

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Minna Aro

Anu Heimosalmi

Selvitys karhukuntien perusterveydenhuollon lääkäreiden vastaanotto-  
käynnin yhteydessä toteuttamasta terveystieteiden neuvonnasta

Fysioterapian koulutusohjelma

2007

SELVITYS KARHUKUNTIEN PERUSTERVEYDENHUOLLON  
LÄÄKÄREIDEN VASTAANOTTOKÄYNNIN YHTEYDESSÄ  
TOTEUTTAMASTA TERVEYSLIIKUNTANEUVONNASTA

Aro, Minna  
Heimosalmi, Anu  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Fysioterapian koulutusohjelma  
Kesäkuu 2007  
Tuominen, Hanna  
YKL: 59.3

Asiasanat: terveysliikunta, terveysliikuntaneuvonta, perusterveydenhuolto, lääkäri, terveysliikunnan palveluketju

---

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin Karhukuntien perusterveydenhuollon lääkäreiden vastaanottokäynnin yhteydessä toteuttamaa terveysliikuntaneuvontaa. Tutkimus toteutettiin osana Satakunnan ammattikorkeakoulun hallinnoimaa Terveysliikunnan palveluketju -projektia. Projektin tavoitteena on terveysliikunnan palveluketjun kehittäminen terveyssektorilla. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa palveluketjun nykyistä tilannetta lääkäreiden toteuttaman terveysliikuntaneuvonnan osalta. Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena, johon osallistui 25 kolmessa eri terveyskeskuksessa tai -asemassa työskentelevää lääkäriä. Tutkimuksen aineisto kerättiin postikyselyllä. Kyselyn vastausprosentiksi muodostui 83 %.

Lääkärit suhtautuivat yleisellä tasolla positiivisesti terveysliikuntaneuvontaan. Valtaosa lääkäreistä näki lääkärin toteuttaman terveysliikuntaneuvonnan soveltuvan perusterveydenhuoltoon. Kaikki lääkärit näkivät terveysliikunnan merkityksen sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa tärkeänä. Lääkäreiden yleisin tapa antaa terveysliikuntaneuvontaa oli suullinen ohjaus. Kirjallisen ohjauksen ja fysioterapeuttien käyttö terveysliikuntaneuvonnassa oli vähäistä. Kaikki lääkärit antoivat terveysliikuntaneuvontaa, kuitenkin määrällinen toteutuminen vaihteli lääkäreittäin. Lääkärit toteuttivat vastaanotolla melko vähän liikuntaneuvontaa. Lääkäreiden kokema terveysliikuntaneuvontaan liittyvän täydennyskoulutuksen tarve vaihteli huomattavasti. Terveysliikunnan palveluketju oli harvinainen ja kuvatut ketjut olivat toisistaan eriäviä. Lääkäreiden kokema terveysliikunnan palveluketjun kehittämistarve vaihteli. Vastanneista lääkäreistä 81 % koki terveysliikunnan palveluketjun kehittämisen tarpeelliseksi.

Eri organisaatioiden välillä ei näyttäisi olevan yhteistä perusterveydenhuollossa toteutettavaa terveysliikunnan palveluketjukäytäntöä. Myöskään organisaation sisäistä yhteisesti sovittua tapaa toimia tavoitteellisesti potilaan terveysliikuntatottumuksiin vaikuttamiseksi ei näyttäisi olevan. Tämän tutkimuksen tuloksia tullaan käyttämään suuntaa antavina tiedonlähteinä Terveysliikunnan palveluketju -projektin jatkuessa.

REPORT OF HEALTH-ENHANCING PHYSICAL ACTIVITY  
COUNSELLING EXECUTED BY DOCTORS IN CONTACT WITH VISITS IN  
GENERAL PRACTICE IN KARHUKUNTA PRIMARY HEALTH CARE

Aro, Minna  
Heimosalmi, Anu  
Satakunta University of Applied Sciences  
Degree Programme in Physiotherapy  
Kesäkuu 2007  
Tuominen, Hanna  
PLC: 59.3

Key words: health-enhancing physical activity, health-enhancing physical activity counselling, primary health care, doctor, service chain in health-enhancing physical activity

---

This thesis was exploring counselling in health-enhancing physical activity executed by doctors in Karhukunta primary health care in contact with visits in general practise. The survey was implemented as a part of Service Chain in Health-Enhancing Physical Activity -project administered by Satakunta Polytechnic High School. The target of the project is the development of service chain in health-enhancing physical activity in primary health care. The purpose of this survey was to chart present picture of this service chain regarding to counselling in health-enhancing physical activity executed by doctors. The thesis was executed as an inquiry which was participated by 25 doctors working at three different health centres. The data was collected by posted inquiries. 83% of the receivers answered the inquiries.

The doctors are well disposed towards health-enhancing physical activity in general. The greater part of doctors regarded counselling in health-enhancing physical activity executed by doctors as suitable for primary health care. All the doctors saw the meaning of health-enhancing physical activity as important part of prevention, treatment and rehabilitation of diseases. The most common way the doctors are giving counselling in health-enhancing physical activity is verbal advisement. The proportion of written advisement and use of physiotherapists in health-enhancing physical activity is insignificant. All the doctors gave counselling in health-enhancing physical activity however quantitative implementation varied between the doctors. The doctors executes counselling in health-enhancing physical activity rather a little in the general practise. The doctors saw the need for supplementary education remarkable variedly regarding to counselling in health-enhancing physical activity. The service chain of health-enhancing physical activity was rare and chains described were differing. The way doctors saw requirement for development of service chain in health-enhancing physical activity fluctuated. 81% of the doctors who answered saw development of service chain in health-enhancing physical activity as necessary.

There seems not to be a shared practise for service chain of health-enhancing physical activity realized in basic health care between different organizations. Either there seems not to be a shared way of action aiming to interact with patient's habits in health-enhancing physical activity inside the organization. The results of this survey are going to be used as indicative source of information while Service Chain in Health-Enhancing Physical Activity -project will continue.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 TERVEYSLIIKUNTA.....	7
2.1 Liikunnasta aiheutuvat hyödyt ja haitat .....	7
2.2 Liikunnan merkitys terveydelle.....	8
2.3 Liikunnan vaikutukset eri sairauksien yhteydessä .....	9
3 TERVEYSLIIKUNTANEUVONTA .....	12
3.1 Terveysliikuntaneuvonta perusterveydenhuollossa .....	13
3.2 Lääkäri terveysliikuntaneuvojana .....	14
3.3 Terveysliikuntaneuvonnan haasteet .....	16
3.4 Lääkärin terveysliikuntaneuvontaa estäviä tekijöitä .....	17
4 TERVEYSLIIKUNTA OSANA LÄÄKÄREIDEN PERUS- JA TÄYDENNYSKOULUTUSTA .....	18
5 TERVEYSLIIKUNNAN PALVELUKETJU .....	20
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	22
7 TUTKIMUSMENETELMÄT .....	23
7.1 Kohderyhmä ja sen valinta.....	23
7.2 Tutkimusmittari: kyselykaavake .....	24
7.2.1 Lääkäreiden suhtautuminen terveysliikuntaneuvontaan .....	24
7.2.2 Lääkäreiden vastaanottokäynnin yhteydessä toteuttama terveysliikuntaneuvonta .....	25
7.2.3 Lääkäreiden terveysliikuntaneuvonnan koulutuksen tarve .....	25
7.2.4 Terveysliikunnan palveluketju .....	25
7.2.5 Lääkäreiden kokema terveysliikunnan palveluketjun kehittämisen tarve	26
7.3 Tilastolliset menetelmät .....	26
7.4 Tutkimuksen toteutus .....	26
8 TULOKSET .....	28
8.1 Lääkäreiden suhtautuminen terveysliikuntaneuvontaan .....	28
8.2 Lääkäreiden vastaanottokäynnin yhteydessä toteuttama terveysliikuntaneuvonta .....	31
8.3 Lääkäreiden terveysliikuntaneuvonnan koulutuksen tarve .....	36
8.4 Terveysliikunnan palveluketju .....	38

8.5 Lääkäreiden kokema terveysliikunnan palveluketjun kehittämisen tarve ..	39
9 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA .....	40
9.1 Lääkäreiden suhtautuminen terveysliikuntaneuvontaan .....	40
9.2 Lääkäreiden vastaanottokäynnin yhteydessä toteuttama terveysliikuntaneuvonta .....	40
9.3 Lääkäreiden terveysliikuntaneuvonnan koulutuksen tarve .....	42
9.4 Terveysliikunnan palveluketju .....	43
9.5 Lääkäreiden kokema terveysliikunnan palveluketjun kehittämisen tarve ..	44
9.6 Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyys .....	46
9.6.1 Tutkimuksen validiteetti.....	46
9.6.2 Tutkimuksen reliabiliteetti .....	47
9.6.3 Tutkimusmenetelmien arviointi .....	47
9.7 Jatkoehdotukset.....	48
9.8 Loppusanat .....	48

# 1 JOHDANTO

Tutkimuksien mukaan säännöllinen liikunta edistää merkittävästi ihmisten terveyttä, toiminta- ja työkykyä sekä hyvinvointia. Tästä tiedosta huolimatta vain noin kolmasosa suomalaisista liikkuu terveyden kannalta riittävästi. Suomessa perusterveydenhuollon liikuntaneuvontaa on pyritty lisäämään muun muassa valtakunnallisten suositusten (Terveysliikunnan paikalliset suositukset) ja Liikkumisreseptin (Liikkumisresepti 2003) avulla. Terveysliikunnan paikallisten suositusten mukaan kuntien tarjoaman perusterveydenhuollon tulee liittää terveyttä edistävä liikunta kiinteäksi osaksi sairauksien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2000, 5-6, 13.)

Lääkärit ovat ammattiryhmä, jotka tapaavat terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvia henkilöitä päivittäin. Heillä on tarvittavaa auktoriteettia, jotta potilas kokisi annetut ohjeet tärkeinä. Lääkärit antavat terveysterveydenhuollon liikuntaneuvontaa kuitenkin edelleen vähän ottaen huomioon sen, että liikunnan hyödyt kansantautien ehkäisyssä ja hoidossa on tutkimusten mukaan selkeästi osoitettu. Syynä tähän voi olla lääkäreiden vähäinen tietämys liikunnan terveysvaikutuksista sekä liikuntaneuvonnan antamisesta. Lääkäreillä olisi tilaisuus antaa joko suoraa liikuntaneuvontaa tai ainakin ohjata heidät ammattilaisen luokse saamaan liikkumista tukevia ohjeita. (Pate 1995; Swinburn, Tilyard & Russel 1998; Marshall, Booth & Bauman, 2005; Aittasalo, Miilunpalo, Kukkonen-Harjula & Pasanen 2006.)

Tutkimuksien mukaan kertaluontoinen lääkärin vastaanotolla tapahtuva liikuntaneuvonta ei riitä muuttamaan potilaiden liikkumistottumuksia pysyvästi. Saavutetutkin tulokset fyysisen aktiivisuuden määrän kasvussa ovat lyhytaikaisia. On perusteltua väittää, että suunnitelmallista ja moniammatillista potilaan tukemista ja seurantaan tarvitaan. (Harland, White, Drinkwater, Chinn, Farr & Howel, 1999; Smith, Bauman, Bull, Booth & Harris, 2000; Aittasalo ym. 2006.)

Tämä tutkimus on osa Satakunnan ammattikorkeakoulun hallinnoimaa terveystuotteen palveluketju -projektia. Projektin tavoitteena on terveystuotteen palveluketjun kehittäminen terveyssektorilla. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on osaltaan kartoittaa palveluketjun nykyistä tilannetta lääkäreiden toteuttaman terveystuotteen osalta.

## 2 TERVEYSLIIKUNTA

Terveystuote on terveyttä edistävää liikuntaa. Terveyttä edistää usein toistuva, säännöllisesti jatkuva sekä riittävästi ja kohtuullisesti kuormittava liikunta. Terveystuote on kaikille suositeltavaa. Sitä on mahdollista toteuttaa tavanomaisissa liikuntamuodoissa ja arjen askareissa. Terveystuote ei sisällä suurta vammautumisen tai sairastumisen vaaraa eli se on terveydelle edullista. Terveystuotteen tavoitteena on saavuttaa parempi terveys. Terveystuotteen tavoitteena ei kuitenkaan välttämättä tarvitse olla terveys, sillä terveyttä voidaan saavuttaa myös liikunnan sivutuotteena. Terveystuotteen tärkeintä on liikkumisen aikaansaama hyöty (tulos), ei niinkään liikkumisen toteuttamistapa. (Vuori, 2000b, 15; Moisio, 1999; Vuori, 1999; Vuori 1994.)

### 2.1 Liikunnasta aiheutuvat hyödyt ja haitat

Liikunnan merkitystä voidaan terveyden kannalta tarkastella hyötyjen ja haittojen erotuksena. Yksilön näkökulmasta liikunnan positiiviset vaikutukset (hyödyt) ovat yksilön toimintakyvyn, terveyden ja elämänlaadun ylläpitäminen ja edistäminen. Negatiivisia vaikutuksia ovat liikunnasta aiheutuvat vammat ja sairastumiset. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta liikunnan positiivinen vaikutus on liikunnan avulla mahdollisesti saavutettavat säästöt. Negatiivisia vaikutuksia ovat liikunnasta aiheutuvien vammojen ja sairastumisien aiheuttamat kulut. Näiden erotuksena voidaan arvioida yhteiskunnan ja terveydenhuollon oikeutusta ja velvoitusta edistää terveystuotetta. (Vuori, 2000a, 118; Vuori, 2000b).

Terveysliikunnan edistämiseen on olemassa selkeä tarve, sillä työmatka ja vapaa-ajan liikuntaa koskevien tietojen mukaan suomalaisesta työikäisestä väestöstä vain 1/3 täyttää terveysliikunnan suosituksen. (Vuori, 2000a, 118; Vuori, 2000b).

## 2.2 Liikunnan merkitys terveydelle

Liikunnan vaikutukset perustuvat pääasiassa liikunnan aiheuttamiin rakenteiden ja toimintojen mukautumismuutoksiin eli harjoitusvaikutuksiin. Liikunnan terveydellisistä vaikutuksista suurin osa perustuu liikkumisen aikaansaamien aineenvaihdon ja elintoimintojen muutoksiin. Osa liikunnan vaikutuksista ilmenee heti liikkumisen jälkeen ja osa pitemmällä aikavälillä toistuvien liikuntasuoritus-ten jälkeen. (Kesäniemi, 2003; Vuori 2003b; Vuori 2005, 11–19.)

Liikkumaton elämäntapa eli fyysinen inaktiivisuus on yksi huonoon terveyteen ja tarpeettomiin kuolemiin johtava tekijä. Liikuntalääketieteessä fyysisellä inaktiivisuudella tarkoitetaan lihasten niin vähäistä aktiivisuutta, ettei se riitä stimuloimaan elimistön rakenteita tai toimintoja niiden säilymiseksi normaaleja toimintoja vastaavina. Lihasten voiman ja kestävyuden säilymiseksi sekä uusiutumisen turvaamiseksi tarvitaan tietty määrä fyysistä aktiivisuutta. Jos fyysinen aktiivisuus on riittämätöntä, on vaarana terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen. (Vuori, 2000a, 118; Vuori, Taimela & Kujala, 2005,20.)

Tutkimusten mukaan fyysinen aktiivisuus pidentää elinikää. Viikoittainen liikunta, joka vastaa 1000 kcal:in kulutusta, pienentää kuolleisuutta 30 %. Fyysisesti aktiivinen elämäntapa myös suojaa monilta yleisiltä pitkäaikaissairauksilta, kuten sepelvaltimotaudilta, kohonneelta verenpaineelta, aivohalvaukselta, aikuistyypin diabetekselta, osteoporoosilta ja paksunsuolensyövältä. Liikunnan määrään ovat yhteydessä myös alaselän oireet, luuston vahvuus, tasapaino ja iäkkäiden fyysinen toimintakyky. Lyhyt aikaisia myönteisiä vaikutuksia kohtuullisesti kuormittavalla liikunnalla on saatu aikaan myös ihmisen immuunijärjestelmässä. (Vuori, 2000a, 118; Kesäniemi, 2003; Fogelholm, 2007.)



Huonoon kuntoon ja fyysisesti passiiviseen elämäntapaan liittyviä sairauksia ovat paksusuolensyöpä, rintasyöpä, tyyppin 2 diabetes, sepelvaltimotauti ja aivoverenkiertohäiriöt sekä muistin häiriöt ja iäkkäillä Alzheimerin tauti. Kaikki terveytensä kannalta liian vähän liikkuvat eivät sairastu liikkumattomuuteen liittyviin sairauksiin. Sairauksien syntyyn vaikuttavat myös monet muut asiat kuin fyysinen inaktiivisuus. Liikunnan vaikutukset vaihtelevat yksilöittäin, mikä johtuu osaltaan perintötekijöistä. Perinnöllisen alttius ei aina johda sairastumiseen ja sen vaikutusta voidaan ehkäistä terveellisillä elämäntavoilla. Liikunnan vaikutukset eivät kaikkien sairauksien osalta ole yhtä vahvoja ja myös tieteellisen näytön vahvuus eri sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa vaihtelee näytön perusteella hyvästä heikkoon. (Vuori, 2003b, 21–23; Vuori, 2005, 11,18–19; Fogelholm, 2007.)

### 2.3 Liikunnan vaikutukset eri sairauksien yhteydessä

Sydän- ja verisuonisairauksissa liikunnalla pyritään vaikuttamaan näiden sairauksien riskitekijöihin. Hyviä tuloksia on saatu sepelvaltimotaudin hidastamisessa ja kohonneen verenpaineen alentamisessa. Liikunnalla on myönteisiä vaikutuksia veren kolesterolipitoisuuksiin. Korkeaa verenpainetta voidaan hoitaa liikunnan avulla jopa lääkkeettömästi. (Kesäniemi, 2003.)

Fyysinen inaktiivisuus, ylipaino ja perinnölliset tekijät altistavat aikuisiän diabetekselle. Aikuisiän diabeteksen hoidossa liikunnalla on merkittävä osuus. Fyysisen aktiivisuuden lisääminen vaikuttaa lihasten insuliiniherkkyyteen. Lisäksi liikunta vaikuttaa veren suurentuneeseen triglyserolipitoisuuteen ja lisää veren HDL-kolesterolin määrää. Vähintään kerran viikossa suoritettu liikunta vähentää aikuisiän diabetekseen sairastumista noin 30 % verrattuna harvemmin liikkuviin. (Poskiparta, Kasila, Kettunen & Kiuru, 2004.)

Liikunnan avulla voidaan ehkäistä osteoporoosia. Nuorella iällä aloitettu luuston hyvinvoinnista huolehtiminen (liikunta) hidastaa luuston haurastumista vaihdevuosi-iässä. Luusto jaksaa sitä paremmin, mitä enemmän sitä rasitetaan. Osteoporoosin ehkäisyn kannalta hyviä liikuntamuotoja ovat nopeus- ja iskutyypiset lajit. Yleisesti puhutaan ns. luuliikunnasta. Esimerkkejä tästä ovat reipas kävely, rauhallinen hölkkä, portaiden kulkeminen, aerobic ja kuntosaliharjoittelu. (Terveyskirjasto, 2005.)

Liikunnalla on tutkimusten mukaan myönteinen merkitys lihavuuden ehkäisyssä. Liikunnan terveysvaikutukset ovat lihavilla selkeämmät kuin normaalipainoisilla. Ylipainon vaara pienenee fyysisesti aktiivisilla noin 50 % verrattuna fyysisesti passiivisiin henkilöihin. Liikunnalla, lihavuudella ja unella on keskinäisiä yhteyksiä. Näillä on merkitystä työterveyden ja työturvallisuuden kannalta. Molemmat sekä vähäinen liikunta että lihavuus ovat yhteydessä huonoon unen laatuun ja pöytäikäiseen väsymykseen, jopa silloin kun syytekijöiden joukosta on pois suljettu uniapnea. (Mustajoki, 2000; Fogelholm, 2007.)

Tutkimusten mukaan liikunnalla on myönteinen yhteys henkiseen hyvinvointiin. Liikuntaa onkin käytetty myös masennuksen hoidossa. Esimerkiksi päivittäisen stressin hallinta onnistuu fyysisesti aktiivisilta henkilöiltä paremmin kuin fyysisesti passiivisilta henkilöiltä. Tähän on esitetty kolme syytä: liikunnan harrastajat tuntevat itsensä reippaammiksi ja energisimmiksi, stressin aiheuttamat aineenvaihdunnalliset reaktiot ovat pienempiä hyväkuntoisilla ja liikunta vie ajatukset pois stressiä aiheuttavista tekijöistä. (Fogelholm, 2007.)

Tutkimustieto liikunnan positiivisista vaikutuksista lisääntyy ja tarkentuu jatkuvasti. Liikunta ja lääketieteen asiantuntijoiden laatimat liikuntasuositukset ovat olemassa jo yleisimpiin sairauksiin ja vaivoihin. Edelleen tarvitaan lisää tietoa liikunnan yksityiskohtaisista vaikutusmekanismeista, annos-vastesuhteista, vaikutusten yksilöllisestä vaihtelusta terveillä ja sairailta sekä tietoa eri tarkoituksiin tarvittavan liikunnan turvallisuudesta ja toteutettavuudesta eri henkilöillä ja väestöryhmissä. (Vuori ym. 2005,680–681; Hietaniemi & Rajala, 2007.)

## 2.4 Terveysliikunnan suositus

Terveysliikunnan suositukset vaihtelevat hieman riippuen mitä lähdettä käytetään. Tässä opinnäytetyössä käytetty suositus perustuu Yhdysvaltain terveysministeriön asiantuntijaryhmän (Physical Activity and Health 1996), WHO:n ja FIMS:n asiantuntijaryhmän (WHO 1995), ACSM:n (American College of Sports Medicine) ja CDC:n (Center of Disease Control) asiantuntijaryhmän (Pate 1995), NIH:n (National Institute of Health) konsensustyöryhmän (1996) sekä The European Heart Network: Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in the European Union (1999) työryhmän antamiin suosituksiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2000, 6.) Näitä suosituksia käytetään myös Suomessa. (Vuori, 1999, 79; Vuori, Taimela & Kujala, 2005, 420–421; Kukkonen-Harjula & Vuori, 2005; Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2000, 6.)

Toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämiseksi jokaisen aikuisen tulisi harrastaa useampina päivinä viikossa ja mieluiten päivittäin kohtuullisesti rasittavaa liikuntaa tai muuta fyysistä aktiivisuutta vähintään 30 minuutin ajan yhtenä tai useampana jaksena. Tätä suositusta noudattamalla ei saavuteta kaikkia liikunnan terveysvaikutuksia ja se tuottaa vain osan hyödyistä täysimääräisesti. Suositus onkin lähempänä vähimmäis- kuin optimaalista suositusta. (Vuori, 2000b; Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2000, 6.)

Vähintään 30 minuutin fyysinen aktiivisuus voi koostua useista erilaisista toiminnoista. Esimerkkeinä voidaan mainita portaiden nousu, puutarhan hoito, haravointi, lumitöiden tekeminen, tanssiminen ja työmatkan tai osan siitä kulkeminen jalan tai polkupyörällä. Suosituksen mukaisen 30 minuutin liikuntatuokion voi toteuttaa myös kunto- tai virkistysliikuntana, esimerkiksi hölkkäämällä, tennistä pelaamalla, uimalla tai pyöräilemällä. Runsaan kolmen kilometrin pituinen kävelylenkki täyttää terveysliikunnan perustarpeen normaalikuntoisella aikuisella. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2000, 6.)

### 3 TERVEYSLIIKUNTANEUVONTA

Terveysliikuntaneuvonta käsitteellä tarkoitetaan terveydenhuollossa terveysneuvontaa, jonka sisältö liittyy liikuntaan. Terveysliikuntaneuvonta on yksi henkilökohtaisen terveysneuvonnan sisältöalue, samoin kuin esimerkiksi ravitsemusneuvonta. Taitava terveysliikuntaneuvonta on osallistuvien osapuolten, ammattihenkilön ja asiakkaan keskinäistä neuvottelua. Taitavan neuvottelun luonnetta kuvaavat osapuolten tasapuolinen vuorovaikutus, asiakkaan kuuleminen, vähittäinen eteneminen, asiakkaan aktiivinen osallistuminen päätöksen tekoon sekä ongelmanratkaisuun. Terveysliikuntaneuvonnan ammattilaisen tehtävänä on perehtyä asiakkaan tilanteeseen, näkemyksiin ja tarpeisiin. Terveysliikuntaneuvojan on muokattava asiantuntemustaan niihin sopiviksi ja käytännönläheisiksi ehdotuksiksi. (Tuominiemi, 2006, 17; Fogelholm & Vuori, 2005, 216–217.)

Terveysliikuntaneuvonnan on todettu olevan tuloksellista silloin kun potilas pääsee itse aktiivisesti osallistumaan toiminnan suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen sekä seuraamaan näiden toteutumista. Terveysliikuntaneuvonta edellyttää terveydenhuollon ammattilaiselta ammatillista osaamista potilaan itsemääräämisoikeutta loukkaamatta. Neuvontaa ei vain anneta, vaan se toteutuu molempien osapuolten vuorovaikutuksena. Neuvonnan tarvetta määrittävät sekä lääkäri että potilas. (Estabrooks, 2003; Suomen Lääkäriliitto, 2005, 131–132.)

Yleisten ohjeiden jakamista, kehottelua tai kertaluonteisten neuvojen antamista ei pidetä varsinaisena terveysliikuntaneuvontana. Suullista terveysliikuntaneuvontaa toteutetaan usein enemmän tai vähemmän saarnaava muistuttavin keinoin. Tämän on todettu olevan tehoton työskentelytapa silloin, kun potilaiden pitäisi muuttaa elintapojaan. Suora kehoitus, taivuttelu, autoritaarisuus ja valvonta johtavat usein muutosvastarintaan eikä haluttuja muutoksia saada aikaan. Tämä saattaa olla turhauttavaa sekä lääkärin että potilaan kannalta. (Tavast, 2002; Mustajoki, 2003; Fogelholm ym. 2005, 216–217.)

Liikuntaneuvontaa työkaluna tulisi kehittää ja avainasemassa on potilaan motivaatio tai motivoituminen. Tähän tavoitteeseen päästään tasa-arvoisen keskustelun, syyllistämättömän informaation ja vastuun antamisen kautta. Nämä antavat potilaalle eväät sisäisen motivaation kehittymiselle. (Tavast, 2002; Mustajoki, 2003.)

Terveysliikuntaneuvonta voi kohdistua sairauksien ehkäisyyn tai hoitoon, kuntoutukseen ja terveydentilan edistämiseen sekä ylläpitämiseen. Terveysliikuntaneuvonta voi olla primaarista, sekundaarista, tertiääristä tai opportunistista. Kun neuvonta kohdistuu terveisiin henkilöihin, puhutaan primaaripreventiosta. Sekundaaripreventiossa neuvonta kohdistuu jo sairastuneisiin henkilöihin ja sen tarkoituksena on estää sairauden kroonistuminen tai eteneminen ja auttaa palauttamaan henkilön terveydentila sairautta edeltävälle tasolle. Tertiäärinen preventio kohdistuu jo parantumattomasti sairaille. Tällöin potilaalle annetaan ohjeita mahdollisimman terveen elämän ylläpitämiseen sekä ohjeita siihen, miten ehkäistä sairaudesta aiheutuvia mahdollisia komplikaatioita, ongelmia ja rajoituksia. Opportunistisesta liikuntaneuvonnasta puhutaan silloin, kun potilaalle annetaan terveysliikuntaneuvontaa, vaikka hän olisi hakeutunut terveydenhuollon ammattihenkilön luo jonkin muun syyn kuin terveysliikuntaneuvonnan vuoksi. Terveydenhuollossa liikuntaneuvonta on yleensä sekundaarista preventiota. (Ewles & Simnett, 1995, 24–25; Vertio, 2003, 573; Kumpusalo ym. 2005, 249–250.)

### 3.1 Terveysliikuntaneuvonta perusterveydenhuollossa

Kansanterveyslain 1972 mukaan terveyden edistäminen kuuluu perusterveydenhuollon tehtäviin. Terveysliikunnan paikallisiin suosituksiin on kerätty tietoperustaa terveysliikunnasta. Suositukset on osoitettu kunnille ja niissä erityisesti perusterveydenhuololle ja terveysliikuntapalveluja tuottaville tahoille. Terveysliikunnan paikallisten suositusten mukaan kuntien tarjoaman perusterveydenhuollon tulee liittää terveyttä edistävä liikunta kiinteäksi osaksi sairauksien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2000, 5–6, 15.)

Terveysliikunnan edistäminen toteutuu terveydenhuollossa väestölle suunnattuna terveystietokirjallisuutena, yksilöiden ja ryhmien neuvontana ja ohjauksena. Perusterveydenhuollossa edistetään terveysliikuntaa myös vaikuttamalla liikunnan toteutumisen edellytyksiin ja toimimalla eri tahojen kanssa yhteistyössä esimerkiksi huolehtimalla palveluketjujen toimivuudesta ja osallistumalla terveyden edistämisen hankkeisiin. Terveysliikuntaneuvonta terveydenhuollossa edellyttää liikuntaohjelman laatimista asiakkaalle terveysliikuntaneuvonnan yhteydessä. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2000, 13–15; Vuori, 2003a, 600; Kumpusalo ym. 2005, 250.)

Terveydenhuollontehtäviin ei kuulu varsinaisten liikuntapalvelujen järjestäminen. Asiakkaille tulisi kuitenkin avata reittejä liikuntapalveluihin ja ohjattuihin liikuntamuotoihin siitä riippumatta, kuka vastaa terveysliikuntaneuvonnasta. Perusterveydenhuollon haasteena on kehittää toimintamalleja, joissa henkilöstön määrä, potilasmäärät, ajankäyttö ja työnjako otettaisiin huomioon siten, että laadukas terveysneuvonta toteutuisi. (Kosunen, 2007.)

### 3.2 Lääkäri terveysliikuntaneuvojana

Yleislääkärin työn yhtenä osana on terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy. Lääkärin toteuttaman terveyden edistämistyön tavoitteena on potilaan elämänlaadun parantaminen, sairauden tai haitan ehkäisy ja odotettavissa olevan eliniän pidentäminen. Lääkärin terveyttä edistävän ja ennaltaehkäisevän työn tavoitteena on myös rohkaista potilasta ottamaan vastuu omasta terveydestään ja auttaa potilasta hallitsemaan omaa elämäänsä. (Kumpusalo, 2005, 251.)

Lääkäreillä on liikuntaneuvonnan antamisessa merkityksellinen asema, sillä he tapaavat inaktiivisia henkilöitä vastaanotollaan päivittäin. Suomessa aikuisväestöstä 80 % käy lääkäreiden vastaanotolla ainakin kerran vuodessa. Lääkäreillä on siis oivallinen tilaisuus tavoittaa terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvat henkilöt ja antaa heille joko suoraa terveysterapeuttia tai ainakin ohjata heidät muualle saamaan liikkumista tukevia ohjeita. Lääkäri vastaa potilaan diagnoosista, päättää lääketieteellisestä hoidosta ja arvioi mahdolliset kontraindikaatio (hoidon vasta-aihe) fyysisen aktiivisuuden aloittamiselle tai lisäämiselle. Kontraindikaatioita voivat olla esimerkiksi vaikea verenpaine ja sydämen rytmihäiriö. (Swinburn, ym. 1998; Estabrooks ym. 2003; Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila, 2004).

Lääkärillä on potilaan liikuntaneuvonnassa yleensä käynnistävä ja tukeva osuus. Liikuntaneuvonnan tuloksellisuus edellyttää, että keskustelu on henkilökohtaista ja konkreettista. Lääkärin työn osana on potilaan terveysterapeuttia eri sairauksien yhteydessä, jolloin lääkäri kartoittaa rajoittaako sairaus liikuntaa ja aiheuttaako liikunta lisävaaraa. Potilaat kokevat lääkäreiden antamat ohjeet yleensä tärkeinä, sillä lääkäreillä on terveysterapeuttia tarvittavaa auktoriteettia. Lääkärin kannanotto sekä asian määrätietoinen ilmaiseminen liittyen asiakkaan liikuntatottumuksiin, näyttää olevan liikuntaneuvonnan lopputuloksen kannalta tärkeää. (Swinburn, ym. 1998; Vuori, 2003a, 600; Fogelholm ym. 2005, 226–227; Kukkonen-Harjula & Vuori, 2005.)

Liikuntaneuvonnan toteuttamistapoja ovat esimerkiksi suullinen tai kirjallinen ohjaus. Lääkäreiden yleisimmin toteuttama terveysterapeuttia tapa on suullinen ohjaus. Kirjallisten ohjeiden ja fysioterapeuttien käyttö terveysterapeuttia neuvonnassa on vähäistä. Laadukkaan terveysterapeuttia toteutumiseksi olisi tärkeää, jos lääkärin antamaa terveysterapeuttia seuraa potilaan pitkäaikainen työskentely terveydenhoitajan tai fysioterapeutin kanssa. Vähän liikkuvat tarvitsevat usein ammattilaisen henkilökohtaista opastusta ja tukea, jotta potilaan aloittama fyysinen aktiivisuus säilyisi eikä keskeytyisi. (Lääkärikysely, 2002 Estabrooks ym. 2003; Starck 2003; Ståhl, 2004a; Aittasalo, 2006.)

### 3.3 Terveysliikuntaneuvonnan haasteet

Fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja muutosten ylläpitäminen terveysterveystieteiden avulla on todettu olevan haastavaa. Tämä asettaa lääkärin ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten terveysterveystieteiden tiedoille ja taidoille omat vaatimuksensa. Heidän olisi hyvä tuntea elintapoihin liittyvät käyttäytymisen muutokset, sillä potilaiden valmius ja motivaatio muuttaa senhetkistä käyttäytymistään vaihtelevat. (Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila, 2004.)

Tuloksekkaan terveysterveystieteiden toteutumisen kannalta olisi tärkeää, että terveydenhuollon ammattilainen osaisi tunnistaa millaista terveysterveystieteiden potilas kaipaa juuri tämän hetkessä elämäntilanteessa, sillä potilaan muutoksen vaihe ratkaisee miten hänen kanssaan tulisi edetä. Potilaalle voidaan antaa terveysterveystieteiden vaikka hän ei ole valmis muutoksiin. Neuvonta on hyödyttömiä, jos potilas ei vielä ole motivoitunut tekemään muutoksia. Ohjausresurssit ovat rajallisia, joten ne kannattaa suunnata niille, jotka ovat halukkaita muuttamaan elämäntapojaan. (Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila, 2004.)

Sen lisäksi, että terveydenhuollon ammattilaiset tuntevat potilaan käyttäytymisen taustalla olevat seikat, lääkäreiltä vaaditaan tietoa myös liikuntaohjelman laatuudesta, liikunnan vaikutuksista sekä vasta-aiheista. Liikuntaohjelman on oltava yksilöllinen vastaten potilaiden indikaatioihin (hoidon aihe). Pysyäkseen ajan hermolla, terveydenhuollon ammattilaisten on perehdyttävä uusimpaan liikuntalääketieteen tutkimustietoon, joka lisääntyy koko ajan. Potilasta on helpompi saada motivoitumaan liikkumaan vakuuttavalla tutkimustietoon pohjautuvalla argumentoinnilla kuin ympäröivillä kommentteilla ja kehoituksilla liikunnan lisäämisestä. Tarvetta terveysterveystieteiden neuvontaan on vapaa-ajan liikunnan ja sairauskirjon perusteella. Myös väestö kokee terveysterveystieteiden tärkeänä, sillä aiempien tutkimuksien mukaan potilaiden suhtautuminen terveysterveystieteiden neuvontaan on positiivista ja sillä on selkeä väestön tuki- ja tarve. (Tavast, 2002; Ståhl, 2004a, Ståhl, Borodulin, Kujala & Jousilahti, 2004b; Marshall ym. 2005; Vuori, Taimela & Kujala, 2005, 680.)



### 3.4 Lääkärin terveysterveystaneuvontaa estäviä tekijöitä

Lääkärin toteuttama terveysterveystaneuvonta ei välttämättä ole suosittu aikana, jolloin terveyskeskuslääkäreiden vastaanotot ruuhkautuvat ja syrjäkunnissa puolestaan yritetään selvittää ilman vakituisia lääkäreitä. Lääkärin vastaanottokäynnin kesto on Duodecimin Yleislääketieteen kirjan mukaan suomalaisissa terveyskeskuksissa keskimäärin 13–17 minuuttia. Terveysterveystaneuvonta vie aikaa, jota lääkärin vastaanotolla on rajoitetusti käytössä. (Luoto, 2004; Kumpusalo ym. 2006, 62.)

Ajan rajallisuus on ongelma, sillä elämäntapamuutokset eivät tapahdu hetkessä. Potilaan fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen ja ylläpitäminen eivät onnistu hyvin toteutettunakaan kertaluonteisten kehotusten avulla, vaan se edellyttää pitkäjänteistä toimintaa, johon kuuluu suunnitelmallinen potilaan liikkumisen tukeminen ja seuranta. Ihanteellisessa tilanteessa hoitosuhde saman lääkärin kanssa jatkuu pitkään. Tällöin lääkärillä on mahdollisuudet pitkällä aikavälillä koittaa saada potilasta motivoitumaan elämäntapamuutoksiin. (Miilunpalo & Aittasalo, 2002; Kumpusalo ym. 2006, 251.)

Vastaanottoajasta kilpailevat myös monet muut asiat, joten terveysterveystaneuvonta on vain yksi huomioon otettavista asioista. Terveysterveystaneuvonta jää usein toissijaiseksi hoitomuodoksi. Usein sairauden sijaan hoidetaan riskiä sairastua ja sitä hoidetaan nimenomaan lääkkeillä. Tällöin toissijaiseksi jää elintapoihin kohdistuva lääketeito. Lääkäreiden toimenkuvaan kuuluvan terveysterveystaneuvonnan vähentyminen vain lääkkeillä hoidettavaksi ennaltaehkäisyksi lisää edelleen lääketeitoon kustannuksia, jotka kasvavat jo nykyisellään jatkuvasti. Lääkärit saattavat usein jättää puuttumatta potilaan elintapoihin, sillä he pitävät sitä potilasta syyllistävänä ja liiallisena itsemääräämisoikeuteen puuttumisena. Lisäksi terveysterveystaneuvonnan vähäisyyteen voivat vaikuttaa potilaan alentunut kyky osallistua neuvontaan tai potilaan aikaisemmat kielteiset kokemukset neuvonnasta. Kaikesta huolimatta lääkäri ei voi sivuuttaa sairauden ehkäisyyn ja hoitoon liittyvää neuvontaa, sillä lääkärillä on ammatillinen velvoite ottaa esille potilaan terveyttä haittaavat elintavat sekä kertoa hänelle riskeistä ja rohkaista elintapa muutoksiin. (Suomen Lääkäriliitto 2005, 131–32; Kosunen, 2007.)

## 4 TERVEYSLIIKUNTA OSANA LÄÄKÄREIDEN PERUS- JA TÄYDENNYSKOULUTUSTA

Lääkäri -98 tutkimuksen mukaan lääkäreiden peruskoulutuksen koetaan yleisesti vastaavan lääkärin työtä kohtalaisen hyvin. Parantamisen varaa koettiin olevan erityisesti kuntoutuksen, hallinnon, suunnittelun ja terveystalouden koulutuksessa. Myös yhteistyö sosiaalitoimen ja kunnan eri palvelusektoreiden kanssa vaatisi enemmän paneutumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon tekemän selvityksen mukaan 69 % vastanneista lääkäreistä oli sitä mieltä, että koulutus antaa huonot valmiudet eri sektoreiden väliseen yhteistyöhön. Saman selvityksen mukaan kolmannes lääkäreistä toteaa peruskoulutuksen vastaavan huonosti terveyden edistämistä ja neuvontaa. Liikuntalääketiede on melko marginaalinen oppiaine lääkärikoulutuksessa. Terveystalouden henkilöstölle terveyden edistämisen mieltäminen yhteisölliseksi toiminnaksi on vierasta niin terveydenhoitajien, sairaanhoitajien kuin lääkäreidenkin peruskoulutuksessa. (Tavast, 2002; Kosunen, 2007.)

Lääkäreiden ammatti tarjoaa monia vaihtoehtoja ja suuntautumismahdollisuuksia. Peruskoulutuksen yhtenä haasteena on sijoittaa siihen kaikki lääkärin monimuotoisen ammatin kannalta tarpeelliset ainekset ja silti pitää opetusohjelman laajuus järkevänä. Hyppölä kuvaa artikkelissaan osuvasti oman kiinnostuksen vaikuttavuutta tiedon omaksumiseen sanomalla, että valitettavasti kannettu vesi ei kaivos- sa pysy. Lääkärin ammatti on monipuolinen, joten on mahdotonta kouluttaa kaikista opiskelijoista ammattilaisia jokaisella lääkärin työn aihealueella. Lääkärin omasta kiinnostuksesta riippuu, minkä aihealueen erikoisosaaja hänestä tulee. (Hyppölä, 1998; Kumpusalo ym. 2005, 585.)

Lääkäreillä täydennyskoulutus on ammattiin kuuluva oikeus ja eettinen velvollisuus. Täydennyskoulutusta ohjaavat lainsäädäntö ja henkilöstön tarve pysyä ajan tasalla. Perusterveydenhuollossa erityisen haasteen täydennyskoulutukselle muodostaa moniammatillisuus. Täydennyskoulutus pitää sisällään perus- ja jatkokoulutuksen jälkeisen ammattitaidon ylläpitämisen, kehittämisen ja syventämisen. (Kumpusalo ym. 2005, 609; Torppa, 2006, 571.)

Lääkärit kehittävät täydennyskoulutuksen avulla osaamistaan ja työskentelyään siten, että se vastaa joustavasti potilaiden ja terveydenhuollon muuttuviin tarpeisiin. Tämän seurauksena lääkärin työ on tuloksekasta ja iloa tuottavaa. (Kumpusalo ym. 2005, 609; Torppa, 2006, 571.)

Lääkäriliiton suosituksen mukaan jokainen lääkäri on oikeutettu ja veloitettu työnantajan kustannuksella työpaikan ulkopuoliseen täydennyskoulutukseen vähintään 10 päivää vuodessa. Lisäksi lääkärin työaikaan tulee sisältyä vähintään viisi tuntia viikossa työpaikan sisäistä täydennyskoulutusta, kuten meeting-toimintaa ja mahdollisuutta omatoimiseen opiskeluun. Lääkäriliiton tekemien selvitysten mukaan nämä suositusten minimimäärät eivät vielä täyty. (Uotila, 2002; Kumpusalo ym. 2005, 609–612.)

Suurimpia ongelmia täydennyskoulutuksen toteutumisessa ovat puutteellinen rahoitus, huonot osallistumismahdollisuudet, koulutustarjonnan sattumanvaraisuus, sisällön vaihteleva laatu sekä epätasainen alueellinen ja erikoisalakohtainen kattavuus. Henkilökohtaisen koulutus- tai kehityssuunnitelman itselleen laatii vain joka neljäs lääkäri. Ilman suunnitelmallisuutta asiantuntijalla on taipumus hankkia täydennyskoulutusta niistä asioista, jotka ovat hänelle jo ennestään tuttuja. (Kumpusalo ym. 2005, 609–612.)

## 5 TERVEYSLIIKUNNAN PALVELUKETJU

Palveluketju on toimintamalli, jossa potilaan ongelmakokonaisuuden vaatimat toimet muodostavat ajasta, paikasta ja toteuttamisorganisaatioista riippumattoman kokonaisuuden. Palveluketju on moniulotteinen toimintamalli. Sen käyttö on kokeiluasteella, joten myöskään sen sisältö ei ole ehtinyt vielä vakiintua. Palveluketju on toimintatapa, jossa ammattilaisten verkostomaisella yhteistyöllä sekä ammattilaisen ja asiakkaan vuorovaikutuksella on keskeinen tehtävä. Palveluketjua toteutettaessa on tärkeää nähdä sekä julkisen ja yksityisen että kolmannen sektorin palvelut yhdenvertaisina. Palveluketjuun perustuvassa toimintamallissa kehitetään kaikkien näiden toimijoiden yhteistyötä. Palveluketjuun perustuvaan toimintamalliin kuuluu, että palvelujen antamisen kokonaisuus suunnitellaan, palvelujen antamista ja asiakkaan kulkua ketjussa ohjataan ja toimintakykyä seurataan. Koska palveluketju on organisaatorajat ylittävä toimintatapa, edellyttää sen hallinta sopimista ketjun tavoitteista ja palveluista sen toteuttamiseen osallistuvien eri toimijoiden kesken. (Nouko-Juvonen, Ruotsalainen & Kiikkala, 2000, 15, 20–23.)

Liikuntakäyttämisen muutos on hidas prosessi, jossa tarvitaan jokaisen ammattilaisen ja ammattiryhmän panosta. Eri toimijoiden yhteistyö ja asiakaslähtöinen palveluketju tukevat liikuntaa aloittavan asiakkaan siirtymistä omaehtoiseksi liikujaksi. Terveysliikunnan edistämiseksi osavastuu on terveydenhuollolla ja sillä on siihen myös suuria mahdollisuuksia. Ilman terveydenhuollon vahvaa panosta terveysliikunta ei lisäänty valtakunnallisesti läheskään parhaalle mahdolliselle tasolle. Potilaiden arvostamina asiantuntijoina terveydenhuollon ammattihenkilöillä on hyvät edellytykset vahvistaa asiakkaittensa myönteisiä asenteita ja pyrkimyksiä. Myönteisten tulosten saavuttaminen edellyttää kuitenkin yhteiskunnallista vaikuttamista sekä järjestelmällistä yksittäisten potilaiden neuvontaa, ryhmässä tapahtuvaa ohjausta ja kokeilua. (Vuori, 2000a; UKK-instituutti, 2007.)

Avoterveydenhuollossa terveydenhuollonammattilainen ei aina huolehdi asiakkaan tai potilaan terveysliikuntaneuvonnasta yksin alusta loppuun. Terveysliikuntaneuvonnan yhteisiä linjoja ja toimintaperiaatteita ei ole monellakaan toimipaikalla sovittu. Yhteisten käytäntöjen puuttuminen vähentää terveysliikuntaneuvonnan vaikuttavuutta, sillä se häiritsee työntekijän keskittymistä neuvontaan, hämmentää asiakkaita ja aiheuttaa neuvontaprosessin katkeamista kesken. Jos toimipaikassa ei ole valmiiksi kartoitettu erilaisten asiakkaiden neuvontapolkuja, ei myöskään neuvontaan ohjaaminen toteudu. (Fogelholm ym. 2005, 226–227; Nourko-Juvonen ym. 2000, 15.)

Saumattoman terveysliikunnan palveluketjun kehittämisen tarkoituksena on, että saman potilaan kanssa työskentelevät terveydenhuollon ammattihenkilöt toimisivat yhteisen kartan mukaisesti. Tällä hetkellä useiden potilaiden muutoshalukkuus sammuu ja neuvontaprosessit katkeavat kesken vain siksi, että ohjaavan otteen sijasta tapahtuu ”lähettämistä”. (Fogelholm ym. 2005, 226–227; Estabrooks ym. 2003.)

## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Karhukuntien perusterveydenhuollon terveystieteiden palveluketjun nykyistä tilannetta lääkäreiden vastaanottokäynnin yhteydessä toteuttaman terveystieteiden neuvonnan osalta.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten lääkärit suhtautuvat terveystieteiden neuvontaan?
2. Miten lääkärit toteuttavat vastaanottokäynnin yhteydessä terveystieteiden neuvontaa?
3. Onko lääkäreillä tarvetta terveystieteiden neuvonnan koulutukseen?
4. Millainen terveystieteiden palveluketju on tutkittavissa organisaatioissa ja kokevatko lääkärit tarvetta terveystieteiden palveluketjun kehittämiseen?

## 7 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tässä opinnäytetyössä käytettiin rinnakkain sekä määrällistä että laadullista tutkimustapaa ja -aineistoa. Määrällisen eli kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla pyrittiin kartoittamaan olemassa olevaa tilannetta. Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla pyrittiin ymmärtämään ja tulkitsemaan syitä ja merkityksiä. Tutkimuksen avulla haettiin vastauksia tutkimusongelmiin ja pyrittiin tekemään päätelmiä ja yleistyksiä tutkimusjoukosta. Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena, joka on tapa kerätä tietoa laajasta perusjoukosta otoksen avulla. Perusjoukosta poimittiin otos, jolta kerättiin tietoa kyselemällä. Otanta suoritettiin harkinnanvaraisesti. Aineisto kerättiin kyselykaavakkeella. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin postikyselyä. Otoksen tulokset yleistettiin perusjoukkoon. (Koivula, Suihko & Tyrväinen 1999, 23–26, 46; Heikkilä 2004, 16–19; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 125–130, 168–169.)

### 7.1 Kohderyhmä ja sen valinta

Tässä tutkimuksessa perusjoukkona on Karhukuntien perusterveydenhuollon vastaanottotyötä tekevät lääkärit. Tutkimukseen valittiin mukaan neljä kuntaa/kaupunkia Karhukunnista (N=11): Pori (Porin kaupungin terveysvirasto), Noormarkku (Noormarkun terveysasema), Kokemäki (Kokemäen terveyskeskus) ja Luvia (Luvian terveyskeskus). Kyseiset kunnat valittiin, jotta kartoitukseen saatiin mukaan väestömäärältään erikokoisia Karhukuntia (Liite 1). Tutkimuksella pyrittiin tavoittamaan noin puolet valittujen kuntien lääkäreistä. Johtavat lääkärit ilmoittivat omassa organisaatiossa vastaanottotyötä tekevien lääkäreiden kokonaismäärät, joista puolelle lähetettiin kyselykaavake. Johtavat lääkärit organisoiivat kyselykaavakkeiden jaon lääkäreille.

## 7.2 Tutkimusmittari: kyselykaavake

Tässä tutkimuksessa käytettiin tutkimusmittarina kyselykaavaketta (Liite 2). Kyselykaavake laadittiin pohjautuen teorian tietoon ja tutkimusongelmiin. Kyselykaavakkeen laadinnassa käytettiin apuna kahden aiemman lääkäreiden liikuntaneuvontaan liittyvän tutkimuksen kyselykaavakkeita (Liite 3, Liite 4) (Starck, 2003; Ståhl 2005). Kyselykaavake sisälsi strukturoituja (kysymykset 1, 2, 4, 5, 6, 10, 11 ja 13) ja puolistrukturoituja kysymyksiä (kysymykset 3, 7, 8, 9, 12, 14 ja 15). Puolistrukturoiduissa kysymyksissä lääkäreiden toivottiin tarkentavan vapaasti vastauksiaan. Tällä tavoin toivottiin saatavan mahdollisesti esille sellaisia näkökulmia, joita ei välttämättä kyselykaavaketta laadittaessa ollut etukäteen osattu ajatella (Hirsijärvi 2000, 186; Heikkilä 2004, 50–52).

Kysymyksissä yksi ja kaksi selvitettiin vastanneiden lääkäreiden taustatietoja. Kysymyksillä selvitettiin lääkäreiden ikä- ja sukupuolijakauma. Taustatietoja ei hyödynnetty tutkimustuloksissa. Vastauksia ei haluttu eritellä vaan niitä käsiteltiin yhtenä kokonaisuutena, jotta vastaajia ei voida yksilöidä.

### 7.2.1 Lääkäreiden suhtautuminen terveysterveystietoon

Kysymyksissä kolme, neljä ja viisi selvitettiin lääkäreiden suhtautumista terveysterveystietoon. Kysymyksillä selvitettiin lääkäreiden näkemystä lääkärin toteuttaman terveysterveystieton soveltuvuudesta perusterveydenhuoltoon ja lääkäreiden näkemystä terveysterveystieton merkityksestä sairauksien ehkäisyssä, sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa. Kysymys kolme oli puolistrukturoitu kysymys. Lääkäreiden toivottiin tarkentavan vapaalla vastauksella terveysterveystieton soveltumattomuutta perusterveydenhuoltoon.



### 7.2.2 Lääkäreiden vastaanottokäynnin yhteydessä toteuttama terveystuokuntaneuvonta

Kysymyksissä kuusi, seitsemän, kahdeksan, yhdeksän ja kymmenen selvitettiin lääkäreiden toteuttamaa terveystuokuntaneuvontaa vastaanottokäynnin yhteydessä. Kysymyksillä selvitettiin lääkärin antaman terveystuokuntaneuvonnan määrällistä toteutumista, lääkäreiden käyttämiä tapoja antaa terveystuokuntaneuvontaa ja aikaa, joka lääkäreiltä kuluu terveystuokuntaneuvontaan vastaanottokäynnin yhteydessä. Kysymykset seitsemän, kahdeksan ja yhdeksän olivat puolistrukturoituja kysymyksiä. Lääkäreiden toivottiin tarkentavan vapaalla vastauksella käyttämiään muita tapoja antaa terveystuokuntaneuvontaa (kysymys seitsemän), käyttämäänsä muuta yleisintä terveystuokuntaneuvonnan tapaa (kysymys kahdeksan) ja syitä fysioterapeutin vastaanotolle ohjaamattomuuteen (kysymys yhdeksän).

### 7.2.3 Lääkäreiden terveystuokuntaneuvonnan koulutuksen tarve

Kysymyksissä 11, 12 ja 13 selvitettiin lääkäreiden tarvetta terveystuokuntaneuvonnan koulutukseen. Kysymyksillä selvitettiin lääkäreiden arviota omasta osaamisesta terveystuokuntaneuvojana, lääkäreiden lisäkoulutusta terveystuokuntaneuvonnan antamisesta ja lääkäreiden tarvetta lisäkoulutukseen liittyen terveystuokuntaneuvontaan. Kysymys 12 oli puolistrukturoitu kysymys. Lääkäreiden toivottiin tarkentavan vapaalla vastauksella lisäkoulutustaan terveystuokuntaneuvonnan antamisesta.

### 7.2.4 Terveystuokunnan palveluketju

Kysymyksessä 14 selvitettiin tutkittavan organisaation terveystuokunnan palveluketjua. Kysymyksellä selvitettiin onko organisaatiossa terveystuokunnan palveluketju ja jos on, millainen nykyinen ketju on. Kysymys 14 oli puolistrukturoitu kysymys. Lääkäreiden toivottiin tarkentavan vapaalla vastauksella lääkäreiden organisaatiossa olevaa terveystuokunnan palveluketjua (kysymys 14).

### 7.2.5 Lääkäreiden kokema terveysliikunnan palveluketjun kehittämisen tarve

Kysymys 15 koski lääkäreiden kokemaa tarvetta terveysliikunnan palveluketjun kehittämiseen. Kysymyksellä selvitettiin lääkäreiden kokemaa tarvetta terveysliikunnan palveluketjun kehittämiseen ja millainen lääkäreiden mielestä olisi toimiva ja hyvä ketju. Kysymys 15 oli puolistrukturoitu kysymys. Lääkäreiden toivottiin tarkentavan vapaalla vastauksella koettua terveysliikunnan palveluketjun kehittämisen tarvetta kuvaamalla lääkärin mielestä toimiva ja hyvä ketju (kysymys 15).

### 7.3 Tilastolliset menetelmät

Tutkimustulosten analysoinnissa käytettiin Excel -taulukkolaskentaohjelmaa. Ohjelman avulla strukturoitujen kysymyksien vastaukset muunnettiin graafiseen muotoon pylväsdiagrammeiksi. Työn kannalta oleelliset tulokset on esitetty kaavioin. Puolistrukturoituihin kysymyksiin vastanneiden lääkäreiden tarkentavat vastaukset koottiin yhteen kysymyksittäin. Ne kirjattiin tutkimustulosten yhteyteen suorina lainauksina. Pohdinta -osioon kerättiin kommentteja ja huomautuksia kyselykaavakkeista, jotka eivät suoranaisesti vastanneet merkintäkohdan kysymykseen. Merkittävänä aineistona myös ne haluttiin sisällyttää tutkimukseen suorina lainauksina.

### 7.4 Tutkimuksen toteutus

Kyselytutkimus toteutettiin joulukuussa 2006 – helmikuussa 2007. Tutkimusprosessi aloitettiin joulukuun alussa varmistamalla puhelimitse johtavien lääkäreiden yhteystiedot (postitus- ja sähköposti-osoite). Johtavia lääkäreitä tiedotettiin 11.12.2006 sähköpostitse tulevasta tutkimuksesta. Samana päivänä johtaville lääkäreille lähetettiin postitse tutkimuslupa-anomus (Liite 5), jonka liitteenä olivat tutkimussuunnitelma, kyselykaavake (Liite 2) ja saatekirje (Liite 6).

Tutkimuslupa-anomuksen yhteydessä johtavia lääkäreitä pyydettiin ilmoittamaan omassa organisaatiossa vastaanottotyötä tekevien lääkäreiden kokonaismäärä ja osallistumaan tutkimukseen organisoimalla kyselykaavakkeiden jako lääkäreille tai ilmoittamaan toimivampi ratkaisu tutkimuksen toteuttamiseen (Liite 7). Ehdotettu menettelytapa sopi kaikille tutkimusluvan myöntäneille johtaville lääkäreille.

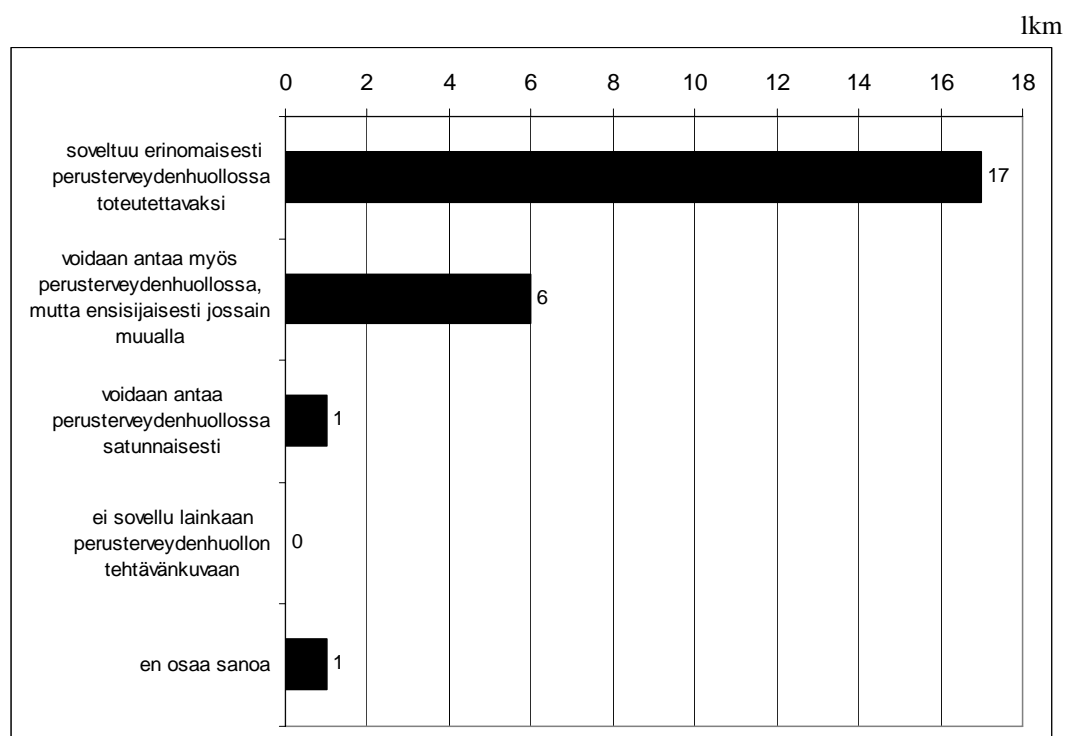
Tutkimuslupa (Liite 8, Liite 9, Liite 10) saatiin kolmesta organisaatiosta: Porin terveysvirasto, Kokemäen terveyskeskus ja Noormarkun terveysasema. Luvian terveyskeskukseen ei saatu tutkimuslupaa. Johtavat lääkärit ilmoittivat omassa organisaatiossa vastaanottotyötä tekevien lääkäreiden määrän, jonka mukaisesti (50 % kokonaismäärästä) kyselykaavakkeita 1.1.2007 postitettiin. Johtavat lääkärit organisoivat kyselykaavakkeiden jaon lääkäreille. Kyselykaavakkeita lähetettiin yhteensä 30 kappaletta. Kyselykaavakkeen mukana oli saatekirje ja palautuskuori. Kyselyyn osallistuvat lääkärit postittivat itse kyselykaavakkeen takaisin. Vastausaikaa varattiin kaksi viikkoa. Vastausta toivottiin 15.1.2007 mennessä. Johtavia lääkäreitä muistutettiin edellä mainittuna päivänä sähköpostitse kyselykaavakkeiden palauttamisesta.

Palautuspäivään 15.1.2007 mennessä kyselykaavakkeita palautui kolme kappaletta (10 %). Ennen uusintakyselyn toteuttamista kyselykaavakkeita tiedusteltiin puhelimitse: yhdessä organisaatiossa kyselykaavakkeet oli kokonaan unohdettu jakaa. Tähän organisaatioon ei toteutettu uutta kyselyä vaan sovittiin, että aiemmin lähetetyt kyselykaavakkeet jaetaan lääkäreille. Uusintakysely toteutettiin 25.1.2007 (uudet kyselykaavakkeet organisaatioihin, joista vastauksia puuttui). Uusintakyselyssä vastausaikaa varattiin viikko. Vastausta toivottiin 2.2.2007 mennessä. Kyselykaavakkeen palautti 25 lääkäriä. Kyselyyn vastasi 83 % lääkäreistä (N=30).

## 8 TULOKSET

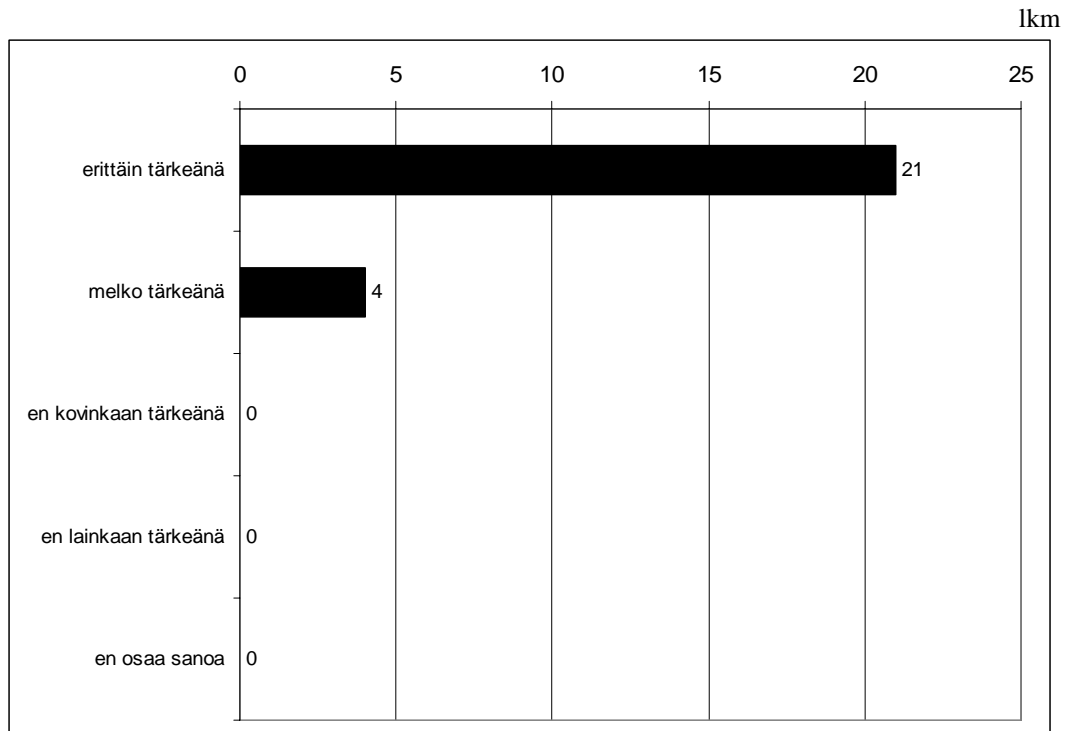
### 8.1 Lääkäreiden suhtautuminen terveysteollikuntaneuvontaan

Lääkäreistä 17 (68 %) vastasi, että terveysteollikuntaneuvonta soveltuu erinomaisesti toteutettavaksi perusterveydenhuollossa (KUVIO 1). Kuusi (24 %) lääkäriä vastasi, että terveysteollikuntaneuvontaa voidaan antaa myös perusterveydenhuollossa, mutta ensisijaisesti jossain muualla. Yksi (4 %) lääkäri vastasi, että terveysteollikuntaneuvontaa voidaan antaa perusterveydenhuollossa satunnaisesti. Yksi lääkäri (4 %) valitsi vaihtoehdon: en osaa sanoa. Kukaan lääkäreistä ei valinnut vaihtoehtoa: terveysteollikuntaneuvonta ei sovellu lainkaan perusterveydenhuollon tehtävänkuvään.



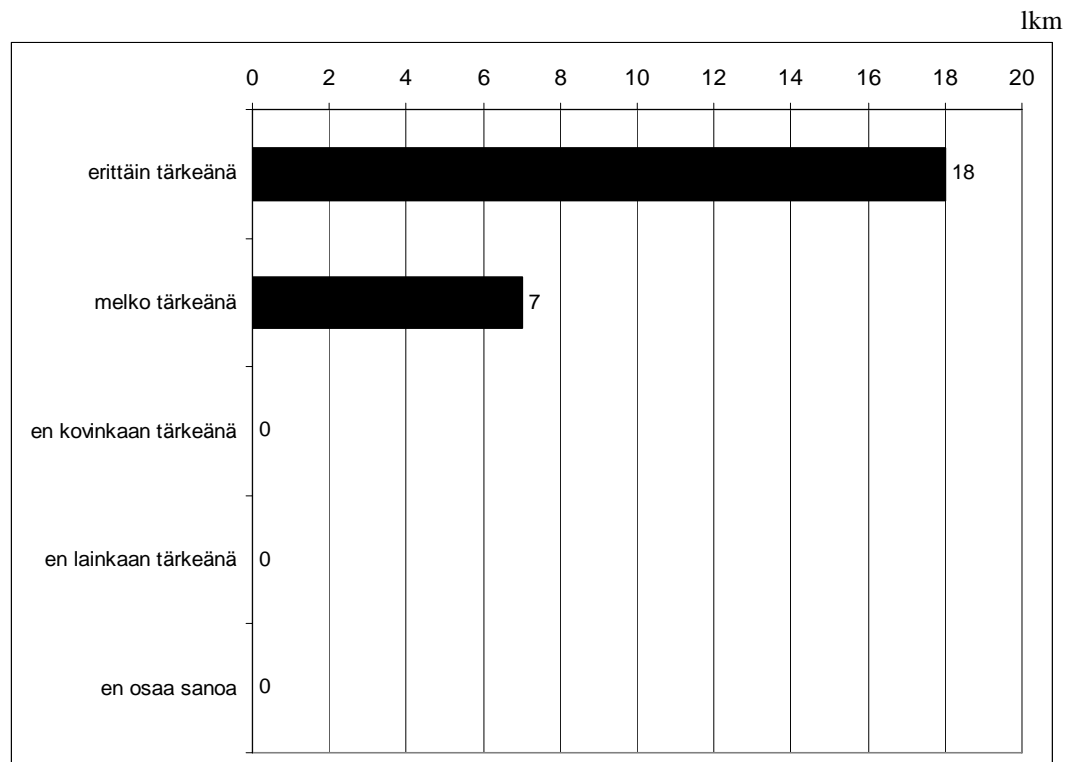
KUVIO 1. Vastanneiden lääkäreiden näkemys lääkärin toteuttaman terveysteollikuntaneuvonnan soveltuvuudesta perusterveydenhuoltoon (n=25)

Lääkäreistä 21 (84 %) näkee terveystiikunnan merkityksen erittäin tärkeänä ja neljä (16 %) melko tärkeänä sairauksien ehkäisyssä (KUVIO 2). Kaikki vastaukset sijoittuivat vaihtoehtoihin erittäin tärkeä/melko tärkeä.



KUVIO 2. Vastanneiden lääkäreiden näkemys terveystiikunnan merkityksestä sairauksien ehkäisyssä (n=25)

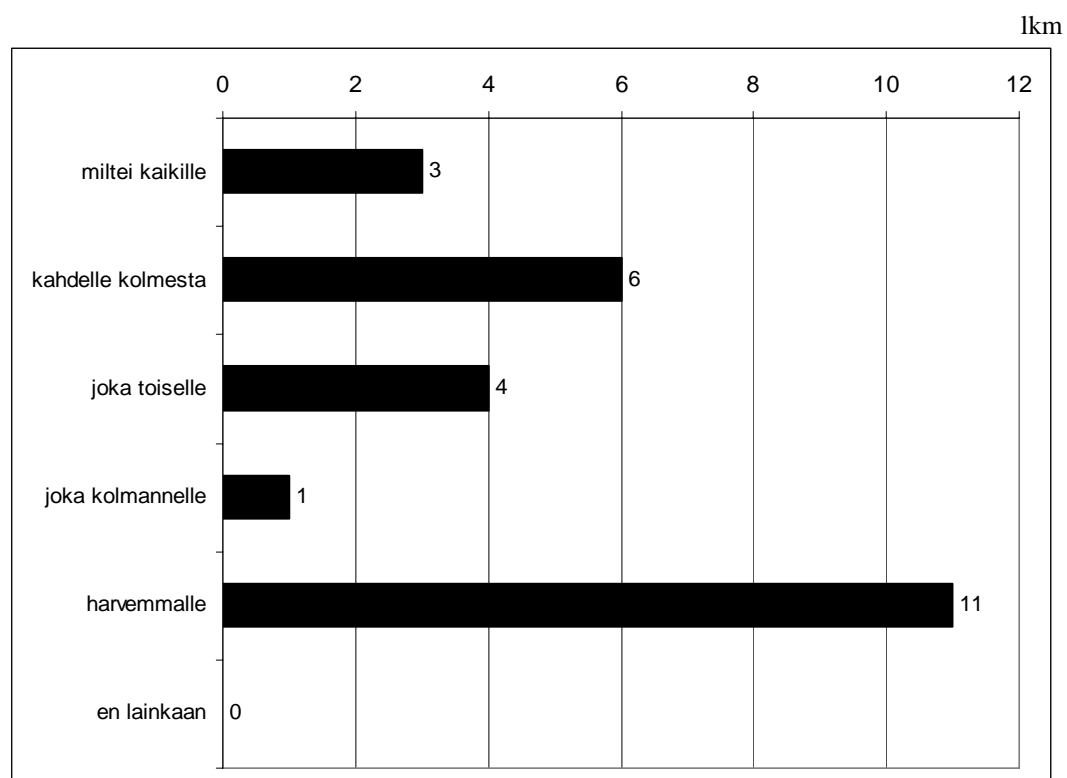
Lääkäreistä 18 (72 %) näkee terveystiikunnan merkityksen erittäin tärkeänä ja 7 (28 %) melko tärkeänä sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa (KUVIO 3). Kaikki vastaukset sijoittuivat vaihtoehtoihin erittäin tärkeä/melko tärkeä.



KUVIO 3. Vastanneiden lääkäreiden näkemys terveystiikunnan merkityksestä sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa (n=25)

## 8.2 Lääkäreiden vastaanottokäynnin yhteydessä toteuttama terveysterveystaneuvonta

Lääkäreistä kolme (12 %) antaa terveysterveystaneuvontaa miltei kaikille, kuusi (24 %) kahdelle kolmesta, neljä (16 %) joka toiselle, yksi (4 %) joka kolmannelle ja 11 (44 %) harvemmalle (KUVIO 4). Lääkäreistä kukaan ei valinnut vaihtoehtoa: en lainkaan. Vaihtoehdon valinneille oli annettu ohje siirtyä kysymykseen 11. Näin ollen kysymyksiin seitsemän, kahdeksan, yhdeksän ja kymmenen vastasivat kaikki lääkärit.

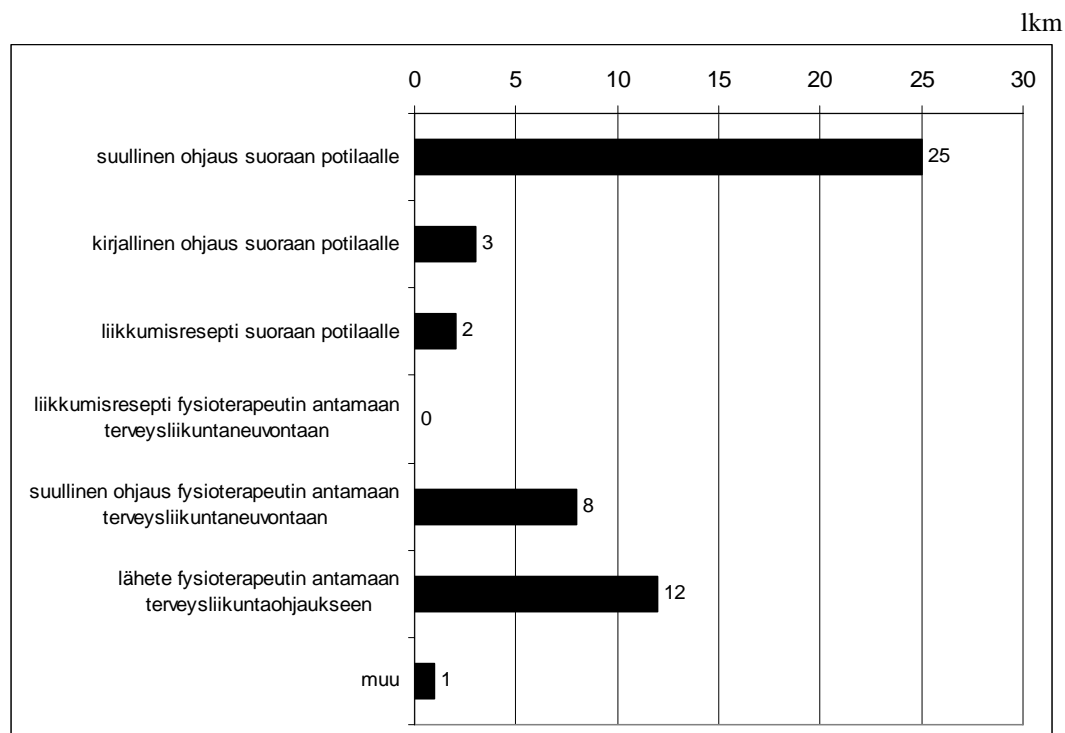


KUVIO 4. Vastanneiden lääkäreiden antaman terveysterveystaneuvonnan määrällinen toteutuminen (n=25)

Kaikki lääkärit käyttävät suullista ohjausta suoraan potilaalle (KUVIO 5). Lääkäreistä kolme käyttää kirjallista ohjausta suoraan potilaalle, kaksi lääkäriä käyttää liikkumisreseptiä suoraan potilaalle, kahdeksan lääkäriä käyttää suullista ohjausta fysioterapeutin antamaan terveysterapeuttaneuvontaan ja 12 lääkäriä käyttää lähetettyä fysioterapeutin antamaan terveysterapeuttaneuvontaan. Kukaan lääkäreistä ei valinnut vaihtoehtoa: liikkumisresepti fysioterapeutin antamaan terveysterapeuttaneuvontaan. Yksi lääkäri käyttää terveysterapeuttaneuvontaan muuta tapaa:

*Epäsuora viittaus ylipainoon tms. että jotain pitäisi tehdä.*

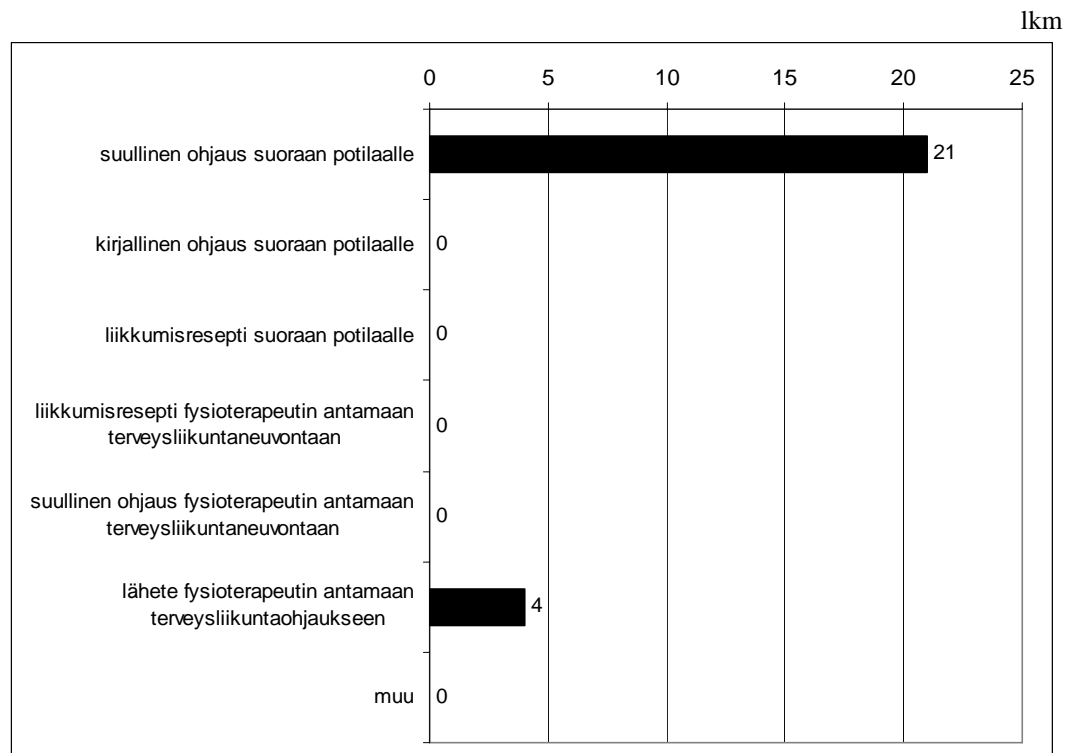
Annetuista vaihtoehdoista ohjattiin valitsemaan yksi tai useampi.



KUVIO 5. Vastanneiden lääkäreiden käyttämiä tapoja antaa terveysterapeuttaneuvontaa (yksi tai useampia) (n=25)



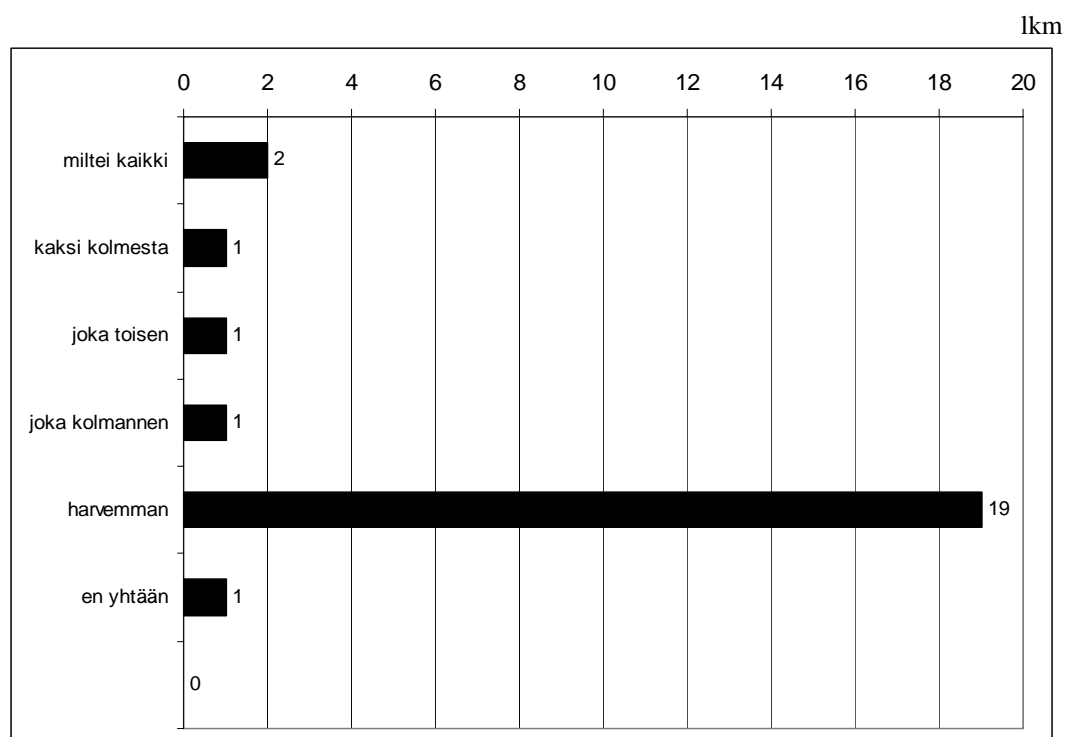
Lääkäreistä 21 (84 %) käyttää yleisimmin suullista ohjausta suoraan potilaalle ja neljä (16 %) lääkäriä käyttää lähetettä fysioterapeutin antamaan terveystoimintaohjaukseen (KUVIO 6). Muita vaihtoehtoja ei valittu.



KUVIO 6. Vastanneiden lääkäreiden yleisimmin käyttämä tapa (yksi) antaa terveystoimintaohjaukseen (n=25)

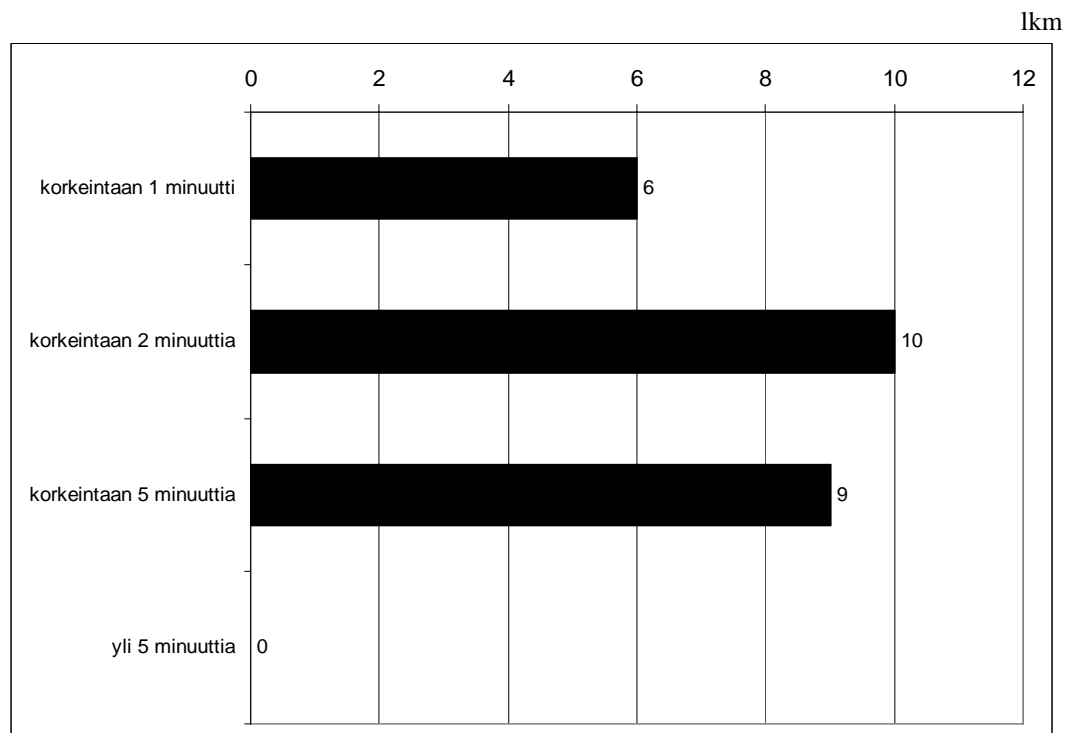
Kaksi (8 %) lääkäriä lähettää jatko-ohjaukseen fysioterapeutin antamaan terveysterapeuttaneuvontaan miltei kaikki, yksi (4 %) lääkäri kaksi kolmesta, yksi (4 %) lääkäri joka toisen, yksi (4 %) lääkäri joka kolmannen ja 19 (76 %) lääkäriä harvemman (KUVIO 7). Yksi lääkäri (4 %) ei ohjaa yhtään potilasta fysioterapeutin antamaan terveysterapeuttaneuvontaan:

*Ei ole sallittua!? Yksityispuolelle annan, johtanee passiivihoidoihin tosi vaivaisille! En ole tyytyväinen nykytilanteeseen. Fysioterap. kapasiteetti, resurssit eivät riitä alkuunkaan mihinkään. Tarttis PALJON enemmän voida ohjata heille!*



KUVIO 7. Vastanneiden lääkäreiden fysioterapeutin vastaanotolle terveysterapeuttaneuvonnan jatko-ohjaukseen lähettämä potilasmäärä (n=25)

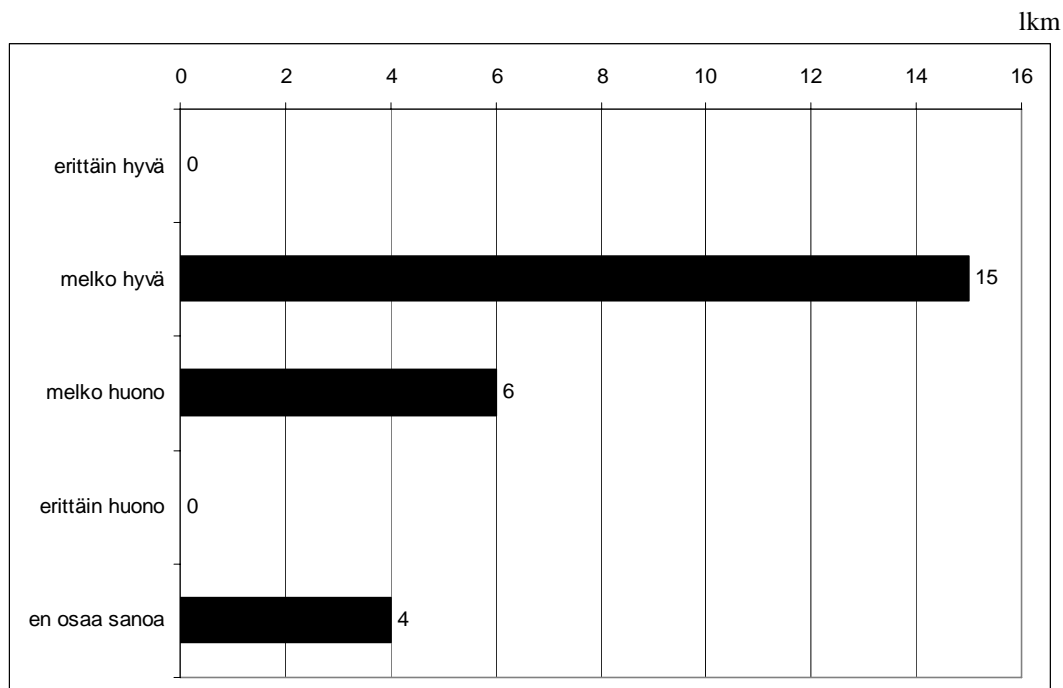
Lääkäreistä kuusi (24 %) käyttää neuvontaan aikaa korkeintaan yhden minuutin, kymmenen (40 %) lääkäriä korkeintaan kaksi minuuttia ja yhdeksän (36 %) lääkäriä korkeintaan viisi minuuttia (KUVIO 8). Lääkäreistä kukaan ei valinnut vaihtoehtoa: yli viisi minuuttia.



KUVIO 8. Vastanneiden lääkäreiden arvio terveystalkkaneuvontaan kuluva ajasta vastaanotokäynnin yhteydessä (n=25)

### 8.3 Lääkäreiden terveystieteiden koulutuksen tarve

Lääkäreistä 15 (60 %) arvioi oman osaamisensa terveystieteiden neuvonantajana melko hyväksi ja kuusi (24 %) melko huonoksi (KUVIO 9). Lääkäreistä neljä (16 %) valitsi vaihtoehdon: en osaa sanoa. Lääkäreistä kukaan ei valinnut vaihtoehtoja: erittäin hyvä/erittäin huono.



KUVIO 9. Vastanneiden lääkäreiden arvio omasta osaamisesta terveystieteiden neuvonantajana (n=25)

Lisäkoulutusta terveystieteiden neuvonantamisen antamisesta ei ole 23 (92 %) lääkärillä.

Lisäkoulutusta on kahdella (8 %) lääkärillä:

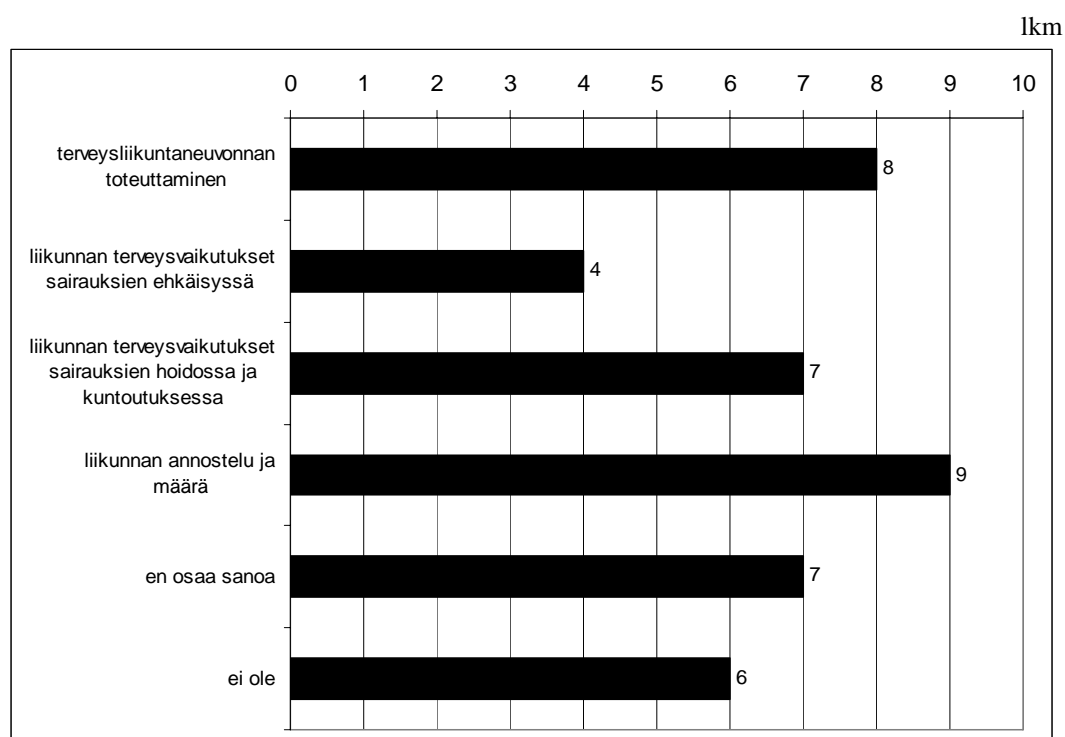
*Itseopiskelu. Kuntoilijan käsikirja. Liikuntalääketiede.  
Joitain koulutustilaisuuksia.*

*Hoidan vanhuksia*

- *tutkittua tietoa mikä parhaiten auttaa kotona selviytymisessä, tasapainossa*
- *ohjattua toimintaa?*
- *kirjallista materiaalia?*

Lääkäreistä kahdeksalla on tarve lisäkoulutukseen terveysliikuntaneuvonnan toteuttamisessa, neljällä lääkäriellä liikunnan terveystvaikutuksista sairauksien ehkäisyssä, seitsemällä lääkäriellä liikunnan terveystvaikutuksista sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa ja yhdeksällä lääkäriellä liikunnan annostelusta ja määrästä (KUVIO 10). Seitsemän lääkäriä valitsi vaihtoehdon: en osaa sanoa. Kuusi lääkäriä valitsi vaihtoehdon: tarvetta terveystliikuntaneuvonnan lisäkoulutukseen ei ole.

Annetuista vaihtoehdoista ohjattiin valitsemaan yksi tai useampi.



KUVIO 10. Vastanneiden lääkäreiden tarve lisäkoulutukseen liittyen terveystliikuntaneuvontaan (yksi tai useampia) (n=25)

#### 8.4 Terveysliikunnan palveluketju

Vastanneista lääkäreistä (n=24) 18 (75 %) lääkärin organisaatiossa ei ole terveysterveysliikunnan palveluketjua. Kuuden lääkärin (25 %) organisaatiossa on terveysterveysliikunnan palveluketju (kaikki kuvailivat nykyistä ketjua):

*Luo – diab.hoitaja – kuntoutus esim. painonhallintaryhmä.*

*Kuntoutusjaksot tk-sairaalassa.*

*Avokuntoutus tk:ssa + yksityispuolella.*

*?*

*Neuvonta-aika mahdollista saada,*

*mutta enemmän yksilöidyn ongelman auttamiseksi.*

*On paljon tahoja, jotka palveluja antavat,*

*mutta sijaisena en osaa selvää ketjua tai*

*jatkumoa tahojen välille muodostaa.*

*Terveysterveystenhoitaja – lääkäri – fysioterapeutti.*

*Kuntoneuvola, fysioterapeutit.*

## 8.5 Lääkäreiden kokema terveysliikunnan palveluketjun kehittämisen tarve

Neljä lääkäriä ei vastannut kysymykseen 15. Vastanneista lääkäreistä (n=21) neljä (19 %) ei koe kehittämistä tarpeelliseksi. Läkäreistä 17 (81 %) kokee kehittämisen tarpeelliseksi (11 lääkäriä kuvaili toimivaa ja hyvää ketjua):

*Eikös Keski-Suomessa jo suoraan esim. selkäpotilaat ohjaukseen fysioterapeutille (MediUtiset pe)? Viikon sisään kun saisi konsultatio, riittäisi, opastus, ohjaus, neuvonta nimenomaan mitä liikkeitä. Mutta tällaista EI OLE kuntapuolella resursoitu. Minun tuntemissani paikoissa esim. TRE 3 kk jono!?*

*En osaa.*

*Tk-resursseja lisää. Laihdutusryhmiä lisää.*

*Ohjatut liikuntaryhmät, joihin voisi ohjata potilaita. Työssäkäyviä ajatellen pitäisi olla myös illalla järjestettäviä ryhmiä.*

*Lääkäri ym. ohjaavat potilaan asian hyvin osaavalle fysioterapeutille tai liikuntaohjaajalle.*

*Lisää fysioterapeutteja ja ”liikuntahoitajia”, jotka voisivat vetää aloittelevien liikkujien ryhmiä. Tällä hetkellä aloitus on pitkälti potilaan omasta motivaatiosta kiinni.*

*Lääkärin ohjaamana fysioterapeutille.*

*Fysioterapeutteja käytetty perinteisesti vaivan hoitoon ja ohjantaan. Voitaisiin käyttää myös terveysliikuntaan motivoimiseen. Tosin rajapinta on veteen piirretty viiva, nytkin ohjantaan kuuluu mahdollisuus osallistua ryhmiin, mahdollisuus tutustua ohjatusti kuntosaliin kipinän saamiseksi...*

*Riskiryhmän ihmisiä pitäisi pakottaa liikkumaan etuuksiensa eteen (lue kela-korvaus lääkkeistä tms.).*

*Lääkäri → terveydenhoitaja → tarvittaessa fysioterapeutti.*

*Tk-lääkärillä pitäisi olla samanlainen kanava terveysliikuntaan ohjaamisessa kuten esim.*

- ravitsemusterapeutti
- astmahoitaja
- diabeteshoitaja

*eli vastaava kuin ohjauskäynnit jonkin nivelen vaivan vuoksi fysioterapeutille → ohjauskäynti terveysliikuntaan.*

## 9 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

### 9.1 Lääkäreiden suhtautuminen terveysliikuntaneuvontaan

Lääkärit suhtautuvat yleisellä tasolla positiivisesti terveysliikuntaneuvontaan. Valtaosan mielestä lääkärin toteuttama terveysliikuntaneuvonta soveltuu perusterveydenhuoltoon. Kaikki lääkärit näkevät terveysliikunnan merkityksen sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa tärkeänä. Yhdessä vastauksessa oli alleviivattu sanat *terveysliikunnan merkitys sairauksien hoidossa*. Alleviivattuun kohtaan oli lisätty kysymysmerkki. Mahdollisesti merkintä kertoo, että asia on vieras vastaajalle.

Aiemmin on tehty tutkimus liikuntaneuvonnan toteutumisesta erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen tulosten mukaan liikuntaneuvonnan arvioidaan soveltuvan myös erikoissairaanhoidon, mutta ensisijaisesti neuvonnan katsottiin soveltuvan paremmin mm. työterveyshuoltoon ja terveystieteisiin. (Starck, 2003).

Ståhl ym. toteaa tutkimuksessaan, että liikuntaneuvonnalla on selkeä väestön tuki ja tarve. Tutkimuksen mukaan liikuntaneuvontaa ja -motivointia terveydenhuollossa tulee lisätä. (Ståhl, 2004a, Ståhl ym. 2004b). Neuvonnan tarpeen ja tarjonnan sovittaminen yhteensopiviksi on haasteellinen tehtävä.

### 9.2 Lääkäreiden vastaanottokäynnin yhteydessä toteuttama terveysliikuntaneuvonta

Kaikki lääkärit antavat terveysliikuntaneuvontaa, kuitenkin määrällinen toteutuminen vaihtelee lääkäreittäin. Aittasalon tutkimuksen mukaan lääkärit toteuttavat vastaanotolla melko vähän liikuntaneuvontaa (Aittasalo ym. 2006). Myös tämän opinnäytetyön tuloksien mukaan voidaan todeta lääkäreiden toteuttaman neuvonnan olevan vähäistä. Yhdessä vastauksessa oli perusteltu vähäistä neuvonnan toteuttamista.

*Ei ehdi enempää.*



Lääkäreiden yleisin tapa antaa terveysterapeuttaneuvontaa on suullinen ohjaus suoraan potilaalle, kaikki lääkärit käyttävät sitä. Kirjallisen ohjauksen käyttö on vähäistä. Samankaltaisia tuloksia on saatu myös aiemmissa tutkimuksissa. (Aittasalo, 2006; Starck 2003; Ståhl, 2004a; Lääkärikysely, 2002). Tämän tutkimuksen mukaan lääkärin terveysterapeuttaneuvontaan käyttämä aika on korkeintaan viisi minuuttia. Vastaanottoajan keskimääräiseen pituuteen (17 minuuttia) suhteutettuna tämä on helposti ymmärrettävissä (Lempiäinen 2005). Lääkärin käytössä oleva aika ei tue tuloksellista terveysterapeuttaneuvonnan toteuttamista, sillä liikuntakäyttämisen muutos on pitkäkestoinen prosessi (Miilunpalo & Aittasalo, 2002; Kumpusalo ym. 2006,251; Vuori, 2000a).

Toiseksi yleisin lääkäreiden käyttämä tapa antaa terveysterapeuttaneuvontaa on lähehe fysioterapeutin antamaan terveysterapeuttaneuvontaan – kuitenkin fysioterapeuttien käyttö on vähäistä. Myös Fogelholm ja Poskiparta toteavat fysioterapeuttien käytön terveysterapeuttaneuvonnassa olevan vielä vähäistä. (Fogelholm & Vuori 2005; Poskiparta 2004).

Liikuntakäyttämisen muutos, tässä fyysisen aktiivisuuden lisääminen, voidaan toteuttaa tehokkaammin, jos lääkärin keskustelua seuraa pidempiaikainen työskentely esimerkiksi fysioterapeutin tai terveydenhoitajan kanssa (Estabrooks ym. 2003). Yksityisen sektorin fysioterapeuttien tarjoama passiivinen hoito nostettiin esiin epätyytyttävänä vaihtoehtona. Yhdessä vastauksessa todettiin, ettei fysioterapeutille lähettäminen ole sallittua ja yhdessä perusteena yhteistyön puuttumiselle mainittiin, ettei tällaisesta käytännöstä ole sovittu. Yhteistyön tarve nousi esiin. Lisää yhteistyötä fysioterapeuttien kanssa toivottiin. Estäväksi tekijäksi yhteistyölle nousi epäily fysioterapeuttien resurssien riittävydestä. Yksi lääkäri vastasi käyttävänsä epäsuoraa huomauttelua. Syyllistävällä interventiomallilla ei todennäköisesti saada aikaan positiivisia tuloksia (Mustajoki, 2003).

Yhteistä perusterveydenhuollossa toteutettavaa käytäntöä ei näyttäisi olevan. Valtaosa toteutetusta terveysterapeuttaneuvonnasta näyttää olevan kertaluontoista ja ajallisesti lyhyttä. Lyhyellä interventiolla ei välttämättä saada aikaan muutosta potilaan fyysisessä aktiivisuudessa.

Lääkäriin turhautuminen neuvonnan tuloksettomuuteen on ymmärrettävissä, jos puuttuminen toistuvasti ei johda mihinkään. Neuvontatyöhön koulutettu lääkäri luultavammin toteuttaisi työtään tuloksellisemmin ja tämän myötä myös kokisi työnsä terveyden edistäjänä mielekkäämmäksi. Potilas mahdollisesti muuttuisi inaktiivista aktiiviksi liikkujaksi ja saavuttaisi liikunnan tarjoamia hyötyjä. Näin ollen sekä lääkäri että potilas hyötyisivät.

### 9.3 Lääkäreiden terveystuokuntaneuvonnan koulutuksen tarve

Vastanneiden lääkäreiden arviot omasta osaamisesta terveystuokuntaneuvojana vaihtelevat jonkin verran. Yli puolet lääkäreistä arvioi oman osaamisensa terveystuokuntaneuvojana melko hyväksi. Lääkäreiden terveystuokuntaneuvontaan liittyvä täydennyskoulutus on harvinaista. Terveystuokuntaneuvontaan liittyvää täydennyskoulutusta on kahdella vastanneella lääkäriellä. Molemmat ilmoittivat, että täydennyskoulutus on hankittu pääasiassa itseopiskeluna sekä joistakin koulutustilaisuuksista.

Lääkäreiden kokema terveystuokuntaneuvontaan liittyvän täydennyskoulutuksen tarve vaihtelee huomattavasti. Lääkäreistä noin puolet kokee tarvitsevansa täydennyskoulutusta. Toinen puolikas ei joko osannut sanoa tai ei koe tarvetta täydennyskoulutukseen. Yksi lääkäri oli valinnut en osaa sanoa -vaihtoehdon. Lääkäri täydensi vastaustaan ristiriitaisella kommentilla.

*Jkv vähän kaikessa kai.*

Koettu tarve ohjaa hakeutumista koulutukseen ja myös koulutuksen järjestämisen tarvetta. Terveystuokuntaneuvonnan tietämys jakaantuu luultavasti tällä hetkellä lääkäreiden keskuudessa epätasaisesti, koska koulutuksen hankkimiseen vaikuttaa oma henkilökohtainen mielenkiinto. Tieteelliseen näyttöön perustuvan terveystuokuntaneuvonnan täydennyskoulutus saattaisi vaikuttaa positiivisesti terveystuokunnan palveluketjun kehittymiseen ja terveystuokuntaneuvonnan konkreettiseen toteutukseen.

#### 9.4 Terveysliikunnan palveluketju

Tässä tutkimuksessa terveystliikunnan palveluketju on harvinainen. Kaikki lääkärit (6), joiden organisaatiossa on palveluketju, kuvasivat organisaatiossaan olevaa ketjua. Lääkäreiden kuvaukset ovat toisistaan eriäviä. Yksi vastaaja aloitti vastauksensa kysymysmerkillä ja jatkoi, että neuvontaa kyllä annetaan, mutta enemmän yksilöityyn ongelmaan. Terveystliikunnan palveluketju -terminä saattoi olla vastaajille uusi: kahden lääkärin vastauksessa ilmeni epävarmuus terveystliikunnan palveluketjun olemassaolosta omassa organisaatiossa ja yksi lääkäreistä jätti kokonaan vastaamatta tähän kysymykseen. Vastauksista poimittuina, terveystliikunnan palveluketjun toimijoina nähtiin diabeteshoitaja, terveydenhoitaja, lääkäri ja fysioterapeutti. Lääkäri ei ollut mukana kaikissa kuvatuissa terveystliikunnan palveluketjuissa. Yhteen vastauksista oli lisätty huomautus.

*Toisaalta on parempi, että tämän toteuttaa joku muu, esim. fysioterapeutti.*

Kutakin mainittua nimikettä oli käytetty listauksissa vain kerran, poikkeuksena fysioterapeutti, joka mainittiin kahdesti. Palveluketjun kuvauksissa mainittiin myös kuntoneuvola sekä kuntoutus. Yleisesti voidaan todeta, että kuvatut ketjut ovat toisistaan merkitsevästi poikkeavia.

Esiin nousi myös sijaisen näkökulma tehdä työtä osana terveystliikunnan palveluketjua: ketjun hahmottaminen koettiin vaikeaksi. Työntekijöiden vaihtuvuus heikentää luonnollisesti työhön paneutumista esimerkiksi palveluketjun toiminnan osalta. Palveluketjun kannalta työntekijöiden pysyvyys olisi hyödyllistä.

Nouko-Juvonen ym. toteavat, että palveluketju on moniulotteinen toimintamalli, jota vasta ollaan ottamassa käyttöön ja että siten sen sisältö ei ole vielä ehtinyt vakiintua (Nouko-Juvonen ym. 2000). Edellä kuvattujen terveystliikunnan palveluketjujen eriäväisyys mukailee tätä toteamusta.

Terveystliikuntapalveluketjun kehittymisen ja kehittämisen edellytys on eri ammattiryhmien välinen yhteistyö. Palveluketjussa jokaisella toimijalla tulisi olla selkeä kuva omasta tehtävästään ja osuudestaan osana ketjua.

Jokaisen toimijan tulisi olla selvillä eri toimijoiden välisestä työnjaosta, jotta terveysliikunnan palveluketju saataisiin toimivaksi ja saumattomaksi. Toimiva ketju syntyy yhteistyössä moniammatillisesti. Ketjun osista rakentuu kokonaisuus. Tuloksellinen terveysliikunnan palveluketju rakentuu jokaisessa ketjun osassa annettavaan ei-ristiriitaiseen tietoon. (Nouko-Juvonen ym. 2000, 15; Estabrooks ym. 2003; Fogelholm ym. 2005, 226–227.)

Esimerkiksi lääkärin aloittama terveysliikuntaneuvonta ei johda toivottuun tulokseen (elämäntapamuutos), jos jatkohoito (fysioterapia) toteutuu passiivisina hoitoina. Yhdessä vastauksessa esiin nousi palveluketjun ristiriitainen toteutuminen.

*Fysioterapeutin ohjausta käytän paljonkin, riippuu siitä, mitä terveysliikuntaneuvonnalla tarkoitetaan. En ymmärrä sillä niska-selkävaivaisten ym. neuvontaa ja ohjausta, joka on meillä tyypillisesti fysioterapeuttien antamaa neuvontaa.*

Toimiva terveysliikunnan palveluketju asettaa uusia haasteita moniammatilliselle yhteistyölle.

#### 9.5 Lääkäreiden kokema terveysliikunnan palveluketjun kehittämisen tarve

Lääkäreiden kokema terveysliikunnan palveluketjun kehittämistarve vaihtelee. Lääkäreistä neljä (16 %) jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Vastanneista lääkäreistä neljä (19 %) ei koe kehittämistä tarpeelliseksi. Vastanneista lääkäreistä 81 % kokee terveysliikunnan palveluketjun kehittämisen tarpeelliseksi.

Fysioterapeuttien käyttö terveysliikuntaneuvonnassa osana palveluketjua on vähäistä. Kuitenkin lääkäreiden tarkentavien vastausten perusteella lääkärit kokevat tarvetta ohjata potilaitaan enemmän fysioterapeuttien ohjaukseen. Lääkärit näkevät fysioterapeutin yhtenä yhteistyökumppaninaan terveysliikuntaneuvonnan palveluketjua kehitettäessä. Yhdessä vastauksessa nousi esiin nykyisen hoitokäytännön epäkohtana, että inaktiivin potilaan fyysisen aktiivisuuden lisääminen on pitkälti kiinni potilaan omasta motivaatiosta.

Lääkäreistä 17 koki tarvetta kehittämiseen. Heistä 11 lääkäriä kuvaili toimivaa ja hyvää ketjua. Yhdessä vastauksessa todettiin, ettei vastaaja osaa vastata kysymykseen. Mahdollisesti muidenkin vastaamattomuus johtui samasta syystä. Yksi vastaamatta jättäneistä oli ympyröinyt *tarpeelliseksi* -sanan ja lisännyt kysymysmerkkin.

Edellytyksenä toimivalle ja hyvälle palveluketjulle mainittiin resurssien lisäämisen tarve (fysioterapeutit, liikunnanohjaajat). Yhteistyötä fysioterapeuttien kanssa tulisi kehittää, esimerkiksi akuuttitilanteessa lääkäri tulisi olla nopea jatkohoittoon ohjaamisen mahdollisuus. Lääkärin ja fysioterapeutin yhteistoiminnan pohjaksi kaivataan sovittua käytäntöä, jonka mukaisesti lääkäri ohjaa jatkohoittoon fysioterapeutille. Perinteisen fysioterapeutin tavan rinnalle toimia kaivataan uusia malleja toimia: esimerkiksi terveystoimintaan motivoiminen. Lääkärit haluavat lisää yhteistyötä fysioterapeuttien tai liikunnanohjaajien kanssa muun muassa erilaisia ryhmiä, jonne potilaita voitaisiin ohjata. Lisäksi lääkäri tulisi olla tietoa ohjaajan ammattitaidosta. Lääkärit kaipaavat enemmän yhteistyötä terveydenhoitajien ja tarvittaessa fysioterapeuttien kanssa. Yhteistyön lisäksi myös valmis malli tai kanava terveystoiminnan ohjaukseen koetaan tarpeelliseksi. Myös ehdotus riskiryhmään kuuluvien pakottamiseen liikkumiseen etuusiensa eteen ilmeni vastauksista.

Toimivan ja hyvän palveluketjun toiminnan esteiksi mainittiin fysioterapeuttien resurssipula (jonot hoitoon) ja fysioterapeuttien käyttäminen perinteisesti vaivojen hoitoon. Kuvausten perusteella voidaan todeta, että toimivan ja hyvän terveystoiminnan palveluketjun malli on hyvin monimuotoinen.

## 9.6 Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyys

Tämän tutkimuksen mittarina käytettiin kyselykaavaketta, jolloin tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen kyselykaavakkeen sisällön onnistuneeseen suunnitteluun. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Vastaajat saattavat käsittää kyselykaavakkeen kysymykset eri tavalla kuin tutkija on ajatellut. (Metsämuuronen, 2003, 42–44.)

### 9.6.1 Tutkimuksen validiteetti

Tutkimuksen sisäisellä luotettavuudella (sisäinen validiteetti) tarkoitetaan tutkimuksen omaa luotettavuutta (mm. käsitteiden käyttö, teorian rajaaminen, mittarin valinta ja suunnittelu, tutkimustuloksia heikentävät virhelähteet). Ulkoinen validiteetti puolestaan tarkoittaa sitä, onko tutkimus yleistettävissä ja mihin ryhmiin. Ulkoisesti validissa tutkimuksessa myös muiden tutkijoiden tulkinta tutkimustuloksista on samanlainen. (Metsämuuronen, 2003, 35; Heikkilä, 2000, 186.)

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin siihen, että työssä käytettävät oleelliset / keskeiset käsitteet esitellään työn teoria osuudessa. Opinnäytetyön teoriaosuus pyrittiin rajaamaan siten, että se selvittää tutkimusongelmien taustalla olevia asioita olematta kuitenkaan liian laaja. Kyselykaavakkeessa käytettiin termiä *terveysliikunta* ehkä liian itsestään selvästi, sillä terveystieteiden käsite ei välttämättä ole selvä. Kyselykaavake ei täten täysin onnistuneesti mitannut sitä mitä sen oli tarkoitus mitata, mikä on yksi validiteetin (tutkimuksen luotettavuuden) keskeisin vaatimus tutkimusmenetelmää ja mittaria arvioitaessa. Kyselykaavakkeessa käytettiin termiä *lisäkoulutus*. Oikea termi olisi ollut täydennyskoulutus. Ilmeisimmin vastanneet lääkärit ystävällisesti ymmärsivät kyselykaavakkeen tekijöiden tietämättömyyden eikä väärä termi ehkä näin ollen vaikuttanut vastauksiin. (Heikkilä 2000, 29, 186; Hirsjärvi ym. 2005, 146, 216–218; Metsämuuronen, 2003, 86.)

Opinnäytetyön tuloksiin saattoi vaikuttaa myös se, ettei tiedetä, kuinka monessa kyselykaavakkeessa vastaajana oli sijaisena toimiva lääkäri (saattaa vaikuttaa vastaajan tietämykseen organisaation toimintatavoista).

Otos pyrittiin valitsemaan siten, että se edustaisi koko tutkimusjoukkoa. Tutkimustulokset yleistettiin koskemaan koko tutkimusjoukkoa. Suurempi otos olisi parantanut tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Johtavat lääkärit organisoivat kyselykaavakkeiden jaon kollegoilleen, joten kyselyyn vastanneiden valinnasta ei ole tietoa. Tutkimuksen luotettavuutta olisi ehkä parantanut kyselykaavakkeiden jakaminen satunnaistetusti. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat melko selkeitä, joten muut tutkijat tulkitsisivat ne luultavimmin samansuuntaisesti. Tuloksia ei voida suoraan yleistää, sillä tulokset koskevat vain kyseistä vastaajien joukkoa aineistonkeruuhetkellä.

### 9.6.2 Tutkimuksen reliabiliteetti

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Sisäinen reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että eri mittauskerroilla saataisiin lähes samanlaiset vastaukset. Ulkoinen reliabiliteetti puolestaan kertoo siitä, että onko mittaus mahdollista toistaa samanlaisena myös muissa tutkimuksissa. Jos tämä tutkimus toistettaisiin, saattaisivat tulokset olla samansuuntaisia. Osa vastaajista olisi saattanut vaihtua, mikä tietysti osaltaan saattaisi muuttaa tuloksia. Yksi tämän opinnäytetyön keskeisin heikkous on, että kyselykaavakkeen reliabiliteettia ei testattu eli ei tehty pilottitutkimusta ennen varsinaista aineistonkeruuta. Pilottitutkimuksen avulla olisi voitu arvioida kyselykaavakkeen toimivuutta ja kehittää sitä paremmin tarkoitukseensa sopivammaksi. Näin ollen olisi voitu varmistaa että tutkimuskyselyyn vastaajat ymmärtävät kysymykset siten, kuin kysymysten laatijat olivat ne tarkoittaneet. (Heikkilä, 2000, 30, 187; Hirsjärvi ym. 2005, 216–218; Metsämuuronen, 2003, 44–45.)

### 9.6.3 Tutkimusmenetelmien arviointi

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin postikyselyllä. Kyselykaavakkeesta tehtiin mahdollisimman lyhyt ja selkeä, jotta vastaus saataisiin mahdollisimman monelta. Menetelmä valittiin, koska kyselyn avulla voidaan tutkia laajaa joukkoa ja kyselyllä voidaan kysyä monia asioita. Postikyselyn suurimpana heikkoutena on kato

eli vastaamattomuus. Vastausprosentti yleensä vaihtelee 20–80 prosentin välillä ja jää postikyselyssä usein alle 60 prosentin. (Heikkilä, 2004, 66; Hirsjärvi ym. 2005, 185.) Katoa aiheuttavia yleisiä tekijöitä ovat esimerkiksi kiire, tutkimuksen aiheen ei-kiinnostavuus, liian pitkä kyselykaavake tai/ja epäonnistunut kysymysten muotoilu. Tutkijat eivät myös varmasti voi tietää kuinka vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen ja kuinka onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat vastaajien näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa suoritettiin uusintakysely: lopulliseksi vastausprosentiksi muodostui 83 %.

Kyselykaavakkeen kysymykset 1, 2 ja 8 (vastaus saatavissa kysymyksestä 7) osoittautuivat tarpeettomiksi. Kyselykaavakkeen suunnittelu olisi voinut olla tarkempaa ja jo edellä mainittu kyselykaavakkeen pilotointi olisi ollut hyödyllistä. Tämän opinnäytetyön tilastollisena menetelmänä käytettiin Microsoft Excel-taulukkolaskentaohjelmaa, jonka avulla tulokset muutettiin pylväsdiagrammeiksi. Lisää syvyyttä tuloksiin olisi saatu ristiintaulukoinnin avulla, sillä se auttaa usein löytämään mielenkiintoiset yhteydet muuttujien väliltä (Heikkilä, 2004, 210).

### 9.7 Jatkoehdotukset

Tätä tutkimusta olisi mielenkiintoista täydentää lääkäreiden toteuttaman terveysterveysliikuntaneuvonnan laadullisella tutkimuksella – mitä ja millaista terveysterveysterveysliikuntaneuvonta on. Näin toteutuisi paitsi laadullisen toteutumisen selvittäminen myös se, että lääkäreillä olisi väylä vaikuttaa oman työnsä kehittämiseen.

### 9.8 Loppusanat

Tämän opinnäytetyön tekemisen haastavin osuus oli teorian viitekehyksen rajaaminen ja päätelmien tekeminen. Parasta ja hyödyllisintä tämän opinnäytetyön tekemisessä tekijöiden näkökulmasta on ollut yhteistyön merkityksen kirkastuminen (opinnäytetyön tekeminen parityöskentelyä ja palveluketju -ajatteluun perehtyminen).



## LÄHTEET

- Aittasalo, M., Miilunpalo, S., Kukkonen-Harjula, K. & Pasanen., M. 2006. Randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. *Preventive Medicine* 42, 40–46.
- Estabrooks, P.A., Glasgow, R.E. & Dzewaltowski, D.A. 2003. Physical activity promotion through primary care. *JAMA* 289(22), 2913–2916.
- Ewless, L. & Simnett, I. 1995. Terveystien edistämisen opas. Keuruu. Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.
- Fogelholm, M. & Vuori, I. 2005. Terveystienliikunta. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.
- Fogelholm, M. 2007. Liikkuminen ja liikunta parantavat tervettä. [online] [viitattu 10.4.2007]. Saatavissa: <http://www.mikaelfogelholm.fi/19>
- Harland, J., White, M., Drinkwater, C., Chinn, D., Farr, L. & Howel, D. 1999. The Newcastle exercise project: a randomized controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *BMJ* 319, 828–832.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Oy Edita Ab.
- Hietaniemi, H. & Rajala, L. Tutkittua tietoa. [online] viitattu [11.4.2007] Saatavissa: <http://www.hyvaterveys.fi/content/blogcategory/23/68/>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hyppölä, H. 1998. Onko lääkärikoulutuksessa kaikki kohdallaan? *Duodecim* 114, 681–682.
- Kansanterveyslaki 1972. [online] [viitattu 29.3.2007]. Saatavissa: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/Docs/250901104657K%C3%85?OpenDocument>
- Kesäniemi, A. 2003. Millainen liikunta edistää tervettä? Konsensuspaneelin arvio liikunnan ja terveyden välisestä annos-vastesuhteesta. *Duodecim* 119, 1819–1822.
- Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 1999. Mission: Possible, Opas opin- näytteen tekijälle. Tampere. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C.
- Kosunen, E. 2007 Perusterveydenhuolto terveyden edistäjänä – visioita tulevaisuuteen. *Suomen Lääkärilehti* 62, 69–73.
- Kukkonen-Harjula, K. & Vuori, I. 2005. Fyysinen aktiivisuus sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa teoksessa Lääkärin käsikirja. [online] [viitattu 28.3.2007] Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=terveysliikunta](http://www.terveysportti.fi.lillukka.samk.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=terveysliikunta)

- Kumpusalo, E., Ahto, M., Eskola, K., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Kosunen, E., Kunnamo, I. & Lohi, J. 2005. Terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy teoksessa Yleislääketiede. Duodecim.
- Lempiäinen, H. 2005. Karhukunnat osa 1 Lääkärivastaanotot – peruskäynnin tuoteistus- [online] [Viitattu 9.3.2007]. Saatavissa: [http://www.karhukunnat.fi/Apu/2004\\_3\\_PTHtuoteistus\\_VO\\_ja\\_Akuutti\\_VOS.pdf](http://www.karhukunnat.fi/Apu/2004_3_PTHtuoteistus_VO_ja_Akuutti_VOS.pdf)
- Luoto, R. 2004. Terveysmökätyksestä suunnitelmalliseen liikuntaneuvontaan. Suomen Lääkärilehti 59 (40), 3725.
- Uotila, J. Lääkärien täydennyskoulutukselle arviointineuvosto. 2002. Suomen Lääkärilehti, 57(7).803. [online] [viitattu 12.4.2007]. Saatavissa: [http://www.fimnet.fi/cgicug/brs/brshowdoc.pl?start=2 & session\\_id=18602.4505446711](http://www.fimnet.fi/cgicug/brs/brshowdoc.pl?start=2 & session_id=18602.4505446711)
- Marshall, A.L., Booth, M.L. & Bauman, A.B. 2005. Promoting physical activity in Australian general practices: a randomized trial of health promotion advice versus hypertension management. Patient Education and Counselling 56, 283–290.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekeminen ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Jyväskylä. Gummerrus kirjapaino Oy.
- Miilunpalo, S. & Aittasalo, M. 2002. Liikkumisreseptin käyttöopas. Tampere.
- Moisio, P. 1999. Mikä tekee liikunnasta terveystoimintaa? Fysioterapia, 46 (1), 5.
- Mustajoki, P. 2000. Lihavuuden ehkäisy terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 34, 3354.
- Mustajoki, P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? Suomen Lääkärilehti 42 (58), 4235–4237.
- Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. 2000. Hyvinvointivaltion palveluketju. Tampere. Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Nupponen, R. & Suni, J. 2005. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa Terveystoiminta. Jyväskylä. Duodecim, 216–217.
- Pate, R.R., Pratt, M. & Blair, S.N. 1995. Physical Activity and public health. Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American of Sports Medicine. JAMA, 273, 402-407.
- Poskiparta, M., Kasila, K., Kettunen, T. & Kiuru, P. 2004. Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta perusterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien vastaanotoilla. Suomen lääkärilehti 59, 1491–1495.
- Smith, B.J., Bauman, A.E., Booth, M.L., Bull, F.C. & Harris, M.F. 2000. Promoting physical activity in general practice: a controlled trial of written advice and information materials. British Journal of Sports Medicine 34, 262–267.

- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2000. Terveysliikunnan paikalliset suositukset. Helsinki. Oy Edita Ab.
- Starck, H. 2003. Selvitys liikuntaneuvonnan toteutumisesta Länsi-Suomen Läänin erikoissairaanhoidossa. Länsi-Suomen lääninhallitus. Liikuntatoimi.
- Ståhl, T, Borodulin, K., Kujala, S. & Jousilahti, P. 2004. Lääkäreiden toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyys ja tarve. *Lääkärilehti* 59 (40), 3729–3734.
- Ståhl, T. & Holopainen, K. 2004a. Liikkumisreseptin käyttöselvitys. [online] [viitattu 9.3.2007] Saatavissa: <http://www.liikkumisresepti.net/LR-kayttoselvitys.pdf>
- Suomen Lääkäriliitto 2005. Lääkärin etiikka. Joensuu: PunaMusta Oy.
- Swinburn, B.A., Arroll, W.B., Tilyard, M.W. & Russel, D.G. 1998. The Green Prescription study: A Randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practioners. *American Journal of Public Health* 88 (2), 288-291.
- Tavast, P.2002. Lääkäri liikuntaneuvojana? *Duodecim* 118 (23), 2393–2394.
- Terveyskirjasto. 2006. Liikunta ja vaihdevuosi oireet. [online] [viitattu 11.4.2007] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=avv00040](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=avv00040)
- Torppa, M. 2006. Perusterveydenhuollon täydennyskoulutuksen kehittäminen Espoossa. *Duodecim* 122,571–577.
- Tuominiemi, E. 2006. Liikkumisresepti YTHS:n työvälineenä – Lääkäreiden ja potilaiden kokemuksia. Terveyskasvatuksen Pro gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.
- UKK-instituutti 2007. Yhteistyöstä tukea - kehitä liikunnan palveluketju. [online].viitattu[9.1.2007]. Saatavissa: <http://www.ukkinstituutti.fi/fi/KOULUTUSESITTELYT/431/terveysneuvonta>
- Vertio, H. 2003. Terveysneuvonnan periaatteet. Teoksessa *Sairauksien ehkäisy*. Jyväskylä. Duodecim.
- Vuori, I. 2005. Liikunnan vaikutustapa. Teoksessa *Terveysliikunta*. Helsinki. Duodecim, 11–19.
- Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. 2005. *Liikuntalääketiede*. Hämeenlinna. Kustannus Oy Duodecim.
- Vuori, I. 1994. Terveysliikunnan 10 teesiä. *Liikunta ja Tiede* 31 (4), 54–55.
- Vuori, I. 1999. Tavoitteena terveys-välineenä terveysliikunta. *Liikunta ja tiede* 36 (6), 38–39.

Vuori, I. 2000a. Tehokas ja turvallinen terveystoiminta. UKK-instituutti. Tampere.

Vuori, I. 2000b. Fyysinen passiivisuus ja terveystoiminta - ongelma ja ratkaisumahdollisuus. Suomen Lääkärilehti 55(34), 3327–31.

Vuori, I. 2003a. Liikunnan lisääminen. Teoksessa Sairauksien ehkäisy. Jyväskylä. Duodecim. 591–600.

Vuori, I. 2003b. Lisää liikuntaa! Helsinki. Edita Prima Oy.

Vuori, I. & Kukkonen-Harjula, K. 2002. Liikunta sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Lääkärin käsikirja. Helsinki. Duodecim. 622–623.

Vähäsarja, K., Poskiparta, M., Kettunen, T. & Kasila, K. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Liikunta & Tiede 6, 81–87.

## LIITELUETTELO

- LIITE 1 Karhukuntien väestömäärä
- LIITE 2 Kyselykaavake
- LIITE 3 Lupa / Starck
- LIITE 4 Lupa / Ståhl
- LIITE 5 Tutkimuslupa-anomus
- LIITE 6 Saatekirje
- LIITE 7 Tutkimuslupa-anomuksen liite
- LIITE 8 Tutkimuslupa Pori
- LIITE 9 Tutkimuslupa Noormarkku
- LIITE 10 Tutkimuslupa Kokemäki

Karhukuntien väestömäärä 1.1.2005

- Harjavalta 7745
- Huittinen 9109
- Kokemäki 8420
- Luvia 3306
- Merikarvia 3649
- Nakkila 5859
- Noormarkku 6121
- Pomarkku 2578
- Pori 76 152
- Ulvila 13 934
- Vampula 1742

Lähde: Haapanen, J. & Lempiäinen, H. 2005.  
Terveystuollon palvelurakenteen kartoitusprojekti.  
Porin kaupungin painatuskeskus. [online] viitattu: [12.3.2007]  
Saatavissa: [http://www.karhukunnat.fi/pdf/Terveystuollon\\_rakenteet\\_4\\_2005.pdf](http://www.karhukunnat.fi/pdf/Terveystuollon_rakenteet_4_2005.pdf)

LIITE 2  
KYSELYKAAVAKE

Olkaa hyvä, ympyröikää mielestänne sopivat vaihtoehdot.  
Palauttakaa kyselykaavake 2.2.2007 mennessä.

1. Mihin ikäryhmään kuulutte

- a. alle 30 vuotta
- b. 31 – 40 vuotta
- c. 41 – 50 vuotta
- d. 51 – 60 vuotta
- e. yli 60 vuotta

2. Vastaajan sukupuoli

- a. mies
- b. nainen

3. Mitä mieltä olette lääkärin toteuttaman terveysterveydenhuollon soveltuvuudesta perusterveydenhuoltoon?

- a. terveysterveydenhuollon soveltuvuus erinomaisesti perusterveydenhuollossa toteutettavaksi
- b. terveysterveydenhuollon soveltuvuus voidaan antaa myös perusterveydenhuollossa, mutta ensisijaisesti jossain muualla
- c. terveysterveydenhuollon soveltuvuus voidaan antaa perusterveydenhuollossa satunnaisesti
- d. terveysterveydenhuollon soveltuvuus ei sovellu lainkaan perusterveydenhuollon tehtävään, tarkentakaa miksi ei

- 
- 
- e. en osaa sanoa

4. Miten tärkeänä näette terveystiikunnan merkityksen sairauksien ehkäisyssä?

- a. erittäin tärkeänä
- b. melko tärkeänä
- c. en kovinkaan tärkeänä
- d. en lainkaan tärkeänä
- e. en osaa sanoa

5. Miten tärkeänä näette terveystiikunnan merkityksen sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa?

- a. erittäin tärkeänä
- b. melko tärkeänä
- c. en kovinkaan tärkeänä
- d. en lainkaan tärkeänä
- e. en osaa sanoa

6. Kuinka usealle potilaalle annatte terveystiikuntaneuvontaa?

- a. miltei kaikille
- b. kahdelle kolmesta
- c. joka toiselle
- d. joka kolmannelle
- e. harvemmalle
- f. en lainkaan, olkaa hyvä, voitte siirtyä kysymykseen 11



7. Ympyröikää ne tavat (yksi tai useampia) antaa terveysterapeuttaneuvontaa, joita käytätte

- a. suullinen ohjaus suoraan potilaalle
- b. kirjallinen ohjaus suoraan potilaalle
- c. liikkumisresepti suoraan potilaalle
- d. liikkumisresepti fysioterapeutin antamaan terveysterapeuttaneuvontaan
- e. suullinen ohjaus fysioterapeutin antamaan terveysterapeuttaneuvontaan
- f. lähete fysioterapeutin antamaan terveysterapeuttaneuvontaan
- g. muu, mikä

---

---

---

---

---

---

8. Yleisimmän käyttämäsi tapa (yksi) antaa terveysterapeuttaneuvontaa on

- a. suullinen ohjaus suoraan potilaalle
- b. kirjallinen ohjaus suoraan potilaalle
- c. liikkumisresepti suoraan potilaalle
- d. liikkumisresepti fysioterapeutin antamaan terveysterapeuttaneuvontaan
- e. suullinen ohjaus fysioterapeutin antamaan terveysterapeuttaneuvontaan
- f. lähete fysioterapeutin antamaan terveysterapeuttaneuvontaan
- g. muu, mikä

---

---

---

---

---

---

9. Montako potilasta niistä, joille annatte terveysliikuntaneuvontaa, lähetätte jatko-ohjaukseen fysioterapeutin vastaanotolle?

- a. miltei kaikki
- b. kaksi kolmesta
- c. joka toisen
- d. joka kolmannen
- e. harvemman
- f. en yhtään, miksi ette ohjaa

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

10. Kuinka kauan arvioitte terveysliikuntaneuvontaan kuluvan aikaa vastaanotto-käynnin yhteydessä?

- a. korkeintaan 1 minuutti
- b. korkeintaan 2 minuuttia
- c. korkeintaan 5 minuuttia
- d. yli 5 minuuttia

11. Arvioikaa omaa osaamistanne terveysliikuntaneuvojana

- a. erittäin hyvä
- b. melko hyvä
- c. melko huono
- d. erittäin huono
- e. en osaa sanoa

12. Onko Teillä lisäkoulutusta terveysliikuntaneuvonnan antamisesta?

- a. ei
- b. kyllä, tarkentakaa mitä

---

---

---

---

---

---

---

---

13. Onko Teillä tarvetta lisäkoulutukseen liittyen terveysliikuntaneuvontaan, valitkaa yksi tai useampia vaihtoehtoja?

- a. terveysliikuntaneuvonnan toteuttaminen
- b. liikunnan terveysvaikutukset sairauksien ehkäisyssä
- c. liikunnan terveysvaikutukset sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa
- d. liikunnan annostelu ja määrä
- e. en osaa sanoa
- f. ei ole

*Terveysliikunnan palveluketjulla tarkoitetaan terveydenhuollon organisaation sisäistä yhteisesti sovittua tapaa toimia tavoitteellisesti potilaan terveysliikuntatottumuksiin vaikuttamiseksi.*

14. Onko organisaatiossanne terveysliikunnan palveluketju

a. kyllä, kuvailekaa nykyistä ketjua

---

---

---

---

---

---

---

---

b. ei

15. Koetteko tarpeelliseksi terveysliikunnan palveluketjun kehittämisen?

a. kyllä, kuvailekaa mielestänne toimiva ja hyvä ketju

---

---

---

---

---

---

---

---

b. ei

Kiitos vastauksistanne.

From ▶ [Heli Starck <heli.starck@welho.com>](mailto:heli.starck@welho.com)  
Sent Wednesday, November 8, 2006 1:18 pm  
To [minna.m.aro@samk.fi](mailto:minna.m.aro@samk.fi)  
Subject Re: Pyydämme lupaasi / LIIKUNTANEUVONTAKYSELY

Hei,

Mielenkiintoinen aihe teillä. Käyttäkää vain selvitykseni kysymyksiä hyödyksenne. Kiva kuulla, että niistä on apua.

Opiskeluintoa,

Heli Starck

Lainaus [minna.m.aro@samk.fi](mailto:minna.m.aro@samk.fi):

Tervehdys Heli Starck.

Pyydämme lupaa saada käyttää SELVITYS LIIKUNTANEUVONNAN TOTEUTUMISESTA LÄNSI-SUOMEN LÄÄNIN ERIKOISSAIRAANHOIDOSSA 2003 -kysymyksiä omassa opinnäytetyössämme.

Olemme Satakunnan ammattikorkeakoulun fysioterapiaopiskelijoita. Loppu-työtämme ohjaavat Anne Kärki, Hanna Tuominen ja Marjo Keckman.

Opinnäytetyömme on osa terveystieteiden palveluketjun kehittämisprojektia Karhukuntien alueella. Meidän tehtävänä on kartoittaa terveystieteiden palveluketjun nykyinen tilanne lääkäreiden osalta: lääkäreiden antama liikuntaneuvonta tai "lähetet" liikuntaneuvontaan.

Odotamme vastaustasi.

Kiitos, terveisin,  
Minna Aro ja Anu Heimosalmi

From ▶ [Ståhl Timo <Timo.Stahl@stakes.fi>](mailto:Timo.Stahl@stakes.fi)  
Sent Thursday, October 19, 2006 9:57 pm  
To [minna.m.aro@samk.fi](mailto:minna.m.aro@samk.fi)  
Subject VS: Pyydämme lupaasi / LIIKKUMISRESEPTIKYSELY

Hei,

Ilman muuta voitte käyttää kysymyksiä. Merkatkaa vain kyseinen raportti kysymysten lähteeksi.

Terveisin,

Timo

Timo Ståhl, PhD  
Senior Researcher  
The National Research and Development Centre  
for Welfare and Health (Stakes)  
PO Box 220  
FIN-00531 Helsinki  
FINLAND  
tel. + 358 9 3967 2128  
gsm + 358 40 8251 753  
[timo.stahl@stakes.fi](mailto:timo.stahl@stakes.fi)  
[www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)

Lähettäjä: [minna.m.aro@samk.fi](mailto:minna.m.aro@samk.fi) [<mailto:minna.m.aro@samk.fi>]

Lähetetty: to 19.10.2006 14:18

Vastaanottaja: [timo.stahl@sport.jyu.fi](mailto:timo.stahl@sport.jyu.fi)

Aihe: Pyydämme lupaasi / LIIKKUMISRESEPTIKYSELY

Tervehdys Timo Ståhl.

Pyydämme lupaa saada käyttää LIIKKUMISRESEPTIN KÄYTTÖSELVITYS -  
2004 - LÄÄKÄRIT -kysymyksiä omassa opinnäytetyössämme.

Olemme Satakunnan ammattikorkeakoulun fysioterapiaopiskelijoita. Loppu-  
työtämme ohjaavat Anne Kärki, Hanna Tuominen ja Marjo Keckman.

Opinnäytetyömme on osa terveystieteiden palveluketjun kehittämisprojektia  
Karhukuntien alueella. Meidän tehtävänä on kartoittaa terveystieteiden  
palveluketjun nykyinen tilanne lääkärin osalta: lääkärin antama liikunta-  
neuvonta tai "lähetteen" liikuntaneuvontaan.

Odotamme vastaustasi.

Kiitos, terveisin  
Minna Aro  
Anu Heimosalmi

Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala Pori  
Anu Heimosalmi ja Minna Aro  
Maamiehenkatu 10  
28500 PORI

ANOMUS

11.12.2006

X  
X

## TUTKIMUSLUPA

Olemme kaksi fysioterapeuttiopiskelijaa Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa Karhukuntien perusterveydenhuollon terveystuotantapalveluketjun nykyistä tilannetta lääkäreiden vastaanottokäynnin yhteydessä toteuttaman terveystuotantaneuvonnan, liikkumisreseptien kirjoittamisen ja liikuntaneuvontaan ohjaavien fysioterapialähettiläiden osalta.

Tavoitteenamme on lähettää kyselylomakkeet neljään kuntaan Karhukuntien alueella, joista haluaisimme tavoittaa noin puolet lääkäreistä. Pyydämme tutkimuslupaa X terveysasemalle / terveyskeskukselle.

Kartoitukseen ei sisälly potilastietojen käsittelyä. Aineisto käsitellään ja säilytetään Satakunnan ammattikorkeakoulussa. Raportointi suoritetaan opinnäyteseminaarissa ja mahdollisesti terveydenhuoltoalan koulutuksissa ja/tai lehdissä. Kaikki vastaukset käsittelemme luottamuksellisesti.

Opinnäytetyötä ohjaa fysioterapian lehtori Hanna Tuominen.

Terveisin

---

Anu Heimosalmi  
fysioterapeuttiopiskelija  
anu.heimosalmi@samk.fi

---

Minna Aro  
fysioterapeuttiopiskelija  
minna.m.aro@samk.fi

---

Hanna Tuominen  
fysioterapian lehtori  
hanna.tuominen@samk.fi

KYSELY PERUSTERVEYDENHUOLLON LÄÄKÄREIDEN  
TOTEUTTAMASTA TERVEYSLIIKUNTANEUVONNASTA  
KARHUKUNTIEN ALUEELLA

Olemme kaksi fysioterapeuttiopiskelijaa Satakunnan ammattikorkeakoulun sosi-  
aali- ja terveystalalta. Kartoitamme opinnäytetyössämme Karhukuntien peruster-  
veydenhuollon terveystoimintapalveluketjun nykyistä tilannetta lääkäreiden vastaan-  
ottokäynnin yhteydessä toteuttaman terveystoimintaneuvonnan, liikkumisreseptien  
kirjoittamisen ja liikuntaneuvontaan ohjaavien fysioterapialähetteen osalta.

Tämä kyselylomake on lähetetty kaikille tutkimusluvan myöntäneille terveyskes-  
kuksille ja -asemille. Kyselylomakkeita lähetetään puolelle terveysasemalla/  
terveyskeskuksessa vastaanottoyössä työskenteleville lääkäreille.  
Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Kyselylomakkeen avulla saadut tulokset kokoamme osaksi opinnäytetyötämme.  
Tutkimukseen osallistuvat kunnat saavat yhteenvedon koko tutkimuksesta ja  
omista vastauksistaan. Tuloksia on myös mahdollista tulla kuulemaan opinnäyte-  
työmme seminaariin, joka järjestetään Satakunnan ammattikorkeakoulussa.  
Tiedotamme seminaarin ajankohdasta tarkemmin kaikille kyselyyn vastanneille.  
Opinnäytetyön valmistuttua se on myös mahdollista saada luettavaksi Satakunnan  
ammattikorkeakoulun kirjastosta.

Toivomme Teidän palauttavan kyselykaavakkeen 2.2.2007 mennessä.

Opinnäytetyötä ohjaa fysioterapian lehtori Hanna Tuominen  
puh. (02) 620 3476 / hanna.tuominen@samk.fi

Tarvittaessa annamme mielellämme lisätietoja.  
Kiitämme Teitä vaivannäöstänne.

fysioterapeuttiopiskelija  
Anu Heimosalmi  
anu.heimosalmi@samk.fi

fysioterapeuttiopiskelija  
Minna Aro  
minna.m.aro@samk.fi



## HYVÄ PERUSTERVEYDENHUOLLON JOHTAVA LÄÄKÄRI

Pyydämme Teitä ilmoittamaan tällä kaavakkeella omassa organisaatiossanne vastaanottotyötä tekevien lääkäreiden kokonaismäärän \_\_\_\_\_.

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen organisoimalla kyselykaavakkeiden jaon lääkäreille. Kyselykaavakkeen mukana on jokaiselle vastaajalle oma palautuskuori.

Sopiiko Teille, että toimitatte kyselykaavakkeet lääkäreille omassa organisaatiossanne?

- a. kyllä
- b. ei, toimivampi ratkaisu mielestäni olisi

---

---

---

---

---

---

---

---

Palauttakaa tämä kaavake ja tutkimuslupa lähettämässämme palautuskuoressa. Lähettäme Teille tammikuun 2007 alussa kyselykaavakkeet. Tavoitteenamme on tavoittaa 50 % organisaationne lääkäreistä.

Toivomme Teidän vastaavan 22.12.2006 mennessä.

**KIITOS.**

**Aihe** **PERUSTERVEYDENHUOLLON LÄÄKÄREIDEN TOTEUTTAMA  
TERVEYSLIIKUNTANEUVONTA KARHUKUNTIEN ALUEELLA**


**Tekijät** Fysioterapeuttiopiskelijat Anu Heimosalmi ja Minna Aro  
Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Pori

**Lupa** myönnetty

Valmis opinnäytetyö pyydetään toimittamaan johtavalle lääkärille

Porissa 18.12.2006

**PORIN KAUPUNKI  
Terveysvirasto**

  
Esko Karra  
avoterveydenhuollon  
johtava lääkäri

**MUISTIO JOHTORYHMÄN KOKOUKSESTA 19.12.2006**

Läsnä: P. Kiippa, T. Mäkiranta, T. Hatanpää, R. Uusitalo, U. Pelto-Piri

[..]

**6. Tutkimuslupa-anomuksia**

- b. SAMK:in fysioterapiaopiskelijoiden tutkimuslupa tehdä kysely lääkäreille liittyen voikäyntien yhteydessä annettavaan liikuntaneuvontaan sekä liikuntareseptien ja fysioterapialähetteen tekemiseen. Johtoryhmä myönsi luvan ja P. Kiippa tiedottaa asiasta seuraavassa lääkäriläsnäytössä.

[..]

Pöytäkirjanotteen oikeaksi todistaa

Nkku 26.1.2006

  
Ulla Pelto-Piri

TUTKIMUSLUPA  
KOKEMÄKI

Aihe PERUSTERVEYDENHUOLLON LÄÄKÄREIDEN  
TOTEUTTAMA TERVEYSLIIKUNTANEUVONTA  
KARHUKUNTIEN ALUEELLA

Tekijät Fysioterapiaopiskelijat Anu Heimosalmi ja Minna Aro  
Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja  
terveysala, Pori

Lupa  myönnetty

Päivämäärä ja paikka 29.1.07

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä  
Kokemäen terveyskeskus



Rauno Valovirta  
johtava lääkäri