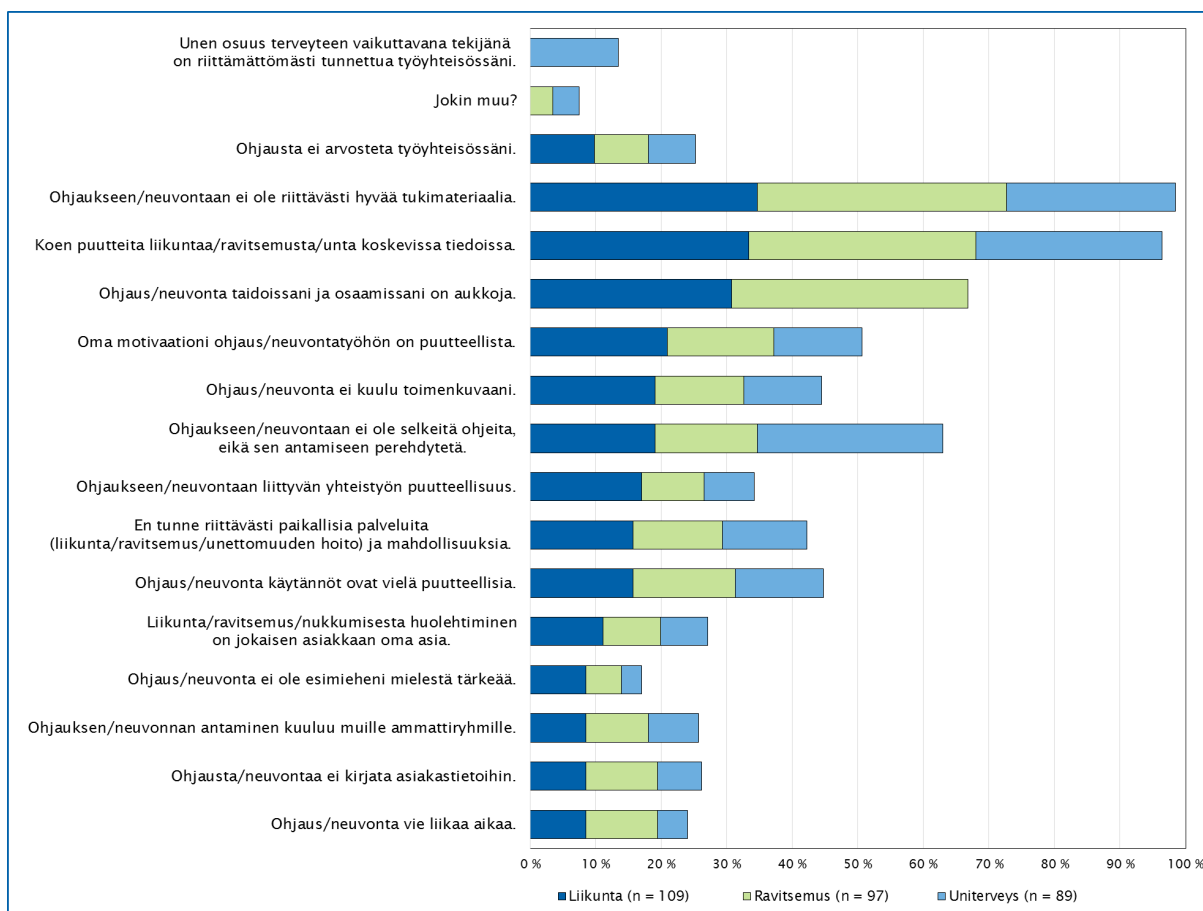


palveluita ja mahdollisuuksia. Vähiten rajoittavia tekijöitä olivat: *Ohjaus/neuvonta ei ole esimieheni mielestä tärkeää, liikunta/ravitsemus/nukkumisesta huolehtiminen on jokaisen oma asia sekä oma motivaationi ohjaus/neuvontatyöhön on puutteellista.* (Kuva 16, liite 7)



Kuva 16. Ohjaamista ja neuvontaa rajoittavat tekijät koulutuksen alussa. Liikunta (n = 109), ravitseminen (n = 97) ja uniterveys (n = 89).

Koulutuksen jälkeen, loppukyselyssä kysyttiin rajoittavia tekijöitä, jotka ovat vähentyneet koulutuksen jälkeen. Näistä selkeimmin olivat vähentyneet puutteet ohjaus-/neuvontataidoissa, tiedoissa, osaamisessa ja tukimateriaaleissa. Myös puutteet ohjeissa ja perehdyttämisessä koettiin vähentyneen erityisesti uniterveyden osalta. (Kuva 17, liite 7)



Kuva 17. Ohjaamista ja neuvontaa rajoittavat tekijät, jotka ovat vähentyneet koulutuksen aikana. Liikunta (n = 109), ravitsemus (n = 97) ja uniterveys (n = 89).

### 5.3.4 Verkkokoulutuksen arviointi

Uniterveys-osio koettiin arvioitiin parhaimmaksi (kokonaisarvio 3,9;  $p < 0,001$ ). Vastaajien mukaan verkkokoulutus vahvisti ohjauksen ja neuvonnan osaamista, opintojaksolle asetetut odotukset ja oppimistavoitteet toteutuivat ja koulutus antoi työkaluja ja välineitä. Verkkokoulutus vahvisti kohtalaisesti paikallisten neuvonta- ja ohjauskäytänteiden tuntemusta sekä alueellisen kohderyhmän mukaisen asiakasryhmän ohjaus- ja neuvontaosaamista. (Taulukko 11)

Taulukko 11. Arvio verkkokoulutuksesta.

	Liikuntaneuvonta	Ravitsemusohjaus	Uniterveys
Verkkokoulutus vahvisti ohjauksen ja neuvonnan osaamista (liikunta/ravitsemus/uniterveys)	3,7	3,9	4,1
Opintojaksolle asettamani odotukset ja oppimistavoitteet toteutuivat.	3,6	3,8	4,0
Sain työkaluja- ja välineitä, joita voin käyttää ohjauksessa ja neuvonnassa.	3,9	4,1	4,2
Verkkokoulutus vahvisti paikallisen ohjaus ja neuvontakäytänteiden (liikunta/ravitsemus/uniterveys) tuntemustani.	3,0	3,1	3,1
Verkkokoulutus vahvisti alueellisen kohderyhmäni mukaisen asiakasryhmän ohjauksen osaamistani.	3,4	3,4	3,5
<b>KOKONAISARVIO VERKKOKOULUTUKSESTA<sup>*)</sup></b>	<b>3,5</b>	<b>3,6</b>	<b>3,9</b>

n = 109 (liikunta), n = 97 (ravitseminen), n = 89 (uniterveys)  
<sup>\*)</sup> Kokonaisarviot liikuntaneuvonnan ja ravitsemusohjauksen koulutuskokonaisuuksista erosivat tilastollisesti merkitsevästi uniterveiden arviosta (p < 0,001)  
Jokainen väittäjä on arvioitu Likertin asteikolla 1-5, jossa 1 = erittäin heikosti, 5 = erittäin hyvin.

## 5.4 Elintapaohjauskysely sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille

### 5.4.1 Kyselyyn osallistuneiden taustatiedot

Elintapaohjauskysely toteutettiin Webropol-kyselynä (liite 8) syksyllä 2018 ja siihen vastasi 273 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista maakunnan alueelta. Suurin osa vastaajista oli naisia (94 %) ja iän perusteella suurin vastaajaryhmä löytyi 50–59-vuotiaista. Eniten vastaajista oli lähihoitajia/perushoitajia ja sairaanhoitajia. Alueellisesti eniten vastauksia tuli Suupohjan alueelta. Vähemmistö vastaajista työskenteli erikoissairaanhoidossa (ESH) ja yksiköistä vahvimmin oli edustettuna avohoito. Kyselyn tuloksia tarkasteltiin vertailemalla vastauksia soveltuvien osien alkukartoitus selvitykseen (2017), joka pohjautui liikuntaneuvonnan osalta Johanna Kuvaniemen Pro gradu -työhön (2014), n = 931 ja ravitsemusohjauksen osalta Riikka Suorajarvi-Bronin koulutusraporttiin (2017), n = 326. Alkukartoitukseen sisältyvien kyselyiden kyselylomakkeet löytyvät alkuperäisistä lähteistä. Vastauksia tarkasteltiin myös ammattiryhmittäin, jossa erityistyöntekijät (ravitseminen- ja fysioterapeutit, psykologit ja sosiaaliohjaaja) muodostivat oman ryhmän. Ryhmään 'muu' kuului sihteereitä, kuntahoitajia, ohjaajia ja esimiehiä. (Taulukko 12) Alku- ja loppukartoitusten välillä tapahtuneiden muutosten tilastollista merkitsevyyttä ei ole testattu ammattiryhmittäin esitettyjen tulosten osalta aineistojen erisuuruudesta johtuen.

Taulukko 12. Elintapaohjauskyselyyn (2018) vastanneet (n = 273).

		% (n)
<b>Sukupuoli</b>	Mies	6 (17)
	Nainen	94 (256)
<b>Ikä</b>	20–29 vuotta	12 (33)
	30–39 vuotta	22 (61)
	40–49 vuotta	23 (62)
	50–59 vuotta	32 (87)
	≥ 60 vuotta	11 (30)
<b>Ammatti- nimike</b>	Lääkäri	9 (25)
	Terveystenhoitaja	10 (28)
	Sairaanhoitaja	23 (63)
	Lähihoitaja/Perushoitaja	31 (85)
	Ravitsemusterapeutti	< 1 (2)
	Fysioterapeutti	8 (22)
	Psykologi	8 (21)
	Sosiaaliohjaaja	< 1 (1)
	Muu	10 (26)
<b>Organisaatio</b>	JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä	17 (45)
	Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue	3 (8)
	Kuntayhtymä Kaksineuvoinen	20 (55)
	Kuusiolinnassa Terveyst Oy	11 (29)
	Lapuan sosiaali- ja terveystpalvelut	5 (14)
	Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveystkeskus	< 1 (2)
	Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä	29 (79)
	Seinäjoen keskussairalaan yksikkö (ESH)	14 (38)
	Muu	1 (3)
<b>Yksikkö</b>	Avohoito	28 (80)
	Osasto	15 (42)
	Neuvola	4 (12)
	Kouluterveydenhuolto	4 (12)
	Hoivapalvelut	17 (50)
	Kotihoito	14 (41)
	Työterveyshuolto	2 (6)
	Muu	10 (30)

#### 5.4.2 Ohjaus ja neuvonta omassa asiakastyössä

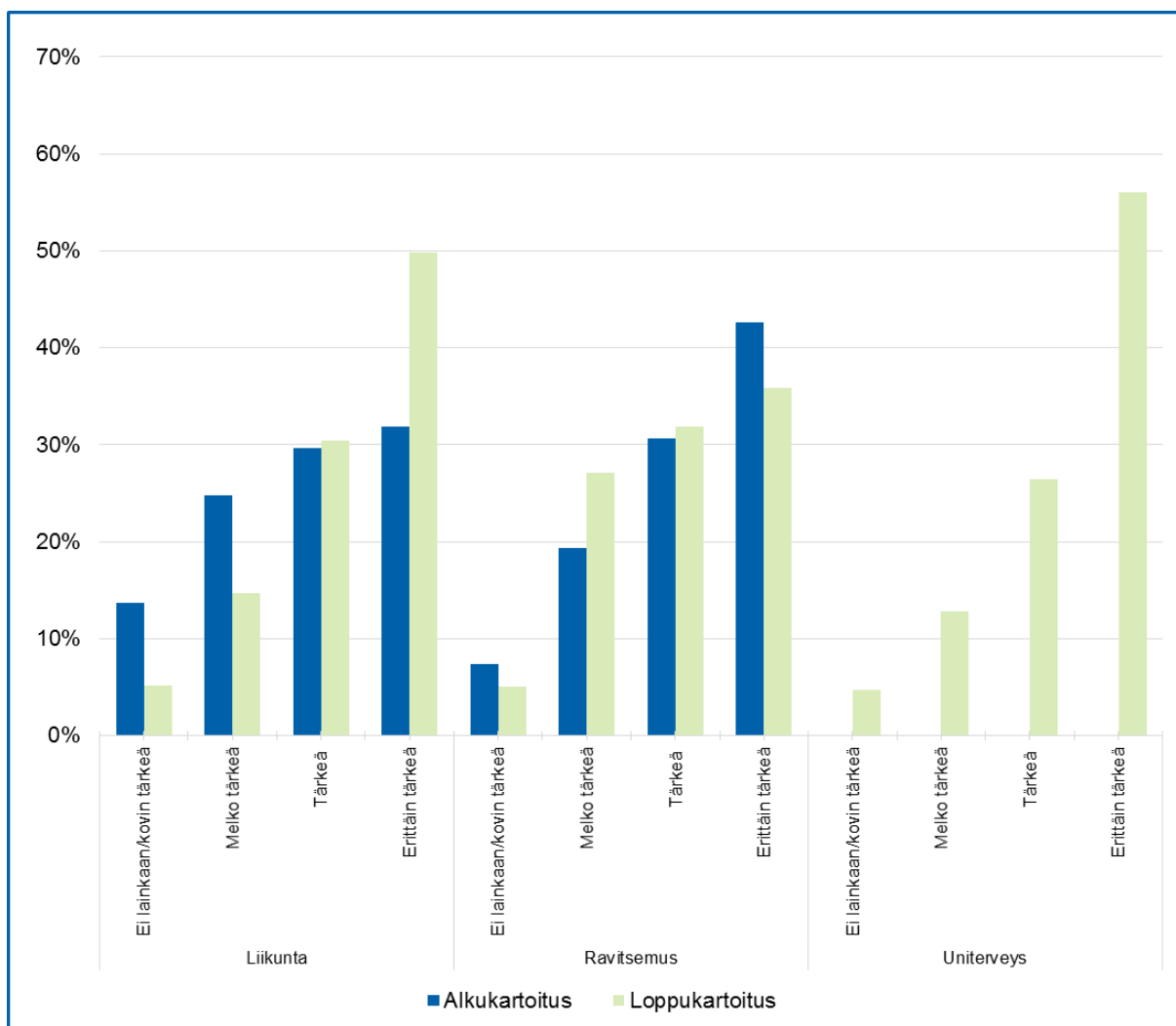
Elintapaohjauksen tärkeyttä omassa asiakastyössä arvioitiin asteikolla 1–5 (1 = ei lainkaan tärkeä ja 5 = erittäin tärkeä). Uniterveyteen liittyvä ohjaustyö arvioitiin loppukartoituksessa tärkeimmäksi elintapaohjauksen osa-alueeksi. Liikuntaneuvonta arvioitiin tärkeämmäksi loppukartoituksessa kuin alkukartoituksessa ja tässä oli tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ). Ravitsemusohjauksen tärkeys oli hieman vähentynyt, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi. (Taulukko 13)

Taulukko 13. Elintapaohjauksen (liikunta, ravitsemus, uniterveys) tärkeys omassa asiakastyössä. Arvioitu Likertin asteikolla (1 = täysin tarpeeton, 5 = erittäin tärkeä).

	<b>Alkukartoitus (ka)</b>	<b>Loppukartoitus (ka)</b>
<b>Liikunta*</b>	3,8	4,2
<b>Ravitsemus</b>	4,1	4,0
<b>Uniterveys</b>	ek	4,3

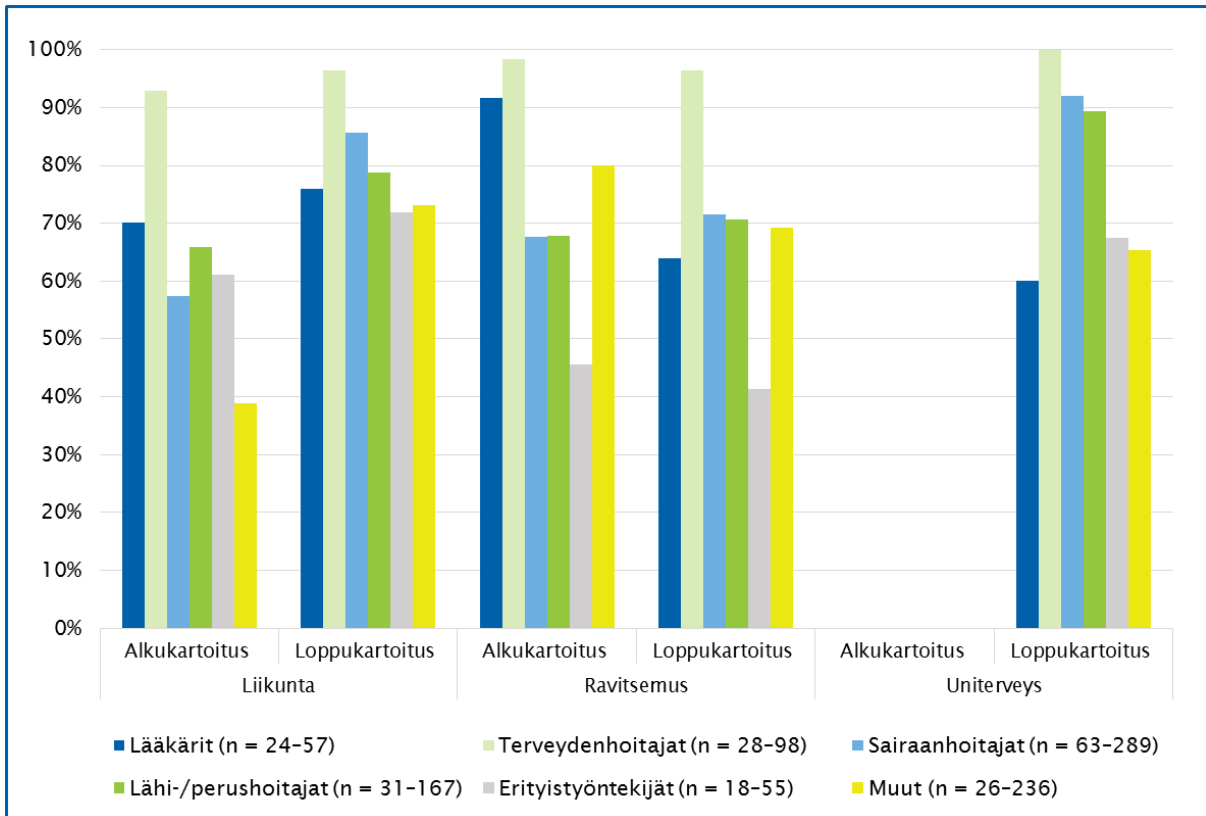
Alkukartoitus: liikunta n = 927, ravitsemus n = 324  
Loppukartoitus, n = 273  
ka = keskiarvo, ek = ei kysytty  
\*  $p < 0,001$

Loppukartoitukseen (2018) vastaajista yli puolet piti uniterveys-asioihin liittyvää ohjaustyötä *erittäin tärkeänä* omassa asiakastyössä. Vastaavasti liikuntaneuvontaa piti *erittäin tärkeänä* lähes puolet vastaajista ja ravitsemusohjausta hieman yli kolmannes. Alkukartoituksessa (2017) liikuntaneuvontaa piti *erittäin tärkeänä* 32 % ja ravitsemusohjausta 43 %. (Kuva 18, liite 9)



Kuva 18. Elintapaohjauksen (liikunta, ravitseminen, uniterveys) tärkeys omassa työssä. Alkukartoitus n = 324–927, loppukartoitus n = 273.

Elintapaohjauksen tärkeys loppukartoituksessa (2018) erosi tilastollisesti merkitsevästi toisistaan ammattiryhmien välillä ( $p < 0,001$ ) kaikilla osa-alueilla (liikunta, ravitseminen, uniterveys). Elintapaohjausta työssään piti tärkeimpänä terveydenhoitajat. Loppukartoituksessa (2018) lääkärit pitivät liikuntaneuvontaa tärkeimpänä osa-alueena ja uniterveyden hoitoon liittyvä ohjaus korostui terveydenhoitajien, sairaanhoitajien sekä lähi- ja perushoitajien arvioinnissa. Erityistyöntekijät arvioivat ravitsemusohjauksen vähiten tärkeäksi, mutta loppukartoituksessa kyselyyn vastasi vain kaksi ravitsemusterapeuttia. Liikuntaneuvonta arvioitiin kaikissa ammattiryhmissä loppukartoituksessa (2018) tärkeämmäksi kuin alkukartoituksessa (2017). Vastaavasti ravitsemusohjauksen arvioi tärkeämmäksi loppukartoituksessa ainoastaan sairaanhoitajat sekä lähi- ja perushoitajat. (Kuva 19, liite 9)



Kuva 19. Elintapaohjausta (liikunta, ravitsemus, uniterveys) tärkeänä/erittäin tärkeänä pitävät ammattiryhmittäin. Tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ) ammattiryhmien välillä loppukartoituksessa (2018) kaikilla elintapaohjauksen osa-alueilla. Erytistyöntekijät: psykologit, ravitsemusterapeutit, fysioterapeutit, sosiaalihoaja.

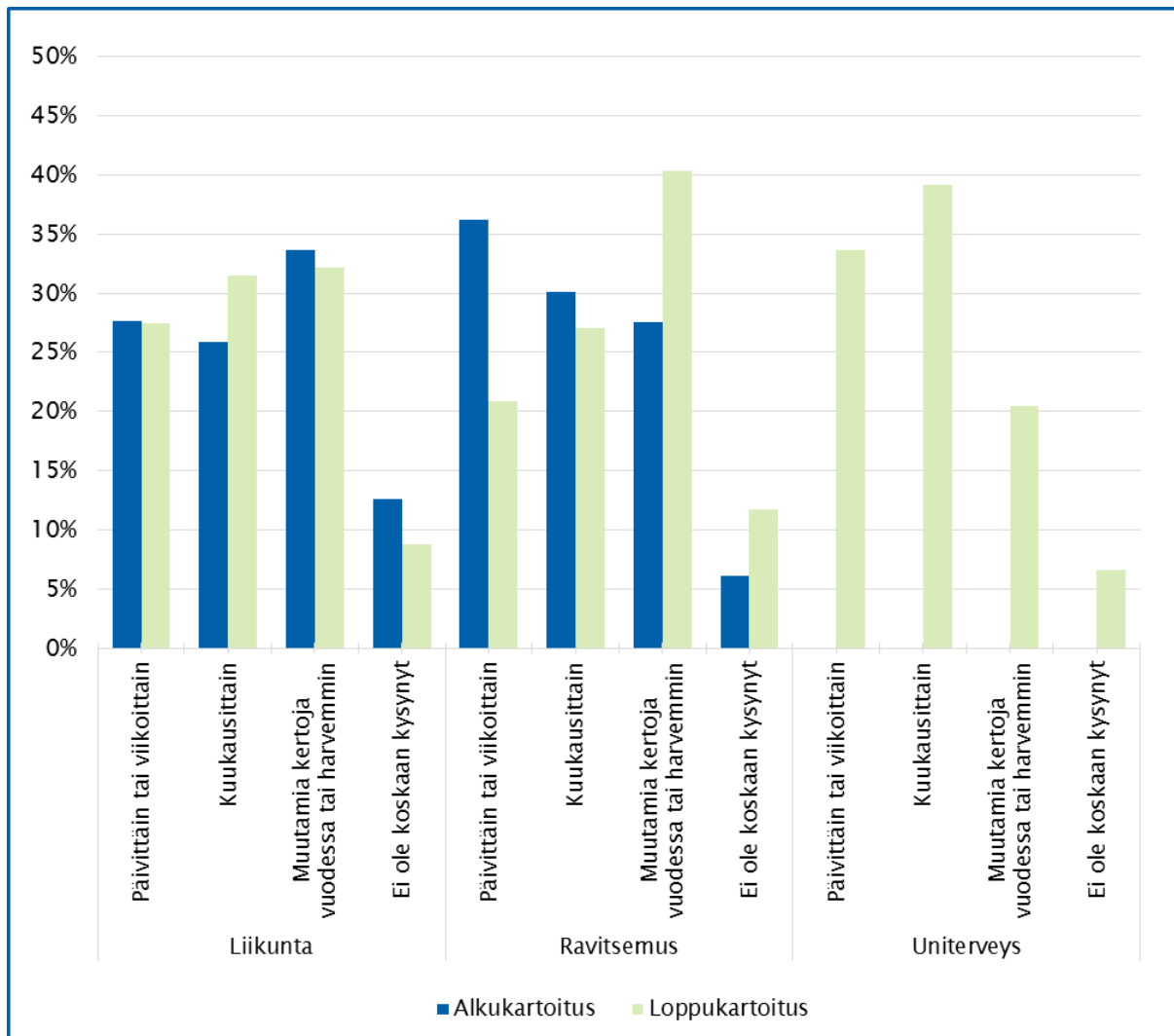
Myös iällä ( $p < 0,05$ ) oli merkitystä elintapaohjauksen tärkeyden loppukartoituksessa. Nuoret (20–29-vuotiaat) kokivat uniterveyden hoitoon liittyvän ohjauksen vähiten tärkeäksi ja 40–49-vuotiaat tärkeimmäksi.

Ohjauksen ja neuvonnan tärkeydellä oli merkitystä myös muihin ohjaamiseen ja neuvontaan liittyviin osa-alueisiin. Tärkeys korreloi tilastollisesti merkitsevästi ( $p < 0,001$ ) kaikilla elintapaohjauksen osa-alueilla (liikunta, ravitsemus, uniterveys) kohtalaisesti ( $r = 0,3-0,49$ ) osaamisen, ajan riittävyyden ja elintapaohjauksen hyödyntämisen organisaatiossa kanssa sekä hieinan ( $r = 0,1-0,29$ ) täydennyskoulutuksen tarpeen kanssa.

### Ohjauksen ja neuvonnan tarve asiakkaan näkökulmasta

Eniten vastaajat ilmoittivat asiakkaiden kysyvän uniterveyteen liittyvää ohjausta. Loppukartoitukseen vastanneista kolmasosa ilmoitti asiakkaiden kysyvän *päivittäin* tai *viikoittain* ohjausta uniterveyteen liittyvissä asioissa. Vastaajista 28 % ilmoitti, että liikuntaneuvonnasta kysytään

*päivittäin* tai *viikoittain* ja vastaava luku ravitsemusohjauksen osalta oli 21 %. Liikuntaneuvonnan kysyminen oli pysynyt lähestulkoon ennallaan, mutta ravitsemusohjausta ilmoitettiin kysyttävän harvemmin loppukartoituksessa kuin alkukartoituksessa. Muutokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. (Kuva 20, liite 10)

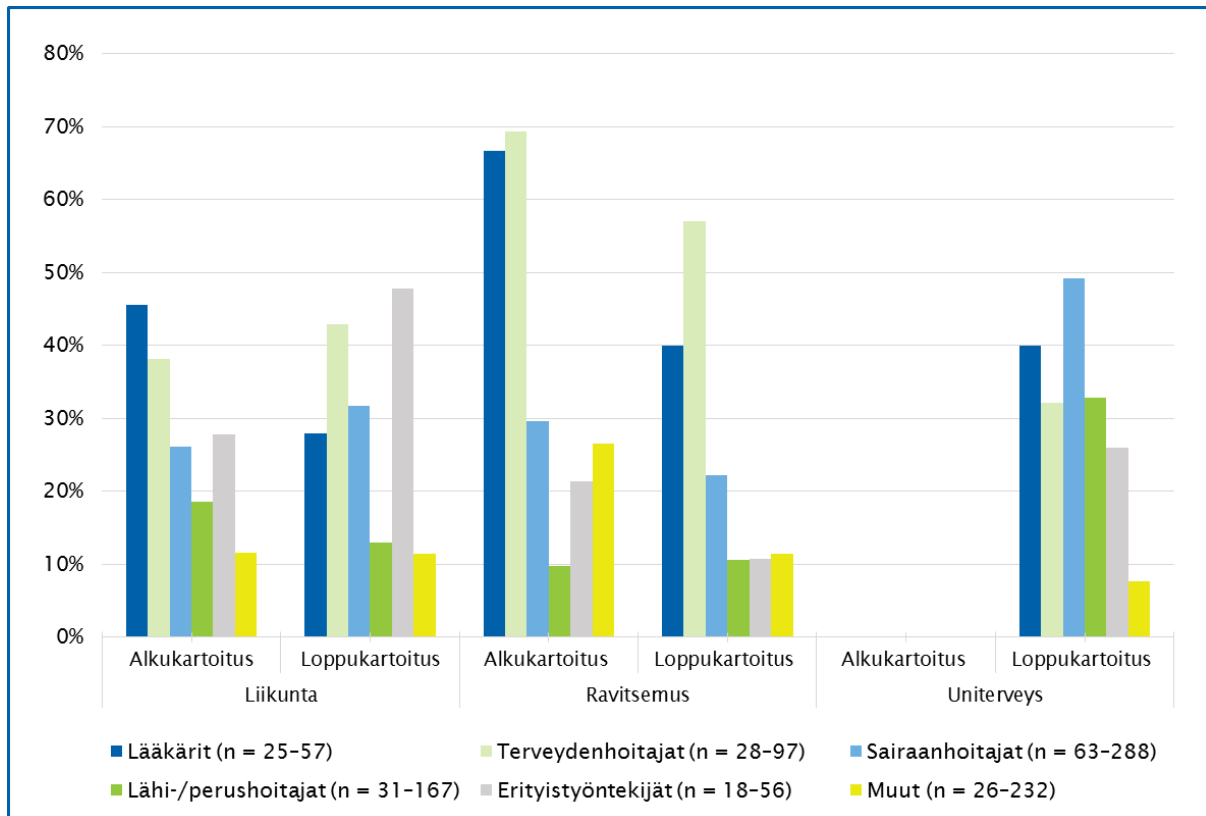


Kuva 20. Asiakkaan liikuntaan, ravitsemukseen ja uniterveyteen liittyvän ohjauksen kysyminen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselta. Alkukartoitus ravitsemus n = 326, liikunta n = 919; loppukartoitus n = 273.

Ammattiryhmittäin (2018) tarkasteltuna, asiakkaat kyselivät liikuntaneuvontaa useimmiten erityistyöntekijöiltä (vastaajat pääosin fysioterapeutteja), ravitsemusneuvontaa terveydenhoitajilta ja uniterveyteen liittyvää ohjausta sairaanhoitajilta. Asiakkaiden oma-aloitteinen liikuntaneuvonnan kysyminen oli lisääntynyt terveydenhoitajien, sairaanhoitajien ja erityistyöntekijöiden ammattiryhmissä alku- ja loppukartoitusten välillä. Ammattiryhmien välillä oli loppukar-



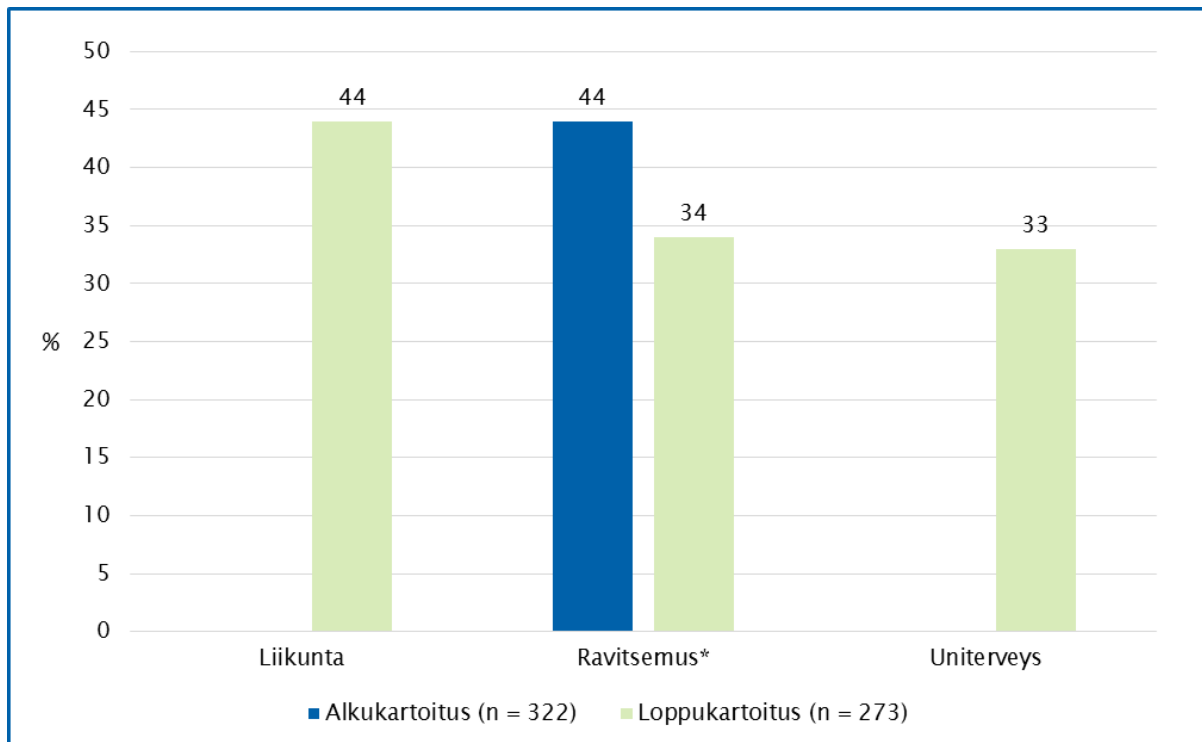
toituksessa tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ) liikuntaneuvonnassa ja uniterveysohjaamisessa. Iällä ei ollut merkitystä siihen, miten usein asiakkaat kysyvät oma-aloitteisesti elintapaohjausta. (Kuva 21, liite 10)



Kuva 21. Asiakkaiden päivittäinen/viikoittainen elintapaohjauksen kysyminen ammattiryhmittäin. Tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ) ammattiryhmien välillä loppukartoituksessa (2018) liikunnan ja uniterveyden osa-alueilla.

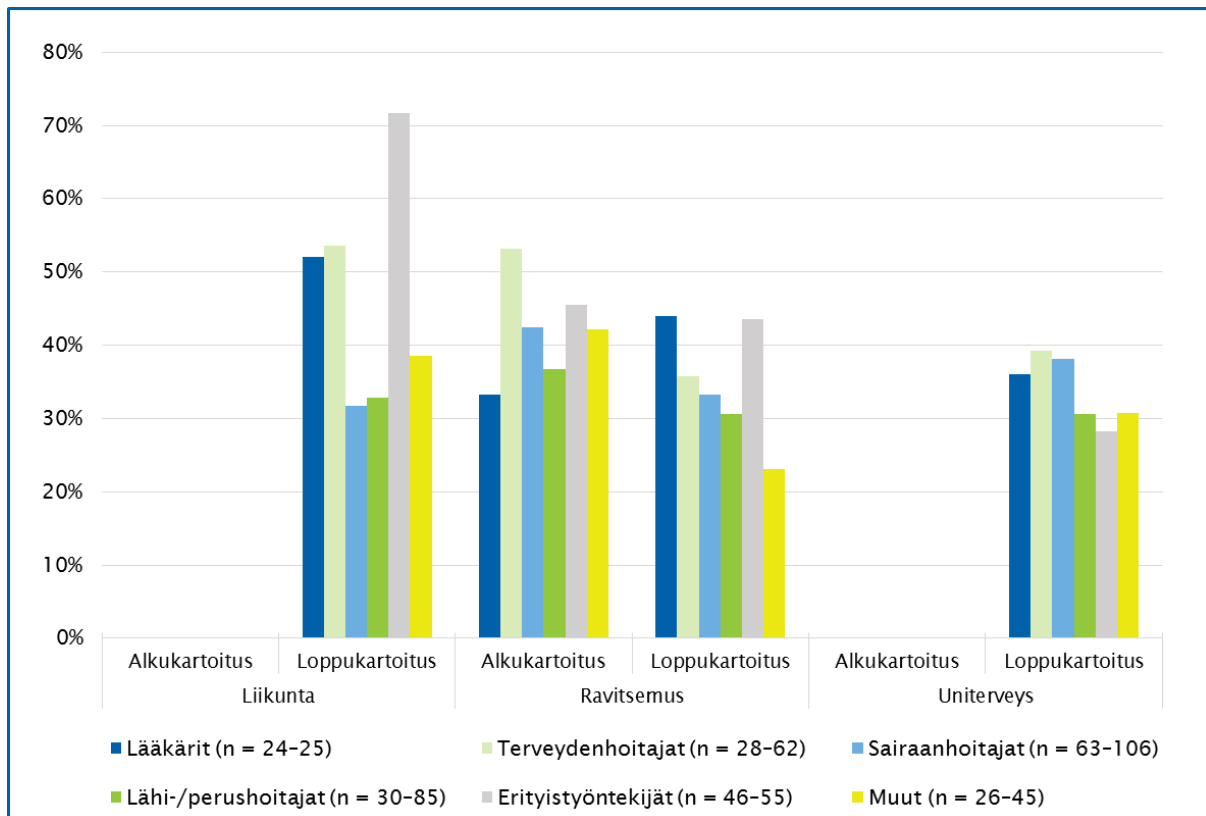
### Ohjaukseen ja neuvontaan käytettävän ajan riittävyys

Ajan riittävyttä oman työn ohella annettavaan elintapaohjaukseen selvitettiin loppukartoituksessa. Eniten aikaa koettiin olevan liikuntaneuvonnan antamiseen. Noin kolmannes vastaajista koki, että ravitsemus- ja uniterveysohjaamiseen on riittävästi aikaa. Vastaajista hieman yli 40 % koki, että elintapaohjaukseen *ei ollut riittävästi tai lainkaan aikaa*. Ajan riittävyttä oman työn ohella oli selvitetty ravitsemuksen osalta myös aikaisemmin (Suorajarvi-Bron 2017). Loppukartoituksessa (2018) tilastollisesti merkitsevästi ( $p < 0,01$ ) pienempi joukko vastaajista koki aikaa olevan riittävästi ravitsemusohjaukseen verrattuna alkukartoitukseen. (Kuva 22, liite 11)



Kuva 22. Riittävästi aikaa elintapaohjaustyöhön. Tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,01$ ) ravitsemusneuvonnassa alku- ja loppukartoituksen välillä.\*

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna (2018) eniten aikaa liikuntaneuvontaan ( $p < 0,001$ ) ja ravitsemusneuvontaan ( $p < 0,01$ ) koettiin olevan erityistyöntekijöiden ryhmässä, jossa oli mukana myös fysioterapeutteja ja ravitsemusterapeutteja. Uniterveyteen liittyvän ohjaamiseen ( $p < 0,001$ ) koettiin olevan eniten aikaa terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien ryhmissä. Iällä ei ollut vaikutusta ajan riittävyteen. Ainoastaan lääkärit kokivat ravitsemusneuvontaan käytettävän ajan lisääntyneen alku- ja loppukartoitusten välillä ja erityistyöntekijät arvioivat ajan riittävyyden kutakuinkin samalle tasolle alku- ja loppukartoituksessa. Ajan riittävyyttä liikuntaneuvonnassa ja uniterveyteen liittyvässä ohjaamisessa ei ollut selvitetty alkukartoituksessa (2017). (Kuva 23, liite 11)



Kuva 23. Riittävästi aikaa elintapaohjaustyöhön, osuudet ammattiryhmittäin. Tilastollisesti merkitsevä ero liikunta- ja uniterveysneuvonnassa ( $p < 0,001$ ) sekä ravitsemusohjauksessa ( $p < 0,01$ ) ammattiryhmien välillä loppukartoituksessa (2018).

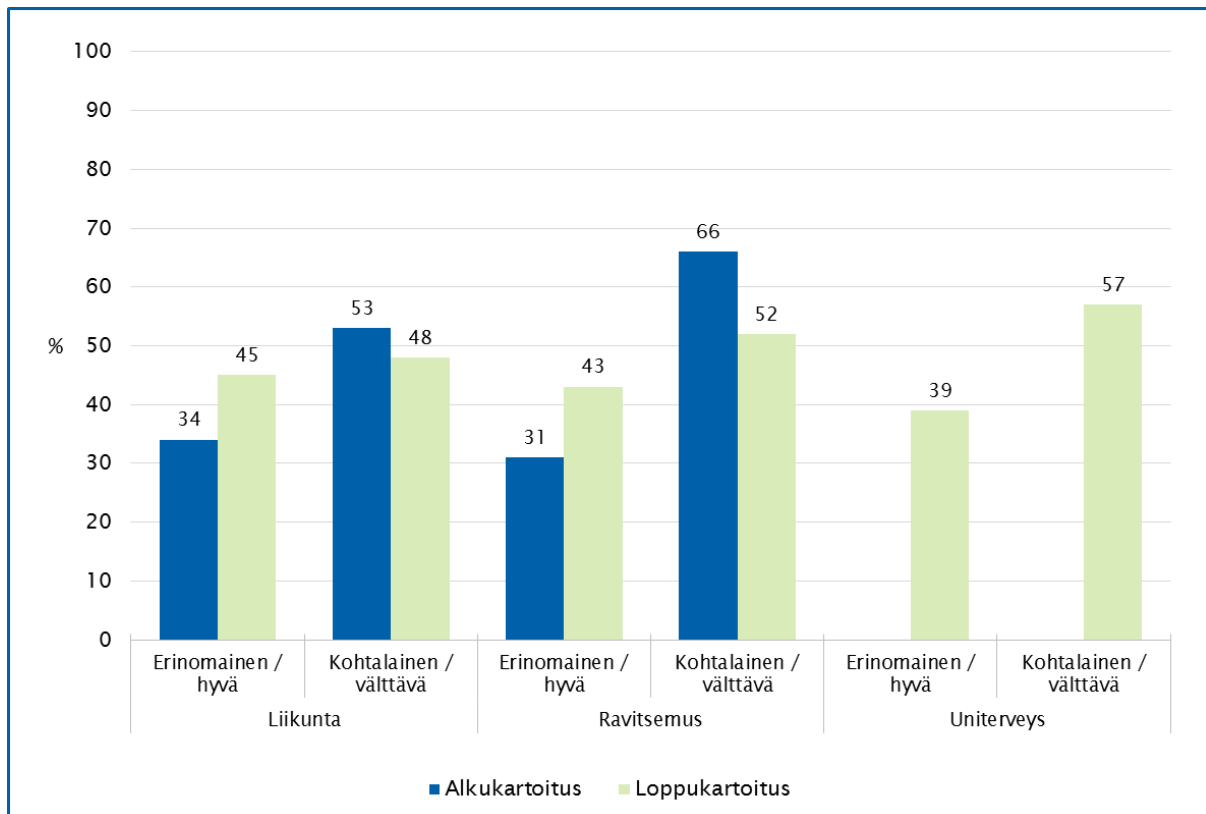
### Ohjauksen ja neuvonnan osaaminen

Arviota omasta elintapaohjausosaamisesta kartoitettiin liikunnan, ravitsemuksen ja uniterveyden osalta. Sekä liikuntaneuvonta- että ravitsemusohjausosaamisen koettiin lisääntyneen. Liikuntaneuvonnan ja ravitsemusohjausosaamisen arvioi alkukartoituksessa erinomaiseksi/hyväksi noin kolmannes vastaajista ja loppukartoituksessa vajaa puolet. Muutokset eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä. Uniterveysosaamisen arvioi loppukartoituksessa erinomaiselle/hyväälle tasolle hieman alle 40 % vastaajista. (Taulukko 14, kuva 24).

lällä oli vaikutusta ( $p < 0,001$ ) osaamiseen uniterveyden hoitoon liittyvissä asioissa. Nuorimmat (20-29-vuotiaat) arvioivat osaamisen paremmaksi ja vanhimmat (yli 60-vuotiaat) heikoimmaksi. Elintapaohjauksen osaaminen vaikutti myös kokemukseen ajan riittävydestä ohjaustyöhön oman asiakastyön ohella. Osaaminen korreloi kohtalaisesti ( $r = 0,3-0,49$ ) ajan riittävyyden kanssa kaikilla elintapaohjauksen osa-alueilla ( $p < 0,001$ ).

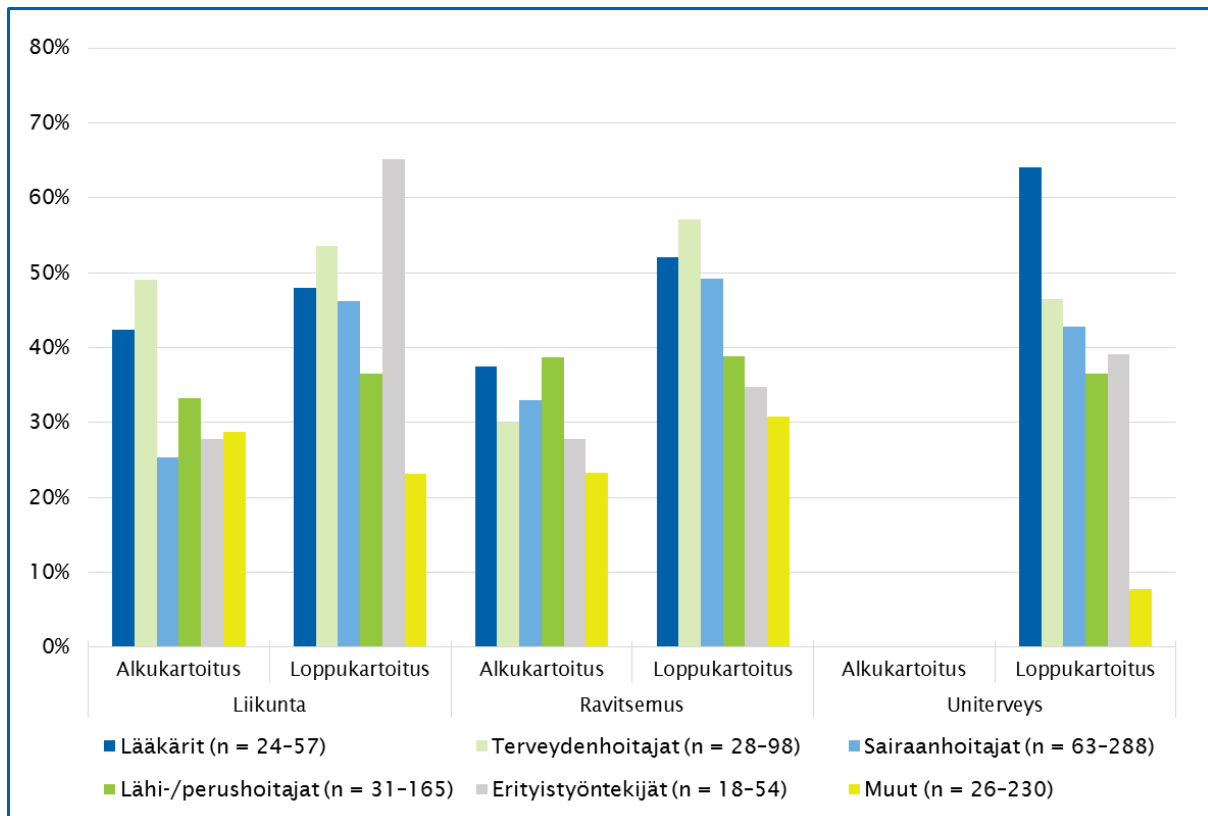
Taulukko 14. Arvio omasta elintapaohjaus (liikunta, ravitseminen, uniterveys) osaamisesta.

		%	
		Alkukartoitus	Loppukartoitus
<b>Liikunta</b>	Erinomainen	2 %	4 %
	Hyvä	32 %	41 %
	Kohtalainen	42 %	42 %
	Välttävä	11 %	6 %
	En osaa sanoa	13 %	7 %
<b>Ravitseminen</b>	Erinomainen	0 %	2 %
	Hyvä	31 %	41 %
	Kohtalainen	52 %	45 %
	Välttävä	14 %	7 %
	En osaa sanoa	3 %	5 %
<b>Uniterveys</b>	Erinomainen	ei kysytty	3 %
	Hyvä	ei kysytty	36 %
	Kohtalainen	ei kysytty	44 %
	Välttävä	ei kysytty	13 %
	En osaa sanoa	ei kysytty	4 %
Alkukartoitus: liikunta n = 918, ravitseminen n = 318 Loppukartoitus n = 273 Ei tilastollisesti merkitsevää eroa alku- ja loppuvastausten välillä.			



Kuva 24. Arvio omasta elintapaohjaus (liikunta, ravitsemus, uniterveys) osaamisesta. Alkukartoitus: liikunta n = 918, ravitsemus n = 318. Loppukartoitus n = 273.

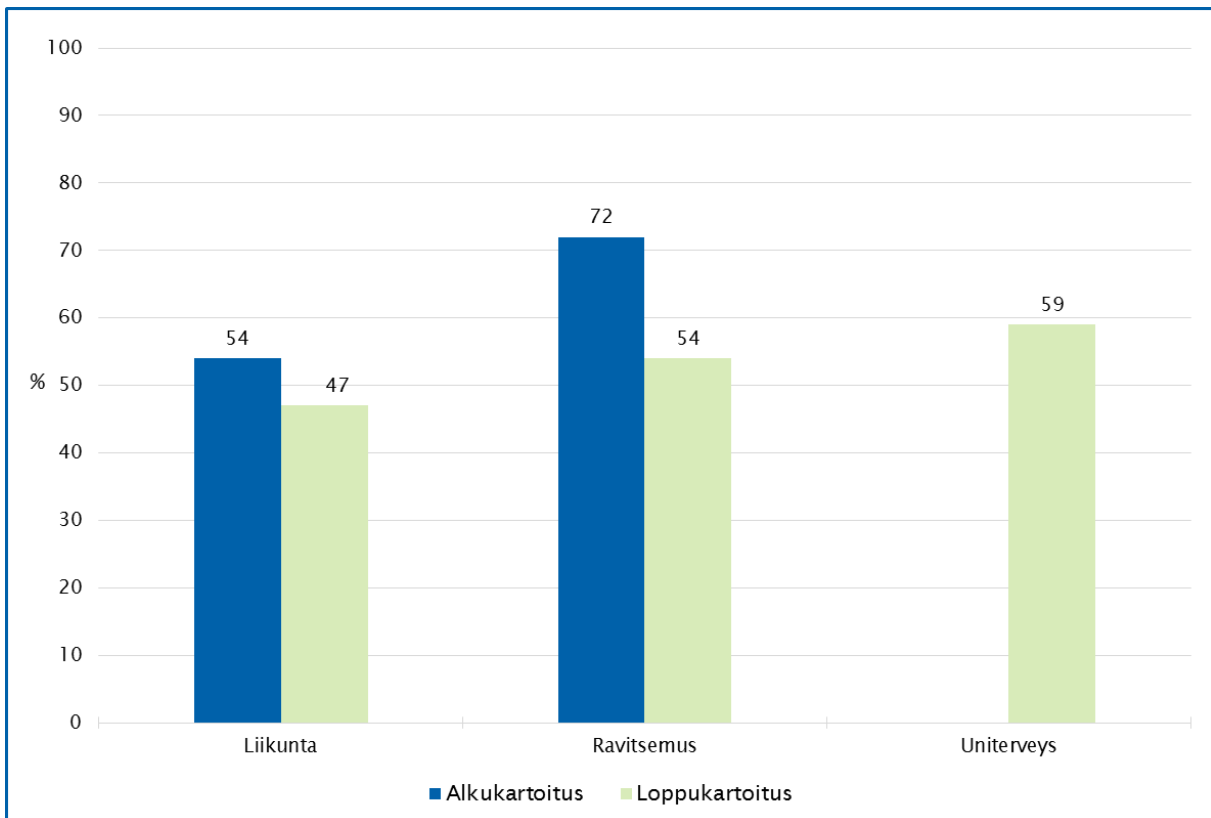
Liikuntaneuvonnan osaaminen oli vahvinta erityistyöntekijöillä ja uniterveysosaaminen lääkäreillä. Näillä osa-alueilla oli ammattiryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,01$ ) loppukartoituksessa. Ravitsemusohjausosaaminen oli tasaisempaa eri ammattiryhmien välillä, joskin suurin osa terveydenhoitajista arvioi osaamisensa hyvälle/erinomaiselle tasolle. Noin puolet lääkäreistä ja sairaanhoitajista arvioi osaamisensa hyväksi/erinomaiseksi. Liikuntaneuvonnan osaaminen lisääntyi kaikilla ammattiryhmillä (lukuun ottamatta ryhmää 'muut') alku- ja loppukartoituksen välillä. Myös ravitsemusohjausosaaminen lisääntyi kaikilla ammattiryhmillä, joskin lähi-/perushoitajilla osaaminen pysyi kutakuinkin samalla tasolla alku- ja loppukartoituksessa. (Kuva 25, liite 12)



Kuva 25. Hyväksi/erinomaiseksi elintapaohjausosaamisensa arvioineiden osuudet ammattiryhmittäin. Tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,01$ ) ammattiryhmien välillä liikuntaneuvonnassa ja uniterveyteen liittyvässä ohjauksessa loppukartoituksessa (2018).

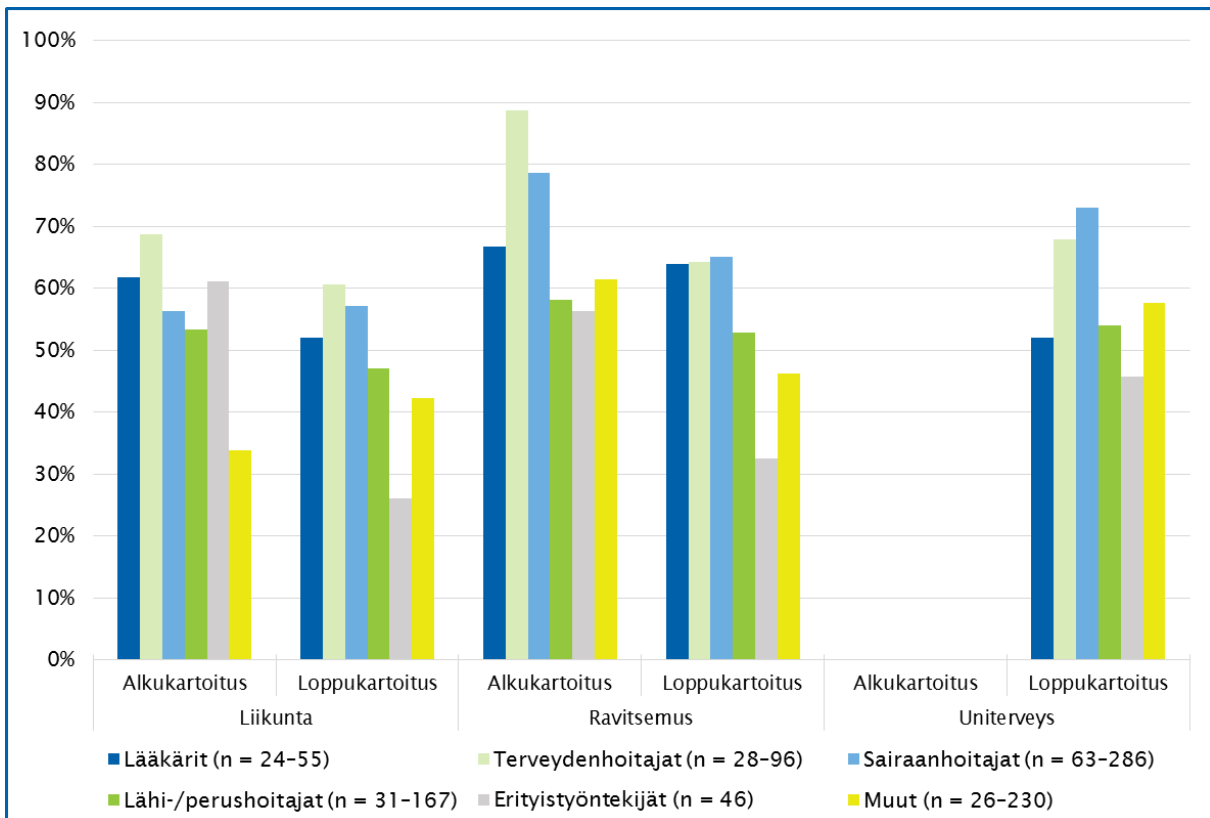
### Täydennyskoulutuksen tarve

Täydennyskoulutuksen tarve oli hieman vähentynyt liikuntaneuvonnassa ja ravitsemusohjauksessa, noin puolet vastaajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta loppukartoituksessa. Muutokset täydennyskoulutuksen tarpeessa eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Uniterveysasioissa lisäkoulutuksen tarvetta koki hieman alle 60 % vastaajista. (Kuva 26)



Kuva 26. Täydennyskoulutuksen tarve. Alkukartoitus: liikunta n = 914, ravitseminen n = 324. Loppukartoitus n = 273. Ei tilastollisesti merkitsevää eroa alku- ja loppukartoitusten välillä.

Liikuntaneuvonnan täydennyskoulutusta loppukartoituksessa kokivat eniten tarvitsevansa terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat. Ravitsemusohjaukseen liittyvää täydennyskoulutusta arvioivat eniten tarvitsevansa sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja lääkärit. Ammattiryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,05$ ) ravitsemusohjauksen täydennyskoulutuksen tarpeessa loppukartoituksessa. Uniterveysasioihin liittyvää täydennyskoulutusta kokivat eniten tarvitsevansa sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. lällä oli merkitystä ravitsemusohjaukseen liittyvässä täydennyskoulutuksen tarpeessa ( $p < 0,05$ ), eniten täydennyskoulutusta arvioivat tarvitsevansa nuorimmat (20–39-vuotiaat) ja vähiten vanhimmat (yli 50-vuotiaat). Täydennyskoulutuksen tarve oli vähentynyt kaikilla ammattiryhmillä ravitsemusohjauksen osalta alku- ja loppukartoitusten välillä. Liikuntaneuvontaan liittyvän täydennyskoulutuksen tarve oli hieman lisääntynyt sairaanhoitajilla ja ryhmällä 'muu', mutta muilla ammattiryhmillä tarve oli vähentynyt. (Kuva 27, liite 12)



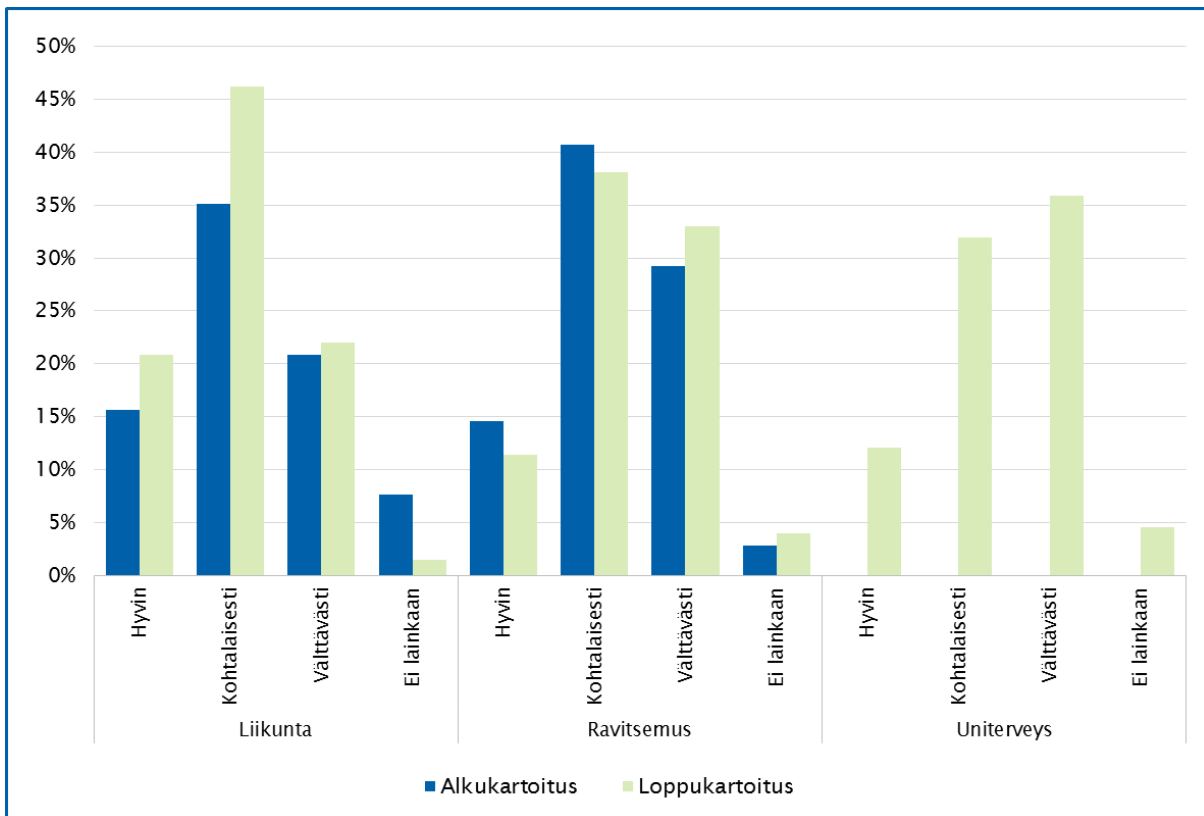
Kuva 27. Täydennyskoulutuksen tarve ammattiryhmittäin. Tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,05$ ) ammattiryhmien välillä ravitsemusohjauksessa loppukartoituksessa (2018).

#### 5.4.3 Ohjaus ja neuvonta organisaatiossa

##### Miten ohjausta ja neuvontaa on hyödynnetty organisaatiossa?

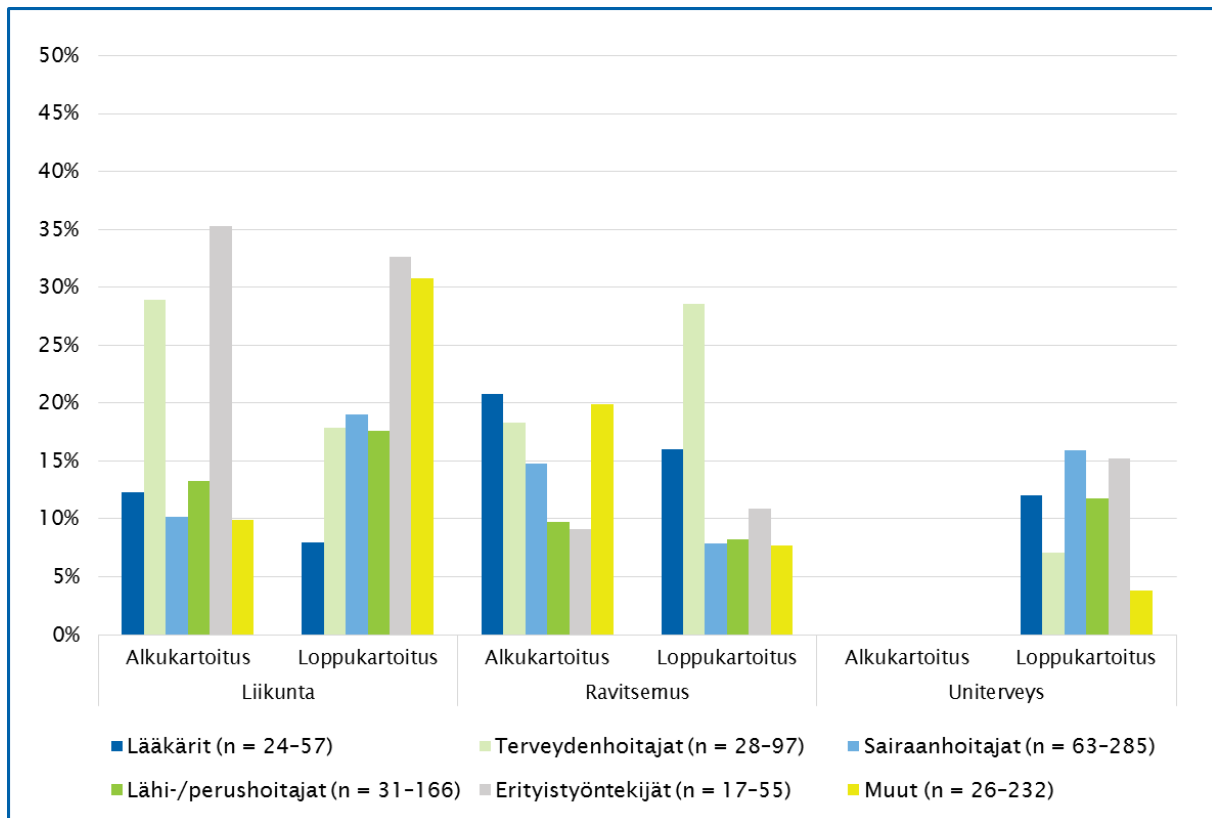
Elintapaohjauksen hyödyntämistä organisaatiossa osana asiakastyötä kartoitettiin liikunnan, ravitsemuksen ja uniterveyden osalta. Liikuntaneuvonnan hyödyntäminen oli lisääntynyt kartoitusten välillä, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi. Ravitsemusohjauksen hyödyntäminen oli pysynyt kutakuinkin samalla tasolla, joskin hieman vähentynyt. Uniterveysasioihin liittyvää ohjausta ilmoitti hyödyntävän *hyvin* 12 % vastaajista. (Kuva 28, liite 13)





Kuva 28. Elintapaohjauksen (liikunta, ravitseminen, uniterveys) hyödyntäminen työyhteisössä. Alkukartoitus: liikunta n = 917, ravitseminen n = 322. Loppukartoitus n = 273. Ei tilastollisesti merkitsevää eroa alku- ja loppukartoitusten välillä (liikunta ja ravitseminen).

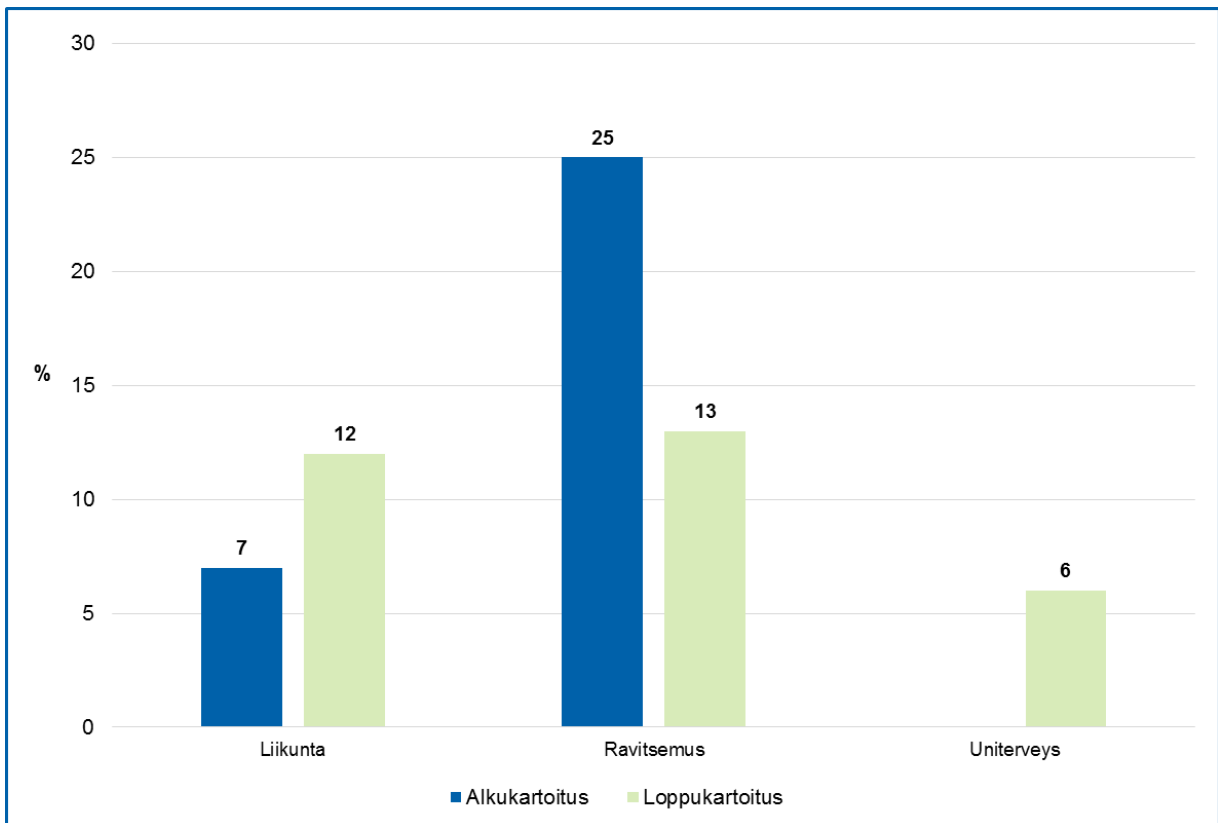
Ammattiryhmittäin tarkasteltuna liikuntaneuvontaa ilmoittivat parhaiten hyödyntävänsä erityistyöntekijät ja ryhmä 'muu'. Ravitsemusneuvontaa ilmoittivat parhaiten hyödyntävänsä terveydenhoitajat ja uniterveyteen liittyvää ohjausta sairaanhoitajat sekä erityistyöntekijät. Ammattiryhmien välillä oli loppukartoituksessa tilastollisesti merkitsevä ero ravitsemusohjauksessa ( $p < 0,01$ ) ja uniterveyteen liittyvässä ohjauksessa ( $p < 0,05$ ). Liikuntaneuvonnan hyödyntämisen lisääntyminen tuli esiin sairaanhoitajien, lähi-/perushoitajien sekä ryhmän 'muu' vastauksissa. Vastaavasti ravitsemusohjauksen hyödyntämisen lisääntyminen näkyi terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden ammattiryhmissä. (Kuva 29, liite 13) lällä ei ollut merkitystä elintapaohjauksen hyödyntämisessä organisaatiossa.



Kuva 29. Hyvin elintapaohjausta hyödyntäneiden osuudet organisaatiossa ammattiryhmittäin. Ammattiryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ravitsemusohjaukseen ( $p < 0,01$ ) ja uniterveyteen ( $p < 0,05$ ) liittyvässä ohjauksessa loppukartoituksessa (2018).

## Palveluketjukäytäntö

Organisaatioiden palveluketju-/hoitopolkukäytäntöjä kysyttiin ravitsemusohjaukseen, liikuntaneuvontaan ja uniterveyden hoitoon liittyvissä asioissa. Palveluketjujen/hoitopolkujen tunnettavuus ja käytäntö olivat lisääntyneet liikuntaneuvonnan osalta, mutta vähentyneet ravitsemusohjauksen osalta. Loppukartoituksessa vastaajista 12 % ilmoitti liikunnan osalta, että organisaatiossa on käytössä liikunnan palveluketju/hoitopolku, johon asiakas ohjataan. Vastavasti palveluketju ravitsemusohjauksen osalta oli käytössä 13 %:lla. Palveluketjujen/hoitopolkujen tunnettavuus ja käytäntö erosi tilastollisesti merkitsevästi ( $p < 0,01$ ) sekä liikuntaneuvonnan että ravitsemusohjauksen osalta alku- ja loppukartoituksen välillä. Vastaajista 6 % ilmoitti heillä olevan käytössä uniterveyteen liittyvä palveluketju/hoitopolku. lällä ei ollut merkitystä hoitopolkukäytäntöön. (Kuva 30)



Kuva 30. Palveluketju/hoitopolkukäytäntö organisaatiossa. Alkukartoitus: liikunta n = 931, ravitseminen n = 326. Loppukartoitus n = 273. Tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,01$ ) sekä liikunnan että ravitsemuksen osalta alku- ja loppukartoituksen välillä.

Lisäksi kysyttiin muita keinoja asiakkaan ohjaamiseksi, mikäli oma osaaminen ohjauksen antamiseen ei ollut riittävää. Liikuntaneuvonnan osalta vastaajista 45 % ilmoitti ohjaavansa suoraan fysioterapeutille, kolmannes antoi liikuntaan liittyvää kirjallista materiaalia, hieman alle kolmannes kysyi kollegoilta neuvoa ja hieman alle neljäs ilmoitti lääkärin lähettävän asiakkaan oman organisaationsa fysioterapeutille. Ravitsemusohjauksen osalta 28 % ilmoitti lähettävänsä itse tai lääkäri lähettää asiakkaan oman organisaationsa ravitsemusterapeutille ja antaa kirjallista materiaalia. Viidennes ilmoitti lähettävänsä itse tai lääkäri lähettää asiakkaan Seinäjoen keskussairaalan ravitsemusterapeutille.

#### 5.4.4 Osallistuminen VESOTE-hankkeen toimintaan

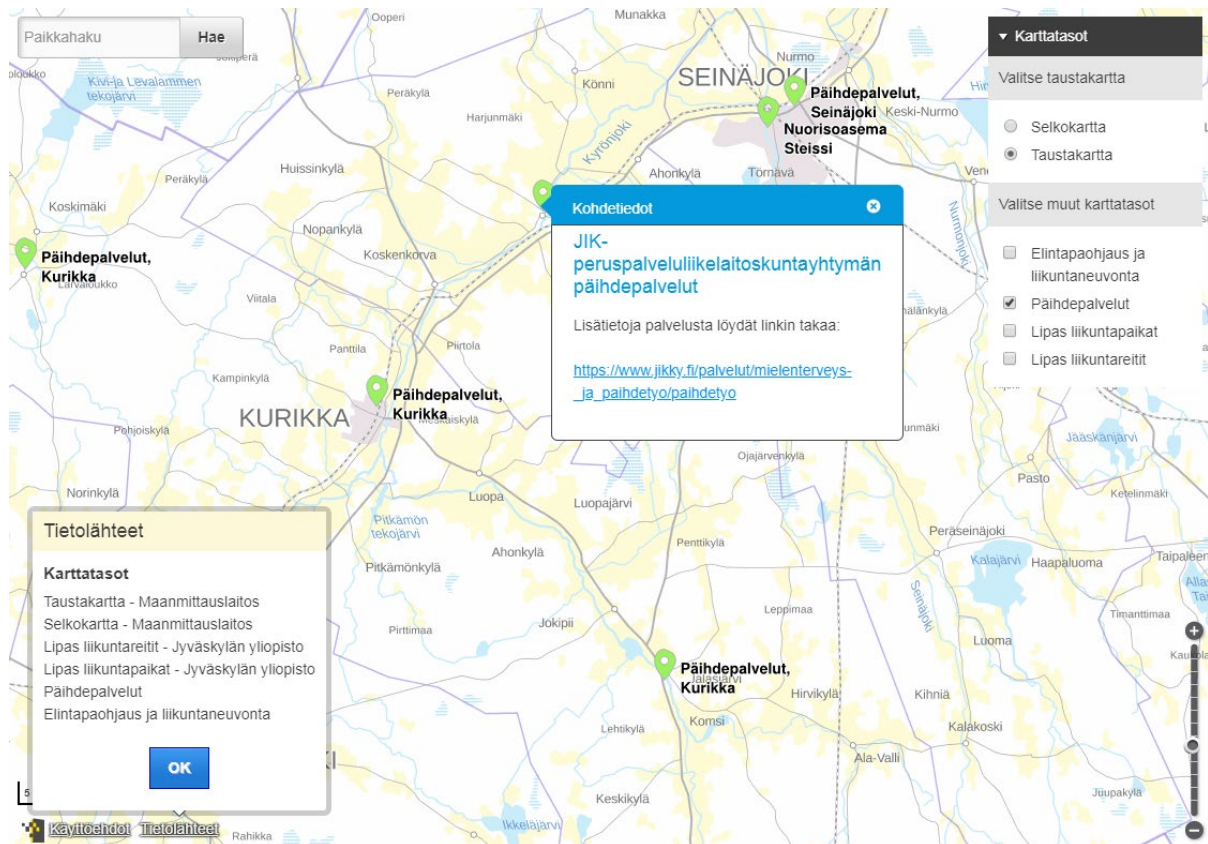
Loppukartoituksessa vastaajista 8 % (n = 23) ilmoitti osallistuneensa VESOTE-hankkeen toimintaan. Eniten osallistujia oli terveydenhoitajissa (n = 10). Lähes kaikki toimintaan osallistuneista osallistuivat verkkokoulutuksiin. Seminaareihin osallistui noin puolet ja työpajoihin kolme henkilöä. Yhdeksän henkilöä ilmoitti osallistuneensa alueella tehtyyn VESOTE-kehittämistyöhön.

Osallistujat arvioivat hankkeen tuoman hyödyn nykyiseen työtehtävään keskimäärin tasolle 4 (asteikolla 1 = ei mitään hyötyä, 5 = merkittävä hyöty).

## 5.5 Virtuaalinen elintapapoliklinikka ja palvelutarjotin

Palvelutarjotinta lähdettiin suunnittelemaan 'Hyvinvoinnin palvelukartta' ratkaisun pohjalle (ks. luku 4.3.4) erillisen työryhmän toimesta. Työryhmä kokoontui hankeaikana yhteensä viisi kertaa ja työryhmässä oli edustus Aksilasta, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tietohallinnosta, 2M-IT oy:stä ja Etelä-Pohjanmaan liitosta. Ensimmäinen versio 'Hyvinvoinnin palvelukartasta' julkaistiin 14.12.2018 Etelä-Pohjanmaan Hyvis.fi-sivustolla. 'Hyvinvoinnin palvelukartta' on käytettävissä osoitteessa: <https://www.hyvis.fi/web/etela-pohjanmaa/>.

Ensimmäisessä versiossa rajapintojen kautta tuotavien Lipas Liikuntapaikkatietojen lisäksi karttaan luotiin manuaalisesti päivitettävät päihdepalveluiden ja elintapaohjauksen/liikunta-neuvonnan karttatasot. 'Hyvinvoinnin palvelukartan' kehitystyö jatkuu myös hankkeen jälkeen ja tulevaisuudessa kartan toteutuksessa pyritään puhtaasti rajapintaratkaisuja hyödyntävään malliin.



Kuva 31. Kuvaakaappaus 'Hyvinvoinnin palvelukartasta'. Sisältää Maanmittauslaitoksen Taustakarttasarjan (rasteri) 12/2018 aineistoa.



## 6. Johtopäätökset ja yhteenveto

Monet terveyden edistämisen toimenpiteet ovat erittäin kustannusvaikuttavia ja ne tulisikin nähdä kustannusten sijaan investointina tulevaisuuteen (THL 2018c). Hoito- ja palveluketjujen avulla pystytään parantamaan toiminnan laatua ja kustannustehokkuutta (Heinonen ym. 2010). Yhtenä kustannusvaikuttavana terveydenedistämisen toimenpiteenä on esitetty liikunnan palveluketju, joka sisältää yksilöllistä neuvontaa, säännölliset kontrollit sekä ohjausta omatoimiseen liikuntaan (Vasankari ym. 2018).

### 6.1 Elintapaohjauksen palveluketjut ja elintapaohjauksen toteutus

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä VESOTE-hankkeen keskeisenä tavoitteena oli rakentaa ja vahvistaa alueellisia elintapaohjauksen palveluketjuja. Kehittämistyön keskiössä olivat kuntien ja kuntayhtymien nimeämät moniammatilliset ja poikkihallinnolliset kehittämistiimit. **Hankkeen aikana yhteistyö eri toimijoiden välillä lisääntyi, kun opittiin tietämään: kuka tekee, missä tekee ja mitä tekee.** Kaikki kehittämistiimit ilmoittivat jatkavansa kehittämistyötä hankkeen jälkeenkin ja neljällä yhteystoiminta-alueella oli tehty myös työnkuvan muutoksia. Työnkuvien muutokset ovat tärkeitä konkreettisia toimenpiteitä elintapaohjauksen juurruttamisen kannalta. Myös muita elintapaohjauksen vahvistamisen kannalta merkittäviä toimenpiteitä saatiin aikaan: uudet elintapa- ja liikuntaryhmät, erityisryhmien uinti- ja kuntosalikortin käyttöönotto, hyvinvointineuvonnan jatkohanke, aikuisneuvontatyön sisällöllinen kehittäminen sekä yhteistyön tiivistyminen ja konkretisoituminen eri toimijoiden kesken. Vaikka hankkeen aikana saatiin aikaiseksi monta hyvää käytäntöä kuntien alueelle, on elintapaohjauksen palveluketjuissa vielä kehitettävää. **Valtakunnallinen suositus elintapaohjauksen ja omahoidon osalta vielä puuttuu (PALKO 2019), eivätkä toimintamallit alueellisesti ole vielä yhtenäiset.**

**Tärkein tekijä elintapaohjauksen palveluketjujen rakentamisessa on yhteistyö ja verkostoituminen.** Muita tärkeitä elementtejä ovat mm. *selkeä toimintamalli, kohderyhmien ja kriteerien määrittäminen ja riittävä palvelutarjonta.* Elintapaohjauksen vahvistamiseksi on maakunnassa tällä hetkellä vahva tahtotila ja yhteystoiminta-alueet ja kunnat ovat lähteneet aktiivisesti kehittämään palveluitaan. Yhteistyön ja verkostoitumisen kannalta nähdään tärkeänä, että kehittämistä tapahtuu myös jatkossa maakunnan tasolla, minkä vuoksi maakunnallista elintapaohjauksen kehittämisverkostoa ylläpidetään myös hankkeen jälkeen. Vaikka elintapa-



ohjauksen osaaminen oli selkeästi vahvistunut hankkeen ja koulutuksen myötä, palveluketjujen tunnettavuus ja elintapaohjauksen hyödyntäminen organisaatiossa kaipaa vahvistusta ja juurruttamista.

**Asiakslähtöisyys, kokonaisvaltainen lähestymistapa ja pienen askelin eteneminen** olivat keskeisiä elementtejä yksilöllisen elintapaohjauksen toteutuksessa. Yksilöllisen elintapaohjauksen VESOTE-hankkeessa toteutti Pohjanmaan Liikunta ja Urheilu ry (PLU). Hankkeessa pilotoitu yhteistyömalli elintapaohjauksen toteutuksesta liikunnan aluejärjestön kanssa onnistui erinomaisesti ja on rohkaiseva esimerkki organisaatorajat ylittävästä yhteistyöstä. Tärkeä yksityiskohta elintapaohjauksen onnistuneessa toteutuksessa oli yhteistyösopimukset, jotka mahdollistivat elintapaohjaustietojen kirjaamisen potilastietojärjestelmään LIIKUN-lehdelle (liitteet 2 ja 3). Yhteistyösopimuksissa PLU:n toteuttama elintapaohjaus määriteltiin osaksi kunnallista perusterveydenhuoltoa ja elintapaohjausta antanut henkilö oli terveydenhuollon ammattihenkilö.

**Riittävä työntekijäresurssien kohdistaminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyöhön nousee yhdeksi keskeiseksi tekijäksi toimivan palveluketjun rakentamisessa.** Laaja-alaisen yhteistyön avulla voidaan yksittäiseen organisaatioon kohdistuvaa resurssipainetta kuitenkin vähentää, kun elintapaohjauksen kokonaisuus jakaantuu eri toimijoiden kesken. Tämä edellyttää kuitenkin tiivistä yhteistyötä eri toimijoiden kesken, selkeää toimintamallia ja palvelutarjonnan tuntemusta myös oman organisaation ulkopuolelta. Elintapaohjauksen käytännön juurruttamistyöstä yksi esimerkki on työparimalli, jossa terveydenhoitaja ja liikunnanohjaaja toteuttavat asiakslähtöistä elintapaohjausta yhdessä. Tällainen toimintamalli muodostui hankaikana pysyväksi toiminnaksi Kuusiolinnassa Terveys Oy:n alueella Alavudelle (UKK-instituutti 2018c). Tärkeää on myös tunnistaa elintapaohjauksen eri tasot (ks. luku 3.3) ja asiakkaan tarpeet, jotta toiminta olisi mahdollisimman vaikuttavaa ja myös kustannustehokasta. Osalle asiakkaista ohjaukseksi riittää puhekeskiö ja ohjaaminen sähköisten omahoidon palveluiden pariin, mutta osa voi tarvita hyvinkin yksilöllistä ja kohdennettua ohjausta elintapamuutosten aikaansaamiseksi.

**Yksilöllisen elintapaohjauksen vaikuttavuus näkyi 9 kuukauden aikana erityisesti asiakkaiden painossa, painoindeksissä, vyötärönympäryksessä ja verenpaineessa** (liite 6). Noin joka neljäs saavutti Lihavuuden Käypä hoito -suositusten mukaisen vähintään 5 % painonpuotuksen seuranta-aikana. Annettujen ohjauksien määrä (4–17) oli linjassa suosituksen kanssa, jossa ohjauksien määräksi lihavuuden elintapahoidossa esitetään 5–15 kertaa. (Lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2013) Vyötärönympäryys pieneni osallistujilla keskimäärin 4,5



cm ja tutkimuksissa 5 cm vyötärönymäryksen pieneneminen on yhdistetty 9 % pienempään kuolleisuusriskiin terveillä keski-ikäisillä aikuisilla (Berentzen ym. 2010). Tärkeää on huomata, että edellä mainittujen lisäksi myös ohjaukseen osallistuneiden oma koettu terveys sekä fyysinen ja henkinen työkyky parantuivat (liite 6).

## 6.2 Osaamisen vahvistaminen

**Verkkokoulutukset vahvistivat elintapaohjauksen (liikunta, ravitsemus ja uniterveys) osaamista** sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan ammattilaisilla hankkeen aikana. Osaamisen vahvistuminen näkyi selkeästi UKK-instituutin teettämässä kyselyssä. Eniten vahvistui uniterveysosaaminen, mikä selittyy osittain sillä, että uniterveysosaaminen oli alun perin heikommalla tasolla kuin liikunta- tai ravitsemusosaaminen. Koulutus vahvisti eniten osaamista tukimateriaalien ja työvälineiden käytössä kaikilla elintapaohjauksen osa-alueilla (liikuntaneuvonta, ravitsemusohjaus ja uniterveyteen liittyvä ohjaus). Myös tieto uniohjauksen luotettavista tiedonlähteistä lisääntyi merkittävästi.

Vahvinta uniterveysasioihin liittyvä osaaminen oli lääkäreillä. Terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat kokivat uniterveyteen liittyvän osaamisensa heikommaksi kuin ravitsemus- ja liikuntaohjausosaamisensa. Jatkossa olisikin syytä vahvistaa erityisesti sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien uniterveysosaamista, koska uniterveys on yksi elintapaohjauksen tärkeä kokonaisuus, ja lääkkeettömät hoitokeinot ovat keskeisessä roolissa unettomuuden hoidossa (Unettomuus: Käypä hoito -suositus, 2018). Vaikka hanke vahvisti terveys-, sosiaali- ja liikunta-alan ammattilaisten osaamista usealla osa-alueella ja täydennyskoulutuksen tarve oli vähentynyt liikunnan ja ravitsemuksen saralla, niin edelleen myös täydennyskoulutukselle on tarvetta. **Uniterveyteen liittyvät asiat nousivat vahvimmin esiin täydennyskoulutuksen tarpeessa** ja eniten uniterveyteen liittyvää ohjauskoulutusta kokivat tarvitsevansa sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat. Edelleen puutteita on ohjauksen/neuvonnan yhteistyössä ja käytännöissä sekä paikallisten elintapaohjauspalveluiden (liikuntaneuvonta, ravitsemusohjaus, uniohjaus) tunnettavuudessa.

**Osaaminen näyttäisi vaikuttavan myös elintapaohjauksen arvostamiseen: mitä enemmän osaat, sitä enemmän arvostat.** Kaikkein voimakkaimmin tämä näkyi liikuntaneuvonnassa, mutta myös ravitsemusohjauksessa ja uniterveyteen liittyvässä ohjauksessa osaamisen lisääntyminen vahvisti arvostuksen tunnetta. Koulutuksen vaikutus näkyi vahvasti uniterveyteen liittyvän ohjaamisen arvostuksessa. Elintapaohjauskyselyn loppukartoituksessa uniterveyteen liit-



tyvä ohjaaminen arvioitiin kaikkein tärkeimmäksi ja voimakkaimmin se korostui terveydenhoitajien vastauksissa. Kaikki kyselyyn vastanneet terveydenhoitajavastaajat arvioivat uniterveyteen liittyvän ohjaustyön erittäin tärkeäksi/tärkeäksi omassa asiakastyössään.

### 6.3 Virtuaalinen elintapopoliklinikka ja palvelutarjotin

Digitaalisen teknologian hyödyntämistä kansansairauksien ehkäisyssä on pohdittu vastajulkaisussa raportissa (Kaasalainen ja Neittaanmäki 2018). Hankeaikana julkaistiin Etelä-Pohjanmaan Hyvis.fi-sivustolla 'Hyvinvoinnin palvelukartta', joka kokoaa alueellisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palveluita karttamuotoon. Palvelu auttaa ammattilaisia ja asiakkaita löytämään esim. asiakkaan tarpeisiin soveltuvat liikuntapaikat ja -reitit helposti yhdestä paikasta. Liikunta-aktiivisuutta tukevien palveluiden käyttöönotto on tärkeää sote-kustannusten kannalta, koska liikkumattomuuden aiheuttamat suorat terveydenhuollon kustannukset ovat Suomessa vuosittain noin 600 miljoonaa euroa (Vasankari ym. 2018).

### 6.4 Yhteenveto

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä VESOTE-hanke onnistui vastaamaan hyvin sille asetettuihin tavoitteisiin. Elintapaohjauksen palveluketjuja rakennettiin, vaikuttavaa yksilöllistä elintapaohjausta toteutettiin, konkreettisia juurruttamistoimia tehtiin ja ammattilaisten elintapaohjausosaamista vahvistettiin. Maakunta- ja sote-uudistuksen viivästyminen kuitenkin vaikeutti maakunnallisesti yhtenäisen elintapaohjauksen toimintamallin luomista. Elintapaohjauksen vaikuttavuuden mittaamisessa liikemittareiden avulla hankkeessa ei onnistuttu, vaan liikemittareiden käyttöönotto jäi pilotoinnin tasolle liikemittareiden myöhästymisestä johtuen. **Yhteenvetona voidaan todeta, että elintapaohjauksen ja elintapaohjauksen palveluketjujen kehittämisen kannalta keskeisiä tekijöitä ovat yhteistyö ja verkostoituminen, vahva elintapaohjausosaaminen, selkeät toimintamallit, riittävät resurssit ja koordinointi.**

Hanke tuotti maakunnallisen elintapaohjauksen toimintamallin rakentamisen tueksi merkittävän määrän ajankohtaista tietoa, joka on esitetty kattavasti tässä julkaisussa. Maakunnallisesti elintapaohjauksen kehittämistä jatketaan ja ylläpidetään jatkossa elintapaohjauksen kehittämisverkoston kautta, jota koordinoi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö Aksila. Verkostossa jatketaan VESOTE-hankkeessa aloitettua työtä ja vahvistetaan sekä yhtenäistetään elintapaohjausta maakunnassa mm. jakamalla hyviä käytäntöjä, tukemalla maakunta- ja sote-uudistuksen työtä ja lisäämällä poikkihallinnollista yhteistyötä eri toimijoiden kesken.





## Lähteet

Absetz P, Hankonen N. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2017;133(10):1015–21.

Absetz P, Hankonen N. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Duodecim 2011;127:2265–72.

Alueuudistus.fi. Maakunnan tehtävät. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): <https://alueuudistus.fi/tehtavat> (Luettu 19.11.2018)

Berentzen TL, Jakobsen MU, Halkjaer J, Tjønneland A, Overvad K, et al. (2010) Changes in Waist Circumference and Mortality in Middle-Aged Men and Women. PLoS ONE 5(9): e13097. doi:10.1371/journal.pone.0013097.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Jäsenkuntien väestö. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): [http://www.epshp.fi/sairaanhoitopiiri/tietopankki/tilastot\\_ja\\_raportit/jasenkuntien\\_vaesto](http://www.epshp.fi/sairaanhoitopiiri/tietopankki/tilastot_ja_raportit/jasenkuntien_vaesto) (Luettu 11.1.2019)

Heinonen K, Syväne M, Toropainen E, Nuutinen H, Turku R. 2010. Valtimoterveudeksi! Terveyden edistämisen käsikirja. Valtimoterveyttä kaikille -projekti (2009–2010). s. 20,23,25.

Husu P, Sievänen H, Tokola K, Suni J, Vähä-Ypyä H ym. Suomalaisten objektiivisesti mitattu fyysinen aktiivisuus, paikallaanolo ja fyysinen kunto. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2018:30. s.54.

Huttunen J. Mistä terveys syntyy? <http://www.muodossa>: <http://www.terveyskirjasto.fi>. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim 26.1.2018.

Kaasalainen K, Neittaanmäki P. Digitaalisten interventioiden vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus kansansairauksien ennaltaehkäisyssä ja omahoidossa. Informaatioteknologian tiedekunnan julkaisuja No. 70/2018. Jyväskylän yliopisto.

Kaikkonen KM, Saltevo SS, Korpelainen JT, Vanhala ML, Jokelainen JJ ym. Effective Weight Loss and Maintenance by Intensive Start with Diet and Exercise. Med Sci Sports Exerc. 2018 Dec 5. doi: 10.1249/MSS.0000000000001855. [Epub ahead of print]

Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - FinTerveys 2017-tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018. s.36,44,48.

Kuivaniemi J. 2014. Liikuntaneuvonta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma.

Kunnossa kaiken ikää -ohjelma. Kipinät 2/2017. Halu liikkua todeksi yhteisellä ponnistuksella. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): [https://www.kkiohjelma.fi/filebank/2522-Kipinat\\_02\\_2017\\_kevyt.pdf](https://www.kkiohjelma.fi/filebank/2522-Kipinat_02_2017_kevyt.pdf) s.8–9. (Luettu 11.1.2019)

Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 14.1.2019). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.muodossa)



Marttila J, Himanen O, Ilanne-Parikka P, Hiltunen L. Tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmalli terveydenhuollon käyttöön. Pilottiraportti: Mallin toteutettavuus ja hyväksyttävyyys. DEHKO-raportti 2004:2. Suomen Diabetesliitto ry. s.6.

Murto J, Kaikkonen R, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E ym. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010–2016. Verkkojulkaisu: thl.fi/ath

2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee (PAGAC). 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2018. F11:21–23, 48–56.

Pohjanmaan Liikunta ja Urheilu ry. VESOTE-hanke, elintapaneuvonnan palveluketju. Julkaistu 28.8.2018. <https://www.youtube.com/watch?v=-myztovtAlA>

Raulio S, Tapanainen H, Männistö S, Valsta L, Kuusipalo H ym. Ravitsemuksessa eroja koulutusryhmien välillä – Finravinto -tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 26, joulukuu 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Salmela S, Kettunen T, Poskiparta M. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu – helpommin sanottu kuin tehty? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2010; 47(3):208–218.

Savolainen N. 2017a. Esimerkkejä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä maakunnissa : infograafi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla www-muodossa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201709018429> (Luettu 10.1.2019)

Savolainen N. 2017b. Esimerkkejä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kunnissa : infograafi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla www-muodossa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201709018430> (Luettu 10.1.2019)

Sosiaali- ja terveysministeriö. Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta. Rahoitettavat hankkeet. Saatavilla www-muodossa: <https://stm.fi/rahoitettavat-hankkeet> (Luettu 19.11.2018a)

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset. Saatavilla www-muodossa: <https://stm.fi/terveysneuvonta-terveystarkastukset> (Luettu 19.11.2018b)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016a. Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta –kärkihanke. Hyvät käytännöt pysyvään käyttöön 2016–2018. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:42. s.6–7.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016b. Kärkihanke Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:50. s.10–11.

Stähl T. Terveyden edistämisen vaikuttavuus ja mittaaminen. Duodecim 2017;133:971–3.

Suorajärvi-Bron R. 2017. Ravitsemuskoulutuskysely sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö – Aksila.

THL:n asiantuntijaryhmä. Tiedosta arviointiin: tavoitteena paremmat palvelut. Sosiaali- ja terveyspalvelut Etelä-Pohjanmaa. Asiantuntija-arvio, syksy 2018. s.15–16.



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Kouluterveyskyselyn tulokset nuorilla 2017. Saatavilla www-muodossa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely> (Luettu 26.11.2018a)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2018b. Esimerkkejä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä maakunnissa. Saatavilla www-muodossa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/hyvinvointijohtaminen-maakunnassa/esimerkkeja-hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisesta-maakunnassa> (Luettu 10.1.2019)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2018c. Vaikutukset ja kustannukset. Saatavilla www-muodossa: <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/hyvinvointijohtaminen/vaikutukset-ja-kustannukset> (Luettu 22.1.2019)

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Saatavilla www-muodossa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> (Luettu 19.11.2018)

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (PALKO). Työn alla olevat suositukset. Saatavilla www-muodossa: <https://palveluvalikoima.fi/suositusprosessi> (Luettu 21.1.2019)

Tuunanen K, Puurunen A, Malvela M, Kivimäki S. 2016. Laatusuoritusraportti Liikunnan ja kansanterveyden julkaisu 313. Liikunnan ja kansanterveyden edistämisyhteistyö LIKES. Jyväskylä. s.13.

UKK-instituutti. VESOTE-hanke. Saatavilla www-muodossa: <http://www.ukkinstituutti.fi/vesote> (Luettu 19.11.2018a)

UKK-instituutti. VESOTE-esite. Saatavilla www-muodossa: <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/3015-vesote-esite-loka2017.pdf> (Luettu 19.11.2018b)

UKK-instituutti. Elintapaohjaus polkaistiin käyntiin tiimityöllä Etelä-Pohjanmaalla. Tiedote 28.8.2018c. Saatavilla www-muodossa: <http://www.ukkinstituutti.fi/tiedotteet-2/2018-tiedotteet/elintapaohjaus-polkaistiin-kayntiin-tiimityolla-etela-pohjanmaalla-2> (Luettu 22.1.2019)

UKK-instituutti. 2016. Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkiallinnollisesti –hankehakemus.

Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleisen Lääkäriseuran Duodecimin ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 27.2.2019). Saatavilla internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Valtioneuvosto. 2018a. Hallintopäätös. Suoran valinnan palvelut. Luonnos 6.7.2018. Saatavilla www-muodossa: <https://alueuudistus.fi/sote/asiakirjamallit-ja-ohjeistukset> (Luettu 19.11.2018). s.1–2.

Valtioneuvosto. 2018b. Hallintopäätöksen liite 1: Palvelukuvaus. Sosiaali- ja terveyskeskus. Luonnos 5.7.2018. Saatavilla www-muodossa: <https://alueuudistus.fi/sote/asiakirjamallit-ja-ohjeistukset> (Luettu 19.11.2018). s.2–3.

Valsta L, Kaartinen N, Tapanainen H, Männistö S, Katri Sääksjärvi, (toim.). Ravitsemus Suomessa – FinRavinto 2017 -tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 12/2018. Helsinki 2018. s.5,112.

Vasankari T, Kolu P, Kari J, Pehkonen J, Havas E ym. Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnon yhteiskunnalliset kustannukset. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 31/2018, s.3, 41–45.

Vähänen M. Tupakoinnin yhteiskunnalliset kustannukset ja niiden arviointimenetelmät. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 15/2015. Helsinki 2015. s.4.

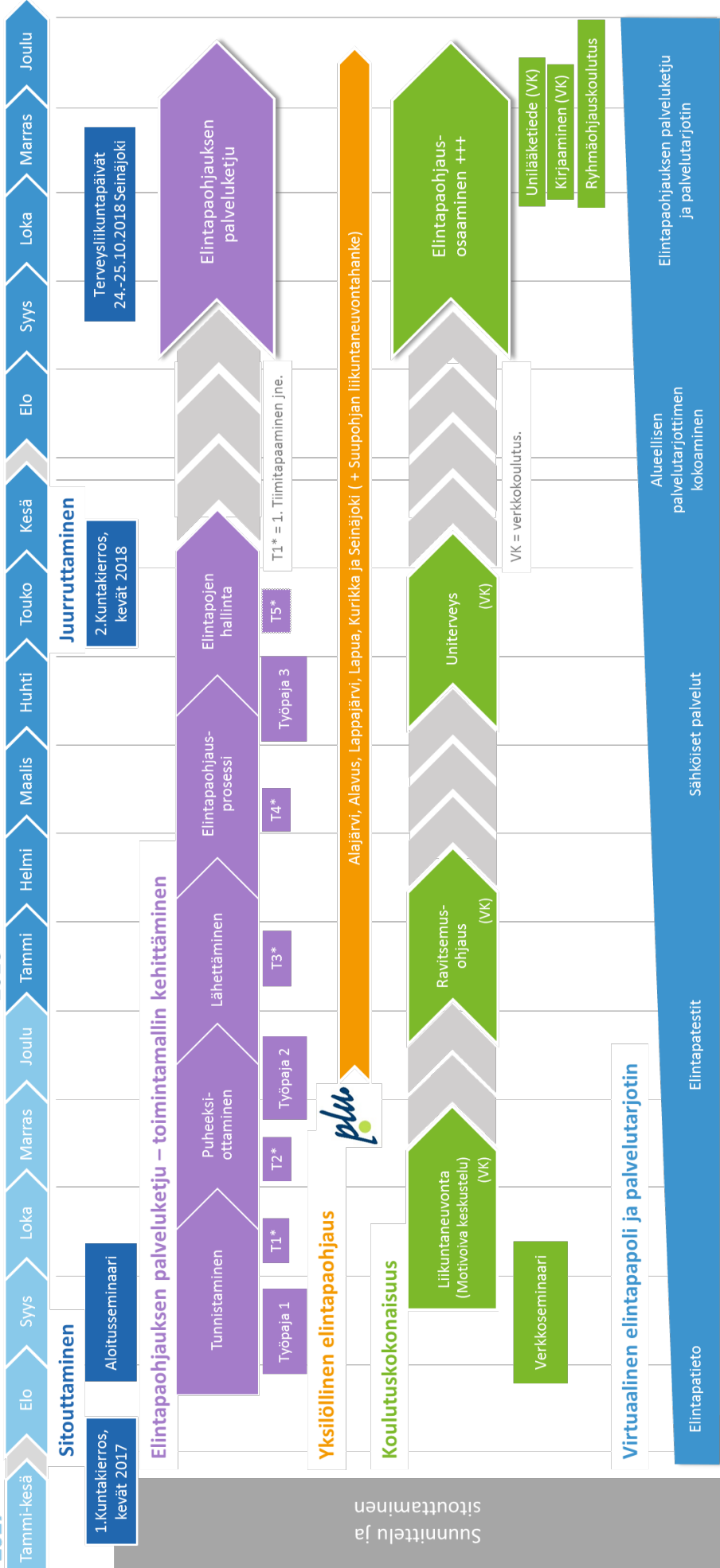
World Health Organization (WHO). HEARTS Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: healthy-lifestyle counselling; Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/NMH/NVI/18.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. s.14.



2017

# VESOTE-hanke 2017–2018, EPSHP

2018





## Yhteistyösopimus

### 1. Sopimuksen osapuolet

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, jäljempänä EPSHP

Hanneksenrinne 7, 60220 Seinäjoki

Pohjanmaan Liikunta- ja Urheilu ry, jäljempänä PLU

Huhtalantie 2, 60220 Seinäjoki

### 2. Tausta ja tarkoitus

Tällä sopimuksella sovitaan elintapaohjauksen toteuttamisesta VESOTE-hankkeessa osana Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Tässä sopimuksessa sovitaan elintapaohjauksen järjestämisen peruseriaatteista ja – toimintatavoista terveydenhuollon yksiköissä sekä toteuttamiseen ja seurantaan liittyvästä kirjaamisesta. Tämä sopimus toimii puitesopimuksena, johon liittyvät itsenäiset, rekisterinpitäjäkohtaiset sopimukset (Liite 1 Rekisterinpitäjäkohtainen sopimusluonnos).

VESOTE-hanke (vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti) on yksi valtionavustusta saaneista ”Edistetään terveyttä ja hyvinvointia ja vähennetään eriarvoisuutta” kärkihankkeista. VESOTE-hankkeelle on myönnetty valtionavustusta ja hanketta hallinnoi UKK-instituutti. Konsortiossa on mukana kymmenen sairaanhoitopiiriä, mukaan lukien Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Hankkeen tavoitteena on vaikuttavan elintapaohjauksen vahvistaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Huomioitavista elintavoista painotetaan liikuntaa, ravitsemusta ja unta. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä keskitytään erityisesti palveluketjujen/hoitopolkujen sekä virtuaalisen elintapapolin/palvelutarjottimen rakentamiseen ja kehittämiseen. Lisäksi hankkeessa vahvistetaan elintapaohjausosaamista koulutusten kautta. Kyse on pitkäkestoisesta, lähinnä yksilöllisestä elintapaohjauksen mallista. EPSHP:n ja UKK-instituutin välisessä yhteistyösopimuksessa (EPSHP sopimusno 20170333) sairaanhoitopiiri vastaa mm. kuntien sitouttamisesta hankkeeseen, maakunnallisten hoito- ja palveluketjujen rakentamisesta, käytännön elintapaneuvonnan toteuttamisesta yhteistyössä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon, järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa sekä kerättävän elintapatiedon saattamisesta osaksi paikallisia tietojärjestelmiä.

Hankkeen tavoitteena on saada valituista kunnista yhteensä 100 asiakasta mukaan elintapaohjaukseen. Kohderyhmistä tavoitellaan EPSHP:n alueella erityisesti mielenterveyspalveluiden asiakkaita ja diabeetikkoja. Erilaisia kohderyhmiä voi muodostua myös pienemmille alueille kunkin alueen omien tarpeiden pohjalta. Asiakkaiden elintavoissa mitataan suostumuslomakkeella yksilöityjä

tietoja (Liite 2 VESOTE-hankkeen suostumuslomake). Asiakas on mukana elintapaohjauksessa noin 9-12 kk, minkä jälkeen hän jatkaa joko omatoimisesti tai eri järjestäjien toteuttamissa ryhmissä omaksuttujen elintapojen ylläpitoa.

### 3. Kohde

Elintapaneuvonta toteutetaan osana kunnallista perusterveydenhuoltoa. Toteutavana tahona toimii PLU, jonka työntekijä tekee elintapaneuvontaa. Elintapaneuvonta perustuu yksittäisen asiakkaan kohdalla säännöllisiin yksilökäynteihin, joissa selvitetään mm. liikunnan ja ravintomuutosten toteutumista sekä seurataan potilaan terveydentilaa laboratoriotutkimustuloksilla. Elintapaneuvontaa koordinoidaan terveydenhuollon yksikössä nimetyn tahon puolesta.

PLU:n työntekijä tulee olla terveydenhuollon ammattilainen, joka vastaa tekemistään potilasasiakirjamerkinnoista voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti.

Elintapaneuvonnan tarve todetaan potilaan hoidon yhteydessä. Lähetee elintapaneuvontaan tehdään perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, jolloin palvelu alkaa. Palvelu päättyy hankkeessa määritellyn hoitopolun mukaisesti tai ennenaikaisesti potilaasta lähtöisin olevista syistä.

Terveydenhuollossa toimiva PLU:n työntekijä ei ole työsuhteessa, mutta työskentelee kuitenkin yksikön valvonnassa ja ohjauksessa siltä osin kuin kyse on potilaan hoitoon verrattavissa olevasta työstä ja potilastietojen käsittelystä

PLU:n työntekijällä on asiakkaan suostumuksella oikeus koota asiakkaalta elintapaohjausprosessin aikana kerättyjä tietoja VESOTE-hankkeen raportointia, tilastointia ja hankkeen kehittämistä varten. Tilastointi- ja vaikuttavuuden arviointitarkoituksiin tieto elintapaneuvonnasta voidaan koota rekisterinpitäjäkohteisesti yhteen. Anonymisoitua koontitietoa voidaan käyttää yleisesti hankkeen raportoinnissa, oman toiminnan kehittämisessä ja arviointiin hankkeen toteutumisesta sairaanhoitopiirin alueella.

### 4. Ohjeet ja määräykset

Osapuolet ovat tietoisia ja velvollisia noudattamaan potilaslainsäädäntöä sekä potilasasiakirjoja koskevaa lainsäädäntöä. PLU on velvollinen noudattamaan kunkin rekisterinpitäjän ohjeita ja määräyksiä. PLU sitoutuu salassapitoon ja vaitioloon siten kuin terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja potilastietojen salassapidosta säädetään.

### 5. Sopimuksen voimassaolo sekä päättyminen

Sopimus on voimassa ajalla 15.11.2017 – 31.12.2018 eli VESOTE-hankkeen ajan.

### 6. Rekisterinpito, salassapito- ja vaitiolovelvollisuus

Ohjauksen ohessa asiakkaan suostumuksella käsitellään hänen terveystietojaan, mm. laboratoriotutkimusten tuloksia, seurataan painoa ja vyötärönympä-

rystä sekä tehdään näistä tarvittavat seurantamerkinnot potilastietojärjestelmään. Potilaan suostumuksella tietoja voidaan käyttää myös tilastoinnin ja vaikutusarvioinnin tarkoituksiin.

Elintapaneuvonnan tuloksena syntyy potilastietoa, mikä kirjataan osaksi perusterveydenhuollon potilastietorekisteriä. Elintapaneuvonnasta ei synny muuta kirjaamista tai tilastointia.

Kirjaamiskäytäntö on väliaikainen ja voimassa enintään hankkeen ja tämän sopimuksen ajan. Hankkeessa on aktiivisesti edistettävä elintapaneuvonnan rakentamista sähköisten kansallisten palveluiden osaksi. Täten kirjaamiskäytäntöä pilotoidaan ja elintapatietojen tallentamiseen ja käyttöön haetaan aktiivisesti vaihtoehtoja ratkaisua. Kehittämisen tulee pohjautua kansallisiin linjauksiin ja tähän puitesopimukseen. Viime kädessä EPSHP EP-Potin palveluntarjoajana linjaa mahdollisesti muuttuvat toimintatavat.

Terveystietoja ei käsitellä suojaamattomassa yhteydessä tekstiviestitse tai sähköpostilla. Tekstiviestillä tai sähköpostilla käsitellään ainoastaan elintapaneuvonnan järjestämiseen liittyviä tietoja.

## 7. Vastuut ja vakuutukset

Kukin sosiaali- ja terveydenhuollon yksikkö, jossa toteutetaan elintapaneuvonnan vastaa osaltaan rekisterinpitäjän velvollisuuksista, tietojen salassapidosta sekä potilastietojen käsittelyyn liittyvistä seikoista.

PLU sitoutuu noudattamaan sosiaali- ja terveydenhuollon yksikön antamia työohjeita, turvallisuusmääräyksiä ja palvelun laatuvaatimuksia.

PLU vakuuttaa, että kaikki tämän sopimuksen piirissä toimivat terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat ammattitaitoisia (asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564).

Vastuut ja vakuutukset -kohtaan ei sisälly tyhjentävää listausta.

## 8. Yhteyshenkilöt ja -tiedot

EPSHP:

PLU:

## 9. Sopimuksen siirto

Tätä sopimusta ei kumpikaan osapuoli saa siirtää kolmannelle osapuolelle ilman toisen osapuolen kirjallista hyväksymistä.

PLU sitoutuu tämän puitesopimuksen lisäksi rekisterinpitäjäkohtaisiin sopimuksiin elintapaneuvonnan toteutuksesta, kirjaamisesta ja rekisterinpidosta.





#### 10. Erimielisyyksien ratkaiseminen

Tähän sopimukseen sovelletaan Suomen lakia. Erimielisyydet pyritään ratkaistaan ensisijaisesti keskinäisin neuvotteluin. Tästä sopimuksesta johtuvat riitaisuudet ratkaistaan Etelä- Pohjanmaan käräjäoikeudessa.

#### 11. Sopimuskappaleet

Tätä sopimusta on allekirjoitettu kaksi (2) yhtäpitävää kappaletta, yksi kummallekin sopijaosapuolelle.

#### 12. Allekirjoitukset

Seinäjoella xx.xx.201x

#### Liitteet:

Liite 1 Rekisterinpitäjäkohtainen sopimusluonnos elintapaneuvonnan toteutuksesta, kirjaamisesta ja rekisterinpidosta

Liite 2 VESOTE-hankkeen suostumuslomake



## Sopimus elintapaneuvonnan toteutuksesta, kirjaamisesta ja rekisterinpidosta

### Sopimuksen osapuolet

XXX, jäljempänä X (rekisterinpitäjä)

Pohjanmaan Liikunta- ja Urheilu ry, jäljempänä PLU

### Tausta ja tarkoitus

Tässä sopimuksessa sovitaan elintapaohjauksen järjestämisestä VESOTE (vai-  
kuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti)-  
hankkeessa terveydenhuollon yksiköissä sekä toteuttamiseen ja seurantaan liit-  
tyvästä kirjaamisesta ja rekisterinpidosta.

Tämä sopimus liittyy yhteistyösopimukseen X (jäljempänä yhteistyösopimus),  
jonka osapuolet ovat Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja PLU. Yhteistyösopi-  
mus kattaa hankkeen peruserätyöt ja -toimintatavat. Tässä sopimuksessa  
sovitaan potilastietojen käytön ja laatimisen yksityiskohdista.

### Kohde

PLU:n elintapaneuvontaa toteuttava työntekijä on X (jäljempänä PLU:n työntekijä).

X organisaatiossa elintapaohjaus toteutetaan x yksikössä. Elintapaneuvontaa an-  
netaan ko. yksikön tiloissa. Yksikössä X (esimiehen nimi) vastaa elintapaneuvon-  
nan koordinoinnista omassa organisaatiossaan ja PLU:n työntekijän perehdyttä-  
misestä.

Kirjaaminen tehdään yksikön laitteilla ja ohjelmistolla.

### Ohjeet ja määräykset

Osapuolet tiedostavat, että PLU sitoutuu annettuun ohjeistukseen sekä yhteis-  
työsopimuksen sisältöön.

### Sopimuksen voimassaolo sekä päättyminen

5.1. Sopimus on voimassa ajalla xx.xx.xxxx - 31.12.2018.

Elintapaneuvonnan kirjaamisesta ja rekisterinpidosta laadittua toimintamallia  
pyritään yhteistyösopimuksen puitteissa kehittämään. Kehittämisen tulee poh-  
jautua kansallisiin linjauksiin ja viime kädessä yhteistyösopimuksen mukaisesti  
tehtäviin linjauksiin.

### Kirjaaminen ja käyttöoikeudet

Tämän sopimuksen liitteenä olevaa elintapaohjauksen tietojen kirjaamisohjetta  
(Liite 1) tulee noudattaa. Kirjaamisohjeen muutokset tulee hyväksyttäväksi EPSHP:n  
toimesta.



PLU:n työntekijän käytössä on LIIKUN-näkymä. Hänellä on käyttöoikeudet ainoastaan kyseiseen näkymään sekä lukuoikeudet perustietonäkymään. Yksikön muu terveydenhuollossa laadittu tieto välitetään elintapaneuvonnalle LIIKUN-näkymään kirjaamalla. PLU:n työntekijällä on asiakkaan suostumuksella oikeus koota asiakkaalta elintapaohjausprosessin aikana kerättyjä tietoja VESOTE-hankkeen raportointia, tilastointia ja hankkeen kehittämistä varten.

### Rekisterinpito

X (rekisterinpitäjä) on syntyvistä potilasasiakirjoista rekisterinpitäjä. PLU:n työntekijä kirjaa potilasasiakirjamerkinnot rekisterinpitäjän lukuun potilastietojärjestelmään. PLU:n työntekijä on velvoitettu noudattamaan potilasasiakirjoista annettua lainsäädäntöä, normeja, ohjeita ja määräyksiä. Rekisterinpitäjä on velvoitettu ohjeistamaan PLU:n työntekijää kirjaamisessa, salassapidossa sekä muussa rekisterinpitäjän velvollisuuksiin liittyvässä.

Rekisterinpitäjä on liittynyt Kanta-palveluihin. LIIKUN-näkymä linkitetään kansalliseen ERITYIS-näkymään, jonka kautta tieto näkyy Kanta-arkistossa. Asiakkaan potilasasiakirjamerkinnot ovat hänelle saatavilla Omakanta-palvelun kautta tai erillisellä rekisterinpitäjälle osoitetulla tarkastuspyynnöllä

Rekisterinpitäjä vastaa lokitietojen valvonnasta siltä osin kuin tietoja käsitellään sen tietojärjestelmissä. Rekisterinpitäjä vastaa PLU:n työntekijän perehdyttämisestä potilastietojen käyttöön ja käytönvalvontaan.

Terveydenhuollossa ei ole direktio-oikeutta PLU:n työntekijään. Yksikössä on kuitenkin velvollisuus perehdyttää PLU:n työntekijä potilastietojärjestelmän käyttöön, salassapitoon ja vaitiolovelvollisuuteen rekisterinpitäjän ohjeiden mukaisesti. PLU:n työntekijä laatii salassapito- ja vaitiolosopimuksen rekisterinpitäjän kanssa, rekisterinpitäjän ohjeiden mukaisesti

Osapuolten yhteinen käsitys on, että kyseessä ei ole työsopimus eikä kenenkään PLU:n työntekijän osalta työsuhde. PLU:n työntekijä työskentelee kuitenkin yksikön valvonnassa ja ohjauksessa, kun kyse on potilaan hoitoon verrattavissa olevasta työstä ja potilastietojen käsittelystä.

### Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus

PLU:n työntekijä kirjoittaa rekisterinpitäjän kanssa salassapito- ja vaitiolositoumuksen.

PLU:n työntekijä huolehtii, että jokaiselta elintapaneuvonnan piiriin tulevalta asiakkaalta pyydetään kirjallinen suostumus (Liite 2). Hankkeen ajan suostumusasiakirjat säilyttää PLU. Hankkeen päätyttyä suostumusasiakirjat tulee toimittaa rekisterinpitäjän arkistoon.

Terveystietoja ei käsitellä tekstiviestillä tai sähköpostilla. Ainoastaan elintapaneuvonnan järjestämiseen liittyviä tietoja voi käsitellä suojaamattomassa yhteydessä.

Toiminnassa otetaan huomioon tietosuojavaatimukset. PLU:ta ja sen työntekijää sitoo henkilötietojen käsittelyssä ja rekisteröinnissä arkaluontoisten tietojen kä-



sittelyssä henkilötietolaki ja potilaslainsäädännön mukaiset salassapito- ja vai-  
tiolosäännökset. PLU:n työntekijä kirjoittaa jokaisen rekisterinpitäjän kanssa sa-  
lassapitosopimuksen. PLU:n työntekijää ja rekisterinpitäjää sitovat kohdassa 6.  
todetut käyttöoikeuksien rajoitukset. Sopimuksen aikana ja sen päättymisen jäl-  
keen salassapito- ja vaihiolovelvollisuus sopimuksen mukaiseen ehtojen täyttä-  
miseen osallistuneiden osalta ovat voimassa toistaiseksi

Osapuolet sitoutuvat noudattamaan tietoturvaa ja varmistavat riittävän henkilö-  
tietojen suojaamisen. PLU:n työntekijä sitoutuu olemaan käyttämättä sopimuk-  
sen täyttämisen yhteydessä saamia tietoja omassa toiminnassaan ja olemaan  
luovuttamatta niitä millekään taholle ja pitämään muutoin salassa kaikki potilas-  
tiedot.

Osapuolet sitoutuvat olemaan käyttämättä muuhun kuin sopimustarkoituksiin ja  
olemaan luovuttamatta ja pitämään luottamuksellisina toisiltaan saamansa ma-  
teriaalin ja tiedot, jotka on merkitty luottamukselliseksi tai jotka on sellaisiksi  
ymmärrettävä, sekä olemaan käyttämättä niitä muihin kuin sopimuksen mukai-  
siin tarkoituksiin. Salassapitovelvollisuus ei koske sellaista tietoa, mikä on tullut  
muutoin julkiseksi.

Potilaslain ja muun lainsäädännön mukaan potilaalla on oikeus käyttää terveys-  
palveluja säilyttäen yksityisyydensuojansa. Laki terveydenhuollon ammattihenkilö-  
istä (559/1994) 16 ja 17 §:ssä mainittu salassapitovelvollisuus laajassa merki-  
tyksessä koskee myös PLU:n henkilökuntaa, joka käy sosiaali- ja terveydenhuol-  
lon yksikön tiloissa. PLU vastaa siitä, että sen työssä olevat henkilöt ovat tietoisia  
salassapito- ja vaihiolovelvollisuuden sisällöstä, sitovuudesta ja jatkuvuudesta.  
Salassapito- ja vaihiolovelvollisuus on voimassa sopimuksen päättymisen jälkeen  
toistaiseksi. PLU vastaa siitä, että sen työntekijät ovat tietoisia ja sitoutuneet eril-  
lisellä sopimuksella tässä esitettyihin salassapito ja vaihiolovelvollisuuksiin.

#### Työntekijän perehdytys

Rekisterinpitäjä vastaa PLU:n työntekijän perehdyttämisestä elintapaneuvonnan  
suorituspaikan rutiinikäytäntöihin, käytännön kirjaamiseen sekä salassapito- ja  
vaihiolovelvollisuuden toimintamalleihin.

PLU vastaa siitä, että sen työntekijä noudattaa annettuja ohjeita ja määräyksiä  
sekä potilaslainsäädäntöä hankkeen vaatimalla tavalla.

#### Yhteyshenkilöt ja -tiedot

XXX:

PLU:

#### Vastuunrajoitus

PLU korvaa rekisterinpitäjälle 1.000,00 € kustakin tätä sopimusta koskevasta  
olennaisesta sopimusrikkomuksesta, ellei rikkomusta voida tehokkaasti kor-  
jata.

Tällä sopimuskohdalla ei rajoiteta mitään osin osapuolten vahingonkorvausvel-  
vollisuutta.



### Sopimuksen siirto

Tätä sopimusta ei kumpikaan osapuoli saa siirtää kolmannelle osapuolelle ilman toisen osapuolen kirjallista hyväksymistä.

### Tulkintajärjestys

Mikäli tämän sopimuksen ja sen liitteiden välillä on tulkintaristiriita, sovelletaan ensin tätä sopimusta ja sitten liitteitä numerojärjestyksessä.

### Erimielisyyksien ratkaiseminen

Tämän sopimukseen sovelletaan Suomen lakia. Erimielisyydet pyritään ratkaistaan ensisijaisesti keskinäisin neuvotteluin. Tästä sopimuksesta johtuvat riitaisuudet ratkaistaan Etelä-Pohjanmaan käräjäoikeudessa.

### Sopimuskappaleet

Tätä sopimusta on allekirjoitettu kaksi (2) yhtäpitävää kappaletta, yksi kummallakin sopijaosapuolelle.

### Allekirjoitukset

Paikka xx.xx.201X

XXX

XXX

XXX

Liite 1

Liite 2

Toimintatapaohje elintapaohjauksen kirjaamiseen  
VESOTE-hankkeen suostumuslomake



## SUOSTUMUSLOMAKE

VESOTE (vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti) -hankkeeseen liittyvä elintapaohjauksen pilotointi toteutetaan vuosina 2017–2018 Kuntayhtymä Kaksineuvoisen (Lappajärvi), Kuusiokuntien terveystyöntekijäyhtymän (Alavus), Järvi-Pohjanmaan perusturvan (Alajärvi), Lapuan kaupungin, JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän (Kurikka), Seinäjoen kaupungin, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen yksikön sekä Pohjanmaan Liikunta ja Urheilu ry:n yhteistyönä. Elintapaohjaus kyseisissä kunnissa on uutta palvelua ja sen vaikuttavuutta halutaan selvittää.

VESOTE-hankkeen elintapaohjauksen pilotointiin liittyen Teiltä kerätään haastattelutietoja, mittaustuloksia, laboratoriokokeita sekä liikemittarin avulla saatua tietoa vuorokautisesta liikunnan, paikallaanolon ja unen määrästä. Elintapaohjauksen aikana potilastietoihin tallennetut tiedot ovat jatkossa käytössä julkisessa terveydenhuollossa hoitonne järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä. Kertyneitä tietoja käytetään henkilökohtaisen edistymisen seurantaan ja motivointiin. Lisäksi tietoja voidaan asiakkaan luvalla käyttää raportointiin ja elintapaohjausprosessin vaikuttavuuden arvoitiin.

Suostun siihen, että elintapaohjaajalle voi luovuttaa minusta seuraavat tiedot:

- henkilötunnus
- keskeiset elintapaohjaukseen vaikuttavat tiedot
- veren rasva-arvot
- veren sokeriseurannan arvot

Suostun siihen, että elintapaohjauksen aikana edellä mainittujen tietojen lisäksi, minusta kerätään seuraavat tiedot, jotka kirjataan potilastietojärjestelmään:

- haastattelu ja haastattelulomakkeen tiedot
- pituus
- paino
- vyötärön ympäryys
- puristusvoima
- verenpaine
- liikemittarin keräämä tieto

Suostun (merkitse rasti ruutuun) siihen, että elintapaohjaukseni tietoja käytetään VESOTE-hankkeen raportointia, tilastointia ja kehittämistä varten.

---

Päiväys ja allekirjoitus

---

Nimen selvennys

---

Henkilötunnus

---

Osoite

---

Puhelinnumero

---

Sähköposti

VESOTE – Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti -hanke on yksi STM:n rahoittamista Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeista (2017–18). UKK-instituutin koordinoimassa hankkeessa vahvistetaan ja kehitetään vaikuttavaa ja tavoitteellista elintapaohjausta mm. osaamisen vahvistamisen, laadukkaiden toimintamallien käyttöönoton, laajan yhteistyön ja hyvien käytäntöjen levittämisen avulla. Hanke painottuu liikuntaan, ravitsemukseen ja uneen. Yhteensä 17 toimijan yhteishankkeen vaikutusalueella on yhteensä yli 4 miljoonaa asukasta ja se kattaa 184 kuntaa.



Työpajapäivien palautteiden keskiarvot (n = 19-25, 1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä)

	Työpaja 1 14.9.2017	Työpaja 2 30.11.2017	Työpaja 3 12.4.2018	Yht.
Etukäteisinformaatio työpajan sisällöstä, ajankohdasta ja paikasta oli riittävä	4,2	4,3	4,5	4,3
Sähköinen ilmoittautuminen työpajaan oli helppoa	4,5	4,6	4,7	4,6
VESOTE-työpajaan osallistuminen avasi itselleni uusia näkökulmia elintapaohjaukseen liittyen	4,1	4,2	4,1	4,1
VESOTE-työpajaan osallistuminen vahvisti osaamistani ja on työni/järjestötyöni kannalta hyödyllistä	4,0	4,1	4,3	4,1
Työpajan järjestelyt olivat onnistuneet	4,6	4,7	4,4	4,6
Ajankäyttö työpajassa oli tehokasta	4,5	4,0	4,4	4,3
Työpajatyöskentely oli johdonmukaista ja tavoitteellista	4,5	4,5	4,5	4,5
<b>Yhteensä</b>	<b>4,3</b>	<b>4,3</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>

Kehittämistiimien vastaukset kehittämistyöstä ja elintapaohjauksen tulevaisuudesta (n = 7, asteikolla 1 = vahvasti eri mieltä, 7 = vahvasti samaa mieltä).

Saitte riittävästi tukea hankkeen yhteyshenkilöiden/toimijoiden taholta.	6,1
Saitte riittävästi tukea oman alueen päättäjiltä.	4,3
Vuoropuhelu eri palvelutuottajien välillä toteutui hyvin.	5,6
Elintapaohjauksen toimintamalli tulee toteutumaan alueellanne sote-uudistuksen jälkeen.	5,4
Hankkeen aikana tehdyt muutokset jäävät pysyviksi toimintamalleiksi hankkeen jälkeen.	5,3
<b>Yhteensä</b>	<b>5,3</b>



Taulukko VESOTE-hankkeessa toteutetun yksilöllisen elintapaohjauksen (terveysmittarit) seurantatulok-  
sista.

	Seurantatulokset, ka (sd)			Muutokset					
	0 kk	6 kk	9 kk	0-6 kk		6-9 kk		0-9 kk	
				Δ	p-arvo	Δ	p-arvo	Δ	p-arvo
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	37,5 (6,4)	36,8 (6,7)	36,6 (6,5)	-0,7	0,015	-0,2	ETM	-0,9	0,013
Paino (kg)	105,7 (20,6)	103,8 (21,3)	103,3 (21,4)	-1,9	0,016	-0,5	ETM	-2,4	0,012
Vyötärön ympäryys (cm)	118,1 (15,1)	115,1 (16,4)	113,6 (16,2)	-3,0	<0,001	-1,5	ETM	-4,5	<0,001
Puristusvoima, oikea (kg)	37,7 (12,6)	38,0 (11,7)	37,1 (11,5)	0,3	ETM	-0,9	ETM	-0,6	ETM
Puristusvoima, vasen (kg)	36,1 (12,1)	37,4 (12,1)	36,5 (11,7)	1,3	ETM	-0,9	ETM	0,4	ETM
Verenpaine, systolinen (mmHg)	143 (15,9)	137 (16,2)	135 (16,0)	-6	<0,001	-2	ETM	-8	<0,001
Verenpaine, diastolinen (mmHg)	89 (8,2)	85 (8,8)	85 (8,3)	-4	0,001	±0	ETM	-4	<0,001
Kokonaiskolesteroli (mmol/l)	4,9 (1,1)	4,8 (1,0)	4,9 (0,9)	-0,1	ETM	-0,1	ETM	±0,0	ETM
LDL-kolesteroli (mmol/l)	3,0 (0,9)	2,9 (1,0)	2,9 (0,8)	-0,1	ETM	±0,0	ETM	-0,1	ETM
HDL-kolesteroli (mmol/l)	1,16 (0,33)	1,20 (0,33)	1,20 (0,35)	0,04	ETM	±0,00	ETM	0,04	ETM
Triglyseridit (mmol/l)	2,07 (1,2)	2,00 (1,3)	2,08 (1,3)	-0,07	ETM	0,08	ETM	0,01	ETM
Veren pitkäaikaisokeri (mmol/mol)	46,0 (14,6)	44,5 (10,9)	45,6 (9,1)	-1,5	ETM	1,1	ETM	-0,4	ETM
Veren paastoplasman sokeri (mmol/l)	6,8 (2,6)	6,8 (1,7)	6,7 (2,1)	±0,0	ETM	-0,1	ETM	-0,1	ETM

ETM = ei tilastollisesti merkitsevä muutos  
n = 28-49  
ka = keskiarvo  
Δ = muutos  
sd = keskihajonta  
Metabolinen oireyhtymä: 71,7 %:lla (0 kk), 70,5 %:lla (6kk) ja 71,8 %:lla (9 kk)

Taulukko VESOTE-hankkeessa toteutetun yksilöllisen elintapaohjauksen (kyselyt) seurantatuloksista.

	Seurantatulokset			Muutokset					
	0 kk	6 kk	9 kk	0-6 kk		6-9 kk		0-9 kk	
				Δ	p-arvo	Δ	p-arvo	Δ	p-arvo
Kestävyystyyppinen liikunta min/vk; ka (sd)	112 (125)	164 (139)	135 (125)	51	0,012	-29	ETM	23	ETM
Lihaskuntoa kehittävä liikunta krt/vk; ka (sd)	0,2 (0,5)	0,7 (1,3)	0,7 (1,1)	0,5	0,047	±0,0	ETM	0,5	0,006
Montako kertaa päivässä syöt keskimäärin? (%)					ETM		ETM		ETM
1-2 krt	6,1	8,0	4,0	1,9		-4,0		-2,1	
3-4 krt	59,2	50,0	58,0	-9,2		8,0		-1,2	
5-6 krt	30,6	42,0	36,0	11,4		-6,0		5,4	
7 krt tai enemmän	4,1	0,0	2,0	-4,1		2,0		-2,1	
Kokoatko lounaan tai päivällisen lautasmallin mukaan? (%)					0,002		ETM		0,021
Harvoin tai lainkaan	26,5	8,0	14,0	-18,5		6,0		-12,5	
Joskus	44,9	30,0	30,0	-14,9		±0,0		-14,9	
Useimmiten	28,6	62,0	56,0	33,4		-6,0		27,4	
Montako tuntia keskimäärin nuket yössä? (%)					ETM		ETM		ETM
0-7 h	38,8	44,0	46,0	5,2		2,0		7,2	
7,5-10 h	61,2	56,0	54,0	-5,2		-2,0		-7,2	
Koettu terveys (asteikolla 1-10); (ka (sd))	5,3 (2,0)	EK	6,7 (1,7)					1,4	<0,001
Fyysinen työkyky (asteikolla 1-10); (ka (sd))	5,6 (2,2)	EK	6,7 (1,8)					1,1	<0,001
Henkinen työkyky (asteikolla 1-10); (ka (sd))	6,0 (2,4)	EK	7,0 (1,7)					1,0	<0,001

ETM = ei tilastollisesti merkitsevä muutos  
EK = ei kysytty  
n = 47-50  
Ka = keskiarvo  
sd = keskihajonta





Taulukko ohjaamista ja neuvontaa rajoittavista tekijöistä koulutuksen alussa.

	Liikunta (n = 109)	Ravitsemus (n = 97)	Uniterveys (n = 89)
Ohjaus/neuvonta vie liikaa aikaa.	11 %	12 %	3 %
Ohjausta/neuvontaa ei kirjata asiakastietoihin.	22 %	9 %	13 %
Ohjauksen/neuvonnan antaminen kuuluu muille ammattiryhmille.	19 %	10 %	4 %
Ohjaus/neuvonta ei ole esimieheni mielestä tärkeää.	3 %	1 %	1 %
Liikunta/ravitsemus/nukkumisesta huolehtiminen on jokaisen asiakkaan oma asia.	3 %	3 %	1 %
Ohjaus/neuvonta käytännöt ovat vielä puutteellisia.	39 %	38 %	31 %
En tunne riittävästi paikallisia palveluita (liikunta/ravitsemus/unettomuuden hoito) ja mahdollisuuksia.	32 %	41 %	37 %
Ohjaukseen/neuvontaan liittyvän yhteistyön puutteellisuus.	42 %	35 %	19 %
Ohjaukseen/neuvontaan ei ole selkeitä ohjeita, eikä sen antamiseen perehdytetä.	33 %	29 %	36 %
Ohjaus/neuvonta ei kuulu toimenkuvaani.	18 %	15 %	12 %
Oma motivaationi ohjaus/neuvontatyöhön on puutteellista.	3 %	5 %	4 %
Ohjaus/neuvonta taidoissani ja osaamissani on aukkoja.	44 %	39 %	ei kysytty
Koen puutteita liikuntaa/ravitsemusta/unta koskevissa tiedoissa.	32 %	39 %	35 %
Ohjaukseen/neuvontaan ei ole riittävästi hyvää tukimateriaalia.	37 %	25 %	30 %
Ohjausta ei arvosteta työyhteisössäni.	7 %	3 %	7 %
Jokin muu?	12 %	7 %	3 %
Unen osuus terveyteen vaikuttavana tekijänä on riittämättömästi tunnettu työyhteisössäni.	ei kysytty	ei kysytty	20 %

Taulukko ohjaamista ja neuvontaa rajoittavista tekijöistä, jotka ovat vähentyneet koulutuksen aikana.

	Liikunta (n = 109)	Ravitsemus (n = 97)	Uniterveys (n = 89)
Ohjaus/neuvonta vie liikaa aikaa.	9 %	11 %	5 %
Ohjausta/neuvontaa ei kirjata asiakastietoihin.	9 %	11 %	7 %
Ohjauksen/neuvonnan antaminen kuuluu muille ammattiryhmille.	9 %	10 %	8 %
Ohjaus/neuvonta ei ole esimieheni mielestä tärkeää.	9 %	5 %	3 %
Liikunta/ravitsemus/nukkumisesta huolehtiminen on jokaisen asiakkaan oma asia.	11 %	9 %	7 %
Ohjaus/neuvonta käytännöt ovat vielä puutteellisia.	16 %	16 %	13 %
En tunne riittävästi paikallisia palveluita (liikunta/ravitsemus/unettomuuden hoito) ja mahdollisuuksia.	16 %	14 %	13 %
Ohjaukseen/neuvontaan liittyvän yhteistyön puutteellisuus.	17 %	10 %	8 %
Ohjaukseen/neuvontaan ei ole selkeitä ohjeita, eikä sen antamiseen perehdytetä.	19 %	16 %	28 %
Ohjaus/neuvonta ei kuulu toimenkuvaani.	19 %	14 %	12 %
Oma motivaationi ohjaus/neuvontatyöhön on puutteellista.	21 %	16 %	13 %
Ohjaus/neuvonta taidoissani ja osaamissani on aukkoja.	31 %	36 %	ei kysytty
Koen puutteita liikuntaa/ravitsemusta/unta koskevissa tiedoissa.	33 %	35 %	28 %
Ohjaukseen/neuvontaan ei ole riittävästi hyvää tukimateriaalia.	35 %	38 %	26 %
Ohjausta ei arvosteta työyhteisössäni.	10 %	8 %	7 %
Jokin muu?	ei kysytty	3 %	4 %
Unen osuus terveyteen vaikuttavana tekijänä on riittämättömästi tunnettu työyhteisössäni.	ei kysytty	ei kysytty	13 %



## Elintapaohjauskysely sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille

Tässä kyselyssä selvitetään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten elintapaohjaukseen liittyviä asioita. Kysely pohjautuu aiemmin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella toteutettuihin liikuntaneuvonnan ja ravitsemusohjauksen kyselyihin. Kyselyn tuloksia hyödynnetään erityisesti VESOTE-hankkeen loppuraportoinnissa. Kyselyyn vastaaminen vie noin 5 minuuttia.

Pyri vastaamaan kaikkiin kysymyksiin mahdollisimman huolellisesti. Vastaa kysymyksiin valitsemalla oikeaksi katsomasi vaihtoehto/vaihtoehdot tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan. Huomioithan, että suurin osa kysymyksistä on pakollisia eli et pääse kyselyssä eteenpäin, mikäli et ole vastannut jokaiseen kysymykseen.

### Taustatiedot

#### 1. Sukupuoli \*

- Mies
- Nainen

#### 2. Ikä \*

- 19 vuotta tai nuorempi
- 20-29 vuotta
- 30-39 vuotta
- 40-49 vuotta
- 50-59 vuotta
- 60 vuotta tai vanhempi

#### 3. Tämänhetkinen työtehtäväsi organisaatiossasi \*

- Lääkäri
- Terveydenhoitaja



- Sairaanhoitaja
  - Lähihoitaja / Perushoitaja
  - Ravitsemusterapeutti
  - Puheterapeutti
  - Fysioterapeutti
  - Toimintaterapeutti
  - Jalkaterapeutti
  - Psykologi
  - Sosiaalityöntekijä
  - Sosiaalihoaja
  - Kuntoutusohjaaja
  - Muu, mikä?
  -
- 

**4. Organisaatio, jossa toimit on \***

- JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä
  - Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue
  - Kuntayhtymä Kaksineuvoinen
  - Kuusiolinna Terveys Oy
  - Lapuan sosiaali- ja terveyspalvelut
  - Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus
  - Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä
  - Seinäjoen keskussairaalan yksikkö (erikoissairaanhoito)
  - Muu, mikä?
  -
- 

**5. Missä työsi pääosin tapahtuu tällä hetkellä? \***



Avohoito (erikoissairaanhoidon poliklinikka ja terveyskeskusvastaanotto)

Osasto, mikä?

\_\_\_\_\_

Neuvola

Kouluterveydenhuolto

Hoivapalvelut

Kotihoito

Työterveyshuolto

Muu, mikä?

\_\_\_\_\_

### Asiakas- ja potilastyöhön liittyvä ravitsemusohjaus

6. Miten tärkeäksi koet ravitsemusohjauksen omassa työssäsi? \*

Arvioi asteikolla 1–5 (1 = täysin tarpeeton ja 5 = erittäin tärkeä).

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

7. Miten usein asiakkaasi oma-aloitteisesti kysyy Sinulta ravitsemukseen liittyvää ohjausta ja neuvontaa? \*

- Päivittäin
- Viikottain
- 2-3 kertaa kuussa
- Kuukausittain
- Muutamia kertoja vuodessa tai harvemmin



Ei ole koskaan kysynyt

**8. Ellet itse anna ravitsemusohjausta tai pysty vastaamaan asiakkaasi ravitsemusohjauksen tarpeeseen, miten varmistat ravitsemusohjauksen toteutumisen ohjausta tarvitsevien asiakkaidesi kohdalla? \***

**Voit valita useamman eri vaihtoehdon.**

- Organisaatiossamme on käytössä palveluketju/hoitopolku, jonka mukaan ohjaan asiakkaan eteenpäin
- Lähetän/Lääkäri lähettää asiakkaan oman organisaatiomme ravitsemusterapeutille
- Lähetän/Lääkäri lähettää asiakkaan Seinäjoen keskussairaalan ravitsemusterapeutille
- Lähetän/Lääkäri lähettää yksityisen sektorin ravitsemusterapeutille
- Ohjaan muulle terveydenhuollon ammattilaiselle (ei ravitsemusterapeutille), kenelle?  
\_\_\_\_\_
- Annan vain kirjallista ravitsemukseen liittyvää ohjausmateriaalia
- Ohjaan potilasliiton tai -järjestön Internet-sivustolle
- Ohjaan muulle ravitsemusaiheiselle Internet-sivustolle, mille?  
\_\_\_\_\_
- Ei tietoa, minne ohjaisin potilaan
- En osaa sanoa
- Muuten, miten?  
\_\_\_\_\_

**9. Millaiseksi koet ravitsemusohjaukseen käytettävän ajan riittävyyden asiakastyössäsi? \***

- Minulla on riittävästi aikaa asiakkaan ravitsemusohjaukseen
- Minulla ei ole riittävästi aikaa asiakkaan ravitsemusohjaukseen
- Minulla ei ole lainkaan aikaa asiakkaan ravitsemusohjaukseen



En osaa sanoa

Muu, mikä?

---

**10.** Miten ravitsemusohjausta on yleisellä tasolla hyödynnetty organisaatiossasi osana asiakastyötä? \*

Hyvin (mielestäni organisaatiossani ravitsemusohjaus on hyvin esillä ja osa asiakastyötä)

Kohtalaisesti (mielestäni organisaatiossani ravitsemusohjaus on kohtalaisen hyvin esillä ja se ilmenee osittain asiakastyössä)

Välttävasti (mielestäni organisaatiossani ravitsemusohjaus on vain satunnaisesti esillä ja se ilmenee vain harvakseltaan asiakastyössä)

Ei lainkaan

En osaa sanoa

Muutoin, miten?

---

**11.** Anna arvio omasta asiakastyöhösi liittyvästä ravitsemusohjauksen osaamisestasi. \*

Erinomainen (ei tarvetta lisäkoulutukseen)

Hyvä (selviydyn tämänhetkisistä vaatimuksista)

Kohtalainen (joissakin asioissa koen tarvitsevani lisää tietoa)

Välttävä (työni vuoksi tarvitsen lisää tietoa)

En osaa sanoa

**12.** Koetko tarvitsevasi nykyisen osaamisesi lisäämiseksi täydennyskoulutusta tai lisävalmiuksia asiakkaan ravitsemusohjaukseen liittyvissä asioissa? \*

Kyllä

En

En osaa sanoa



## Asiakas- ja potilastyöhön liittyvä liikuntaneuvonta

13. Miten tärkeäksi koet liikuntaneuvonnan omassa työssäsi? \*

Arvioi asteikolla 1–5 (1 = täysin tarpeeton ja 5 = erittäin tärkeä).

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

14. Miten usein asiakkaasi itse keskimäärin kysyy sinulta liikuntaan liittyvää ohjausta ja neuvontaa? \*

- Päivittäin
- Viikottain
- 2-3 kertaa kuussa
- Kuukausittain
- Muutamia kertoja vuodessa tai harvemmin
- Ei ole koskaan kysynyt

15. Ellet itse anna liikuntaneuvontaa, minne ohjaat liikuntaneuvontaa tarvitsevan asiakkaasi? Voit valita useamman eri vaihtoehdon. \*

**Voit valita useamman eri vaihtoehdon.**

- Organisaatiossamme on hoitopolkuun liittyvä päivitetty liikunnan palveluketju, jonne asiakkaan ohjaan
- Kysyn kollegoilta neuvoa
- Ohjaan suoraan fysioterapeutille
- \_\_\_\_\_
- Ohjaan muulle terveydenhuollon ammattilaiselle (ei fysioterapeutille)



- Lääkäri lähettää oman organisaatiomme fysioterapeutin vastaanotolle
  - Lääkäri lähettää yksityisen sektorin fysioterapeutin vastaanotolle
  - Annan kirjallista liikuntaan liittyvää kirjallista asiakasohjausmateriaalia
  - En osaa sanoa
  - Muuten, miten?
  -
- 

**16.** Millaiseksi koet liikuntaneuvontaan käytettävän ajan riittävyyden asiakastyössäsi? \*

- Minulla on riittävästi aikaa asiakkaan liikuntaneuvontaan.
  - Minulla ei ole riittävästi aikaa asiakkaan liikuntaneuvontaan.
  - Minulla ei ole lainkaan aikaa asiakkaan liikuntaneuvontaan.
  - En osaa sanoa
  - Muu, mikä?
  -
- 

**17.** Miten työyhteisössäsi toteutuvaa liikuntaneuvontaa on yleisellä tasolla hyödynnetty osana asiakastyötä? \*

- Hyvin (mielestäni työympäristössäni liikuntaneuvonta on hyvin esillä ja osa asiakastyötä)
  - Kohtalaisesti (mielestäni työympäristössäni liikuntaneuvonta on kohtalaisen hyvin esillä ja se ilmenee osittain asiakastyössä)
  - Välttävästi (mielestäni työympäristössäni liikuntaneuvonta on satunnaisesti esillä ja se ilmenee vain harvakseltaan asiakastyössä)
  - Ei lainkaan
  - En osaa sanoa
  - Muutoin, miten?
  -
-





**18.** Anna arvio omasta asiakastyöhösi liittyvästä liikuntaneuvonnan osaamisestasi tällä hetkellä (esim. liikunnan vaikuttavuus, annostelu, ohjaus, indikaatioiden ja vasta-aiheiden tunnistaminen) \*

- Erinomainen (ei tarvetta lisäkoulutukseen)
- Hyvä (selviydyn tämänhetkisistä vaatimuksista)
- Kohtalainen (joissakin asioissa koen tarvitsevani lisää tietoa)
- Välttävä (työni vuoksi tarvitsen lisää tietoa)
- En osaa sanoa

**19.** Koetko tarvitsevasi nykyisen osaamisesi lisäämiseksi täydennyskoulutusta tai lisävalmiuksia asiakkaan liikuntaneuvontaan liittyvissä asioissa? \*

- Kyllä
- En
- En osaa sanoa

### **Asiakas- ja potilastyöhön liittyvä unettomuuden hoito**

**20.** Miten tärkeäksi koet unettomuuden hoidon omassa työssäsi? \*

**Arvioi asteikolla 1–5 (1 = täysin tarpeeton ja 5 = erittäin tärkeä).**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**21.** Miten usein asiakkaasi itse keskimäärin kysyy sinulta unettomuuteen liittyvää ohjausta ja neuvontaa? \*

- Päivittäin
- Viikottain
- 2-3 kertaa kuussa

- Kuukausittain
- Muutamia kertoja vuodessa tai harvemmin
- Ei ole koskaan kysynyt

**22.** Onko organisaatiossasi käytössä unettomuuden hoitoon liittyvä päivitetty palveluketju? \*

Kyllä, millainen?

- 

\_\_\_\_\_

- Ei
- En osaa sanoa

**23.** Millaiseksi koet unettomuuden hoitoon käytettävän ajan riittävyyden asiakastyössäsi? \*

- Minulla on riittävästi aikaa asiakkaan unettomuuden hoitoon.
- Minulla ei ole riittävästi aikaa asiakkaan unettomuuden hoitoon.
- Minulla ei ole lainkaan aikaa asiakkaan unettomuuden hoitoon.
- En osaa sanoa

Muu, mikä?

- 

\_\_\_\_\_

**24.** Miten työyhteisössäsi unettomuuden hoitoa on yleisellä tasolla hyödynnetty osana asiakastyötä? \*

- Hyvin (mielestäni työympäristössäni unettomuuden hoito on hyvin esillä ja osa asiakastyötä)
- Kohtalaisesti (mielestäni työympäristössäni unettomuuden hoito on kohtalaisen hyvin esillä ja se ilmenee osittain asiakastyössä)
- Välttävästi (mielestäni työympäristössäni unettomuuden hoito on satunnaisesti esillä ja se ilmenee vain harvakseltaan asiakastyössä)
- Ei lainkaan
- En osaa sanoa



Muutoin, miten?

---

**25.** Anna arvio omasta asiakastyöhösi liittyvästä unettomuuden hoidon osaamises-tasi tällä hetkellä (esim. unen merkitys, unettomuuden syyt ja diagnostiikka, pitkä-aikaisen unettomuuden vaikutukset, unettomuuteen lääkkeetön hoito ja omahoito)  
\*

- Erinomainen (ei tarvetta lisäkoulutukseen)
- Hyvä (selviydyn tämänhetkisistä vaatimuksista)
- Kohtalainen (joissakin asioissa koen tarvitsevani lisää tietoa)
- Välttävä (työni vuoksi tarvitsen lisää tietoa)
- En osaa sanoa

**26.** Koetko tarvitsevasi nykyisen osaamisesi lisäämiseksi täydennyskoulutusta tai lisävalmiuksia asiakkaan unettomuuden hoitoon liittyvissä asioissa? \*

- Kyllä
- En
- En osaa sanoa

**Lopuksi pyydämme vielä vastaamaan muutamaa VESOTE-hankkeeseen liittyvään kysymykseen.**

**27.** Oletko osallistunut VESOTE-hankkeen toimintaan? \*

- Kyllä
- En

**28.** Millaiseen toimintaan olet VESOTE-hankkeen puitteissa osallistunut?

- Olen osallistunut VESOTE-verkkokoulutuksiin
- Olen osallistunut seminaareihin tai muihin tilaisuuksiin



- Olen osallistunut työpajoihin Hotelli Sorsanpesällä
- Olen osallistunut omalla alueellani tehtyyn VESOTE-kehittämistyöhön
- Muu
- 
- 

**29.** Mikäli olet osallistunut VESOTE-hankkeen toimintaan (työpajat, koulutukset, seminaari, alueella tehtävä kehitystyö ym.), niin arvioi hankkeen tuoma hyöty nykyiseen työtehtävääsi, asteikolla 1 - 5

1 2 3 4 5

ei mitään hyötyä ○ ○ ○ ○ ○ merkitävä hyöty

**Lähetä vastaukset klikkaamalla Lähetä-painiketta.**

Taulukko: Elintapaohjauksen (liikunta, ravitseminen, uniterveys) tärkeys omassa työssä.

		<b>Alkukartoitus</b> (n = 324-927)	<b>Loppukartoitus</b> (n = 273)
Liikunta	Ei lainkaan/kovin tärkeä	14 %	5 %
	Melko tärkeä	25 %	15 %
	Tärkeä	30 %	30 %
	Erittäin tärkeä	32 %	50 %
Ravitseminen	Ei lainkaan/kovin tärkeä	7 %	5 %
	Melko tärkeä	19 %	27 %
	Tärkeä	31 %	32 %
	Erittäin tärkeä	43 %	36 %
Uniterveys	Ei lainkaan/kovin tärkeä	ei kysytty	5 %
	Melko tärkeä	ei kysytty	13 %
	Tärkeä	ei kysytty	26 %
	Erittäin tärkeä	ei kysytty	56 %

Taulukko: Elintapaohjausta (liikunta, ravitseminen, uniterveys) tärkeänä/erittäin tärkeänä pitävät ammattiryhmittäin. Tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ) ammattiryhmien välillä loppukartoituksessa (2018) kaikilla elintapaohjauksen osa-alueilla. Erityistyöntekijät: psykologit, ravitsemusterapeutit, fysioterapeutit, sosiaaliohjaajat.

		Lääkärit (n = 24-57)	Terveystenhoitajat (n = 28-98)	Sairaanhoitajat (n = 63-289)	Lähi-/perushoitajat (n = 31-167)	Erityistyöntekijät (n = 18-55)	Muut (n = 26-236)
Liikunta	Alkukartoitus	70 %	93 %	57 %	66 %	61 %	39 %
	Loppukartoitus	76 %	96 %	86 %	79 %	72 %	73 %
Ravitseminen	Alkukartoitus	92 %	98 %	68 %	68 %	46 %	80 %
	Loppukartoitus	64 %	97 %	72 %	71 %	41 %	69 %
Uniterveys	Alkukartoitus	ei kysytty	ei kysytty	ei kysytty	ei kysytty	ei kysytty	ei kysytty
	Loppukartoitus	60 %	100 %	92 %	89 %	67 %	65 %



Taulukko: miten usein asiakkaat kysyivät ammattilaisilta ohjausta ja neuvontaa.

		%	
		Alkukartoitus	Loppukartoitus
<b>Liikunta</b>	<i>Päivittäin</i>	8 %	9 %
	<i>Viikottain</i>	20 %	19 %
	<i>1 - 3 krt. kuukaudessa</i>	26 %	32 %
	<i>Muutamia kertoja vuodessa tai harvemmin</i>	34 %	32 %
	<i>Ei ole koskaan kysynyt</i>	13 %	9 %
<b>Ravitsemus</b>	<i>Päivittäin</i>	10 %	4 %
	<i>Viikottain</i>	26 %	17 %
	<i>1 - 3 krt. kuukaudessa</i>	30 %	27 %
	<i>Muutamia kertoja vuodessa tai harvemmin</i>	28 %	40 %
	<i>Ei ole koskaan kysynyt</i>	6 %	12 %
<b>Uniterveys</b>	<i>Päivittäin</i>	ei kysytty	6 %
	<i>Viikottain</i>	ei kysytty	28 %
	<i>1 - 3 krt. kuukaudessa</i>	ei kysytty	39 %
	<i>Muutamia kertoja vuodessa tai harvemmin</i>	ei kysytty	21 %
	<i>Ei ole koskaan kysynyt</i>	ei kysytty	7 %
Alkukartoitus: liikunta n = 919, ravitseminen = 326			
Loppukartoitus: n = 273			
Ei tilastollisesti merkitsevää eroa alku- ja loppukartoituksen välillä.			

Taulukko: Päivittäisen/viikoittaisen elintapaohjauksen tarve (kysyminen) asiakkaan näkökulmasta ammattiryhmittäin. Tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,001$ ) ammattiryhmien välillä loppukartoituksessa (2018) liikunnan ja uniterveyden osa-alueilla. Erityistyöntekijät: psykologit, ravitsemusterapeutit, fysioterapeutit, sosiaaliohjaajat.

		Lääkärit (n = 25-57)	Terveydenhoitajat (n = 28-97)	Sairaanhoitajat (n = 63-288)	Lähi-/perushoitajat (n = 31-167)	Erityistyöntekijät (n = 18-56)	Muut (n = 26-232)
Liikunta	Alkukartoitus	46 %	38 %	26 %	19 %	28 %	12 %
	Loppukartoitus	28 %	43 %	32 %	13 %	48 %	12 %
Ravitsemus	Alkukartoitus	67 %	69 %	30 %	10 %	21 %	27 %
	Loppukartoitus	40 %	57 %	22 %	11 %	11 %	12 %
Uniterveys	Alkukartoitus	ei kysytty	ei kysytty	ei kysytty	ei kysytty	ei kysytty	ei kysytty
	Loppukartoitus	40 %	32 %	49 %	33 %	26 %	8 %

Taulukko: Elintapaohjaukseen riittävästi aikaa käytettävissä (liikunta, ravitseminen ja uniterveys).

		%	
		Alkukartoitus	Loppukartoitus
<b>Liikunta</b>	On riittävästi aikaa	ei kysytty	44 %
	Ei ole riittävästi aikaa	ei kysytty	38 %
	Ei ole lainkaan aikaa	ei kysytty	4 %
	En osaa sanoa	ei kysytty	11 %
	Muu, mikä?	ei kysytty	3 %
<b>Ravitseminen*</b>	On riittävästi aikaa	44 %	34 %
	Ei ole riittävästi aikaa	30 %	36 %
	Ei ole lainkaan aikaa	4 %	6 %
	En osaa sanoa	15 %	20 %
	Muu, mikä?	7 %	4 %
<b>Uniterveys</b>	On riittävästi aikaa	ei kysytty	33 %
	Ei ole riittävästi aikaa	ei kysytty	39 %
	Ei ole lainkaan aikaa	ei kysytty	3 %
	En osaa sanoa	ei kysytty	22 %
	Muu, mikä?	ei kysytty	3 %
Alkukartoitus (ravitseminen), n = 322			
Loppukartoitus, n = 273			
ek = ei kysytty			
Tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,01$ ) ravitsemusneuvonnassa alku- ja loppukartoituksen välillä.*			

Taulukko: Elintapaohjaukseen riittävästi aikaa käytettävissä ammattiryhmittäin. Tilastollisesti merkitsevä ero liikunta- ja uniterveysneuvonnassa ( $p < 0,001$ ) sekä ravitsemusohjauksessa ( $p < 0,01$ ) ammattiryhmien välillä loppukartoituksessa (2018).

		Lääkärit (n = 24-25)	Terveystoimijat (n = 28-62)	Sairaanhoitajat (n = 63-106)	Lähi-/perushoitajat (n = 30-85)	Erityistyöntekijät (n = 46-55)	Muut (n = 26-45)
Liikunta	Alkukartoitus	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
	Loppukartoitus	52 %	54 %	32 %	33 %	72 %	39 %
Ravitseminen	Alkukartoitus	33 %	53 %	43 %	37 %	46 %	42 %
	Loppukartoitus	44 %	36 %	33 %	31 %	44 %	23 %
Uniterveys	Alkukartoitus	ei kysytty	ei kysytty	ei kysytty	ei kysytty	ei kysytty	ei kysytty
	Loppukartoitus	36 %	39 %	38 %	31 %	28 %	31 %



Taulukko. Hyväksi/erinomaiseksi elintapaohjausosaamisensa arvioineiden osuudet ammattiryhmittäin. Tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,01$ ) ammattiryhmien välillä liikuntaneuvonnassa ja uniterveyteen liittyvässä ohjauksessa loppukartoituksessa (2018).

		Lääkärit (n = 24-57)	Terveydenhoitajat (n = 28-98)	Sairaanhoitajat (n = 63-288)	Lähi-/perushoitajat (n = 31-165)	Erytistyöntekijät (n = 18-54)	Muut (n = 26-230)
Liikunta	Alkukartoitus	42 %	49 %	25 %	33 %	28 %	29 %
	Loppukartoitus	48 %	54 %	46 %	37 %	65 %	23 %
Ravitseminen	Alkukartoitus	38 %	30 %	33 %	39 %	28 %	23 %
	Loppukartoitus	52 %	57 %	49 %	39 %	35 %	31 %
Uniterveys	Alkukartoitus	Ei kysytty	Ei kysytty	Ei kysytty	Ei kysytty	Ei kysytty	Ei kysytty
	Loppukartoitus	64 %	46 %	43 %	37 %	39 %	8 %

Taulukko: Täydennyskoulutuksen tarve ammattiryhmittäin. Tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < 0,05$ ) ammattiryhmien välillä ravitsemusohjauksessa loppukartoituksessa (2018).

		Lääkärit (n = 24-55)	Terveydenhoitajat (n = 28-96)	Sairaanhoitajat (n = 63-286)	Lähi-/perushoitajat (n = 31-167)	Erytistyöntekijät (n = 46)	Muut (n = 26-230)
Liikunta	Alkukartoitus	62 %	69 %	56 %	53 %	61 %	34 %
	Loppukartoitus	52 %	61 %	57 %	47 %	26 %	42 %
Ravitseminen	Alkukartoitus	67 %	89 %	79 %	58 %	56 %	61 %
	Loppukartoitus	64 %	64 %	65 %	53 %	33 %	46 %
Uniterveys	Alkukartoitus	Ei kysytty	Ei kysytty	Ei kysytty	Ei kysytty	Ei kysytty	Ei kysytty
	Loppukartoitus	52 %	68 %	73 %	54 %	46 %	58 %





Taulukko: Elintapaohjauksen (liikunta, ravitseminen, uniterveys) hyödyntäminen työyhteisössä.

		%	
		Alkukartoitus	Loppukartoitus
<b>Liikunta</b>	Hyvin	16 %	21 %
	Kohtalaisesti	35 %	46 %
	Välttävästi	21 %	22 %
	Ei lainkaan	8 %	2 %
<b>Ravitseminen</b>	Hyvin	15 %	11 %
	Kohtalaisesti	41 %	38 %
	Välttävästi	29 %	33 %
	Ei lainkaan	3 %	4 %
<b>Uniterveys</b>	Hyvin	ei kysytty	12 %
	Kohtalaisesti	ei kysytty	32 %
	Välttävästi	ei kysytty	36 %
	Ei lainkaan	ei kysytty	5 %

Alkukartoitus: liikunta n = 917, ravitseminen = 322  
n = 273 (loppukartoitus)  
Ei tilastollisesti merkitsevää eroa alku- ja loppuvastauksissa (liikunta ja ravitseminen).

Taulukko: Hyvin elintapaohjaukseen hyödyntäneiden osuudet organisaatiossa ammattiryhmittäin. Ammattiryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ravitsemusohjauksen ( $p < 0,01$ ) ja uniterveyteen liittyvässä ( $p < 0,05$ ) ohjauksessa loppukartoituksessa (2018).

		Lääkärit (n = 24-57)	Terveystoimijat (n = 28-97)	Sairaanhoitajat (n = 63-285)	Lähi-/perushoitajat (n = 31-166)	Eriyttyneet (n = 17-55)	Muut (n = 26-232)
Liikunta	Alkukartoitus	12 %	29 %	10 %	13 %	35 %	10 %
	Loppukartoitus	8 %	18 %	19 %	18 %	33 %	31 %
Ravitseminen	Alkukartoitus	21 %	18 %	15 %	10 %	9 %	20 %
	Loppukartoitus	16 %	29 %	8 %	8 %	11 %	8 %
Uniterveys	Alkukartoitus	Ei kysytty	Ei kysytty	Ei kysytty	Ei kysytty	Ei kysytty	Ei kysytty
	Loppukartoitus	12 %	7 %	16 %	12 %	15 %	4 %





**Julkaisutilaukset:**  
**Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri**  
Huhtalantie 53, 60220 Seinäjoki  
puh. 06 415 4111/tiedottaja



[www.epshp.fi](http://www.epshp.fi)



**Etelä-Pohjanmaan  
sairaanhoitopiiri**