

**Terveysliikunnan suunnittelu ja toteutus kunnissa –  
kyselytutkimus kuntien liikuntaviranomaisille**

**Kaisa Holopainen  
Terveyskasvatuksen  
pro gradu –tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Syksy 2005**

## **TIIVISTELMÄ**

**Kaisa Holopainen**

**Terveysliikunnan suunnittelu ja toteutus kunnissa –**

**kyselytutkimus kuntien liikuntaviranomaisille**

**Terveyskasvatuksen pro gradu –tutkielma**

**Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos**

**Syksy 2005**

**Sivuja 64, liitteitä 8.**

**Ohjaaja: Terveyskasvatuksen professori, PhD Jukka Laitakari**

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät olivat yhteydessä terveysliikunnan suunnitteluun ja käytännön toteutukseen kunnissa. Terveysliikunnan suunnittelua kuvaamaan valittiin kunnassa olemassa oleva hyvinvointistrategia, kuntaan tehty poikkihallinnollinen terveysliikuntaohjelma sekä terveysliikunta-asiakirjojen tunteminen. Terveysliikunnan käytännön toteuttamista kuvasivat kuntien osallistuminen Kunnossa kaiken ikää –hankkeeseen, terveysliikunnasta vastaavan henkilön nimeäminen kuntaan sekä kuntaan rakennetut terveysliikuntapaikat.

Tutkimuksen aineistona käytettiin Suomen Kuntaliiton ja Kunnossa kaiken ikää -ohjelman vuonna 2003 toteuttaman Terveysliikunnan asema kunnissa –selvityksen aineistoa, joka oli kerätty postitse opetusministeriön rahoittamana. Kyselylomake oli lähetetty kaikkiin Suomen 423 kuntaan lukuun ottamatta Ahvenanmaata ja ruotsinkielisiä kuntia. Kyselyyn vastasi 271 kuntaa, jolloin vastausprosentiksi muodostui 64 %. Tässä tutkimuksessa jatkettiin aineiston analysointia ja tarkasteltiin aluksi kuntakoon yhteyttä kunnan terveysliikunnan suunnitteluun ja käytännön toteutukseen. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinneilla ja tilastollisia merkitsevyyksiä Khiin neliö -testillä. Tämän jälkeen etsittiin logistisella regressioanalyysillä tekijöitä, jotka parhaiten selittäisivät terveysliikunnan konkreettista käytännön toteuttamista kunnissa.

Kunnan koko osoittautui lähes jokaisessa tarkastelussa tilastollisesti erittäin merkitseväksi tekijäksi. Suurimmissa kunnissa oli pieniä kuntia selvästi enemmän terveysliikuntaan liittyvää suunnittelua sekä konkreettisia käytännön toimia. Esimerkiksi poikkihallinnollisen terveysliikuntaohjelman oli tehnyt suurimmista kunnista yli puolet, mutta kaikkein pienimmistä kunnista vain muutama. Terveysliikunnan käytännön toimia kunnissa selittivät tarkasteluun valituista tekijöistä parhaiten terveysliikunta-asiakirjojen tunteminen, kuntiin tehty poikkihallinnollinen terveysliikuntaohjelma sekä myös kuntakoko. Tulosten tulkinnassa käytettiin apuna terveyden edistämisen ja terveyskasvatuksen suunnitteluun ja arviointiin soveltuvan Precede-Proceed –mallin käsitteitä, jolloin nimettiin terveysliikunnan suunnittelua ja toteutusta altistavia, mahdollistavia ja vahvistavia tekijöitä. Tulokset osoittivat, että erityisesti kunnan koko näyttäisi mahdollistavan kuntia suunnittelemaan ja toteuttamaan terveysliikuntaa. Terveysliikunta-asiakirjojen tunteminen puolestaan näyttäisi toimivan altistavana tekijänä.

Asiasanat: terveyden edistäminen, terveysliikunta, Precede–Proceed –malli, logistinen regressioanalyysi

## **ABSTRACT**

**Kaisa Holopainen**

**Planning and implementing health enhancing physical activity in Finnish municipalities - questionnaire survey to the authorities responsible for the physical exercise in their municipality.**

**Master's thesis of health education**

**University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences**

**Autumn 2005**

**Pages 64, appendixes 8.**

**Supervisor: Professor of health education, PhD Jukka Laitakari**

---

The aim of this study was to examine which factors were associated to the planning and implementing of health-enhancing physical activity in municipalities. Planning was represented by the strategy of wellbeing and the cross-administrative program of health-enhancing physical activity implemented by the municipalities plus the knowledge of publications concerning health-enhancing physical activity. In practice health-enhancing physical activity was implemented by participating in Fit for Life –project, by naming a person responsible for health-enhancing physical activity in the municipality and by building areas for health-enhancing physical activity.

This study material is based on the report about the position of health-enhancing physical activity in the municipalities which had been implemented by The Association of Finnish Local and Regional Authorities and the Fit for Life –program. The data had been collected by postal questionnaires funded by the Ministry of Education. The questionnaire was sent to all 423 municipalities excluding Åland and the Swedish speaking municipalities. The questionnaire was responded by 271 municipalities (response rate 64 %). In this study the data were further analyzed by examining first the association between the size of the municipalities and the planning and implementing health-enhancing physical activity. The associations between variables were tested by cross-tabulations and statistical significances by the Khii-square -test. There after, by using logistic regression analysis, factors which best explained the concrete actions of health-enhancing physical activity in the municipalities were searched.

The size of the municipalities had clear association with planning and implementing health-enhancing physical activity. For example more than half of the largest municipalities but only some of the smaller ones had implemented the cross-administrative program of health-enhancing physical activity. The concrete actions of health-enhancing physical activity were best explained by familiarity with the publications concerning health-enhancing physical activity, by having the cross-administrative program of health-enhancing physical activity and also by the size of the municipalities. To help the interpretation of the results the concepts of Precede-Proceed –model were used. The planning and implementation variable of health-enhancing physical activity were identified as predisposing, enabling and reinforcing factors. According to the results, for example the size of the municipalities seems to enable the municipalities to plan and implement health enhancing-physical activity. In addition, familiarity with the publications concerning health-enhancing physical activity seems to be a predisposing factor.

**Key words:** health promotion, health enhancing physical activity, the Precede-Proceed -model, logistic regression analysis

## SISÄLLYS

|   |    |
|---|----|
| <b>1 JOHDANTO</b>   | 1  |
| <b>2 HYVINVOINTI, TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA TERVEYSLIIKUNTA KUNNISSA</b>                                   | 4  |
| 2.1 Kunta ja hyvinvointi  | 4  |
| 2.1.1 Hyvinvointi   | 4  |
| 2.1.2 Kunnan rooli hyvinvoinnin ja kestävän kehityksen tuottajana   | 5  |
| 2.2 Kunta ja terveyden edistäminen  | 7  |
| 2.2.1 Terveys   | 7  |
| 2.2.2 Terveiden edistäminen   | 9  |
| 2.2.3 Terveyskasvatus   | 10 |
| 2.2.4 Terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka  | 11 |
| 2.3 Kunta ja terveystoiminta  | 13 |
| 2.3.1 Terveystoiminta   | 14 |
| 2.3.2 Terveystoiminnan suositus   | 16 |
| 2.3.3 Kunta terveystoiminnan edistäjänä   | 19 |
| 2.3.4 Terveystoiminnan edistäminen käytännössä:<br>esimerkkinä Kunnossa kaiken ikää –ohjelma              | 20 |
| <b>3 AIEMPIÄ TUTKIMUKSIA TERVEYDEN EDISTÄMISESTÄ, TERVEYSLIIKUNNASTA JA YHTEISTYÖSTÄ PAIKALLISTASOLLA</b> | 23 |
| 3.1 Tutkimuksia eri sektoreiden välisestä yhteistyöstä terveyden edistämisen ja terveystoiminnan alalla   | 23 |
| 3.2 Tutkimuksia terveystoiminnan merkityksestä, tunnettavuudesta ja asemasta                              | 25 |
| 3.3 Yhteenvedoa tutkimuksista   | 28 |
| <b>4 PRECEDE–PROCEED –MALLI TUTKIMUKSEN KÄSITTEELLISENÄ VIITEKEHYKSENÄ</b>                                | 30 |
| 4.1 Mallin yleispiirteet  | 30 |
| 4.2 Mallin sovellus tässä tutkimuksessa   | 31 |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>5</b> | <b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT</b>                                   | <b>33</b> |
| 5.1      | Tutkimuksen tarkoitus  | 33        |
| 5.2      | Tutkimustehtävät   | 33        |
| <b>6</b> | <b>AINEISTO JA MENETELMÄT</b>  | <b>34</b> |
| 6.1      | Aineisto   | 34        |
| 6.2      | Analysointimenetelmät  | 34        |
| <b>7</b> | <b>TUTKIMUSTULOKSET</b>  | <b>35</b> |
| 7.1      | Kunnan koon yhteys terveystuikunnan suunnitteluun                                  | 35        |
| 7.1.1    | Hyvinvointistrategia   | 36        |
| 7.1.2    | Terveystuikuntaohjelma   | 36        |
| 7.1.3    | Terveystuikunta-asiakirjat   | 37        |
| 7.2      | Kunnan koon yhteys terveystuikunnan käytännön toteuttamiseen                       | 40        |
| 7.2.1    | Terveystuikuntahenkilö   | 40        |
| 7.2.2    | Terveystuikuntapaikat  | 41        |
| 7.2.3    | Kunnossa kaiken ikää –hanke  | 42        |
| 7.3      | Kunnan konkreettista terveystuikunnan käytännön toteuttamista selittäviä tekijöitä | 42        |
| 7.3.1    | Terveystuikuntahenkilö   | 43        |
| 7.3.2    | Terveystuikuntapaikat  | 44        |
| 7.3.3    | Kunnossa kaiken ikää –hanke  | 46        |
| <b>8</b> | <b>POHDINTA</b>  | <b>47</b> |
| 8.1      | Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyys   | 47        |
| 8.1.1    | Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti  | 47        |
| 8.1.2    | Tutkimusmenetelmien arviointia   | 48        |
| 8.2      | Tulosten tarkastelua   | 50        |
| 8.2.1    | Terveystuikunnan suunnittelu   | 50        |
| 8.2.2    | Terveystuikunnan toteutus  | 52        |
| 8.3      | Päätelmät  | 54        |

## **LÄHTEET**

56

## **LIITTEET**

64

Liite 1: Kyselylomake

Liite 2: Kuntien hyvinvointistrategiat

Liite 3: Terveysliikuntaan liittyvät asiakirjat

Liite 4: Terveyttä edistävä liikunta kunnassa

Liite 5: Kuntien poikkihallinnolliset terveystoimintaohjelmat

Liite 6: Kuntien terveystoiminnasta vastaavien henkilöiden nimikkeet

Liite 7: Kuntiin rakennetut tai suunnitteilla olevat terveystoimintapaikat

Liite 8: Kyselylomakkeissa kommentoitua

## 1 JOHDANTO

Fyysisen aktiivisuuden ja terveyden välisen yhteyden on osoitettu olevan huomattava. Terveyttä tarkasteltaessa fyysinen aktiivisuus on perusteltua, sillä sen aiheuttama terveyshyötyjen kirjo on laaja ja osaa sen tuottamista terveysvaikutuksista ei voida saavuttaa millään muilla keinoilla. Monet terveyttä tehokkaasti edistävän fyysisen aktiivisuuden muodot ovat suurimmalle osalle väestöä toteutettavissa olevia, turvallisia ja taloudellisestikin edullisia. (Vuori 1998.) Puhuttaessa liikunnasta tulee nähdä, että se on paljon muutakin kuin pelkkä harrastus. Se käsittää kuntalaisten hyvinvoinnin edistämisen, elämänlaadun parantamisen, osallisuuden tukemisen sekä arki- ja lähiliikunnan mahdollistavan liikkumisympäristön luomisen. Ennaltaehkäisyn merkitys korostuu entisestään ikärakenteen muuttuessa yhä vanhemmaksi. Kansanterveyden, talouden ja kuntalaisten hyvinvoinnin kannalta terveyttä edistävään liikuntaan sijoittaminen on aina kannattava sijoitus. (Sjöholm 2004.)

Järkevällä liikunnalla on mahdollista saavuttaa moninaisia hyötyjä minimaalisin haitoin (Vuori 1995). Parhaiten liikunta edistää terveyttä ”elämäntapana” (Tuomi 1990), joten liikuntaa tulisikin edistää koko maailmassa osana terveys- ja sosiaalipolitiikkaa luoden fyysiset ja sosiaaliset edellytykset omaksua fyysinen aktiivisuus normaaliksi päivittäiseksi toiminnaksi keskeisenä osana tervettä elämäntapaa (Vuori 1995). Tulevaisuudessa maailman ihmisistä kuitenkin jopa yli puolet on fyysisesti liian passiivisia, jolloin heidän terveytensä ja toimintakykynsä on usein paljon huonompi kuin biologiset edellytykset sallisivat (Vuori 1995). Muutaman vuoden takaisen arvion mukaan suomalaisista suunnilleen kolmasosa liikkuu riittävästi terveytensä kannalta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Vastaavasti amerikkalaisesta aikuisväestöstä vain neljäsosa harrastaa kohtalaista fyysistä aktiivisuutta suositellun puolen tunnin ajan useampana päivänä viikossa (Conroy ym. 2005). Vaikka viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana suomalaisten liikuntaa säännöllisesti harrastavien joukko on kasvanut 70 %:iin (Blamey, Mutrie 2004), on muu päivittäinen liikunta vähentynyt kevyen liikenteen lähes puolittuttua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000).

Kuntalain (365/1995) mukaan ”kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan” (Kuntalaki 1995). Liikuntalain (1054/1998) mukaan yleisten

edellytysten luominen liikunnalle on valtion ja kuntien tehtävä. Opetusministeriö vastaa liikuntatoimen yleisestä johdosta, kehittämisestä ja yhteensovittamisesta liikunnan yhteistyössä valtionhallinnossa. Alueellisella tasolla nämä tehtävät kuuluvat läänin liikuntatoimelle ja paikallistasolla kunnille. Kunnan tulee luoda edellytyksiä kuntalaisten liikunnalle kehittämällä paikallista ja alueellista yhteistyötä sekä terveyttä edistävää liikuntaa, tukemalla kansalaistoimintaa, tarjoamalla liikuntapaikkoja ja järjestämällä liikuntaa ottaen huomioon myös erityisryhmät.” (Liikuntalaki 1998.) Valtioneuvosto asetti syksyllä 2002 terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunnan, jonka toimikausi päättyy 31.7.2007. Neuvottelukunnassa ovat edustettuina eri ministeriöt, tutkimuslaitokset, kansalaisjärjestöt sekä Suomen Kuntaliitto. Neuvottelukunnan työ pohjautuu terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintöön sekä 18.4.2002 tehtyyn valtioneuvoston periaatepäätökseen terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista. Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunnan keskeinen tehtävä on koordinoida, seurata ja varmistaa yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön kanssa valtioneuvoston terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista tekemän periaatepäätöksen toimeenpano. Valtioneuvoston periaatepäätös pitää sisällään 22 terveysliikunnan kehittämis ehdotusta, joihin terveyttä edistävän liikunnan kehittäminen osaksi kunnan hyvinvointipolitiikkaa sisältyy. (Holopainen 2004).

Tämän pro gradu –tutkielman taustalla on Suomen Kuntaliiton ja Kunnossa kaiken ikää - ohjelman keväällä 2003 toteuttama Terveysliikunnan asema kunnissa –selvitys (Holopainen 2004), joka liittyi yhteen 22:sta valtioneuvoston periaatepäätöksen sisältämästä terveysliikunnan kehittämis ehdotuksesta. Kyseisen ehdotuksen mukaan terveyttä edistävän liikunnan tulisi sisältyä hyvinvointitekijänä koko kunnan ja myös kunnan eri sektoreiden strategioihin. Selvityksen tarkoituksena oli kartoittaa muun muassa millä tavoin terveyttä edistävää liikunta näkyy kunnan eri viranomaisten toiminnoissa ja eri asiakirjoissa sekä mitä toimenpiteitä erityisesti terveyttä edistävää liikunta oli kunnissa aiheuttanut. Selvityksen tuloksia tullaan käyttämään terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunnan työn eräänä pohja-aineistona.

Tässä tutkielmassa jatketaan Terveysliikunnan asema kunnissa –selvityksessä käytetyn aineiston analysointia. Tutkimuksen aineisto kerättiin postikyselyllä maaliskuussa



2003, kohderyhmän ollessa kaikki suomenkielisten kuntien liikunta-asioita hoitavat viranomaiset. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuntien terveysliikunnan suunnittelua ja toteutusta. Tutkimuksessa tarkasteltiin mitkä kunnissa olevat tekijät olivat yhteydessä kuntien terveysliikunnan suunnitteluun ja konkreettiseen käytännön toteutukseen. Tutkimuksen tulosten tarkastelussa käytettiin apuna terveydenedistämisen ja terveyskasvatuksen suunnitteluun ja arviointiin soveltuvan Precede–Proceed -mallin käsitteitä altistavat, mahdollistavat ja vahvistavat tekijät.

Terveysliikunnasta on olemassa tutkimustietoa sekä erilaisia asiakirjoja ja suosituksia, mutta käsite on kuitenkin vielä muotoutumassa ja kehittyä uuden tutkimustiedon myötä. Terveysliikuntaa tarkasteltaessa tulisi kiinnittää huomiota siihen, kuinka paljon tietoa ja millaisia käsityksiä siitä on paikallistasolla, tässä tapauksessa kunnissa. Kaikki kunnat eivät vielä ole ottaneet käsitettä omakseen mikä näkyi esim. tämän tutkimuksen kyselylomakkeiden vastauksissa. Lomakkeissa oli kommentteja siitä, että käsite on vielä jäsentymätön ja joidenkin vastaajien mielestä turhakin, koska kaikki liikunta erilaisine palveluineen ja paikkoineen edistää terveyttä joka tapauksessa. Terveysliikunta on kuitenkin nykyaikaan liittyvä käsite, joka on varmasti tullut jäädäkseen. Aihetta käsittelevät tutkimukset puoltanevat paikkaansa, sillä terveysliikunnasta ja sen tämänhetkisestä asemasta tarvitaan vielä lisää tietoa asian eteenpäin viemiseksi ja kehittämiseksi. Terveysliikunnan aseman vakiinnuttaminen takaisi luultavasti paremmat mahdollisuudet kohdistaa sille enemmän resursseja niin paikallistasolla kuin laajemminkin. Sjöholmin (2002) mukaan nyt kannattaisi hyödyntää terveysliikunnan merkitystä korostava yleinen ilmapiiri, jonka myötä asenteet yhteiskunnan eri tasoilla alkaisivat vähitellen muuttua. Tämän seurauksena liikunta koettaisiin merkittävänä ennaltaehkäisevänä toimintana, jolloin sille myös löytyisi rahaa, sillä yhteiskunnan täytyy lähitulevaisuudessa panostaa tälle osa-alueelle. Kysymyksessä on ihmisten, kuntalaisten ja sitä kautta koko suomalaisen yhteiskunnan hyvinvointi.

## 2 HYVINVOINTI, TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA TERVEYSLIIKUNTA KUNNISSA

### 2.1 Kunta ja hyvinvointi

#### 2.1.1 Hyvinvointi

Hyvinvointi on jatkuvasti esillä julkisessa puheessa ja tieteellisessä keskustelussa (Marski 1996), mutta käsitteenä se on haasteellinen selittää ja tutkia. Moniulotteisuudessaan ja -merkityksellisyydessään hyvinvointi on suhteellinen käsite (Allardt 1980, Sahrman 1992, Marski 1996, Lindholm 2001, Keski-Suomen liitto 2002), jonka kriteerien painotus on erilainen eri aikoina ja eri alueilla (Sahrman 1992.) Hyvinvointia on kuitenkin pyritty ajan myötä määrittelemään esimerkiksi yksilöllisten aineellisten sekä sosiaalisten tarpeiden ja resurssien, yksilön toiminta-, elämäntapa- ja elämänhallintaresurssien tai näiden erilaisten yhdistelmien näkökulmasta (Marski 1996, Lindholm 2001). Hyvinvointi voidaan nähdä tilana, jossa ihmisillä on mahdollisuus saada keskeiset tarpeensa tyydytyksi (Allardt 1980, Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitos 1981) ja se on olennainen osa yksilön elämän sosiaalisia, materiaalisia ja henkisiä alueita (Lindholm 2001).

Hyvinvointia on monesti kuvattu tarvekäsitteen avulla ihmisten tarpeiden ja heidän käytettävissään olevien resurssien välisenä vuorovaikutuksena tai prosessina (Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitos 1981, Raitasalo 1995, Marski 1996, Pajukoski 2002). Yksi hyvinvoinnin näkökulma on Allardtin (1980) pohjoismaiseen hyvinvointitutkimukseen perustuva laajalti tunnettu ja usein esiintyvä määritelmä hyvinvoinnin kolmesta perusulottuvuudesta, jotka ovat *having* (elintaso), *loving* (yhteisyysuhteet) ja *being* (osallisuus, vieraantumisen vastakohtaa tarkoittava). Näiden perusulottuvuuksien lisäksi ihmisen perustarpeiksi on eri yhteyksissä luokiteltu esimerkiksi fysiologiset tekijät, itsensä toteuttaminen, rakkaus ja arvostus, henkiset ja sosiaaliset tarpeet sekä johonkin yhteisöön kuuluminen, hyvä asuin- ja fyysinen ympäristö sekä turvallisuus, elintaso, erilaiset palvelut, aineelliset tarpeet jne. (Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitos 1981, Heikkilä ym. 2002, Tapaninen ym. 2002).

Hyvinvoinnin voidaan ajatella olevan jotakin sellaista, joka tuo tyydytystä yhteiskunnan eri osapuolille kuten yksityisille kansalaisille, perheille, erilaisille organisaatioille ja instituutioille siten, että hän tai se haluaa asua tai toimia tietyllä alueella (Sahrman 1992). Tarpeiden yksilöllisestä luonteesta huolimatta ne ovat sidoksissa siihen yhteiskuntaan ja kulttuuriin jossa yksilö elää. Samoin resurssit ovat erilaisia johtuen osaksi yksilön henkilökohtaisista ominaisuuksista ja osaksi yhteisön ja yhteiskunnan tarjoamien resurssien kuten koulutus- ja työllistymismahdollisuuksien sekä yhteiskunnan tarjoamien sosiaali- ja terveyspalvelujen erilaisuudesta. (Raitasalo 1995.) Hyvinvoinnin edellytyksenä ovat sekä yksilön omat että yhteiskunnan resurssit ja hyvinvointi tarkoittaa eri ihmisille eri asioita riippuen esimerkiksi iästä tai kansalaisuudesta. Kulttuurinen hyvinvoinnin käsite määrittelee sen millainen hyvinvointi yhteiskunnassa vallitsee ja kuinka yksilö sen omakohtaisesti kokee. (Pajukoski 2002.)

### 2.1.2 Kunnan rooli hyvinvoinnin ja kestävän kehityksen tuottajana

Kuntalain mukaan kuntien tulee pyrkiä edistämään asukkaidensa hyvinvointia sekä kestävää kehitystä alueellaan (Kuntalaki 1995). Alueellinen hyvinvointi onkin tavoitteena maan kaikissa osissa (Sahrman 1992) kuntien päättäessä alueellaan toiminnan tavoitteista, toimintatavoista ja resursseista sekä niiden jakautumisesta kunnan alueiden palvelun käyttäjien ja intressiryhmien kesken (Kivinen, Pajukoski 2002). Kunnilla on ollut suuri rooli ja vastuu hyvinvointipolitiikan toimeenpanemisessa tuottamalla julkisin varoin oman organisaationsa kautta kuntalaisille hyvinvointipalveluja (Kunta-alan ammattiliitto KTV ry. 1996, Keski-Suomen liitto 2002). Seudullinen yhteistyö hyvinvoinnin edistämässä ja palvelujen tuottamisessa on yhä tärkeämpää kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden turvaamiseksi kaikkialla maassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden saavuttamiseksi vaaditaan kunnissa useiden eri tahojen yhteistyötä sekä kunnan sisällä, kuntien kesken että eri alueellisten toimijoiden kesken (Sosiaalibarometri 2004). Kananon (2001) mukaan kuntien hyvinvointipoliittiset strategiat eivät aina ole tietoisesti rakennettuja yhtenäisiä strategisia linjauksia, joilla olisi hyvinvointiohjelman nimi. Kuitenkin kuntien kuntasuunnitelmiin sekä toiminta- ja taloussuunnitelmiin sisältyy sellaisia tavoitteita ja ratkaisuja, joista on löydettävissä kunnan hyvinvointipolitiikan suunta. Kyselylomakkeessa kuntien

liikuntaviranomaisilta tiedusteltiin hyvinvointistrategian tai hyvinvointipoliittisen ohjelman olemassa oloa tai valmistella oloa sekä mahdollisesti olemassa olevan hyvinvointiasiakirjan nimeä. Kuntien nimeämät hyvinvointistrategiat on lueteltu liitteessä 2.

Yhteiskunnassamme on tapahtunut monia muutoksia viimeisten kymmenen vuoden aikana taloussuhdanteiden vaihdellessa jyrkästi, työttömyyden vallitessa ja hyvinvointivaltion aseman heikentyessä (Mertaniemi, Miettinen 1998). Keskeisin muutos suomalaisessa hyvinvointipoliitikassa on ollut siirtyminen valtion toteuttamasta ja keskitetysti ohjatusta hyvinvointipoliitikasta kuntien toteuttamaan, paikalliseen päätöksentekoon perustuvaan hyvinvointipoliittikkaan. Vaikka valtio tai sosiaalivakuutusjärjestelmä edelleen vastaa suuresta osasta aineellista sosiaaliturvaa, on kunnilla keskeinen vastuu palvelujen järjestämisestä. (Kananoja 2001). Näiden lisäksi muutosta ovat aiheuttaneet myös maamme kansainvälistyminen ja moniarvoistuminen. Lähitulevaisuudessa väestön ikääntyminen ja uhka väestön terveydentilan heikkenemisestä tuovat suuria lisähaasteita yhteiskunnallemme. Kansalaisten hyvinvoinnin taso näkyy muun muassa terveys- ja sosiaalipalvelujen tarpeessa, työn tuottavuudessa ja maamme kilpailukyvyssä. (Mertaniemi, Miettinen 1998.) Julkisen rahoituksen vähentyessä kuntalaisille tarjottavia hyvinvointipalveluja on tuotettava entistä tehokkaammin tai niiden määrää on supistettava ja kansalaiset tulevat kustantamaan itse yhä enemmän käyttämiään hyvinvointipalveluita. Uudessa taloudellisessa ja poliittisessä tilanteessa ollaan siirtymässä palveluvaltiosta kilpailuvaltioon, sillä vaikka kunnat vastaavat edelleen pitkälti hyvinvointipalveluiden järjestämisestä ne eivät välttämättä tuota palvelujaan itse vaan enenevässä määrin yksityisen rahoittamisen kautta ja kilpailuttamalla. (Kunta-alan ammattiliitto KTV ry. 1996.)

Hyvinvointipalveluiden järjestäminen tuottaa kuitenkin ongelmia monelle kunnalle (Keski-Suomen liitto 2002). Eri alueiden ja väestöryhmien hyvinvointierot ovat kasvaneet (Kananoja 2001, Keski-Suomen liitto 2002), jolloin Suomeen syntyy hyvinvointiprofiililtaan entistä erilaisempia kuntia sekä kaupunkikuntien että maaseutukuntien sisällä. Tämä tulee olemaan suuri haaste kunnalliselle hyvinvointipoliitikalle lähivuosina. (Kananojan 2001) Yhteiskunnan, kulttuurin ja hyvinvointikäsitysten muuttuminen edellyttää myös työtapojen ja toimintamallien muuttamista sekä eri toimijoiden toiminnan rajojen uudelleen arvioimista. Muodollinen sektori- ja toimijakohtainen yhteistyö on yhä enemmän muuttumassa sektori-,

toimija-, ammattikunta- ja organisaatorajat ylittäväksi yhteiseksi toiminnaksi. Tällöin kuntaorganisaation toimijoita ovat myös yksilö, asukas ja asiakas ja sektori- ja toimijakohtaisen voiton tai hyödyn tavoittelun sijaan tavoitteena on yhteinen hyöty. (Kivinen, Pajukoski 2002.) Yhteiseen hyötyyn myös tulevaisuutta ajatellen tulisi pyrkiä kestävästä kehityksestä tavoitellen. Mertaniemi ja Miettinen (1998) määrittelevät kestävästä kehityksen yleisenä kehityksenä, joka tyydyttää nykysukupolven hyvinvointitarpeita viemättä tulevilta sukupolvilta mahdollisuutta tyydyttää omia tarpeitaan. Liikunnan yhteydessä kestävästä kehitykseen päästään sellaisilla toimintatavoilla, joilla luodaan mahdollisimman monille edellytykset ja puitteet harrastaa liikuntaa siten, että ympäristölle aiheutuu mahdollisimman vähän kuormitusta.

## **2.2 Kunta ja terveyden edistäminen**

### 2.2.1 Terveys

WHO (Maailman terveysjärjestö) määritteli terveyden jo useita vuosikymmeniä sitten ”täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, ei pelkästään sairauden tai vamman puuttumiseksi” (Ewles, Simnett 1995, Tones, Tilford 2001). Terveys ei kuitenkaan ole staattinen tila vaan saattaa vaihdella erilaisten elämänmuutosten myötä ja ihmisillä voi myös olla monia erilaisia käsityksiä terveydestä (Ewles, Simnett 1995). Vertion (2003) mukaan terveys-sanalla on alun perin tarkoitettu ihmisen kokonaisuutta ja terveyttä on pidetty ominaisuutena, toimintakykyä, voimavarana, tasapainona tai kykyä sopeutua tai selviytyä. Terveys voitaisiinkin lähinnä nähdä ihmisen kyvyksi sopeutua jatkuvasti muuttuviin vaatimuksiin, odotuksiin ja ärsykkeisiin (Ewles, Simnett 1995). Jakartan julistuksessa (1997) terveydestä puhutaan inhimillisenä perusarvona, joka on välttämätöntä sosiaaliselle ja taloudelliselle kehitykselle. WHO:n perinteisen määritelmän rinnalla terveyttä on luokiteltu muun muassa seuraavilla tavoilla:

*fyysinen terveys* liittyy elimistön mekaaniseen toimintakykyyn ja *psyykkisellä terveydellä* tarkoitetaan kykyä ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti. *Emotionaalinen terveys* on kykyä tunnistaa erilaisia tunnetiloja kuten esimerkiksi pelkoa, iloa ja surua ja ilmaista niitä

tilanteeseen sopivalla tavalla. Emotionaalinen terveys on myös ihmisen kykyä selviytyä stressistä, jännityksestä, masennuksesta ja ahdistuksesta. *Sosiaalisella terveydellä* tarkoitetaan kykyä solmia ja ylläpitää ihmissuhteita ja *hengellinen terveys* voidaan liittää uskontoon ja uskonnollisuuteen tai toisaalta henkilökohtaiseen uskoon, omiin käyttäytymisperiaatteisiin sekä mielenrauhan ja tyytyväisen olon saavuttamiseen. Näiden lisäksi on määritelty myös *yhteiskunnallinen terveys*, sillä yksilön terveys liittyy läheisesti myös hänen ympäristöönsä. Ihminen voi olla terve vain terveessä yhteiskunnassa, joka tyydyttää hänen perustarpeensa terveyden kaikilla osa-alueilla. (Ewles, Simnett 1995.) Lisäksi terveyttä määrittävät tekijät voidaan jaotella Koskinen – Ollonqvistin ym. (2004) mukaan seuraavasti: *biologiset tekijät*, esim. ikä, sukupuoli, geneettiset tekijät; *henkilökohtaiset / perheolot ja elämäntyyli*, esim. perheen rakenne, koulutus, työ / työttömyys, riskikäyttäytyminen; *sosiaalinen ympäristö*, esim. kulttuuri, sosiaalinen tuki, osallistuminen; *fyysinen ympäristö*, esim. ilma, vesi, asuinolosuhteet, liikenne; *julkispalvelut*, esim. hoitoon pääsy ja palvelujen laatu, julkinen liikenne; *yhteiskuntapolitiikka*, esim. paikalliset ja valtakunnalliset prioriteetit, politiikat, ohjelmat ja projektit.

Terveyskäsitys on moniulotteinen sillä terveyden ja sairauden taustalla on monia tekijöitä ja kaikki terveyden osa-alueet voivat liittyä ja vaikuttaa toisiinsa. Jollakin terveyden osa-alueella esiintyvä ongelma heijastuu ja liittyy yleensä kaikkiin terveyden osa-alueisiin. (Ewles, Simnett 1995, Tones, Tilford 2001.) Eri tieteenalat katsovat terveyttä eri näkökulmista: esim. lääketiede tähtää erityisesti sairauksien hoidon hallintaan sisältäen kuitenkin aineksia myös terveyden edistämisestä; sosiologia tarkastelee ihmistä sosiaalisena toimijana, jolloin terveyttä on ihmisen kyky selviytyä sosiaalisissa rooleissaan; humanisti korostaa ihmisen kykyä sopeutua myönteisesti elämän ongelmiin jne. (Vertio 2003). Terveyden holistisen, kokonaisvaltaisen käsityksen omaksuminen auttaa ymmärtämään terveyttä laaja-alaisena, kaikkeen elämiseen ja olemiseen liittyvänä. (Ewles, Simnett 1995, Tones, Tilford 2001.)

### 2.2.2 Terveyden edistäminen

Nykyinen terveyden edistäminen on rakentunut Ottawan asiakirjan (Ottawa Charter 1986) asettamalle perustalle, jonka pohjalta terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen. (Vertio 2003, World Health Organization 1998, World Health Organization 2005.) Asiakirjan mukaan täydellisen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin saavuttamiseksi on yksilöiden ja ryhmän kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa. (Terveyden edistäminen: Ottawan asiakirja 1986, Ewles, Simnett 1995, Jakartan julistus 1997, Vertio 2003, World Health Organization 2005.) Vertio (2003) täsmentää omassa määritelmässään, että terveyden edistäminen on mahdollisuuksien parantamista eikä sen välittömänä tarkoituksena ole muuttaa ihmisten käyttäytymistä. Kysymyksessä on yksilön terveys, mutta myös ihmisten mahdollisuudet vaikuttaa ympäristöönsä. Ympäristö tulee ymmärtää sosiaalisesti ympäristöksi fyysisen ohella. Ewlesin ja Simnettin (1995) mukaan terveyttä voidaan parantaa terveyden merkitystä korostamalla, terveyttä tukemalla ja puolustamalla sekä nostamalla terveystieteiden tärkeimpien asioiden joukkoon yksilöiden ja viranomaisten keskuudessa.

Terveyden edistäminen on terveyden tapaan moniulotteinen käsite, joka merkitsee eri asioita eri ihmisille. Ottawan asiakirjassa terveyttä edistävä toiminta on jäsenetty viideksi kokonaisuudeksi joita ovat *terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisemmän ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen* sekä *terveyspalvelujen uudelleen suuntautuminen* (Vertio 2003). Terveyden edistäminen toteutuu interventiona, jonka tarkoituksena on välttää sairaus tai lisätä elämänlaatua terveystietämisen ja olosuhteiden muutoksen tai kehittämisen kautta (Green, Kreuter 1991, Green, Kreuter 1999). Tonesin ja Tilfordin (2001) määritelmän mukaan terveyden edistämisen tulisi aina olla suunniteltua toimintaa joka pyrkii parantamaan terveyttä ja / tai ehkäisemään sairauksia niin makro- meso- kuin mikrotasollakin neljän terveyteen liittyvän pääalueen kautta. Nämä alueet ovat *yksilön käyttäytyminen ja elämäntapa; sosiaaliset ja ympäristötekijät* kuten esimerkiksi taloudelliset ja kulttuuriset olosuhteet; *terveyspalvelut*; sekä *geneettiset tekijät* siltä osin kuin niihin on olemassa todellisia interventiokeinoja. Potvinin ym. (2001) mukaan terveyden edistäminen voidaan

nähdä tietoa ja käytäntöä soveltavana tieteenalana, joka hyödyntää teorioita ja metodeja psykologian, sosiologian, antropologian, maantieteen, kasvatustieteen ja epidemiologian aloilta. Eri aloja hyödyntämällä pystytään kehittämään ymmärtämystä väestön terveyden ylläpitämisestä ja vahvistamisesta.

### 2.2.3 Terveyskasvatus

Terveyden edistämisen tärkeä osa-alue on terveyskasvatus (Ewles, Simnett 1995, Tones, Tilford 2001), joka keskittyy lähinnä yksilöiden elämäntapoihin ja jonka tehtävänä on muun muassa terveysriskeistä tiedottaminen ja yksilöiden terveystieteen ja -käyttäytymisen muuttaminen (Ewles, Simnett 1995). Varsinkin aikaisemmin terveystieteen perustana oli hyvin usein riskinäkökulma. Sen pohjana olivat tunnetut sairauksien riskitekijät, joihin vaikuttamalla oli mahdollista pienentää eri sairauksien todennäköisyyttä. (Vertio 2003.) Miilunpalon (1995) mukaan terveystieteen on yleiskielen termi, jolla on erilaisia merkityksiä eri yhteyksissä. Terveystieteen voidaan perinteisesti nähdä sairauksien ehkäisyn tai hoidon tehostamisen välineenä, toisaalta kasvatuksen tavoitteita painottaessa keskeistä on persoonallisuuden kehitystä tukevien terveystietojen ja harkintakyvyn lisääntyminen, ei välttämättä käyttäytymisen muutos. Yksilön vapautta korostavien suuntausten tavoitteena on ihmisten valinnanvapauden lisääntyminen. Vertion (2003) mukaan on sekä ymmärrettävä ihmisen käyttäytymisen perusteita että oltava selvillä erilaisista riskeistä ja niiden lääketieteellisestä perustasta. Terveystieteen haitallinen käyttäytyminen saattaa olla toisaalta tapa pärjätä ahdistavassa tilanteessa tai selviytyä sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla. Prevention välineenä toimiessaan terveystieteen tavoitteena on Miilunpalon (1995) mukaan ensisijaisesti vähentää käyttäytymisestä riippuvia vaaratekijöitä vaikuttamalla potilaiden tai väestön käyttäytymiseen ja ympäristöön. Terveystieteen toteuttamismuotoja ovat muun muassa *terveysvalistus* (ominaista joukkotiedotuksen keinot, kohdejoukon suuruus ja viestinnän yksisuuntaisuus), *opetus* (suunnitelman mukaan etenevä opetus ja kasvatustieteen ensisijaisesti kouluissa), *neuvonta* (ominaista prosessiluontoisuus sekä terveystieteen ja asiakkaan välisen kommunikoinnin perustuminen henkilökohtaiseen vuorovaikutukseen) ja / tai *ryhmän ohjaus / neuvonta* (asiakas- tai potilasryhmälle samanaikaisesti annettu terveystieteen).



#### 2.2.4 Terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka

Terveys on moniulotteinen asia ja terveyden edistäminen enemmän kuin vain terveydenhuoltoa (Koskinen - Ollonqvist ym. 2004, Tuominen 2004). Terveyden edistäminen lähestyy terveyttä samaan aikaan sekä yksilön että yhteisön näkökulmasta ja on painotetusti yhteisön terveyden edellytyksiin vaikuttavaa toimintaa. Terveyden edistämisen kannalta tärkeitä yhteisöjä ovat esimerkiksi työyhteisöt, koulut, kaupungit ja kunnat. (Vertio 2003.) Parin viime vuosikymmenen kokemuksen myötä on saatu näyttöä siitä, että yhteiskuntapolitiikka on tärkein väestön terveyteen vaikuttava tekijä. Yhteiskuntapolitiikan osana terveystaloudesta on näin tullut keskeinen terveyden edistämisen sisältö (Koskinen – Ollonqvist 2004) ja terveyden edistämisestä yhä enemmän kunnan yleispolitiikkaa (Perttilä 2004). Yhteiskunnallinen päätöksenteko on terveyden edistämisen kannalta olennaisen tärkeä mekanismi (Vertio 2003). Terveyden edistämisen strategioilla on todettu voitavan kehittää ja muuttaa elintapoja sekä terveyden perustana olevia sosiaalisia, taloudellisia ja ympäristöolosuhteita (Jakartan julistus 1997). Terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa pyritään kohdistamaan terveyteen ja tasa-arvoon kaikilla politiikan alueilla (Sosiaali- ja terveystaloudensuunnitelma 1996). Näin ollen terveyden ja sen edistämisen tulisi sisältyä laajana kokonaisuutena yhteiskuntapolitiittisten ohjelmien suunnittelijoiden työhön kaikilla sektoreilla (Koskinen - Ollonqvist ym. 2004, Tuominen 2004), joita ovat Ottawan asiakirjan mukaan hallitukset, terveydenhuollon sektorit, muut sosiaaliset ja taloudelliset toimintasektorit, kansalaisjärjestöt, kunnalliset viranomaiset, elinkeinoelämä ja tiedostusvälineet. Terveyden edistämistä koskevat kansainväliset ja kansalliset toimintasuunnitelmat ja ohjelmat tulee sopeuttaa eri maiden ja alueiden paikallisiin tarpeisiin ja mahdollisuuksiin. Näin ollen suunnitelmissa ja ohjelmissa voidaan ottaa huomioon erilaiset sosiaaliset, kulttuuriset ja taloudelliset järjestelmät. (Sosiaali- ja terveystaloudensuunnitelma 1996, Vertio 2003.)

Kunnilla on useita keinoja hoitaa velvollisuuksiaan kuntalaisten terveyden edistäjänä. Kunta toimii niin yksilön ja yhteisöjen kautta kuin palvelujärjestelmissä sekä ympäristö- ja yhteiskuntapolitiittisesti. (Perttilä 2004.) Päätaavoitteena on aikaansaada sosiaalisesti ja fyysisesti tukea antava ympäristö, joka suo kansalaisille mahdollisuudet terveelliseen elämiseen ja terveellisten valintojen tekemiseen (Sosiaali- ja terveystaloudensuunnitelma 1996). Kuntien täytyy nähdä erilaisten ryhmien tarpeet, ei vain niiden jotka osaavat näkyvimmin vaatia oikeuksiaan (Perttilä

2004). Tavoitteena on saada päätöksentekijät kaikilla yhteiskunnan eri sektoreilla ja tasoilla tunnistamaan päätösten ja toiminnan terveysvaikutukset sekä tiedostamaan oman vastuunsa terveyden edistämisessä. Terveydellisiin ja taloudellisiin kysymyksiin olisi kiinnitettävä yhtä paljon huomiota. Terveyttä edistävä politiikka pyrkii lisäämään yhtäläisiä mahdollisuuksia terveeseen elämään terveys-, sosiaali- ja tulopolitiikan keinoin hyödyntämällä lainsäädännön, taloudellisten toimenpiteiden, verotuksen ja hallinnollisten muutosten antamat mahdollisuudet. Terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan kehittäminen on yhtä tärkeätä niin hallituksen paikallistasolla kuin kansallisestikin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996.)

Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –kuntaohjelmassa kuntia suositellaan muun muassa valmistelemaan terveyspoliittinen ohjelma, jossa terveyden edistäminen on osa kuntastrategiaa. Jokaisen kunnan olisi rakennettava terveydenedistämistoimintansa omista lähtökohdistaan käsin pyrkien kuitenkin hyödyntämään muualta saatuja kokemuksia. Väestön terveyden edistämisessä voisivat toimia myös järjestöt ja asukkaat sillä toiminnan tulisi olla tasavertaista yhteistyötä kaikkien osallistujien kesken yhteisiin tavoitteisiin pyrkien. Kunnan ylimmän johdon tulee olla sitoutunut terveyden edistämisen tavoitteisiin ja vastata niiden toteutumisesta ja luottamushenkilöitä pitäisi saada kaikilla tasoilla mukaan toteuttamaan terveysstrategiaa ja toimimaan aktiivisesti terveyden edistämishjelmissä. Kunnassa tulisi myös olla terveyden edistämisasiota koordinoiva henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996.) Terveysbarometrissa 2004 terveyden edistämiseen budjetoitujen varojen ja työn arvioidaan lisääntyvän sekä kunnissa että järjestöissä. Näkymät ovat positiivisia esim. painonhallinta- ja liikuntaryhmien saatavuuteen liittyvän terveyden edistämisen toimintojen suhteen. Kuitenkin barometrin mukaan terveyden edistämisen johtaminen ja tämän järjestelmän kehittämistyö on vasta alussa eikä vielä määrätietoista ja suunnitelmallista. (Tuominen 2004.)

Vaikka kunnissa suunnitelmallisuus terveyden edistämisen suhteen on lisääntynyt, löytyy suunnitelmien muuttamisessa konkreettisiksi käytännön toimiksi vielä haastetta (Tuominen 2004). Perttilän (2004) mukaan terveystoimi vastaa useissa kunnissa edelleen kansalaisten hyvinvoinnista ja terveyden edistämisestä ja työ tehdään lähinnä terveystoimen sisällä. Yhteistyöryhmiä yli sektorirajojen ei juuri ole, vaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen katsotaan kuuluvan usein kunnan johtoryhmän tehtäväksi siitäkin huolimatta, ettei terveyden edistämisen kysymyksiä juuri näy sen asialistoilla. Tuomisen (2004) mukaan terveyden

edistämässä päästään tositoimiin vasta kun on olemassa konkreettiset taloussuunnitelmat ja ohjelmien toteuttamiseen osoitetaan selkeät budjettimäärärahat. Perttilä (2004) kuitenkin toteaa, että yhtenäiset poikkihallinnolliset hyvinvointistrategiat ovat vielä harvinaisia eikä kaikkia hallinnonaloja palvelevia terveystuunnittelijoita juuri vielä ole kuntien keskushallinnossa. Hyvinvointistrategioista ja suunnitelmista voi tulla vakavalla pohjalla olevaa kunnallispolitiikkaa vasta kun hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelmat liitetään osaksi kunnan toiminnan ja talouden suunnittelua (Perttilä 2004, Tuominen 2004). Jatkossa kuitenkin tarvitaan määrätietoista ohjausta ja koulutusta hallintosektoreiden yli ulottuvaan terveyden edistämisen kehittämistyöhön (Tuominen 2004).

Terveysbarometriin vastanneet kuntien ja järjestöjen edustajat korostivat kuntien lakiin perustuvaa roolia terveyden edistämisen järjestämisessä ja sitä, että yhteiskunnan tulee luoda puitteet, joiden avulla omasta terveydestään lopulta itse vastuun kantavat yksilöt voivat tehdä terveyttä tukevia valintoja. Yksi uhka terveyden edistämistyölle on kuntakohtaisten erojen kasvaminen, joka ei kuitenkaan liity välttämättä kuntakokoon. Erot pienten ja suurten kuntien välillä ovat terveyden edistämisen suunnitelmallisuudessa vähentyneet, mutta silti eroja terveyden edistämistyöhön panostamisessa löytyy. Joissakin kunnissa asiat ovat hyvin, joissakin kunnissa asiat jäävät hoitamatta eikä terveyden edistämistyöhön suunnata taloudellisia voimavaroja tai resursseja. (Tuominen 2004.)

### **2.3 Kunta ja terveysliikunta**

Käsitteet terveysliikunta ja terveyttä edistävä liikunta otettiin Suomessa käyttöön 1990-luvulla perusteltaessa liikunnan asemaa ja merkitystä yhteiskunnassa. Käsite terveysliikunta on vakiintunut julkisuudessa ja arkikielessä kun taas käsitettä terveyttä edistävä liikunta käytetään yleisemmin virallisissa asiakirjoissa. Käsitteet eivät ole yksiselitteisiä (Ståhl, Kannas, Perttilä 2001) vaan niillä on monia merkityksiä ja mielikuvia tehden rajaamisen ja täsmällisen määrittelyn vaikeaksi. Tästä syystä käsitteitä ei hyväksytty uudistettuun liikuntalakiin ja -asetukseen (Vuori 1999a).

### 2.3.1 Terveysliikunta

Terveyttä edistää usein toistuva, säännöllisesti jatkuva sekä riittävästi ja kohtuullisesti kuormittava liikunta, joka toteutuu helposti tavanomaisissa liikuntamuodoissa ja arjen askareissa (Vuori 1994, Moisio 1999, Vuori 1999a). Nykykäsityksen mukaan aikuisten tulisi liikkua kohtalaisesti rasittavalla teholla vähintään puoli tuntia lähes päivittäin (Fogelholm ym. 2004). Terveyttä edistävä liikunta eli terveystoiminta on kaikille suositeltavaa ja mahdollista (Vuori 2001) ja sen tulee vastata toteuttajansa kuntoa, taitoja ja motivaatiota eikä se sisällä suurta vammautumisen tai sairastumisen vaaraa. (Vuori 1994, Moisio 1999, Vuori 1999a.) Nimensä mukaisesti terveystoiminta on terveydelle edullista sillä se on muun muassa tehokas tautien torjuja, jolla on yleisten sairauksien ehkäisyyn liittyviä terveystoimintoja (Vuori 1994, Vuori 1999a). Säännöllisen fyysisen aktiivisuuden on todettu esimerkiksi vähentävän riskiä sairastua sepelvaltimotautiin ja jo kohtuullisesti rasittavalla liikunnalla kuten kävelyllä on havaittu olevan yhteys pienempään sairastumisriskiin (Conroy ym. 2005). Eniten ja tärkeimpiä terveystoimintoja tuottaa liikunta, joka lisää tehokkaasti energiankulutusta ja sen ylläpitämiseksi aineenvaihduntaa, hengitystä, verenkiertoa ja säätelyjärjestelmien toimintaa. Tällainen liikunta torjuu hyvin erityisesti sydämen ja verenkiertoelimistön sairauksia. (Sosiaali- ja terveystoiminta, 2000.) Säännöllisen fyysisen aktiivisuuden on myös todettu olevan yhteydessä parantuneeseen aineenvaihdunnan säätelyyn aikuisiän sokeritautissa sekä toimintakykyyn ja itsenäiseen elämään ikääntyvillä. Lisäksi se voi vaikuttaa mielenterveyteen vähentämällä masentumisalttiutta. Iäkkäillä ihmisillä korostuvat varsinaisten terveystoimintojen ohella liikunnan vaikutukset toimintakykyyn ja sen myötä myös elämänlaatuun ja hyvinvointiin. (Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö 2001.)

Terveystoiminnan tavoitteena on siis saavuttaa parempi terveys, samoin kuin kuntoliikunnan tavoitteena on saavuttaa parempi kunto (Vuori 1999a), mutta ollakseen terveystoimintaa liikunnan tavoitteena ei välttämättä tarvitse olla terveys (Vuori 1999b). Terveystoiminnalla kuitenkin voidaan tavoitella terveyttä tietoisesti tai liikunnan sivutuotteena ja terveyteen voidaan pyrkiä vaikuttamaan yleisesti, monitahoisesti tai yksilöityä terveystoimintoja hakien. Terveystoiminta edistää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä terveyttä toiminnan syistä ja toteuttamistavoista riippumatta (Vuori 1999a, Vuori 2001) ja sen terveystoimintojen vaikutukset voivat olla objektiivisesti mitattavissa tai koettavissa olevia subjektiivisia vaikutuksia. Terveystoiminta voi

myös sisältää toimintakyvyn, jolloin kuntoliikunta voi olla osa terveystoimintaa. (Vuori 1999a.) Monenlainen liikunnallinen toiminta kuten erilaiset harrastukset ja hyötyliikunta voivat olla terveystoimintaa sillä se ei edellytä mitään erityisiä liikuntamuotoja, välineitä tai tiloja eikä sen kriteerinä ole tietty kohderyhmä tai ohjaajan erityinen pätevyys. Silloin kun liikunnalla on terveystavoitteita, tulee liikuntaryhmän ohjauksessa huomioida erityisesti osallistujien yksilölliset lähtökohdat ja harjoittelun soveltaminen osallistujien mukaan. Tavoitteet tulee asettaa kaikille terveystoiminnan osa-alueille keskittyen nopean etenemisen sijaan turvallisuuteen ja tavoitteellisuuteen. (Moisio 1999.) Terveystoiminnan rasittavuuden lisääntyessä myös sen tehokkuus kasvaa, mutta samalla myös sen vaarat lisääntyvät ja mahdollisesti pienempi joukko on siihen halukkaita ja kykeneviä (Vuori 1995). On myös tutkimusnäyttöä siitä, että terveystoimintojen kannalta tärkeää olisi fyysisen aktiivisuuden kokonaismäärä eikä niinkään sen erityispiirteet kuten rasittavuus, yhden kerran kesto-aika ja toistotiheys. Tällöin jo kohtalaisen vähäisenkin päivittäisen energiankulutuksen lisääntyminen tuottaisi hyvin passiivisilla henkilöillä terveydelle edullisia vaikutuksia. Lisäämällä energiankulutusta lisääntyvät myös terveyshyödyt. (Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö 2001.)

Terveystoimintaa ja terveyttä edistävää liikuntaa käsitellään kirjallisuudessa ja erilaisissa asiakirjoissa, joissa on annettu suosituksia sen edistämiseksi. Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa tiedusteltiin terveystoimintaan liittyvien asiakirjojen tuntemista liikuntaviranomaisten keskuudessa (lomakkeen vastausvaihtoehdot: en tunne / en ole nähnyt asiakirjaa; olen tutustunut, mutta asiakirja ei ole aiheuttanut toimenpiteitä; asiakirja on aiheuttanut toimenpiteitä). Lomakkeessa mukana olleet asiakirjat olivat: *Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö* (Komiteamietintö 2001:12), *Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinoista* (Sosiaali- ja terveystoimintaministeriö, esitteitä 2002:2 sekä liitteenä Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietinnössä 2001:12), *Terveystoiminnan paikalliset suositukset* (Sosiaali- ja terveystoimintaministeriön 2000:1), *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystoiminta 2015 kansanterveysohjelmasta* (Sosiaali- ja terveystoimintaministeriö 2001:4) sekä *Suuntana hyvinvointi – Mitkä ovat liikunnan mahdollisuudet* (Mertaniemi, Miettinen 1998). Lyhennelmät näistä asiakirjoista löytyvät liitteestä 3.

### 2.3.2 Terveysliikunnan suositus

Nykyinen terveyttä edistävän liikunnan suositus aikuisväestölle on, että *jokaisen aikuisen tulisi sisällyttää päivittäiseen toimintaansa yhteensä 30 minuuttia kohtuullisesti rasittavaa fyysistä aktiivisuutta* (Pate ym. 1995, Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö 2001, Fogelholm ym. 2004). Näin ollen vapaa-ajan tavoitteellisen tai tietoisien liikunnan lisäksi riittävästi mutta kohtuullisesti rasittava kaikenlainen fyysinen aktiivisuus työssä, liikkumisessa sekä koti- ja vapaa-ajan askareissa merkitsee valtaosalle aikuis- ja vanhusväestöä terveyttä edistävää liikuntaa. (Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö 2001, Fogelholm ym. 2004.) Fogelholmin ym. (2004) mukaan kohtuullisesti kuormittava liikunta tarkoittaa mitä tahansa fyysistä aktiivisuutta tai liikuntaa, jonka aikana lievästä hengästyisestä huolimatta pystyy puhumaan. Keski-ikäisillä ja iäkkäillä tämän vaatimuksen täyttää hyvin reipas kävely. Puolen tunnin mittaisen fyysisen aktiivisuuden voi toteuttaa joko yhtäjaksoisesti tai pienemmissä, esim. 10-15 minuutin jaksoissa. Kuitenkaan vielä ei ole näyttöä siitä, voidaanko liikuntaa pilkkoa vieläkin pienempiin annoksiin. Nykyisen terveysterveystasuosituksen keskeinen etu on sen matala kynnys saada etenkin sellaiset ihmiset liikkumaan, joita perinteinen kuntoliikunta ei kiinnosta tai joille se on liian rasittavaa esim. terveydellisistä syistä. Ongelmana suosituksessa on sen tulkittavuus eli ihmiset saattavat kuvitella sekä määrältään että teholtaan liian vähäistä fyysistä aktiivisuutta terveyden kannalta riittäväksi. Ihan jokainen otettu askel ei kuitenkaan ole terveysterveystasuosituksen liikuntaa.

UKK-instituutin tuore liikuntapiirakka (Kuvio 1) on yksi tapa hahmottaa terveysterveystasuosituksen suositus. Liikuntapiirakka on jaettu kahteen puolikkaaseen. Alaosa kuvaa perusaktiivisuutta, *perusliikuntaa*, jossa päämotiivina on yleensä joku muu tekeminen kuin liikkuminen (asiointimatkat, kotityöt, leikkiminen). Tällaisella aktiivisuudella on edullisia vaikutuksia yleiseen terveyteen ja painonhallintaan vaikkei se kohdistu kovin täsmällisesti terveysterveystasuosituksen eri osa-alueisiin. Piirakan yläosan liikuntasuositusta nimitetään *täsmäliikunnaksi*, joka kehittää täsmällisesti jotakin tiettyä aiemmin mainittua terveysterveystasuosituksen osa-alueita. Täsmäliikunnan tavoitteet voivat vaihdella henkilön mieltymysten ja iän mukaan eri osa-alueiden ollessa tärkeämpiä esim. keski-ikäiselle miehelle ja ikääntyneelle naiselle. Lasten ja

nuorten fyysisen terveyden kannalta piirakkaa voidaan pitää kokonaisuudessaan perussuosituksena. (Fogelholm ym. 2004.)



**Kuvio 1.** Liikuntapiirakka. Lähde: UKK-instituutti.

Liikuntapiirakka laajentaa perinteistä kuntokäsitettä urheiluun ja liikuntaan liittyvästä suorituskyvystä: terveystuntoon kuuluvat terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn yhteydessä olevat fyysisen kunnan osatekijät sisältäen mm. hyvän kestävyuden (aerobinen kunto), liikkeiden hallinnan ja tasapainon (motorinen kunto), lihasvoiman, lihaskestävyyden ja nivelten liikkuvuuden ja luun vahvuuden (tuki- ja liikuntaelimestön kunto) sekä sopivan painon ja vyötärön ympäröityksen. Liikuntapiirakan myötä tulee toivottavasti korostumaan aiempaa paremmin viesti siitä, että terveystuntoasuositus (30 minuuttia päivittäin kävelyä vastaavalla teholla) täydentää kuntoliikuntasuositusta (hölkkää vastaavalla teholla 3 x 20-60 minuuttia viikossa), ei korvaa sitä. (Fogelholm ym. 2004.) Myös uusissa suomalaisten ravitsemussuosituksissa viitataan liikuntapiirakkaan sillä ravitsemussuositusten tavoitteena on ravinnon ja liikunnan tasapainottaminen. Riittävä fyysinen aktiivisuus auttaa ehkäisemään monia elintapoihin liittyviä sairauksia ja vaikuttaa monissa tapauksissa samalla tavoin kuin hyvä ruokavalio. Fyysinen aktiivisuus vaikuttaa myös ravinnon tarpeeseen. Molempien

terveysvaikutukset täydentävät toisiaan eikä niitä ole syytä pitää toisiaan poissulkevinä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005.)

Tutkimus tuottaa uutta tietoa terveyttä edistävän liikunnan terveysvaikutuksista, vahvistaa puutteellisesti osoitettuja vaikutuksia ja täsmentää tietoa eri vaikutusten saavuttamiseksi tarvittavasta liikunnasta. Terveysliikunnan edistämistarpeita lisäävät väestön koulutustason, elinolosuhteiden ja yleisen terveydentilan paraneminen sekä väestön ikääntyminen ja yhteiskunnan pyrkimys menojen pienentämiseen. (Vuori 1999a.) Eri väestöryhmien liikuntaa edistäviä palveluja voidaan järjestää runsaasti paikallistasolla monien julkisen ja yksityisen sektorin tahojen tuottamina. Keskeistä on, että liikunta kuten muutkin terveyden edistämisen keinot onnistuisivat vähentämään väestöryhmien ja asuinalueiden välisiä terveyseroja tukien erityisesti niitä, jotka eivät harrasta liikuntaa säännöllisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.) Terveysliikuntaa voidaan edistää monin tavoin kuten kevyen liikenteen väyliä rakentamalla ja hiekoittamalla, terveysneuvonnalla, paikallisista liikuntamahdollisuuksista tiedottamalla sekä myös uusien liikuntaryhmien perustamisella ja yhdessä liikkumalla. (Moisio 1999). Yksi mahdollisuus saavuttaa väestön terveyden todellista paranemista on kevytliikenteen lisääminen ja vaikkei se välttämättä sellaisenaan täytä kaikkia terveysliikunnan kriteereitä, voi se kuitenkin muodostaa merkittävän osan tarvittavasta perusliikunnasta. Lisäämällä muuta arki- tai vapaa-ajan liikuntaa, esimerkiksi riittävästi portaiden nousua päivittäin, terveysliikunnan minimi kuitenkin täyttyy suhteellisen helposti ja kohottaa etenkin huonokuntoisten ja ikääntyvien kuntoa. (Oja 1999.)

Arkiliikuntana, vapaa-ajan liikuntana tai muulla tavoin toteutuva terveysliikunta on taloudellista koska tuntuvia tuloksia saadaan jo pienin panoksin ja hyvällä hyötysuhteella (Vuori 1994, Vuori 1999a). Liikkuminen esimerkiksi polkupyörällä ja jalan on merkittävää, koska sillä on monia terveyttä ja kuntoa edistäviä vaikutuksia ja se voi tarjota säännöllisen liikuntatuokion niille, jotka eivät muuten ole liikunnasta kiinnostuneita tai eivät jaksakaan harrastaa (Telama 1986, Paronen ym. 1991). Tällainen liikkuminen täyttäisi kansanterveyden ja –talouden kannalta toivottavat kriteerit ollen liikuntaa, joka vaatii vähän investointeja, on turvallista ja luonteva osa jokapäiväistä elämää (Vuori ym. 1993). Kansanterveyttä voidaan edistää myös moottoriliikenteen aiheuttamien haittojen kuten ilmansaasteiden, melun ja onnettomuuksien vähenemisellä kun siirrytään moottoriliikenteestä kevytliikenteeseen (Oja



1999). Arki- ja lähiliikunnan mahdollistava liikuntaympäristö tukee lasten ja nuorten liikunnan lisäksi erityisesti iäkkäiden ihmisten päivittäistä liikuntaa (Sjöholm 2004). Päivittäisten matkojen kulkeminen fyysisesti aktiivisella tavalla riippuu henkilön kiinnostuksesta, yhdyskunnan rakennetekijöistä kuten asuntojen, työpaikkojen ja palveluiden sijoittumisesta, liikennesuunnittelusta sekä erityisesti kevyen liikenteen reiteistä ja niiden tasosta (Telama 1986). Monissa Euroopan kaupungeissa pyöräilyn edistäminen on osoittautunut erittäin menestykselliseksi sillä liikenneympäristöä kehittämällä ja muilla edistämistoimilla pyöräilijöiden määrä on kaksinkertaistunut. Kevytliikenteen edistämismahdollisuuksista käydään keskustelua useissa maissa terveys-, liikunta- ja liikenneasiantuntijoiden kesken. Tällaisella uudella poikkihallinnollisella toimintatavalla toivotaan saavan aikaan uusia ja väestöön laajasti vaikuttavia liikunnan edistämistoimia. (Oja 1999.)

### 2.3.3 Kunta terveysliikunnan edistäjänä

Liikuntalaissa (1998) määritellään liikunnan yleisten edellytysten luominen paikallistasolla kuntien tehtäväksi. Savolan (2003) mukaan yhteiskunnassamme tulisi luoda kuntatasolla terveysliikuntapolitiikan yleisiä periaatteita nähdessä terveysliikuntapolitiikka ennaltaehkäisevänä terveyspolitiikkana. Terveysliikunnan paikallisten suositusten (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000) mukaan palveluiden tulisi kohdistua kaikille kuntalaisille, mutta erityisesti niille, joita muiden liikunnan tarjoajien palvelut eivät tavoita tai joille liikuntapalveluja ei järjestetä. Tärkeänä tavoitteena on välittää kuntalaisille tietoa terveysliikunnasta ja sen merkityksestä sekä terveysliikunnan toteutusmahdollisuuksista ja saatavilla olevista terveysliikuntapalveluista. Sjöholmin (2004) mukaan terveyttä edistävä liikunta tulisi ymmärtää kunnissa liikuntalain perustelujen mukaisesti selkeästi yhdeksi peruspalveluksi, jota tulee kehittää eri hallinnonalojen yhteistyönä. Terveyttä edistävän liikunnan kehittämisessä tulisi sopia nykyistä selkeämmin vastuu- ja tehtäväjaosta eri hallinnonalojen ja – tasojen kesken (Terveyttä edistävän liikunnan edistämistoimikunnan mietintö 2001, Sjöholm 2004). Terveysliikunnan toteutumista tulisi edistää kunnan yhteistyöverkostoa kehittämällä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000) tavoitteena poikkihallinnollinen terveysliikunnan kehittämisohjelma osana koko kunnan

hyvinvointistrategiaa (Sjöholm 2004). Liikunta tulisi sisällyttää hyvinvointitekijänä koko kunnan ja sen eri sektoreiden toimintaohjelmiin (Sjöholm 2004). Monet julkisen ja yksityisen sektorin tahot (kuntien ja kuntayhtymien luottamushenkilöt ja virkamiesjohto, liikunta- ja vapaa-aikatoimi, sosiaali- ja terveystoimi, opetustoimi sekä maankäytön ja liikenteen suunnittelu ja rakentaminen) voisivat tuottaa lukuisia liikuntaa edistäviä palveluja eri väestöryhmille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Kunnan liikuntaviranomaisen tulisi olla terveystoiminnan aktivaattori ja verkostojen luoja, jonka tehtävänä on liikunnan ja muun terveyttä edistävän fyysisen aktiivisuuden edistäminen kunnassa. Terveystoiminnan aktivaattorin tehtävänä olisi vaikuttaa lähiympäristön, asuinalueiden ja puistojen viihtyvyyteen, vastata arki- ja lähiliikuntapaikoista, virkistysalueista, uimarannoista, viheralueista, kalastusvesistä, päiväkotien liikuntapaikoista, ulkoilureiteistä, kansalaistoiminnan tukemisesta ja kantaa osavastuu myös kevyen liikenteen väylistä. (Sjöholm 2004.) Liitteessä 4 on Terveystoiminnan asema kunnissa –selvityksestä (Holopainen 2004) löytyvä Suomen Kuntaliiton erityisasiantuntija Kari Sjöholmin kirjoitus terveyttä edistävästä liikunnasta huolehtivasta kunnasta.

#### 2.3.4 Terveystoiminnan edistäminen käytännössä: esimerkkinä Kunnossa kaiken ikää -ohjelma

Terveystoiminnan käytännön toteuttamismahdollisuuksiin ja kehittämisen laajuuteen vaikuttavat kuntien käytössä olevat taloudelliset resurssit. Taloudellista tukea erityisesti yli 40-vuotiaiden terveystoiminnan käynnistämiseen on ollut mahdollista saada esimerkiksi Kunnossa kaiken ikää –ohjelman kautta ja lasten ja nuorten liikunnan käynnistämiseen tarjoaa taloudellista tukea Nuori Suomi ry. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.)

Valtakunnallinen Kunnossa Kaiken Ikää -ohjelma eli KKI –ohjelma on opetusministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama liikuntahanke (KKI –ohjelma 2005). KKI -ohjelma käynnistyi tammikuussa 1995 ja sillä on ollut nyt jo kymmenen vuoden ajan merkittävä rooli terveystoiminnan puolesta puhujana ja aikuisväestön liikuntaan aktivoijana Suomessa. Ohjelman tavoitteena on aktivoida uusia keski-ikäisiä liikunnan pariin ja luoda pysyviä terveystoimintapalveluja aikuisväestölle (Anttila 1999) sekä lisäksi se pyrkii osaltaan lisäämään terveyttä edistävien tahojen yhteistyötä ja luomaan pysyviä terveystoimintapalveluja

kuntiin. Paikallistasolla KKI -toimintaa järjestävät yhteistyössä mm. kuntien liikunta- ja terveystoimet, työterveyshuolto, työpaikat sekä liikuntaseurat ja muut yhdistykset. Valtakunnallisesti KKI -ohjelmasta vastaa Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES. (Miettinen, Rajala 2002, KKI -ohjelma 2005.) Yhteistyötahoina ja rahoittajina toimivat opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi liikenne- ja viestintäministeriö, ympäristöministeriö sekä Metsähallitus, jotka kehittävät omilla hallinnonaloillaan muun muassa työmatka- ja luontoliikunnan edellytyksiä (KKI -ohjelma 2005). Ohjelman suojelijana toimii tasavallan presidentti Tarja Halonen (LIKES-tutkimuskeskus 2003). Ohjelma levittää tietoa liikunnan merkityksestä eri tiedostusvälineiden sekä omien viestintätuotteidensa avulla (Rajala 2003).

Alun perin Ministerit Tytti Isohookana - Asunmaa ja Jorma Huuhtanen allekirjoittivat KKI -ohjelman aiesopimuksen, jonka mukaan opetusministeriö sekä sosiaali- ja terveysministeriö aloittivat viisivuotisen valtakunnallisen toimintaohjelman suunnittelun (Anttila 1999). Ensimmäisellä toimintakaudellaan (1995-1999) ohjelma onnistui saamaan runsaasti keski-ikäisiä säännöllisen liikunnan pariin, sillä paikallistasolla toimi lähes 500 KKI -ohjelman tukemaa hanketta kauden päätyttyä (Miettinen, Rajala 2002). Ohjelman toinen viisivuotiskausi (2000-2004) käynnistyi vuoden 2000 alussa. Haastavana tavoitteena oli edelleen auttaa mahdollisimman moni yli 40-vuotias liikuntaharrastuksen alkuun sekä luoda pysyviä liikuntapalveluja aikuisten lähipiiriin. (Miettinen, Rajala 2002, KKI -ohjelma 2005.) Toisen kauden lopulla ohjelma liikutti aloittelijoita jo yli 600 (Rajala 2003) ja tällä hetkellä jo yli 700 paikallishankkeen voimin (KKI -ohjelma 2005). Terveysliikunnan asema kunnissa -selvityksessä kuntien liikuntaviranomaisilta tiedusteltiin kuntien mukanaoloa Kunnossa kaiken ikää -hankkeessa. Vastausten perusteella 80 % Suomen kunnista on ollut tai on mukana KKI -hankkeessa (Holopainen 2004). KKI -ohjelma on muodostunut laajasti tunnetuksi brandiksi ja ohjelman paikallisuus on osoittautunut erinomaiseksi motivaatiotekijäksi kun kansalaiset voivat itse vaikuttaa liikuntaharrastukseensa ja sen sisältöön kaupungeissa, kunnissa ja kylissä (Karpela 2004).

Nykyisten peruspalveluministeri Liisa Hyssälän ja kulttuuriministeri Tanja Karpelan mukaan uusi hallitusohjelma sekä valtioneuvoston periaatepäätös terveystoiminnan kehittämisestä linjaavat lähivuosina eri ministeriöiden työtä terveystoiminnan edistämiseksi. Molemmat ministerit pitävät KKI -ohjelmaa erinomaisena esimerkkinä useiden ministeriöiden välisestä

poikkihallinnollisesta yhteistyöstä. Heidän mielestään paikallistason KKI –hankkeiden kautta on onnistuttu luomaan poikkihallinnollisia verkostoja ja KKI –ohjelman myötä kunnan eri sektoreiden, liikunta- ja kansanterveysjärjestöjen ja muiden toimijoiden välinen yhteistyö terveysliikunnan kehittämisessä on korostunut. KKI –ohjelma on lunastanut sille asetetut tavoitteet yhteistyön lisäämisestä terveysliikunnan kehittämiseksi niin valtakunnallisella kuin paikallisella tasolla. (Rajala 2003.) KKI –ohjelma vietti 10-vuotis juhlavuottaan vuonna 2004. Juhlavuoden alussa päätettiin, että ohjelma tulee jatkumaan ainakin seuraavan viisivuotiskauden. KKI –ohjelman (2005) mukaan ohjelman kolmannella viisivuotiskaudella 2005-2009 sen tavoitteena on edelleen auttaa yli 40–vuotiaita liikuntaharrastuksen alkuun sekä luoda pysyviä liikuntapalveluja aikuisten lähipiiriin.

### **3 AIEMPIÄ TUTKIMUKSIA TERVEYDEN EDISTÄMISESTÄ, TERVEYSLIIKUNNASTA JA YHTEISTYÖSTÄ PAIKALLISTASOLLA**

#### **3.1 Tutkimuksia eri sektoreiden välisestä yhteistyöstä terveyden edistämisen ja terveysliikunnan alalla**

Perttilän (1999) tutkimuksen kohteena olivat *terveyden edistäminen kunnassa päätöksentekijöiden* (kuntien johtajat, eri hallinnonalojen johtavat viranhaltijat ja johtavat luottamushenkilöt), *päätöksentekoprosessien ja strategisen suunnittelun näkökulmasta*. Tässä tarkastellaan tutkimuksen yhtä osatutkimusta eli millaisena terveyden edistäminen ilmenee kuntien strategisessa suunnittelussa ja toiminnan seurannassa. Missään tutkimuskunnassa ei ollut laadittu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen erillistä strategiaa ja toimintakertomuksissa terveyden edistämisen toteutumista kuvattiin suppeasti. Taloudellinen niukkuus ja lama ohjasivat strategista suunnittelua ja sekä vahvistivat että heikensivät terveyden edistämistä. Laman seurauksena eri hallinnon alat ja kunnan muut toimijat lisäsivät yhteistyötä ja kiinnittivät huomiota ihmisten omaan ja yhteisvastuuseen. Suunnittelussa priorisoitiin välttämättömiä tehtäviä, joiden joukkoon terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ eivät kuitenkaan mahtuneet siitä huolimatta, että ne arvostettiin korkealle kunnallisten päättäjien arvokeskusteluissa. Terveyden edistämisen päämäärät olivat usein laajoja, yleisiä pyrkimyksiä, joista oli vaikea löytää se mitä konkreettisesti aiottiin tehdä, kenen vastuulla ja millaisia tuloksia tavoitellen. Etenkin tutkimusjakson alkupuolella toimintasuunnitelmat ja keinot päämäärien saavuttamiseksi olivat usein vaatimattomia tavoitteisiin nähden. Tutkimusjakson lopulla tavoitteita terveyden edistämiseksi oli selvästi runsaammin ja keinoina mainittiin usein moniammatillisia projekteja, yhteistyötä ja verkostoitumista. Toimintakertomuksista ei kuitenkaan ilmennyt, oliko terveyden edistämisen tavoitteisiin päästy. Terveyden edistämisen yleiset tavoitteet asetettiin joissakin kunnissa selkeästi koko kunnan tavoitteiksi, jossakin ne olivat pääasiassa sosiaali- ja terveydenhuollon alaisuudessa ja jossakin vapaa-aika- ja liikuntatoimen vastuulla. Kuntaorganisaation sisäiset heikkoudet terveyden edistämisen osalta näyttivät olevan sektorikohtaisen toimintamallin ristiriitaisuus suhteessa poikkihallinnollista osaamista vaativaan terveyden edistämiseen, hallinnollisen vastuun epämääräisyys sekä ammatillisen osaamisen puutteet.

Seppälän (2002) tutkimuksessa tarkasteltiin *poikkihallinnollisuutta eri hallintokuntien* (sosiaali-, terveys-, koulu-, nuoriso-, muu kulttuuri ja vapaa-aika- sekä tekninen sektori) *välisenä yhteistyönä*. Viranomaisten välinen yhteistyö liikuntapalveluiden järjestämisessä oli viimeisten seitsemän vuoden aikana lisääntynyt tutkimuksen mukaan selkeästi mikä näkyi erityisesti sosiaali- ja terveystoimen kanssa tehtävän yhteistyön aktivoitumisena, vaikka yhteydenpito tämän sektorin kanssa oli edelleen muita sektoreita vähäisempää. Yhteistyötä tehtiin tahon kanssa, jolla oli eniten osaamista kyseisestä toiminnasta ja yhteistyön kohdealueita oli liikuntatoimessa pääasiassa sitä enemmän mitä suuremmasta kunnasta oli kyse. Yhteistyötä estäviä tekijöitä olivat osaltaan resurssien niukkuudesta ja toimintojen yhdistämisestä johtuva kiire ja viranhaltijoiden henkilökohtaiset asenteet. Erityisesti suurissa kunnissa myös hallintokuntarajat korostuivat yhteistyötä estävinä tekijöinä. Yli 90 % viranhaltijoista ilmoitti, että yhteistyö kiinnostaa heitä paljon, mutta koska yhteistyölle on olemassa esteitä, ei kiinnostus takaa yhteistyön lisääntymistä. Esimerkiksi liikunta- ja teknisen toimen välinen yhteistyö osoittautui ainakin osittain ongelmalliseksi vaikka tekninen toimi on liikuntapaikkojen hoidon ja rakentamisen osalta tärkeä yhteistyökumppani liikuntatoimelle. Yhteistyön arvioitiin kehittyvän merkittävimmin paikallisten järjestöjen, muiden kuntien ja yksityisten yritysten kanssa. Kunnan sisäisistä yhteistyötahoista erottui terveystoimi, mikä saattaa tarkoittaa liikuntatoimen kehittyvän terveystoimipainotteisemmaksi. Liikuntatoimen viranhaltijoiden roolia voidaan kuvata tulevaisuudessa yleisnimikkeellä liikunnan aktivaattori, joka pitää sisällään monipuolisen työnkuvan.

Suomen Kuntourheiluliiton (2003) maamme terveystoiminnan rakenteiden kehittämistä varten tuottaman kunto- ja terveystoimintabarometrin 2003 avulla *kunnat ja seurukset arvioivat mahdollisuuksiaan kuntalaisten terveystoiminnan toteuttajina*. Barometrin mukaan kunnissa ja seuroissa on tarpeeksi tietoa terveystoiminnan merkityksestä, mutta käytännön organisointiin ja ohjaamiseen tarvittaisiin paljon lisätietoja, työvälineitä ja vaikuttajia. Barometriin vastanneet kuntien liikuntatoimen johtajat ja seurojen johtohenkilöt uskovat, että kuntalaiset ja urheiluseurat ovat valistuneempia kunto- ja terveystoiminta-asioissa kuin poliittiset päättäjät. Poliitikot eivät ole vielä tunnistaneeet terveystoiminnasta liikuntapolitiikkaa, joka on noussut perinteisen sporttisen liikunnan haastajaksi. Savolan (2003) mukaan tämä tulisi sisällyttää lähes kaikkiin kunnan hyvinvointipoliittisiin päätöksiin, jolloin se vaatii kuitenkin

liikunnan laajentuneen arvomaailman ymmärtämistä. Tämä avaa uusia työvälineitä kunnallispoliitikoille vaikuttaa kunnassa tapahtuviin hyvinvointiratkaisuihin, jos he vain huomaavat käyttää mahdollisuutta esim. vaaliteemanaan. Kunnat edistävät seurojen toimintaa mm. seura-avustuksilla ja erillisillä kohdeavustuksilla. Lähes 80 % kunnista toteuttaa myös terveysliikuntapalveluja yhdessä seurojen kanssa. Savolan mukaan kunnan eri hallinnonalojen ja seurojen noussee välttämättömäksi ja yhteistyöstä tulee tiivistä. Parhaassa tapauksessa liikuntaperiaate voitaisiin sisällyttää lähes jokaisen hallinnonalan toimintaan, joka vaatii kuitenkin kunnan hallinnon toimintatapojen ennakoluulotonta kehittämistä. Barometrissa erityisesti kuntapäättäjät pitivät tärkeänä, että urheiluseurat vaikuttaisivat voimakkaammin liikuntapaikkojen rakentamiseen. Olisikin tärkeätä, että kunnan luottamusjohdossa työskentelisi enemmän terveysliikunnan merkityksen ymmärtäviä seuravaikuttajia.

### **3.2 Tutkimuksia terveysliikunnan merkityksestä, tunnettavuudesta ja asemasta**

Ståhlin ym. (2001) tutkimuksessa tarkasteltiin ensimmäistä kertaa Suomessa *terveysliikunnan merkityksiä ja puhekäytäntöjä*. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millä tavalla liikunta- ja terveysalan päätöksentekijät ymmärtävät terveysliikunnan ja terveyttä edistävän liikunnan; millaisia merkityksiä terveysliikunta saa päätöksentekijöiden puheessa ja millaisia puhekäytäntöjä terveysliikunnasta esiintyy. Paikallistason poliittisilla päätöksentekijöillä ei ollut selkeätä kuvaa siitä, mitä terveysliikunnalla tarkoitetaan eivätkä he pystyneet analysoimaan käsitettä kovin syvällisesti ja monisanaisesti. Terveys- ja liikunta-alan viranhaltijat, asiantuntijat ja kansallisen tason poliittiset päätöksentekijät puhuivat terveysliikunnasta laveasti monelta kannalta analysoiden ja kritisoiden. Kaikkein kriittisimmin käsitteeseen suhtautuivat terveysalan päätöksentekijät, jotka pitivät käsitettä keinotekoisena ja ongelmallisena pohtien sitä mikä olisi ei-terveysliikuntaa. Liikunta-alan päättäjät suhtautuivat käsitteeseen sekä positiivisesti, negatiivisesti että neutraalisti pitäen sitä ongelmallisuudestaan huolimatta välttämättömänä nykyajalle kuuluvana ilmiönä. Haastateltavat luonnehtivat terveysliikuntaa eri liikuntalajien ja fyysisen aktiivisuuden kautta ja pitivät terveysliikuntana perinteisiä kuntoliikuntamuotoja kuten kävelyä, uintia ja pyöräilyä. Fyysisen aktiivisuuden merkitys tuli esille haastateltavien viitatessa arki- ja hyötyliikuntaan kuten päivittäisten toimintojen lomassa kertyvä liikunta sekä esimerkiksi

työmatkojen liikkuminen, kaupassakäynti, marjastus jne. Haastateltavat eivät kuitenkaan yhdistäneet arkiliikunnan käsitettä suoranaisesti terveysliikuntaan. Haastateltavat kokivat, että turvallisesti toteutettuna omatoiminen liikunta on terveysliikuntaa, mutta ohjattu liikunta on kuitenkin tätä turvallisempaa koska oikeilla suoritustavoilla vammautumisriski pystytään minimoimaan. Terveysliikkujina pidettiin yleisimmin aikuisia, ei-liikkujia ja erityisryhmissä liikkuvia. Vaikka lasten ja nuorten liikuntakin on terveyteen vaikuttavaa liikuntaa, ei sitä pidetty terveysliikuntana. Myöskään kilpa- ja huippu-urheilijoiden liikunnan ei katsottu yleensä olevan terveysliikuntaa, vaikka sitä liikuntajärjestöjen kontekstissa pidettiin terveysliikuntana. Terveysliikunnan järjestämisessä on mukana monia eri tahoja ja haastateltavien mielestä terveysliikuntatoiminnan ja –palvelujen järjestämisen yhdistävä tekijä on yhteistyö. Erityisesti liikunta-alan päättäjät pitivät terveysliikunnan edistämisen edellytyksenä liikuntasektorin ja terveyssektorin välistä vahvaa yhteistyötä. Terveysalan päättäjät pitivät omaa rooliaan terveyteen ja sairauksiin liittyvän liikunnan asiantuntijana ja kaikkein passiivisimpien aktivoijana sekä näkivät vastuun liikuntatoiminnan järjestämisestä kuuluvan liikuntatoimelle. Liikunta-alan päättäjät kuitenkin halusivat jo muidenkin tahojen ottavan vastuuta liikunnan edellytysten ja toiminnan suunnittelusta, järjestämisestä ja rahoituksesta. Terveysliikunnan edistämisen tärkeimpinä perusteina pidettiin liikunnan positiivisia vaikutuksia yksilölle ja yhteiskunnalle. Liikunnalla katsottiin olevan keskeinen rooli yksilön hyvinvoinnin ylläpitäjänä muun muassa fyysisen kunnon, jaksamisen, sairauksien ehkäisyn ja toimintakyvyn paranemisen avulla ja haastateltavat pitivät tärkeinä myös sosiaalisia kontakteja ja ihmisen omaa vastuuta. Liikunnalla katsottiin lisäksi olevan hyötyä taloudellisina säästöinä kansanterveyden parantuessa, työstä poissaolojen vähentyessä sekä toimintakyvyn ja itsenäisyyden säilyessä pidempään.

Miilunpalon ym. (2002) tutkimuksessa kartoitettiin *valtakunnallisten suositusten tunnettavuutta* terveyskeskuksissa, tässä tarkastellaan lähemmin Terveysliikunnan paikallisten suositusten (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000) tunnettavuutta. Terveyskeskuksissa työskentelevistä ammattilaisista enemmistö piti valtakunnallisia suosituksia tärkeinä apuvälineinä käytännön työn suunnittelussa ja toteutuksessa. Kuitenkin terveysliikuntasuosituksot olivat silti tuntemattomia lähes puolelle lääkäreistä ja ne tunnettiin huonosti myös hoitajien keskuudessa. Lääkärien mukaan suositukset olivat olleet keskikokoisissa terveyskeskuksissa useammin nähtävillä (46 %) ja niitä oli esitelty useammin



oman ammattiryhmän kokouksissa (36 %) verrattuna suuriin tai pieniin terveyskeskuksiin. Ammattiryhmän mukaan vain 10-15 % työntekijöistä ilmoitti, että terveyskeskuksessa oli tehty valmistelutyötä terveysliikuntasuosituksen soveltamiseksi ja että suositusten soveltamisesta ja käyttöönotosta oli tehty päätöksiä. Noin joka seitsemäs työntekijä arvioi, että terveysliikuntasuositukset ovat aiheuttaneet muutoksia hänen itsensä antamassa asiakasneuvonnassa. Lähes yhtä suuri joukko arvioi suositusten aiheuttaneen muutoksia eri ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön ja lisänneen yhteistyötä terveyskeskuksen ja muiden tahojen välillä.

Holopaisen (2004) selvityksessä tarkasteltiin *terveysliikunnan asemaa kunnissa*. Suomen Kuntaliiton ja Kunnossa kaiken ikää –ohjelman toteuttama ja opetusministeriön rahoittama kysely osoitettiin täytettäväksi kuntien liikuntaviranomaisille. Kyselyyn vastanneista kunnista noin kuudesosa oli tehnyt erillisen hyvinvointistrategian tai hyvinvointipoliittisen ohjelman ja saman verran kunnista vastasi olevansa parhaillaan valmistelemassa tällaista. Poikkihallinnollisia terveysliikuntaohjelmia kunnista oli tehnyt vajaa kymmenesosa. Lähes kolme neljästä kunnasta ilmoitti, että kunnan liikuntatoimessa oli määritelty toiminta-ajatus. Kunnossa kaiken ikää – ohjelmaan liittyvä toiminta oli aktiivista, sillä peräti 81 % kaikista kunnista oli toteuttanut tai oli parhaillaan toteuttamassa omaa KKI –hanketta. Vastaajien mukaan terveyttä edistävä liikunta esiintyi yleisimmin liikuntatoimen suunnitelma-asiakirjoissa ja se mainittiin suhteellisen usein myös kansalais- ja työväenopistojen, sosiaali- ja terveystoimen, koulutoimen sekä nuorisotoimen suunnitelma-asiakirjoissa. Harvimminkin terveyttä edistävä liikunta mainittiin ympäristötoimen sekä teknisen toimen toimintasuunnitelmissa. Lähes kolmasosassa kunnista terveyttä edistävä liikunta mainittiin kuntastrategiassa tai muussa koko kunnan kehittämisohjelmassa ja alle viidennes kunnista ilmoitti terveyttä edistävän liikunnan esiintyneen kunnan hyvinvointiohjelmassa ja kunnan toiminta-ajatuksessa. Tämän tutkielman luvussa 2.3.1 sekä liitteessä 3 esitellään terveysliikuntaan liittyviä asiakirjoja, joiden tuntemista kyselylomakkeella kartoitettiin. Lähes puolet kunnista tunsivat terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietinnön, artikkelin Liikunnan edistäminen – edullinen sijoitus kunnan kehittämiseen (ei mukana tässä tutkimuksessa) sekä Valtioneuvoston periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista. Julkaisut *Terveysliikunnan paikalliset suositukset* sekä *Suuntana hyvinvointi – mitkä ovat liikunnan mahdollisuudet?* olivat tunnettuja vajaassa 40 prosentissa

kunnista. Noin neljäsosa kunnista ilmoitti tuntevansa Terveys 2015 –kansanterveysohjelman. Asiakirjat olivat aiheuttaneet aika vähän toimenpiteitä kunnissa, noin neljännes kunnista vastasi Terveysliikunnan paikallisten suositusten sekä Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietinnön saaneen eniten aikaan toimenpiteitä kunnissa. Viidennes kyselyyn vastanneista kunnista oli nimennyt erikseen terveyttä edistävästä liikunnasta vastaavan viran- tai toimenhaltijan ja vajaa kolmasosa ilmoitti suunnitelleensa ja rakentaneensa jonkin liikuntapaikan erityisesti terveyttä edistävää liikuntaa ajatellen. Kymmenen prosenttia vastaajista ilmoitti tällaisen liikuntapaikan olevan suunnitteilla. Kyselyssä pyydettiin lisäksi kertomaan kunnassa olemassa olevista ja suunnitelluista liikuntahankkeista. Terveysliikunnan asema kunnissa –selvitys sisältää myös Suomen Kuntaliiton erityisasiantuntija Kari Sjöholmin kirjoituksen, jossa pohditaan terveysliikunnan edistämisestä hyvin huolehtivan kunnan tunnuspiirteitä. Näiden tunnuspiirteiden luettelo on liitteessä 4.

### **3.3 Yhteenvetoa tutkimuksista**

Useimmissa tässä esitellyissä tutkimuksissa tarkasteltiin kunnan eri sektoreiden välistä yhteistyötä terveyden edistämisen ja terveysliikunnan saralla. Paikallistason poikkihallinnollisuus nähtiin edellytyksenä terveyden edistämisen ja terveysliikunnan kehittämiseksi. Kuten tutkimusten tuloksista kuitenkin kävi ilmi, oli poikkihallinnollisessa yhteistyössä puutteita kiinnostuksesta ja hyvästä tahdosta huolimatta. Osaltaan tähän voi vaikuttaa käsitteiden selkiintymättömyys. On hankalaa tehdä yhteistyötä terveysliikunnan kehittämisen puitteissa, jos itse terveysliikunnan käsite ei ole kaikille tuttu tai jos terveysliikuntasuosituksia ei tunneta vaikka niitä pidettäisiinkin tärkeinä. Tutkimustulosten mukaan yhteistyötä voi mutkistaa myös se, että terveysliikunnasta on erilaisia puhekäytäntöjä ja se merkitsee eri asiaa eri sektoreilla ja eri ihmisille. Toisaalta vaikka tietoa olisikin, asettaa yhteistyölle monesti esteitä muun muassa resurssien niukkuus, hallinnollisen vastuun epämääräisyys ja myös viranhaltijoiden henkilökohtaiset asenteet. Ongelmia voi olla lisäksi käytännön toteuttamisessa kun esimerkiksi niin sanotulla ruohonjuuritasolla toimivat urheiluseuravaikuttajat olisivat tietoisia asioista ja valmiita toteuttamaan terveysliikuntatoimia, mutta poliitikot päätöksentekotasolla eivät ole perehtyneitä asiaan.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin näissä aiemmissa tutkimuksissa käsiteltyjä asioita kuntien liikuntaviranomaisilta tiedusteltiin muun muassa strategisesta suunnittelusta, poikkihallinnollisuudesta sekä terveysliikunta-asiakirjojen tuntemisesta. Yhteyksiä aiempiin tutkimuksiin tarkastellaan lähemmin tuonnempana tulososion yhteydessä.

## 4 PRECEDE–PROCEED –MALLI TUTKIMUKSEN KÄSITTEELLISENÄ VIITEKEHYKSENÄ

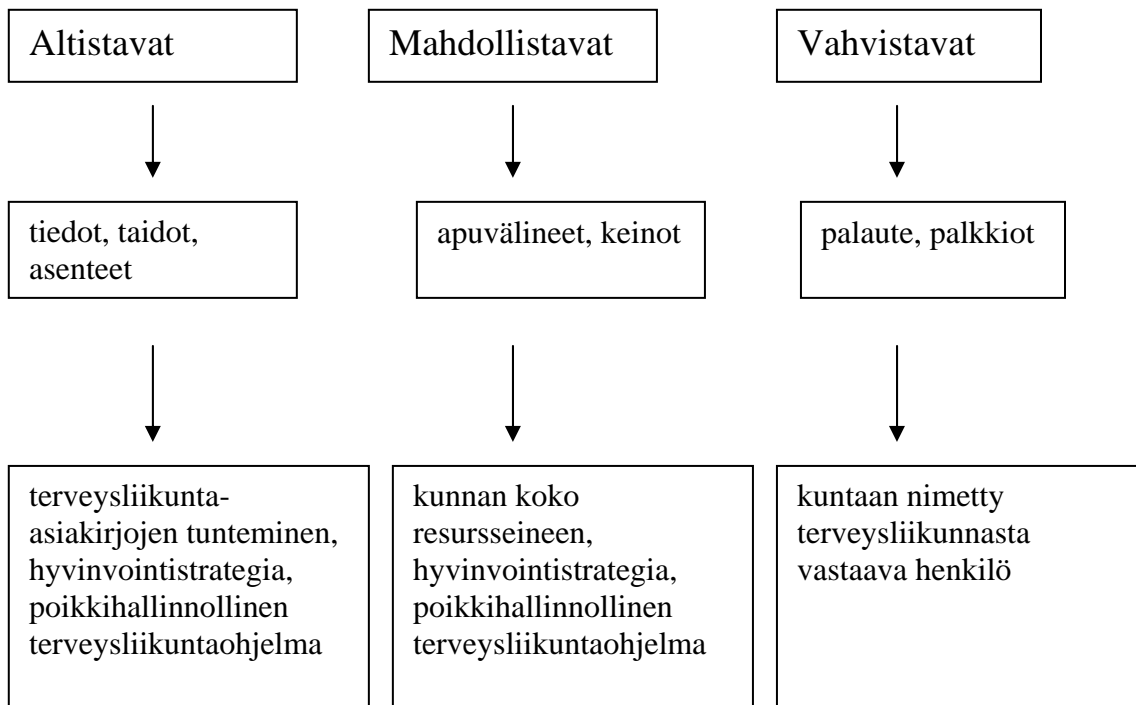
### 4.1 Mallin yleispiirteet

Tämän tutkimuksen aineistonkeruussa käytetyn kyselylomakkeen laatimisen taustalla ei ollut mitään teoriaa tai mallia. Kuitenkin tässä tutkimuksessa tulosten tulkinnassa käytetään hyväksi Precede–Proceed –mallin käsitteitä. Precede–Proceed on yksi terveystyötytymis-, terveyskasvatus- ja terveydenedistämismallien joukkoon lukeutuva malli, joka erottuu teoreettisesti selkeänä ja monipuolisena mallina terveydenedistämisen ja terveyskasvatuksen suunnitteluun ja arviointiin (Green & Kreuter 1991, 1999). Se ei ole sinänsä teoria vaan käsitteellinen käytännön perusta, suunnittelumalli, jonka avulla pystytään soveltamaan teorioita käytäntöön siten, että kyetään määrittämään ja toteuttamaan kaikista sopivimmat ja soveltuvimmat interventiostrategiat (Gielen & McDonald 1997). Precede ja Proceed toimivat yhdessä tarjoten jatkuvan suunnittelu-, toteutus- ja arviointiprosessien vaihesarjan. Malli keskittyy aluksi kiinnostuksen kohteena olevaan tulokseen ja etenee taaksepäin määritellen kuinka parhaiten voidaan saavuttaa tämä tulos. (Green & Kreuter 1991, 1999.) Mallissa on kuusi prosessin perusvaihetta, mutta kun mukaan lasketaan ohjelman vaikutus ja tuloksen arviointi tulee siitä yhdeksänvaiheinen prosessi. Malli perustuu ajatukseen, että monimutkaisuudessaan ja moniulotteisuudessaan terveystyötytymiseen vaikuttavat monet eri tekijät. (Gielen & McDonald 1997.)

Tässä tutkimuksessa keskitytään mallin neljänteen vaiheeseen, joka on kasvatuksellinen ja organisationaalinen arviointi. Sen tehtävänä on ryhmitellä tunnettuun terveystyötytymiseen vaikuttavat lukemattomat tekijät kasvatuksellisten ja organisationaalisten strategioiden mukaan kolmeen ryhmään: *altistavat tekijät* ovat henkilön tai väestön tietoja, taitoja, asenteita, uskomuksia, arvoja ja / tai havaintoja, jotka edistävät tai estävät motivaation muutosta *Mahdollistavat tekijät* ovat niitä taitoja, kykyjä, apuvälineitä tai esteitä, jotka voivat edesauttaa tai estää haluttua käyttäytymisen muutosta kuten myös ympäristönmuutosta. *Vahvistavat tekijät* ovat ympäristöstä, esim. muilta ihmisiltä saatuja palkkioita ja palautetta, joka rohkaisee tai vastakohtaisesti lannistaa käyttäytymisen jatkamista. (Green & Kreuter 1991, 1999.)

## 4.2 Mallin sovellus tässä tutkimuksessa

Tämän tutkimuksen tulosten tulkinnassa käytetään hyväksi mallin neljännen vaiheen käsitteitä nimeten terveystuikunnan suunnittelua ja toteutusta altistavia, mahdollistavia ja vahvistavia tekijöitä. Aluksi tutkimuksessa tarkasteltiin kunnan kokoa yhteydessä kunnan terveystuikunnan suunnitteluun ja käytännön toteutukseen. Kunnan koon voisi olettaa olevan mahdollistava tekijä, sillä suuremmissa kunnissa on luultavasti pienempiä kuntia enemmän resursseja niin taloudellisesti, ajallisesti kuin henkilöstönkin suhteen terveystuikunnan suunnitteluun ja toteutukseen. Liitteessä 8 on kyselylomakkeessa olleita kommentteja liittyen myös tähän seikkaan. Tämän jälkeen tutkimuksessa etsittiin tekijöitä, jotka parhaiten selittäisivät terveystuikunnan konkreettista käytännön toteuttamista kunnassa. Kuntaan tehdyn hyvinvointistrategian sekä poikkihallinnollisen terveystuikuntaohjelman voisi olettaa altistavan terveystuikunnan konkreettiselle toteuttamiselle, sillä niiden tekeminen on jo osaltaan sysännyt terveystuikunnan suunnittelun ja toteuttamisen liikkeelle. Lisäksi niiden voisi olettaa myös mahdollistavan terveystuikunnan toteuttamista toimien apuvälineinä ja suuntaviivoina. Edelleen myös kunnan koko resursseineen oletettavasti mahdollistaisi konkreettisia toimia. Terveystuikunnan suunnittelua ja toteutusta vahvistava tekijä voisi oletettavasti olla kuntaan nimetty terveystuikuntahenkilö. Ennako-oletus altistavista, mahdollistavista ja vahvistavista tekijöistä kuntien terveystuikunnan suunnittelussa ja toteutuksessa on hahmoteltu kuviossa 2.



**Kuvio 2.** Ennako-oletus altistavista, mahdollistavista ja vahvistavista tekijöistä kuntien terveysliikunnan suunnittelussa ja toteutuksessa.

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

### **5.1 Tutkimuksen tarkoitus**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitkä tekijät olivat yhteydessä terveysliikunnan suunnitteluun ja käytännön toteuttamiseen kunnissa. Tutkimuksessa tarkasteltiin aluksi kuntakoon yhteyttä terveysliikunnan suunnitteluun, jota oli kunnassa olemassa tai suunnitteilla oleva hyvinvointistrategia, kuntaan tehty erillinen poikkihallinnollinen terveysliikuntaohjelma sekä terveysliikunta-asiakirjojen tunteminen (luku 2.3.1 ja liite 3). Seuraavaksi tarkasteltiin kuntakoon yhteyttä kunnan terveysliikunnan käytännön toteuttamiseen. Käytännön toimia olivat kunnan mukanaolo Kunnossa kaiken ikää -hankkeessa, kuntaan erikseen nimetty terveysliikunnasta vastaava henkilö sekä kuntaan rakennetut tai suunnitteilla olevat terveysliikuntapaikat. Tämän jälkeen tutkimuksessa etsittiin tekijöitä, jotka parhaiten selittäisivät konkreettista terveysliikunnan käytännön toteuttamista kunnissa. Tarkasteltaviksi selittäviksi muuttujiksi valittiin kuntakoko, kunnassa tehty tai suunnitteilla oleva hyvinvointistrategia, kuntaan tehty poikkihallinnollinen terveysliikuntaohjelma sekä terveysliikunta-asiakirjojen tunteminen. Selitettäviksi muuttujiksi kuntien käytännön terveysliikuntatoimista valittiin kuntaan erikseen nimetty terveysliikunnasta vastaava henkilö, kuntaan terveysliikunnan pohjalta rakennetut tai suunnitteilla olevat liikuntapaikat sekä kunnan mukanaolo Kunnossa kaiken ikää -hankkeessa.

### **5.2 Tutkimustehtävät**

1. Missä määrin kunnan koolla on yhteyttä kunnan terveysliikunnan suunnitteluun?
2. Missä määrin kunnan koolla on yhteyttä kunnan terveysliikunnan käytännön toteuttamiseen?
3. Mitkä kunnassa olevat tekijät parhaiten selittävät kunnan konkreettista terveysliikunnan käytännön toteuttamista?

## **6 AINEISTO JA MENETELMÄT**

### **6.1 Aineisto**

Tämän tutkimuksen perusjoukon muodostivat kaikki Suomen 423 kuntaa lukuun ottamatta Ahvenanmaata ja ruotsinkielisiä kuntia. Aineisto kerättiin postikyselyllä maaliskokuussa 2003 osoittaen kysely täytettäväksi kuntien liikuntaviranomaisille. Aineisto kerättiin Suomen Kuntaliiton ja Kunnossa kaiken ikää –ohjelman toimesta ja opetusministeriön rahoittamana Terveysliikunnan asema kunnissa –selvitystä varten. Mittarina käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka sisälsi pääasiassa dikotomisista (kaksiluokkaisia) kysymyksiä sekä näiden lisäksi muutamia avoimia kysymyksiä. Kunnan nimen lisäksi muuta taustatietoa ei kunnasta tai lomakkeen täyttäjistä kerätty. Kyselyyn vastasi 271 kuntaa, jolloin vastausprosentiksi muodostui 64 %. Kyselylomake on liitteessä 1.

### **6.2 Analysointimenetelmät**

Tässä tutkimuksessa muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin ensin ristiintaulukoinnein ja tilastollisten merkitsevyyksien laskemiseen käytettiin Khiin neliö -testiä. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan selvittää kahden luokitellun muuttujan välistä yhteyttä (Heikkilä 1999, Metsämuuronen 2003) ja Khiin neliö -testillä testataan ovatko muuttujat toisistaan riippumattomia (Metsämuuronen 2004) eli onko ryhmien välillä todellista eroa vai johtuuko ero sattumasta (Metsämuuronen 2003). Tämän lisäksi aineiston analysoinnissa käytettiin logistista regressioanalyysia, jonka avulla pyritään löytämään useiden selittäjien joukosta parhaat selittämään ilmiötä ja siinä tapahtuvaa vaihtelua tilanteessa, jossa selitettävä muuttuja on luokittelumuuttuja (Heikkilä 1999, Metsämuuronen 2003). Logistisessa regressioanalyysissä selittävän muuttujan vaikutuksen voimakkuutta kuvataan tunnusluvulla odds ratio (OR). Odds ratio lasketaan käyttäen apuna todennäköisyyksien suhdelukuja, joista käytetään nimitystä odds. (Kanniainen 2000.) Tässä tutkimuksessa aineiston tilastollinen tietojenkäsittely tehtiin SPSS 11.0 ja 12.0 for Windows-ohjelmilla.



## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Aineiston analysointia varten määriteltiin kunnan koko asukasmäärän mukaan (Suomen tilastollinen vuosikirja 2002) jakaen kunnat neljään luokkaan ja nimittäen niitä tulosten tarkastelun yhteydessä seuraavasti: pienimmät (alle 4000 asukkaan kunnat), toiseksi pienimmät (4000-9999 asukkaan kunnat), keskisuuret (10000-49999 asukkaan kunnat) ja suurimmat (yli 50000 asukkaan kunnat) kunnat. Tuloksia tarkasteltaessa kyselylomakkeen kysymyksistä käytetään seuraavia lyhenteitä: *hyvinvointistrategia* = onko kunnassa olemassa tai suunnitteilla hyvinvointistrategiaa tai hyvinvointipoliittista ohjelmaa; *terveysliikuntaohjelma* = onko kuntaan tehty erillinen, poikkihallinnollinen terveystoimintasuunnitelma; *KKI –hanke* = onko kunta ollut tai on mukana Kunnossa kaiken ikää –hankkeessa; *terveysliikuntahenkilö* = onko kunnassa nimetty erikseen terveyttä edistävästä liikunnasta vastaava viran- tai toimenhaltija; *terveysliikuntapaikka* = onko erityisesti terveyttä edistävä liikunta aiheuttanut jonkin / tietyn liikuntapaikan rakentamisen; *terveysliikunta-asiakirjat* = kappaleessa 2.3.1 ja liitteessä 3 esitellyt terveystoimintasuunnitelman asiakirjat, joiden tuntemista vastaajilta tiedusteltiin kolmeloikkaisesti (kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot: en tunne / en ole nähnyt asiakirjaa; olen tutustunut, mutta asiakirja ei ole aiheuttanut toimenpiteitä; asiakirja on aiheuttanut toimenpiteitä). Kyselylomake on liitteessä 1.

### 7.1 Kunnan koon yhteys terveystoimintasuunnitteluun

Tässä tarkastellaan kunnan koon yhteyttä terveystoimintasuunnitteluun kunnassa eli onko kunnassa tehty tai suunnitteilla hyvinvointistrategiaa, onko kunnassa tehty terveystoimintasuunnitelmaa ja tunnetaanko kunnassa terveystoimintasuunnitelma-asiakirjoja. Muuttujien välisiä yhteyksiä tutkitaan ristiintaulukoinnin ja tilastollisten merkitsevyyksien laskemiseen käytetään Khiin neliö -testiä.

### 7.1.1 Hyvinvointistrategia

Kuntakoon ja kunnissa tehtyjen tai suunniteltujen hyvinvointistrategioiden yhteys oli johdonmukainen. Kun kaikista kunnista noin neljäsosa ilmoitti tehneensä tai suunnitelleensa hyvinvointistrategian, oli kaksi kolmasosaa suurimmista kunnista tehnyt näin. Keskisuurissa kunnissa hyvinvointistrategia oli tehty tai suunnitteilla yhdessä kolmesta ja toiseksi pienimmissä kunnissa yhdessä neljästä. Pienimmistä kunnista noin yhdessä kuudesta oli hyvinvointistrategia olemassa tai suunnitteilla. Tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=0,001$ ). ( $n=268$ ). (Taulukko 1). Kunnissa tehdyt tai suunnitteilla olevat hyvinvointistrategiat on listattu liitteessä 2.

**Taulukko 1.** Kunnan asukasluvun yhteys siihen, onko kunnassa tehty tai suunnitteilla hyvinvointistrategia (%), ( $p=0,001$ ).

| Kunnan<br>asukasmäärä | kunnassa<br>hyvinvointistrategia | ei hyvinvointi-<br>strategiaa | yht.<br>% | n   |
|-----------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------|-----|
| -3999                 | 16,4                             | 83,6                          | 100       | 110 |
| 4000-9999             | 26,1                             | 73,9                          | 100       | 92  |
| 10000-49999           | 34,5                             | 65,5                          | 100       | 55  |
| 50000-                | 63,6                             | 36,4                          | 100       | 11  |
| yht.                  | 25,4                             | 74,6                          | 100       | 268 |

### 7.1.2 Terveysliikuntaohjelma

Kaikista kunnista noin joka kymmenes ilmoitti tehneensä terveysliikuntaohjelman ja luku oli hieman tätä suurempi kahdessa keskimmaisessä kuntaluokassa. Suurimmista kunnista yli puolessa oli tehty terveysliikuntaohjelma, mutta pienimmistä kunnista ohjelman oli tehnyt vain pieni osa. Tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p<0,001$ ). ( $n=257$ ). (Taulukko 2). Kunnissa tehdyt poikkihallinnolliset terveysliikuntaohjelmat on listattu liitteessä 5.

**Taulukko 2.** Kunnan asukasluvun yhteys siihen, onko kunnassa tehty terveysliikuntaohjelmaa (%), ( $p < 0,001$ ).

| Kunnan asukasmäärä | kunnassa terveysliikuntaohjelma | ei terveysliikuntaohjelmaa | yht. % | n   |
|--------------------|---------------------------------|----------------------------|--------|-----|
| -3999              | 3,9                             | 96,1                       | 100    | 102 |
| 4000-9999          | 12,2                            | 87,8                       | 100    | 90  |
| 10000-49999        | 13,0                            | 87,0                       | 100    | 54  |
| 50000-             | 54,5                            | 45,5                       | 100    | 11  |
| yht.               | 11,0                            | 89,0                       | 100    | 257 |

### 7.1.3 Terveysliikunta-asiakirjat

Kyselylomakkeessa vastaajilta tiedusteltiin kappaleessa 2.3.1 ja liitteessä 3 esiteltyjen terveysliikuntaan liittyvien asiakirjojen tuntemista. Kyselylomakkeessa vastausvaihtoehdot olivat: en tunne / en ole nähnyt asiakirjaa; olen tutustunut, mutta asiakirja ei ole aiheuttanut toimenpiteitä; asiakirja on aiheuttanut toimenpiteitä. Kunnan asukasmäärän yhteys terveysliikunnan asiakirjojen tuntemiseen oli yhtä asiakirjaa lukuun ottamatta erittäin johdonmukainen. Asukasluvultaan suurimmissa kunnissa ilmoitettiin asiakirjojen aiheuttaneen toimenpiteitä huomattavasti useammin kuin pienimmissä kunnissa. Vastaavasti suurimmat kunnat ilmoittivat lähes kaikkien asiakirjojen kohdalla pieniä kuntia vähemmän, etteivät tunteneet tai olleet nähneet kyseistä asiakirjaa. Seuraavassa on kunnan asukasmäärän ja terveysliikunnan asiakirjojen tuntemisen yhteyden tarkastelua asiakirjoittain.

*Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietinnön* ilmoitettiin aiheuttaneen toimenpiteitä suurimmissa kunnissa jopa neljässä viidestä. Keskiuurissa kunnissa sen vastattiin aiheuttaneen toimenpiteitä reilussa kolmasosassa kunnista ja kahdessa pienimmässä kuntaluokassa noin kuudesosassa kunnista. Tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p < 0,001$ ). (n=261). (Taulukko 3).

**Taulukko 3.** Kunnan asukasluvun yhteys siihen tunnetaanko kunnassa Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö (%), ( $p<0,001$ ).

| Kunnan<br>asukasmäärä | aiheuttanut<br>toimenpiteitä | tutustunut,<br>ei toimenpiteitä | ei tunne /<br>ei nähnyt | yht.<br>% | n   |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------|-----|
| -3999                 | 15,1                         | 39,6                            | 45,3                    | 100       | 106 |
| 4000-9999             | 17,0                         | 52,3                            | 30,7                    | 100       | 88  |
| 10000-49999           | 39,3                         | 53,6                            | 7,1                     | 100       | 56  |
| 50000-                | 81,8                         | 9,1                             | 9,1                     | 100       | 11  |
| yht.                  | 23,8                         | 45,6                            | 30,7                    | 100       | 261 |

Vastaajat ilmoittivat *Valtioneuvoston periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinoista* aiheuttaneen toimenpiteitä lähes kahdessa kolmasosassa suurimmista kunnista ja kolmasosassa keskisuurista kunnista. Toiseksi pienimmässä kunnissa sen vastattiin aiheuttaneen toimenpiteitä reilussa kymmenesosassa kunnista ja pienimmässä kuntaluokassa selvästi alle kymmenesosassa kunnista. Tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p<0,001$ ). (n=260). (Taulukko 4).

**Taulukko 4.** Kunnan asukasluvun yhteys siihen tunnetaanko kunnassa Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinoista (%), ( $p<0,001$ ).

| Kunnan<br>asukasmäärä | aiheuttanut<br>toimenpiteitä | tutustunut,<br>ei toimenpiteitä | ei tunne /<br>ei nähnyt | yht.<br>% | n   |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------|-----|
| -3999                 | 7,5                          | 37,7                            | 54,7                    | 100       | 106 |
| 4000-9999             | 13,6                         | 51,1                            | 35,2                    | 100       | 88  |
| 10000-49999           | 35,7                         | 46,4                            | 17,9                    | 100       | 56  |
| 50000-                | 60,0                         | 20,0                            | 20,0                    | 100       | 10  |
| yht.                  | 17,7                         | 43,5                            | 38,8                    | 100       | 260 |

Myös *Terveysliikunnan paikallisten suositusten* ilmoitettiin aiheuttaneen eniten toimenpiteitä suurimmissa kunnissa eli lähes kolmessa neljästä tästä kuntaluokan kunnista ja reilusti yli kolmasosassa keskisuurista kunnista. Toiseksi pienimmistä kunnista lähes neljäsosa ilmoitti kyseisen asiakirjan aiheuttaneen toimenpiteitä ja pienimmistä kunnista näin vastasi kuudesosa. Tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p<0,001$ ). (n=257). (Taulukko 5).

**Taulukko 5.** Kunnan asukasluvun yhteys siihen tunnetaanko kunnassa Terveysliikunnan paikalliset suositukset (%), (p<0,001).

| Kunnan<br>asukasmäärä | aiheuttanut<br>toimenpiteitä | tutustunut,<br>ei toimenpiteitä | ei tunne /<br>ei nähnyt | yht.<br>% | n   |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------|-----|
| -3999                 | 15,1                         | 39,6                            | 45,3                    | 100       | 106 |
| 4000-9999             | 23,5                         | 45,9                            | 30,6                    | 100       | 85  |
| 10000-49999           | 40,0                         | 36,4                            | 23,6                    | 100       | 55  |
| 50000-                | 72,7                         | 18,2                            | 9,1                     | 100       | 11  |
| yht.                  | 25,7                         | 40,1                            | 34,2                    | 100       | 257 |

Kaikista kuntaluokista ilmoitettiin *Valtioneuvoston periaatepäätöksen Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta* aiheuttaneen vain vähän toimenpiteitä. Kahdessa suurimmassa kuntaluokassa toimenpiteitä oli asiakirjan pohjalta ollut kymmenesosassa kuntia ja kahdessa pienimmässä kuntaluokassa vain puolet tästä määrästä. Tulos on tilastollisesti suuntaa antava (p=0,086). (n=257). (Taulukko 6).

**Taulukko 6.** Kunnan asukasluvun yhteys siihen tunnetaanko kunnassa Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta (%), (p=0,086).

| Kunnan<br>asukasmäärä | aiheuttanut<br>toimenpiteitä | tutustunut,<br>ei toimenpiteitä | ei tunne /<br>ei nähnyt | yht.<br>% | n   |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------|-----|
| -3999                 | 4,9                          | 17,5                            | 77,7                    | 100       | 103 |
| 4000-9999             | 5,7                          | 27,6                            | 66,7                    | 100       | 87  |
| 10000-49999           | 10,7                         | 35,7                            | 53,6                    | 100       | 56  |
| 50000-                | 9,1                          | 36,4                            | 54,5                    | 100       | 11  |
| yht.                  | 6,6                          | 25,7                            | 67,7                    | 100       | 257 |

Kolmessa suurimmassa kuntaluokassa ilmoitettiin *Suuntana hyvinvointi – Mitkä ovat liikunnan mahdollisuudet* aiheuttaneen toimenpiteitä melko tasaisesti. Suurimmissa kunnissa toimenpiteitä ilmoitettiin olleen lähes kolmasosassa kuntia, keskisuurissa kunnissa neljäsosassa kuntia ja toiseksi pienimmissä kunnissa viidesosassa kuntia. Pienimmissä

kunnissa toimenpiteitä oli ollut vain vähän. Tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p < 0,001$ ). ( $n=227$ ). (Taulukko 7).

**Taulukko 7.** Kunnan asukasluvun yhteys siihen tunnetaanko kunnassa Suuntana hyvinvointi – Mitkä ovat liikunnan mahdollisuudet (%), ( $p < 0,001$ ).

| Kunnan<br>asukasmäärä | aiheuttanut<br>toimenpiteitä | tutustunut,<br>ei toimenpiteitä | ei tunne /<br>ei nähnyt | yht.<br>% | n   |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------|-----------|-----|
| -3999                 | 3,3                          | 28,6                            | 68,1                    | 100       | 91  |
| 4000-9999             | 20,0                         | 44,0                            | 36,0                    | 100       | 75  |
| 10000-49999           | 25,5                         | 43,1                            | 31,4                    | 100       | 51  |
| 50000-                | 30,0                         | 30,0                            | 40,0                    | 100       | 10  |
| yht.                  | 15,0                         | 37,0                            | 48,0                    | 100       | 227 |

## 7.2 Kunnan koon yhteys terveysliikunnan käytännön toteuttamiseen

Tässä tarkastellaan kunnan koon yhteyttä terveysliikunnan käytännön toteuttamiseen kunnassa eli onko kunnassa nimetty terveysliikuntahenkilöä, onko kunnassa rakennettu tai suunnitteilla terveysliikuntapaikkaa ja onko kunta osallistunut Kunnossa kaiken ikää - hankkeeseen. Muuttujien välisiä yhteyksiä tutkitaan ristiintaulukoinnein ja tilastollisten merkitsevyyksien laskemiseen käytetään Khiin neliö -testiä.

### 7.2.1 Terveysliikuntahenkilö

Viidesosa kaikista kunnista oli nimennyt erikseen terveysliikunnasta vastaavan henkilön ja asukasluvultaan suurimmissa kunnissa nimeäminen oli selvästi pienempiä kuntia yleisempää. Suurimmista kunnista kaksi kolmasosaa ja keskisuurista kunnista noin kolmasosa oli nimennyt terveysliikuntahenkilön, kun puolestaan pienimmistä kunnista kymmenesosa ja toiseksi pienimmistä kunnista reilu kuudesosa oli tehnyt näin. Tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p < 0,001$ ). ( $n=268$ ). (Taulukko 8). Kunnissa nimetyt terveysliikunnasta vastaavien henkilöiden nimikkeet on listattu liitteessä 6.

**Taulukko 8.** Kunnan asukasluvun yhteys siihen, onko kunnassa nimetty terveystaivuntahenkil66 (%), (p<0,001).

| Kunnan asukasmäärä | kunnassa terveystaivuntahenkil66 | ei terveystaivuntahenkil66 | yht. % | n   |
|--------------------|----------------------------------|----------------------------|--------|-----|
| -3999              | 10,9                             | 89,1                       | 100    | 110 |
| 4000-9999          | 17,4                             | 82,6                       | 100    | 92  |
| 10000-49999        | 32,7                             | 67,3                       | 100    | 55  |
| 50000-             | 63,6                             | 36,4                       | 100    | 11  |
| yht.               | 20,0                             | 80,0                       | 100    | 268 |

### 7.2.2 Terveystaivuntapaikat

Terveystaivuntapaikan oli rakentanut tai sitä oli suunnitellut selvästi alle puolet kaikista kunnista. Tulos oli samansuuruinen toiseksi pienimmässä kuntaluokassa. Suurimmista kunnista yli kolme neljäsosaa ja keskisuurista kunnista puolet ilmoitti rakentaneensa tai suunnitelleensa terveystaivuntapaikan. Pienimmistä kunnista lähes kolmasosassa oli ollut toimenpiteitä terveystaivuntapaikkojen suhteen. Tulos on tilastollisesti merkitsevää (p=0,002). (n=258). (Taulukko 9). Kunnissa rakennetut tai suunnitteilla olevat terveystaivuntapaikat on listattu liitteessä 7.

**Taulukko 9.** Kunnan asukasluvun yhteys siihen onko kunnassa rakennettu tai suunnitteilla terveystaivuntapaikkoja (%), (p=0,002).

| Kunnan asukasmäärä | rakennettu / suunniteltu | ei rakennettu | yht. % | n   |
|--------------------|--------------------------|---------------|--------|-----|
| -3999              | 30,2                     | 69,8          | 100    | 106 |
| 4000-9999          | 41,6                     | 58,4          | 100    | 89  |
| 10000-49999        | 51,9                     | 48,1          | 100    | 52  |
| 50000-             | 81,8                     | 18,2          | 100    | 11  |
| yht.               | 40,7                     | 59,3          | 100    | 258 |

### 7.2.3 Kunnossa kaiken ikää –hanke

Kaikista kunnista neljä viidestä ilmoitti olevansa tai olleensa mukana KKI –hankkeessa. Suurimmista kunnista hankkeessa oli ollut mukana kaikki kunnat ja kolmessa muussa kuntaluokassa luku vaihteli 66-90 % välillä. Tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p < 0,001$ ). (n=239). (Taulukko 10).

**Taulukko 10.** Kunnan asukasluvun yhteys siihen onko kunta osallistunut tai osallistuu Kunnossa kaiken ikää –hankkeeseen (%), ( $p < 0,001$ ).

| Kunnan<br>asukasmäärä | mukana KKI -<br>hankkeessa | ei mukana KKI -<br>hankkeessa | yht.<br>% | n   |
|-----------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------|-----|
| -3999                 | 66,3                       | 33,7                          | 100       | 98  |
| 4000-9999             | 89,9                       | 10,1                          | 100       | 79  |
| 10000-49999           | 90,4                       | 9,6                           | 100       | 52  |
| 50000-                | 100,0                      | 0,0                           | 100       | 10  |
| yht.                  | 81,0                       | 19,0                          | 100       | 239 |

### 7.3 Kunnan konkreettista terveystoiminnan käytännön toteuttamista selittäviä tekijöitä

Tässä etsitään tekijöitä, jotka parhaiten selittäisivät kunnan konkreettista terveystoiminnan toteuttamista. Tarkastelussa käytetään logistista regressioanalyysiä ja tuloksia arvioidaan ristitulosuhteen (Odds ratio) avulla. Selitettäviksi muuttujiksi regressiomalliin nousivat kuntien käytännön terveystoimintatoimista terveystoimintahenkilön nimeäminen kuntaan, terveystoimintapaikkojen rakentaminen / suunnittelu kunnassa sekä kunnan osallistuminen KKI –hankkeeseen. Selitettäviksi muuttujiksi valittiin kunnan koko, kunnassa tehty / suunniteltu hyvinvointistrategia, kunnassa tehty terveystoimintatoimintaohjelma sekä terveystoimintatoimintakirjojen tunteminen. Tässä tarkastelussa kuntakokoluokat on luokiteltu kolmeen luokkaan nimittäen niitä seuraavasti: pienet (alle 4000 asukkaan kunnat), keskisuuret (4000-9999 asukkaan kunnat) ja suuret (yli 10000 asukkaan kunnat) kunnat.



### 7.3.1 Terveysliikuntahenkilö

Kunnan terveysliikuntahenkilön nimeämisen todennäköisyyttä selittivät parhaiten Valtioneuvoston periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista tunteminen (asiakirja aiheuttanut toimenpiteitä), kuntaan tehty poikkihallinnollinen terveysliikuntaohjelma, Terveysliikunnan paikallisiin suosituksiin tutustuminen sekä kuntakoko. Terveysliikuntahenkilö oli nimetty yli seitsemän kertaa vertailukuntia todennäköisemmin (odds ratio 7.35,  $p=0,001$ ) kuntiin, joissa vastattiin Valtioneuvoston periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista aiheuttaneen toimenpiteitä. Poikkihallinnollisen terveysliikuntaohjelman tehneissä kunnissa oli nimetty terveysliikuntahenkilö lähes viisi kertaa vertailukuntia todennäköisemmin (odds ratio 4.83,  $p=0,001$ ). Terveysliikuntahenkilö oli nimetty lähes kolme kertaa vertailukuntia todennäköisemmin (odds ratio 2.98,  $p=0,038$ ) sellaisiin kuntiin, jotka ilmoittivat tutustuneensa Terveysliikunnan paikallisiin suosituksiin, vaikka kyseinen asiakirja ei ollut aiheuttanut toimenpiteitä. Lisäksi suurissa kunnissa oli nimetty terveysliikuntahenkilö hieman yli kaksi kertaa todennäköisemmin (odds ratio 2.21,  $p=0,092$ ) kuin pienissä kunnissa. (Taulukko 11).

**Taulukko 11.** Kunnan terveystoimintatarkoitteen toteuttamisen todennäköisyyttä selittävät tekijät.

|   | OR   | 95 %:n luottamusväli | p     |
|---|------|----------------------|-------|
| <i>poikkihallinnollinen terveystoimintaohjelma</i>                                      |      |                      |       |
| 1 kyllä   | 4.83 | 1.82 – 12.78         | 0,001 |
| 2 ei  | 1.00 |                      |       |
| <i>kuntakoko (asukasmäärä)</i>  |      |                      |       |
| 1 10000-  | 2.21 | 0.88 – 5.59          | 0,092 |
| 2 4000-9999   | 1.23 | 0.50 – 3.05          | 0,654 |
| 3 -3999   | 1.00 |                      |       |
| <i>Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämistarpeista</i> |      |                      |       |
| 1 aiheuttanut toimenpiteitä   | 7.35 | 2.18 – 25.00         | 0,001 |
| 2 tutustunut, ei toimenpiteitä  | 2.80 | 0.98 – 8.00          | 0,055 |
| 3 ei tunne / ei nähnyt  | 1.00 |                      |       |
| <i>Terveystoiminnan paikalliset suositukset</i>   |      |                      |       |
| 1 aiheuttanut toimenpiteitä   | 1.87 | 0.65 – 5.40          | 0,245 |
| 2 tutustunut, ei toimenpiteitä  | 2.98 | 1.06 – 8.36          | 0,038 |
| 3 ei tunne / ei nähnyt  | 1.00 |                      |       |

vertailuryhmä on merkitty arvolla 1.00

### 7.3.2 Terveystoimintapaikat

Kunnissa rakennettujen tai siellä suunnitteilla olevien terveystoimintapaikkojen todennäköisyyttä selittivät parhaiten Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietinnön tunteminen (asiakirja aiheuttanut toimenpiteitä kunnassa) sekä kunnassa tehty poikkihallinnollinen terveystoimintaohjelma. Lisäksi Valtioneuvoston periaatepäätökseen terveyttä edistävän liikunnan kehittämislajoista tutustumisella oli jonkin verran yhteyttä terveystoimintapaikkojen rakentamiseen tai suunnitteluun. Kunnissa, jotka ilmoittivat

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietinnön aiheuttaneen toimenpiteitä, oli lähes kuusi ja puoli kertaa vertailukuntia todennäköisemmin (odds ratio 6.45, p=0,004) rakennettu tai suunniteltu terveystahtitapaikka. Terveystahtitapaikkoja oli rakennettu tai suunniteltu reilu neljää kertaa vertailukuntia todennäköisemmin (odds ratio 4.38, p=0,007) sellaisiin kuntiin, joissa oli tehty poikkihallinnollinen terveystahtitapaohjelma. Lisäksi terveystahtitapaikkoja oli rakennettu tai suunniteltu kaksi kertaa vertailukuntia todennäköisemmin (odds ratio 2.00, p=0,093) niissä kunnissa, jotka vastasivat tutustuneensa Valtioneuvoston periaatepäätökseen terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista, vaikka kyseinen asiakirja ei ollut aiheuttanut toimenpiteitä. (Taulukko 12).

**Taulukko 12.** Kunnan terveystahtitapaikkojen rakentamisen ja suunnittelun todennäköisyyttä selittävät tekijät.

|   | OR   | 95 %:n luottamusväli | p     |
|---|------|----------------------|-------|
| <i>poikkihallinnollinen terveystahtitapaohjelma</i>                                     |      |                      |       |
| 1 kyllä   | 4.38 | 1.56 – 12.29         | 0,007 |
| 2 ei  | 1.00 |                      |       |
| <i>Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö</i>                     |      |                      |       |
| 1 aiheuttanut toimenpiteitä   | 6.45 | 1.80 – 23.26         | 0,004 |
| 2 tutustunut, ei toimenpiteitä  | 1.74 | 0.70 – 4.39          | 0,234 |
| 3 ei tunne / ei nähnyt  | 1.00 |                      |       |
| <i>Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista</i> |      |                      |       |
| 1 aiheuttanut toimenpiteitä   | 1.77 | 0.48 – 6.45          | 0,389 |
| 2 tutustunut, ei toimenpiteitä  | 2.00 | 0.89 – 4.50          | 0,093 |
| 3 ei tunne / ei nähnyt  | 1.00 |                      |       |

vertailuryhmä on merkitty arvolla 1.00

### 7.3.3 Kunnossa kaiken ikää –hanke

Kunnan Kunnossa kaiken ikää –hankkeeseen osallistumisen todennäköisyyttä selitti tarkasteluun valituista selittävästä muuttujista vain kuntakoko. Suuret kunnat olivat olleet tai olivat mukana hankkeessa lähes kuusi kertaa todennäköisemmin (odds ratio 5.78,  $p=0,001$ ) kuin vertailtavana olevat pienet kunnat. Myös keskisuuret kunnat olivat osallistuneet hankkeeseen neljä ja puoli kertaa todennäköisemmin (odds ratio 4.50,  $p<0,001$ ) kuin pienet kunnat. (Taulukko 13).

**Taulukko 13.** Kunnan KKI –hankkeeseen osallistumisen todennäköisyyttä selittävät tekijät.

|                                | OR   | 95 %:n luottamusväli | p      |
|--------------------------------|------|----------------------|--------|
| <i>kuntakoko (asukasmäärä)</i> |      |                      |        |
| 1 10000-                       | 5.78 | 2.12 – 15.87         | 0,001  |
| 2 4000-9999                    | 4.50 | 1.94 – 10.42         | <0.001 |
| 3 -3999                        | 1.00 |                      |        |

vertailuryhmä on merkitty arvolla 1.00

## **8 POHDINTA**

### **8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja yleistettävyys**

Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Vastaajat saattavat käsittää esimerkiksi kyselylomakkeen kysymykset eri tavalla kuin tutkija on ajatellut. (Hirsijärvi ym. 2004.) Tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen. Luotettavuutta kuvataan termeillä validiteetti ja reliabiliteetti (Metsämuuronen 2003.) Seuraavassa tarkastellaan näitä termejä sekä postikyselyn etuja ja heikkouksia tutkimusaineiston hankintamenetelmän yhteydessä tähän tutkimukseen.

#### **8.1.1 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti**

Tämän tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin varmistamaan sillä, että kysely osoitettiin täytettäväksi kuntien liikuntaviranomaisille olettaen heidän olevan parhaiten kunnan eri sektoreiden työntekijöistä perehtyneitä terveysliikunta-asioihin. Kyselylomakkeessa terveysliikuntatermiä käytettiin kuitenkin ehkä liian itsestään selvästi sillä terveysliikuntakäsitettä ja terveysliikuntasuosituksia ei välttämättä tunnettu kaikkien liikuntaviranomaisten keskuudessa. Joissakin lomakkeissa mainittiin, että vastaajana on varsinaisen liikuntaviranomaisen sijainen, joka saattaa myös vähentää vastaajan perehtyneisyyttä asiaan. Lisäksi lomakkeen kysymykset koskettivat osaltaan myös kunnan muita sektoreita, mutta kuten joissakin lomakkeissa oli kommentoitu, ei vastaajilla ollut aina tietoa näiden tilanteesta. Näin ollen lomake ei täysin onnistuneesti mitannut sitä mitä sen oli tarkoitus mitata, mikä on yksi validiteetin keskeinen vaatimus arvioitaessa tutkimusmenetelmää ja mittaria (Heikkilä 1999, Hirsijärvi ym. 2004, Metsämuuronen 2003). Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen omaa luotettavuutta eli ovatko käsitteet hyviä, teoria sopiva, onko mittari muodostettu oikein sekä mitkä tekijät voivat mittaustilanteissa olla virhelähteitä vaikuttaen heikentävästi luotettavuuteen (Metsämuuronen 2003). Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan puolestaan sitä, onko tutkimus yleistettävissä ja jos on, niin mihin ryhmiin. (Metsämuuronen 2003.) Lisäksi ulkoisesti validissa tutkimuksessa

myös muut tutkijat tulkitsevat kyseiset tutkimustulokset samalla tavoin (Heikkilä 1999). Tämän tutkimuksen tulokset olivat selkeitä ja yhteyksiä muuttujien väliltä löytyi. Näin ollen myös muut tutkijat tulkitisivat ne luultavasti samansuuntaisesti. Tulokset koskevat kuitenkin vain kyseistä vastaajien joukkoa aineistonkeruuhetkellä eikä niitä voida suoraan yleistää, sillä tuloksiin vaikuttaa sekä vastaajien henkilökohtainen perehtyneisyys terveysliikunta-asioihin että myös heidän henkilökohtaiset asenteensa asiaa kohtaan. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli mittauksen tai tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Heikkilä 1999, Hirsijärvi 2004, Metsämuuronen 2003). Tutkimuksen sisäisellä reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että eri mittauskerroilla saataisiin lähes samanlaiset vastaukset (Heikkilä 1999, Metsämuuronen 2003). Ulkoinen reliabiliteetti on sitä, että mittaukset ovat toistettavissa myös muissa tutkimuksissa ja tilanteissa (Heikkilä 1999). Jos tämä tutkimus toistettaisiin, saattaisivat tulokset olla samansuuntaisia. Tämän tutkimuksen aineisto on kuitenkin kerätty jo kaksi vuotta sitten, joten tilanne kunnissa on voinut muuttua jonkin verran ja osa vastaajista on saattanut vaihtua. Yksi keskeinen heikkous tämän tutkimuksen yhteydessä on se, etteivät kyselylomakkeen laatijat testanneet lomakkeen reliabiliteettia eli he eivät tehneet pilottitutkimusta ennen varsinaista aineistonkeruuta. Pilottitutkimuksen avulla kyselylomakkeen toimivuutta olisi voitu arvioida ja kehittää paremmin tarkoitukseensa sopivammaksi.

### 8.1.2 Tutkimusmenetelmien arviointia

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin postikyselyllä Suomen Kuntaliiton tekemällä kyselylomakkeella, joka lähetettiin kaikkiin suomenkielisiin kuntiin. Vastaukset saatiin suhteellisen nopeasti ja vastausprosentiksi muodostui 64 %. Lomakkeesta oli tehty mahdollisimman lyhyt ja selkeä, jotta siihen myös vastaisi mahdollisimman moni. Kyselytutkimuksen etuna pidetään yleensä sen tehokkuutta eli sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto melko nopeasti ja vaivattomasti. Kyselyyn on mahdollista saada paljon henkilöitä ja kyselyllä voidaan kysyä monia asioita (Hirsijärvi ym. 2004), mutta sen suurimpana ongelmana on kato eli vastaamattomuuden riski (Heikkilä 1999, Hirsijärvi ym. 2004.) Heikkilän (1999) mukaan postikyselytutkimuksen vastausprosenttiin vaikuttavat tutkimuksen kohderyhmä, tutkimuksen aihe, kysymysten määrä, lomakkeen ulkoasu jne.

Erityisen tärkeä palautusprosenttiin vaikuttava tekijä on se, kuinka tärkeänä vastaajat pitävät tutkimusta. Vastausprosentti vaihtelee yleensä 20-80 prosentin välillä, usein se jää kirjekyselyssä alle 60 prosentin. Tässä tutkimuksessa katoon on voinut vaikuttaa jo aiemmin esiin tuodut seikat eli vastaajien perehtymättömyys, henkilökohtaiset asenteet sekä lisäksi resurssipula, joka tuli joissakin kyselylomakkeiden kommentoissa esille. Lomakkeissa olleet kommentit on listattu liitteessä 8.

Hirsijärven ym. (2004) mukaan kyselytutkimuksen heikkoudet liittyvät siihen, että varmasti ei voida tietää sitä miten vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen ja kuinka onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat vastaajien näkökulmasta. Ei myöskään tiedetä miten hyvin vastaajat ovat selvillä siitä alueesta, jota kysymykset koskevat. Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa ei kunnan nimen lisäksi kysytty vastaajista muuta taustatietoa. Tämä lisää epätietoisuutta siitä, kuka lomakkeeseen on loppujen lopuksi vastannut vaikka se on osoitettu kunnan liikuntaviranomaiselle täytettäväksi. Kysymykset vastausvaihtoehdoineen olivat liian suoraviivaisia jolloin niihin oli ehkä vastattu paikoitellen hieman arvaamalla kun kyllä / ei-vastausvaihtoehdot eivät jättäneet tilaa vastaajien perusteluille. Monessa lomakkeessa osaan kysymyksistä ei ollut vastattu ollenkaan. Lomake ei pohjautunut millekään teorialle tai mallille, mutta tulosten tarkastelun yhteydessä käytettiin apuna kappaleessa 4 esitellyn Precede-Proceed -mallin käsitteitä. Hyvän lomakkeen laatiminen vie aikaa sekä vaatii monipuolista tietoa ja taitoa tutkijan taholta (Hirsijärvi ym. 2004). Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen laatiminen olisi vaatinut tekijöiltään hieman tarkempaa paneutumista ja perehtymistä, jotta kyselyllä olisi paremmin pystytty selvittämään sitä mitä oli tarkoitus selvittää.

Tämän tutkimuksen tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia, Khiin neliö -testiä sekä logistista regressioanalyysiä. Ristiintaulukointi auttaa yleensä löytämään mielenkiintoiset yhteydet muuttujien väliltä (Metsämuuronen 2003). Tässä tutkimuksessa yhteydet oli helppo havaita, sillä kuntakoon yhteys terveysliikunnan suunnitteluun ja toteutukseen kunnissa oli hyvin selvä. Metsämuuronen (2003) mukaan ristiintaulukoinnin etuihin kuuluu muun muassa se, että tutkija voi havainnollisesti nähdä mahdolliset yhteydet kahden muuttujan välillä. Joskus yhteyksien huomaaminen on kuitenkin vaikeaa ja tutkija saattaa harhautua näkemään jotakin sellaista, mitä ei oikeastaan olekaan. Muuttujien välistä todellista eroa voidaan tutkia

ristiintaulukoinnin pohjalta Khiin neliö -testillä, joka mittaa kahden muuttujan välistä riippumattomuutta. Tässä tutkimuksessa Khiin neliö -testi vahvisti yhteyksien tilastollista merkittävyyttä ja myös testin käytön edellytykset täyttyivät lähes jokaisessa tarkastelussa. Logistisen regressioanalyysin avulla löydettiin kunnan terveystoiminnan käytännön toteuttamista selittäviä tekijöitä. Metsämuurosen (2003) mukaan yksi regressioanalyysiin liittyvä ongelma on, että välttämättä mikään teoreettinen syy ei kerro mitkä ovat ne tekijät, joilla ilmiötä pitäisi selittää. Jos analyysiin valitaan epäoleellisia muuttujia, ovat tuloksetkin epävarmoja tai –vakaita. Mahdollisesti yksikään tekijä saadussa mallissa ei välttämättä ole syy tutkittavalle selitettävälle tekijälle vaan mallilla etsitään vain yhteyksiä asioiden välillä. Tässä tutkimuksessa malliin valittiin tekijöitä olettaen muun muassa, että kuntakoko olisi voimakkaasti selittävä tekijä jokaisessa tarkastelussa. Kuntakokoa paremmaksi selittäväksi tekijäksi nousi kuitenkin hieman yllättäen terveystoiminta-asiakirjojen tunteminen.

## **8.2 Tulosten tarkastelua**

Aluksi tutkimuksessa tarkasteltiin kunnan koon yhteyttä terveystoiminnan suunnitteluun ja toteutukseen kunnissa. Kunnan koko osoittautui lähes jokaisessa tarkastelussa tilastollisesti erittäin merkitseväksi tekijäksi. Tämän jälkeen etsittiin kunnan konkreettista käytännön terveystoiminnan toteuttamista parhaiten selittäviä tekijöitä. Selittäviksi tekijöiksi osoittautuivat osan tarkastelussa mukana olleiden terveystoiminta-asiakirjojen tunteminen, kuntaan tehty poikkihallinnollinen terveystoimintaohjelma sekä myös kuntakoko. Tässä tulosten tarkastelun apuna käytetään kappaleessa 4 esitellyn Precede–Proceed –mallin käsitteitä, joita ovat altistavat, mahdollistavat ja vahvistavat tekijät.

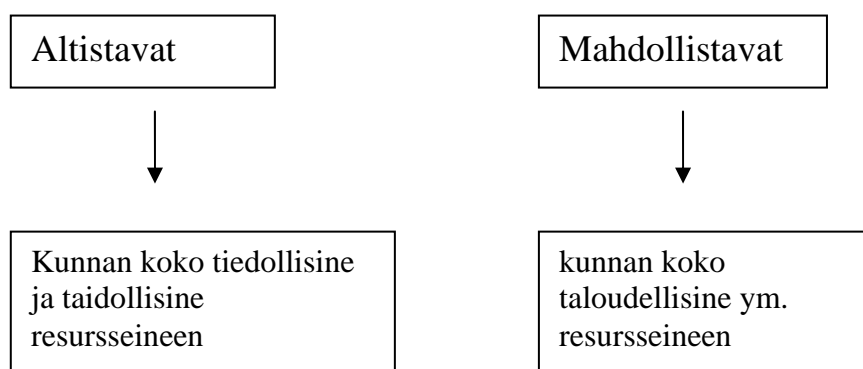
### **8.2.1 Terveystoiminnan suunnittelu**

Kunnan koko osoittautui selkeästi terveystoiminnan suunnittelua mahdollistavaksi tekijäksi eli tässä tapauksessa etenkin kaikkein suurimmissa kunnissa oletetaan kyselylomakkeissa olleiden kommenttien perusteella (liite 8) olleen pieniä kuntia enemmän resursseja niin ajallisesti, rahallisesti kuin henkilöstönkin suhteen terveystoiminnan suunnittelulle.



Suuremmissa kunnissa oli perehdytty pienempiä kuntia enemmän terveystuokunta-asiakirjoihin ja niissä oli myös pienempiä kuntia useammin tehty hyvinvointistrategia sekä poikkihallinnollinen terveystuokuntaohjelma. Tulos on hieman positiivisempi verrattuna Perttilän (1999) tutkimukseen, jossa mukana olleista tutkimuskunnista missään ei ollut laadittu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen erillistä strategiaa ja toimintakertomuksissa terveyden edistämisen toteutumista kuvattiin suppeasti. Kuntien terveyden edistämisen päämäärät olivat usein laajoja, yleisiä pyrkimyksiä, joista oli vaikea löytää mitä konkreettisesti aiottiin tehdä, kenen vastuulla ja millaisia tuloksia tavoitellen. Liitteessä 2 on luettelo kuntien kyselylomakkeissa ilmoittamista hyvinvointistrategioista. Perttilän tutkimuksen tapaan niistä on vaihtelevien nimiensä (muun muassa ehkäisevän sosiaalipolitiikan ohjelma, vapaa-aikastrategia, talousarvio, lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma) perusteella vaikea sanoa miten paljon ne todellisuudessa käsittelevät kunnan hyvinvointia ja erityisesti terveyden edistämistä ja terveystuokuntaa.

Lisäksi kunnan koon voisi olettaa toimivan myös altistavana tekijänä terveystuokunnan suunnittelussa. Ainakin joissakin suuremmissa kunnissa voisi olettaa olevan enemmän tiedollisia ja taidollisia resursseja, jotka edesauttavat terveystuokunnan suunnittelua. Terveystuokunnan suunnittelun vahvistavaksi tekijäksi oletettu terveystuokuntahenkilö ei noussut aineiston analysoinnissa käytettyyn regressiomalliin terveystuokunnan suunnittelua selittäväksi tekijäksi. Kuviossa 3 on tutkimustulosten pohjalta havaitut terveystuokunnan suunnittelun altistavat ja mahdollistavat tekijät.



**Kuvio 3.** Tutkimustulosten pohjalta havaitut altistavat ja mahdollistavat tekijät kuntien terveystuokunnan suunnittelussa (vertaa kuvio 2 kappaleessa 4.2).

## 8.2.2 Terveysliikunnan toteutus

Myös konkreettisia toimenpiteitä terveystuokuntaan liittyen oli tehty enemmän suurimmissa kunnissa eli kunnan koko näyttäisi mahdollistavan kuntaan erikseen terveystuokunnasta vastaavan henkilön nimeämistä ja terveystuokunta-ajatuksen mukaisten liikuntapaikkojen rakentamista. Samoin kunnan koko näyttäisi mahdollistavan resursseja myös KKI – hankkeeseen osallistumiseen vaikka siihen oli osallistuttu suurimmasta osasta kuntia joka tapauksessa. KKI –ohjelma näyttää näin ollen olevan itsenäinen ja menestykseläs ohjelma, jolla on luultavasti positiivinen merkitys erityisesti niille kunnille, joilla ei ole itsellään resursseja perehtyä ja panostaa terveystuokuntaan tarpeeksi muuten. KKI –ohjelma lähestyy terveystuokuntaa ”ruohonjuuritasolla” ja hakee voimavaroja paikallistasolta. Toki ohjelman taustalla on tutkimustietoa ja rahoitus tulee ministeriötasolta, mutta ideana on saada kunnat tai sitäkin pienemmät yksiköt kehittämään terveystuokuntaa paikallisesti omien tarpeidensa ja tavoitteidensa kautta erilaisin hankkein. Tällöin kukaan ulkopuolinen ei tule sanomaan mitä pitäisi tehdä vaan paikallisia ihmisiä kannustetaan ideoimaan ja tekemään itse, sillä he ovat oman kuntansa, kylänsä tai seuransa tilanteen parhaita asiantuntijoita. Vuoren ym. (1998) mukaan ohjelman perustuminen tieteelliseen näyttöön ja sen päteväittäminen ja rahoittaminen ministeriötasolta on todennäköisesti lisännyt uskottavuutta ja näkyvyyttä siitä, että säännöllinen ja kohtalainen fyysisen aktiivisuus on toteuttamiskelpoinen tapa vaikuttaa yksilön ja koko väestön terveyteen.

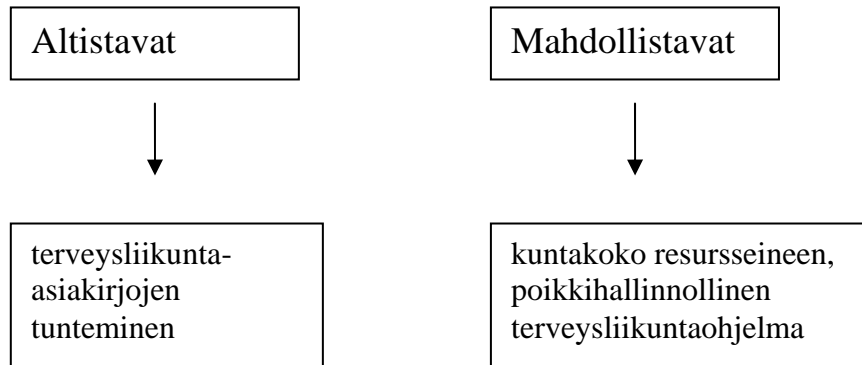
Kunnan konkreettisen terveystuokunnan toteuttamisen selittäjiä tarkasteltaessa altistavana tekijänä näyttäisi toimivan osan tarkastelussa mukana olleiden terveystuokunta-asiakirjojen tunteminen. Kun kunta on perehtynyt terveystuokunta-asiakirjoihin, voisi sen olettaa toteuttavan vertailukuntia todennäköisemmin konkreettisia toimia terveystuokunnan hyväksi eli tässä tapauksessa nimeävän terveystuokuntahenkilön ja rakentavan tai suunnittelevan terveystuokuntapaikkoja. Miilunpalon ym. (2002) tutkimuksessa enemmistö terveystuokuksissa työskentelevistä ammattilaisista piti valtakunnallisia suosituksia tärkeinä apuvälineinä käytännön työn suunnittelussa ja toteutuksessa, olivat terveystuokuntasuositukses silti tuntemattomia lähes puolelle lääkäreistä ja ne tunnettiin huonosti myös hoitajien keskuudessa. Tämä saattaa päteä myös liikuntaviranomaisten keskuudessa eli suosituksia sinänsä kyllä pidetään tärkeinä, mutta resursseja niiden hyödyntämiseen ei löydy tai

suositukset eivät ole koskaan edes päätyneet viranomaisille saakka luettaviksi. Tämän tutkimuksen tulosten valossa terveystoimintaan liittyviin asiakirjoihin perehtymisellä saattaa olla merkitystä siihen, että kunnissa ryhdytään toimenpiteisiin terveystoiminnan kehittämiseksi. Kunnassa on tällöin tietoa valtakunnallisista suosituksista ja tavoitteista, jotka antavat suuntaa konkreettisille toimenpiteille. Asiakirjoihin tutustumisen taustalla voi olla jo valmiiksi myönteinen ilmapiiri terveystoimintaan kohtaan tai asiakirjoihin perehtyminen voi lisätä sitä ja antaa alkusysäyksen terveystoiminnan edistämiseksi. Ihanteellisessa tilanteessa resursseja löytyy asiakirjoihin tutustumiseen käytetyn ajan lisäksi myös niiden pohjalta toimimiselle eli niihin perehtyminen antaisi tällöin alkusysäyksen terveystoiminnan toteuttamiselle kunnassa.

Kuntaan tehty poikkihallinnollinen terveystoimintaohjelma puolestaan näyttäisi toimivan kunnan konkreettista terveystoiminnan toteuttamista mahdollistavana tekijänä. Poikkihallinnollisen terveystoimintaohjelman tehneet kunnat olivat todennäköisemmin nimenneet terveystoimintahenkilön sekä rakentaneet terveystoimintapaikkoja. Seppälän (2000) tutkimuksessa eri hallintokuntien välistä poikkihallinnollista yhteistyötä estäviä tekijöitä olivat osaltaan resurssien niukkuudesta ja toimintojen yhdistämisestä johtuva kiire ja viranhaltijoiden henkilökohtaiset asenteet. Yli 90 % viranhaltijoista ilmoitti, että yhteistyö kiinnostaa heitä paljon, mutta koska yhteistyölle on olemassa esteitä, ei kiinnostus takaa yhteistyön lisääntymistä. Sosiaali- ja terveysministeriön (2002) mukaan terveyttä edistävän liikunnan lisäämiseksi ja siihen liittyvän toiminnan tasapainoiseksi kehittämiseksi olisi tarpeen tehostaa yhteistyötä yli hallinnonalojen rajojen. Tämä edellyttää, että eri hallinnonalojen toimijoiden ja järjestösektorin yhteistyötä koordinoidaan nykyistä tehokkaammin sekä varmistetaan myös terveyttä edistävään liikuntaan osoitettujen voimavarojen riittävyys ja niiden tarkoituksenmukainen käyttö.

Lisäksi tarkasteltaessa kunnan terveystoiminnan konkreettista käytännön toteutusta nousi kunnan koko mahdollistavaksi tekijäksi terveystoimintahenkilön nimeämisen ja KKI – hankkeeseen osallistumisen yhteydessä. Samoin kuin terveystoiminnan suunnittelun yhteydessä, ei terveystoiminnan käytännön toteutuksen vahvistavaksi tekijäksi oletettu terveystoimintahenkilö noussut aineiston analysoinnissa käytettyyn regressiomalliin terveystoiminnan konkreettista käytännön toteutusta selittäväksi tekijäksi. Kuviossa 4 on

tutkimustulosten pohjalta havaitut terveysliikunnan käytännön toteutusta altistavat ja mahdollistavat tekijät.



**Kuvio 4.** Tutkimustulosten pohjalta havaitut altistavat ja mahdollistavat tekijät kuntien terveystoiminnan toteutuksessa (vertaa kuvio 2 kappaleessa 4.2).

### 8.3 Päättelöt

Terveystoiminnan kehittämiseksi tulisi tehdä enemmän yhteistyötä sekä yli kunta- että sektorirajojen. Tämä toki riippuu kunnissa sekä kunnan eri sektoreilla toimivien viranhaltijoiden ja päätöksentekijöiden asenteista ja käsityksistä terveystoiminnasta. Kuitenkin tietoa lisäämällä lisääntyisi luultavasti myös myönteinen suhtautuminen asiaa kohtaan. Yhdessä tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa kommentoitiin, että ”olisi hyvä jos esimerkiksi lääninhallitus järjestäisi asiasta ilmaista koulutusta kuntien henkilöstövastaaville ym. henkilöhallinnon edustajille”. Tällaisia perehdyttämistilaisuuksia voisi järjestää useamman lähikunnan samoin kuin useamman kunnan eri sektorin yhteistyönä jakaen mahdollisia kustannuksia ja järjestelytoimia.

Joissakin lomakkeissa oli myös kommentoitu terveystoimintakäsitteen olevan turha esimerkiksi siinä mielessä, että kaikki liikuntapalvelut ja -paikat edistävät terveyttä joka tapauksessa. Etenkään pienissä kunnissa ei kyselylomakkeen kommenttien mukaan välttämättä pidetä tarkoituksenmukaisena määritellä liikuntaa erilaisin termein ja tavoittein.

Mukana voi olla pelkoa ja vastarintaa sitä kohtaan, että joku ulkopuolelta tuleva uusi asia uhkaa kuntaan vakiintuneita asenteita ja toimintatapoja, joita ei helpolla lähdetä muuttamaan. Kielteiseen asenteeseen voi vaikuttaa myös paine siitä, että asioista kyllä tiedetään, mutta kunnan resurssit eivät riitä niiden muuttamiseksi ja kehittämiseksi vaikka tahtoa löytyisikin. Pääasiana monissa kunnissa pidettiin kyselylomakkeiden kommenttien mukaan sitä, että asukkaille pystytään tuottamaan tarpeelliset liikuntapalvelut. Tämä onkin ensisijaisen tärkeä tavoite jokaiselle kunnalle. Joka tapauksessa edelleen tarvitaan työtä päätöksentekotasolla työskentelevien vakuuttamiseksi terveysliikunnan merkityksestä kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.

Jatkotutkimuksissa olisi mielenkiintoista tarkastella lähemmin sitä, mitkä tekijät ovat mahdollistaneet terveysliikunnan käytännön toteuttamisen niissä kunnissa, joissa konkreettisia toimia on jo tehty. Samoin olisi mielenkiintoista tarkemmin perehtyä niihin käsityksiin ja asenteisiin, jotka joko edesauttavat tai toisaalta estävät terveysliikunnan kehittämistä kuntapäätäjien keskuudessa. Lisäksi olisi mielenkiintoista tarkastella terveysliikunnan asemaa ja kehittymistä sekä siihen perehtyneisyyttä esimerkiksi muissa Pohjoismaissa tai muualla Euroopassa.

## LÄHTEET

Allardt E. 1980. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Ensimmäisen painoksen muuttumaton lisäpainos. Juva: WSOY.

Anttila R. 1999. Kunnossa kaiken ikää –ohjelman arviointi. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 119. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.

Blamey A, Mutrie N. 2004. Changing the individual to promote health-enhancing physical activity: the difficulties of producing evidence and translating it into practice. *Journal of Sports Sciences*, 22 (8): 741-754.

Conroy M B, Cook N R, Manson J E, Buring J E, Lee I-M. 2005. Past physical activity, current physical activity, and risk of coronary heart disease. *Medicine & Science in Sports & Exercise. Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 37 (8): 1251-1256.

Ewles L, Simnett I. 1995. Terveysten edistämisen opas. Suomentaja Paula Ovaska-Romano. Keuruu: Otava.

Fogelholm M, Oja P, Rinne M, Suni J, Vuori I. 2004. Riittääkö puoli tuntia kävelyä päivässä? *Suomen Lääkärilehti* 59 (19), 2040-2042.

Gielen A C, McDonald E M. 1997. The Precede-Proceed planning model. In K Glanz, F M Lewis, B K Rimer (ed.). *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 359-383.

Green L W, Kreuter M W. 1991. *Health promotion planning. An educational and environmental approach*. California: Mayfield Publishing Company.

Green L W, Kreuter M W. 1999. *Health promotion planning. An educational and ecological approach*. California: Mayfield Publishing Company.

Heikkilä M, Rintala T, Airio I, Kainulainen S. 2002. Hyvinvointi ja tulevaisuus maalla ja kaupungissa. Stakes tutkimuksia 126. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Heikkilä T. 1999. Tilastollinen tutkimus. 2. uudistettu painos. Helsinki: Oy Edita Ab.

Hirsijärvi S, Remes P, Sajavaara P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holopainen K. 2004. Terveysliikunnan asema kunnissa. Selvitys terveyttä edistävän liikunnan esiintymisestä eri viranomaisten toiminnoissa ja asiakirjoissa sekä sen aiheuttamista toimenpiteistä kunnissa. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 158. Jyväskylä: IS-Print Oy.

Jakartan julistus. 1997. Terveyden edistäminen 2000 - luvulla. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja – sarja 2 / 1996. Painohäme Oy.

Kananoja A. 2001. Kunnallinen hyvinvointipolitiikka. Teoksessa M Sotarauta, K Majoinen. Kunnat virtaavassa maailmassa – kuntien haasteet globaalissa verkostoyhteiskunnassa. 1. painos. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Hakapaino Oy, 31-44.

Kanniainen A. 2000. SPSS for Windows. ATK – opas. Oulun yliopisto, ATK – keskus.

Karpela T. 2004. KKI – brandi kestää ja kehittyy. Liikuntalehti. 1 / 2004: 16.

Keski-Suomen liitto. 2002. Keski-Suomen maakunnallisen hyvinvointistrategian lähtökohdat. Julkaisu B 121. Jyväskylä: KopiJyvä Oy.

Kivinen K, Pajukoski M. 2002. Toimijat, yhteistyö ja motivaatio. Teoksessa A Tapaninen, T Kauppinen, K Kivinen, H Kotilainen, M Kurenniemi, M Pajukoski. Ympäristö ja hyvinvointi. Porvoo: WSOY, Ws Bookwell Oy, 154-207.

KKI –ohjelma. [online]. Päivitetty 15.9.2005. [viitattu 19.9.2005].

<http://www.kki.likes.fi/fi/index.html>

Koskinen – Ollonqvist P, Pelto – Huikko A, Rouvinen – Wilenius P, Savola E. 2004. Terveysvaikutusten arviointi päätöksenteossa. Terveyden edistämisen keskus ry. Promo, 35 (5): 36-39.

Kunta-alan ammattiliitto KTV ry. 1996. Hyvinvointi tarvitsee tekijänsä. Turenki: Kirjapaino Jaarli Oy.

Kuntalaki 365 / 17.3.1995.

Liikuntalaki 1054 / 18.12.1998.

LIKES – tutkimuskeskus. 2003. Toimintatiedot 2002. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.

Lindholm H. 2001. Suomalaisen hyvinvoinnin muutokset 1995-2000. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 63. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Marski J. 1996. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia 1996. Uhat, mahdollisuudet ja uudet haasteet. Helsinki: Hakapaino Oy.

Mertaniemi M, Miettinen M. 1998. Suuntana hyvinvointi – Mitkä ovat liikunnan mahdollisuudet. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 113. Jyväskylä: PainoPorras Oy.

Metsämuuronen J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Metsämuuronen J. 2004. Pienten aineistojen analyysi. Parametrittomien menetelmien perusteet ihmistieteissä. Metodologia-sarja 9. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Miettinen M, Rajala K. 2002. Kunnossa kaiken ikää (KKI) –ohjelma. Seurannan tuloksia vuodelta 2000. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 135. Jyväskylä: Kopi-Jyvä Oy.



Miilunpalo S. 1995. Terveyskasvatuksen vaikuttavuus. Suomen Lääkärilehti, 50 (17): 2009-2015.

Miilunpalo S, Toropainen E, Mäkinen M. 2002. Miten valtakunnalliset suositukset tunnetaan terveyskeskuksissa? Duodecim, 118 (6): 613-9.

Moisio P. 1999. Mikä tekee liikunnasta terveystoimintaa? Fysioterapia, 46 (1): 5.

Oja P. 1999. Kevytiliikenne on terveystoimintaa. KävelyUutiset. Tampere: PK – paino, 4.

Pajukoski M. 2002. Hyvinvointi toiminnan kohteena. Teoksessa A Tapaninen, T Kauppinen, K Kivinen, H Kotilainen, M Kurenniemi, M Pajukoski. Ympäristö ja hyvinvointi. Porvoo: WSOY, Ws Bookwell Oy, 54-84.

Paronen O, Oja P, Vuori I. 1991. Työmatkaliikuntaa väheksytään turhaan. Liikunta ja tiede 28 (3): 10-13.

Pate R R, Pratt M, Blair S N, Haskell W L, Macera C A, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath G W, King A C, Kriska A, Leon A S, Marcus B H, Morris J, Paffenbarger R S, Patrick K, Pollock M L, Rippe J M, Sallis J, Wilmore J H. 1995. Physical Activity and Public Health: A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. Journal of the American Medical Association, 273 (5): 402-407.

Perttilä K. 1999. Terveystoiminnan edistäminen kunnan tehtävänä. Sosiaali- ja terveystoiminnan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 103. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Perttilä K. 2004. Artikkelissa M Karvinen. Stakesin ja kuntien TEJO-projekti hakee välineitä hyvinvointijohtamiseen. Kunnalla on monet kanavat käytössään. Terveystoiminnan edistämisen keskus ry. Promo, 33 (3): 26.

Potvin L, Haddad S, Frohlich K L. 2001. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluation health promotion programmes. In I Rootman, M Goodstadt, B Hyndman, D V McQueen, L Potvin, J Springett, E Ziglio. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series, No. 92. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 45-62.

Raitasalo R. 1995. Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1. Helsinki: Kelan omatarvepaino.

Rajala K. 2003. Yhteistyö takaa hyvät tulokset. KKI -ohjelma saa ministereiltä kiitettävän arvosanan. Kipinät 8 (2): 14-15.

Sahrman K. 1992. Hyvinvointi – Tavoitteena koko maassa. Kunnallisliiton tavoitteet aluepolitiikkaa uudistettaessa. Kuntajulkaisut 5 / 1992. Helsinki: Kirjapaino Aa-osakeyhtiö.

Savola J. 2003. Urheiluseurojen ja kuntien löydettävä pian keinot hyvinvointiliikunnan yhteistyöhön. Hiihtäjä. Suomen Hiihtoliitto. 30 (8): 29.

Seppälä V-M. 2002. Yhteisellä tuloksiin. Liikuntatoimi – yhteistyössä yli toimintarajojen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, Kuntatalon paino.

Sjöholm K. 2002. Artikkelissa A Kujala. Kunnat rahoittavat 96 % julkisesta liikuntarahasta. Valtionapu on vain pisara valtameressä. SportPro 5 / 2002: 10-13.

Sjöholm K. 2004. Terveyttä edistävä liikunta kunnassa. Teoksessa K Holopainen. Terveysliikunnan asema kunnissa. Selvitys terveyttä edistävän liikunnan esiintymisestä eri viranomaisten toiminnoissa ja asiakirjoissa sekä sen aiheuttamista toimenpiteistä kunnissa. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 158. Jyväskylä: IS-Print Oy: 29-30.

Sosiaalibarometri. 2004. Hyvinvointipalvelujen tuottajien ajankohtainen tilanne ja näkemys kansalaisten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Londén P, Perälähti A, Selkälä A, Siltaniemi A, Särkelä R. Helsinki: Hakapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1996. Terveyden edistäminen kunnassa. Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –kuntaohjelma. Päätelmät ja suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1996:15. Helsinki: Oy Edita Ab.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000. Terveysliikunnan paikalliset suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:1. Helsinki: Oy Edita Ab.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta. 2. painos. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Edita Oyj.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista. Esitteitä 2002:2.

Ståhl T, Kannas L, Perttilä K. 2001. Mitä päättäjät ymmärtävät terveystoiminnalla? Analyysi terveystoimintapuheen jäsentymisestä. Liikunta ja Tiede, 38 (2): 44-51.

Suomen Kuntourheiluliitto Kunto Ry. 2003. Urheiluseurojen ja kuntien löydettävä pian keinot hyvinvointiliikunnan yhteistyöhön. Hiihtäjä. Suomen Hiihtoliitto. 30 (8): 29.

Suomen tilastollinen vuosikirja. 2002. Helsinki: Tilastokeskus.

Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan laitos. 1981. Opetusmoniste 2 / 1981. Hyvinvointi, elintaso ja elämäntapa tutkimuksen kohteina. Tampere: Yliopiston jäljennepalvelu.

Tapaninen A, Kauppinen T, Kivinen K 2002. Mitä yhteistä ympäristöllä on hyvinvoinnin kanssa. Teoksessa A Tapaninen, T Kauppinen, K Kivinen, H Kotilainen, M Kurenniemi, M Pajukoski. Ympäristö ja hyvinvointi. Porvoo: WSOY, Ws Bookwell Oy, 19-53.

Telama R 1986. Liikunnan osuus jokapäiväisissä toiminnoissa. Teoksessa L Laakso, R Telama, P Vuolle (toim.) Näin suomalaiset liikkuvat. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 67-86.

Terveyden edistäminen: Ottawan asiakirja. 1986. Muistio taustoista ja periaatteista 1984. Käännös ja toimitus Esko Kalimo ja Harri Vertio. Helsinki: Folkhälsan.

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö. Komiteanmietintö 2001:12. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tones K, Tilford S. 2001. Health Promotion. Effectiveness, efficiency and equity. Third edition. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.

Tuomi T. 1990. Terveysliikunnan valttina maltti. Liikunta ja tiede, 27 (6): 23-25.

Tuominen P. 2004. Artikkelissa M Helminen. Terveysbarometri 2004. Terveyden edistämisen keskus ry. Promo, 33 (3): 18-19.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. [www-dokumentti]. Päivitetty 29.8.2005. [viitattu 11.10.2005]. <http://www.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/SuositusFIN.pdf>

Vertio H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuori I. 1994. Terveysliikunnan 10 teesiä. Liikunta ja tiede, 31 (4): 54-55.

Vuori I. 1995. Vahvoja suosituksia terveystoiminnasta. Liikunta ja tiede, 32 (4): 2.

Vuori I. 1998. Does physical activity enhance health? Patient Education and Counseling, 33 (1): 95-103.

Vuori I. 1999a. Tavoitteena terveys – välineenä terveystoiminta. Liikunta ja tiede, 36 (6): 38-39.

Vuori I. 1999b. Liikunta, kunto ja terveys. Teoksessa I Vuori, S Taimela (toim.) Liikuntalääketiede. Duodecim. Vammala: Vammalan kirjapaino, 16-25.

Vuori I. 2001. Tehokas ja turvallinen terveysliikunta. Terveysliikunnan opas. 3. painos. Toimittanut Eila Ruuskanen. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Vuori I, Oja P, Paronen O. 1993. Työmatkaliikunta – varteen otettava vaihtoehto perusliikunnaksi. Suomen Lääkärilehti, 48 (21): 2014-2019.

Vuori I, Paronen O, Oja P. 1998. How to develop local physical activity promotion programmes with national support: the Finnish experience. Patient Education and Counseling, 33 (1): 111-120.

World Health Organization. 1998. Health Promotion Glossary. [www-dokumentti]. [viitattu 12.10.2005]. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)

World Health Organization. [online]. [viitattu 12.10.2005].

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

## **LIITTEET**

Liite 1: Kyselylomake (Terveysliikunnan asema kunnissa –selvitys)

Liite 2: Kuntien hyvinvointistrategiat (kyselyn pohjalta)

Liite 3: Terveysliikuntaan liittyvät asiakirjat (kyselyssä mukana)

Liite 4: Terveyttä edistävä liikunta kunnassa (Sjöholm K. 2004.)

Liite 5: Kuntien poikkihallinnolliset terveystoimintasuunnitelmat (kyselyn pohjalta)

Liite 6: Kuntien terveystoiminnasta vastaavien henkilöiden nimikkeet (kyselyn pohjalta)

Liite 7: Kuntiin rakennetut tai suunnitteilla olevat terveystoimintapaikat (kyselyn pohjalta)

Liite 8: Kyselylomakkeissa kommentoitua

Liikunta-asioita hoitaville viranomaisille

28.2.2003

## Selvitys terveysliikunnan asemasta kunnassa

Suomen Kuntaliitto teettää selvityksen terveysliikunnan asemasta kunnassa. Selvityksen tuloksia käytetään terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunnan työn eräänä pohja-aineistona. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää muun muassa millä tavoin terveysliikunta näkyy kunnan eri viranomaisten toiminnoissa ja eri asiakirjoissa sekä mitä toimenpiteitä erityisesti terveyttä edistävä liikunta on kunnissa jo nyt aiheuttanut.

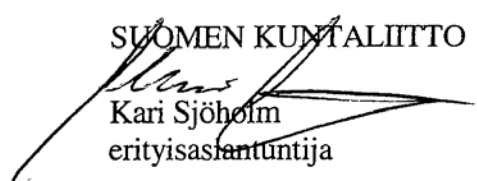
Valtioneuvosto asetti viime syksynä terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunnan. Neuvottelukunnan toimikausi päättyy 31.7.2007. Neuvottelukunnassa ovat edustettuina eri ministeriöt, tutkimuslaitokset, kansalaisjärjestöt sekä Suomen Kuntaliitto. Neuvottelukunnan työ pohjautuu terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintöön sekä 18.4.2002 tehtyyn **valtioneuvoston periaatepäätökseen** terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista. Valtioneuvoston periaatepäätös pitää sisällään 22 terveysliikunnan kehittämis ehdotusta. Suomen Kuntaliitto on yhteistyössä sosiaali- ja terveys- sekä opetusministeriön kanssa tiedottanut asiasta 18.4. 2002 kunnanhallituksia. Asiasta on lisäksi erikseen tiedotettu kunnan- ja kaupunginjohtajille sekä liikuntaviranomaisille.

Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunnan keskeinen tehtävä on koordinoida, seurata ja **varmistaa** yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön kanssa valtioneuvoston terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista tekemän **periaatepäätöksen toimeenpano**.

Kevätkiireistä huolimatta toivomme saavamme **vastaukset palautekuorissa 19.3.2003 mennessä** osoitteella Minna Puura, Suomen Kuntaliitto, Toinen Linja 14, 00530 Helsinki.. Kiitos jo etukäteen.

Tiedustelut: erityisasiantuntija Kari Sjöholm puhelin 09-771 2054, GSM 0500 750 721 tai [kari.sjoholm@kuntaliitto.fi](mailto:kari.sjoholm@kuntaliitto.fi) ja sihteeri Minna Puura puhelin 09-771 2029, GSM 050 563 5348 tai [minna.puura@kuntaliitto.fi](mailto:minna.puura@kuntaliitto.fi)

SUOMEN KUNTALIITTO



Kari Sjöholm  
erityisasiantuntija

## HYVINVOINTIASIAKIRJAT

Kunnan nimi: \_\_\_\_\_

- 1 Onko kunnassanne tehty erillistä hyvinvointistrategiaa tai hyvinvointipoliittinen ohjelma? Kyllä  Ei
- 2 Jos kyllä, niin mikä on asiakirjan nimi:  
\_\_\_\_\_
- 3 Onko kunnassanne valmisteilla erillistä hyvinvointistrategiaa tai hyvinvointipoliittista ohjelmaa? Kyllä  Ei
- 4 Onko kuntaanne tehty erillinen, poikkihallinnollinen terveystoimintaohjelma? Kyllä  Ei
- 5 Jos vastasitte kyllä, niin mikä on asiakirjan nimi:  
\_\_\_\_\_
- 6 Onko kuntanne ollut tai on mukana Kunnossa Kaiken Ikää hankkeessa? Kyllä  Ei
- 7 Mikä on kuntanne virallisesti määritelty toiminta-ajatus?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 8 Onko kuntanne liikuntatoimessa määritelty toiminta-ajatus? Kyllä  Ei
- 9 Jos vastasitte kyllä, niin mikä on kunnan liikuntatoimen toiminta-ajatus?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## TERVEYTTÄ EDISTÄVÄ LIIKUNTA

- 10 Onko terveyttä edistävä liikunta mainittu
- 10.1 Kunnan toiminta-ajatuksessa Kyllä  Ei
- 10.2 Liikuntatoimen toiminta-ajatuksessa Kyllä  Ei
- 10.3 Kunnan hyvinvointiohjelmassa Kyllä  Ei
- 10.4 Kuntastrategiassa tai muussa koko kunnan kehittämissuunnitelmassa Kyllä  Ei
- 11 Onko terveystoiminta mainittu eri viranomaisten suunnitelma-asiakirjoissa?
- 11.1 Sosiaali- ja terveystoimen suunnitelma-asiakirjoissa Kyllä  Ei
- 11.2 Koulutoimen suunnitelma-asiakirjoissa Kyllä  Ei
- 11.3 Nuorisotoimen suunnitelma-asiakirjoissa Kyllä  Ei
- 11.4 Ympäristöviranomaisen suunnitelma-asiakirjoissa Kyllä  Ei
- 11.5 Teknisen toimen suunnitelma-asiakirjoissa Kyllä  Ei
- 11.6 Kansalais- ja työväenopiston suunnitelma-asiakirjoissa Kyllä  Ei
- 11.7 Muu, mikä \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



- 12 Tunnetteko
- 12.1 Terveyttä edistävän liikunnan kehittämis-toimikunnan mietinnön (Komiteamietintö 2001:12)? En tunne/en ole nähnyt asiakirjaa   
Tutustunut, mutta asiakirja ei ole aiheuttanut toimenpiteitä   
Asiakirja aiheuttanut toimenpiteitä
- 12.2 Valtioneuvoston periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista? En tunne/en ole nähnyt asiakirjaa   
Tutustunut, mutta asiakirja ei ole aiheuttanut toimenpiteitä   
Asiakirja aiheuttanut toimenpiteitä
- 12.3 Terveysliikunnan paikalliset suositukset (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:1)? En tunne/en ole nähnyt asiakirjaa   
Tutustunut, mutta asiakirja ei ole aiheuttanut toimenpiteitä   
Asiakirja aiheuttanut toimenpiteitä
- 12.4 Valtioneuvoston periaatepäätöksen Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4)? En tunne/en ole nähnyt asiakirjaa   
Tutustunut, mutta asiakirja ei ole aiheuttanut toimenpiteitä   
Asiakirja aiheuttanut toimenpiteitä
- 12.5 Liikunnan edistäminen – edullinen sijoitus kunnan kehittämiseen (Suomen Kuntaliiton moniste 30.8.2000: Ilkka Vuori & Kari Sjöholm tai Kuntaliiton nettiversio [www.kuntaliitto.fi/palvelut/nuoriso/liikedks.html](http://www.kuntaliitto.fi/palvelut/nuoriso/liikedks.html))? En tunne/en ole nähnyt asiakirjaa   
Tutustunut, mutta asiakirja ei ole aiheuttanut toimenpiteitä   
Asiakirja aiheuttanut toimenpiteitä
- 12.6 Suuntana hyvinvointi - Mitkä ovat liikunnan mahdollisuudet (LIKES julkaisuja 113/1998) En tunne/en ole nähnyt asiakirjaa   
Tutustunut, mutta asiakirja ei ole aiheuttanut toimenpiteitä   
Asiakirja aiheuttanut toimenpiteitä
- 13 Onko kunnassanne nimetty erikseen terveyttä edistävän liikunnasta vastaava viran- tai toimenhaltija? Kyllä  Ei
- 14 Jos vastasitte kyllä, niin mikä on viran- tai toimenhaltijan nimike?  
\_\_\_\_\_
- 15 Onko erityisesti terveyttä edistävä liikunta aiheuttanut jonkin/tietyn liikuntapaikan rakentamisen? Kyllä  Ei  Suunnitteilla
- 16 Jos vastasitte kyllä tai suunnitteilla, niin mistä liikuntapaikasta on kysymys?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 17 Mainitkaa kolme tärkeintä erityisesti terveyttä edistävän liikunnan hanketta/toimintoa, jotka tällä hetkellä ovat kunnassanne meneillään  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_
- 18 Mitä terveyttä edistävän liikunnan hankkeita kunnassanne on suunnitteilla toteutettavaksi tämän tai ensi vuoden aikana?  
\_\_\_\_\_

### **Kuntien tekemät hyvinvointistrategiat (lomakkeen kysymys nro 2)**

Lasten ja nuorisopoliittinen hyvinvointiohjelma; ei erillistä strategiaa mutta kaupungissa tehdään töitä hyvinvointiin liittyvien asioiden parissa; Ehkäisevän sosiaalipolitiikan ohjelma; Lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko; Vapaa-aikastrategia v. 2004-2015 tekeillä; liikunnan kuntakohtaiset perustelut ja kehittämisohjelma; Hyvinvointikertomus ja Jyväskylän uuden aallon strategia; Hyvän elämän Jämsänkoski 2003-2006; Hyvinvointi Profiili 2000; erillisiä strategioita esim. vanhuspoliittinen, osana Kaustisten kunnan linja-asiakirjaa 2002-2005; hyvinvointiselonteko; Kokkolan hyvinvointipoliittinen ohjelma; Kunnossa Kaiken Ikää; Välfärdsprogram; Terve Kuopio; Kälviän hyvinvointiohjelma; liikunnan ja kuntoutuksen alueellinen yhteistyö (lähinnä selvitys); Lumijoen kunnan hyvinvointistrategia; Mikkelin kaupungin hyvinvointiselvitys; Närpes Hälsokommunprojekt; Oulaisten kaupungin visio; Oulun kaupungin strategia ja visio 2011; Terveysttä Etelä-Savon kuntiin –projekti; Lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma; Nuorten hyvinvointiprojekti; Pyhäntä 2010 strategia; Liikuntapoliittinen ohjelma; Lapsipoliittinen, nuorisopoliittinen ohjelma; Saarijärven kaupungin tavoitekortti; Koillis-Suomen aluekeskuksen hyvinvointiohjelma; Kainuun hyvinvointistrategia; Talousarvio 2003, taloussuunnitelma 2003-2005; Vapaa-aikatoimen suuntaviivat 2000-luvulla; Liikkuva tamperelainen; Päihdetyöstrategia; Hyvinvointiohjelma; Turku-strategia / Elämänlaatua hyvinvoinnista + lasten ja nuorten hyvinvointiohjelma; Lapsi- ja vanhuspoliittiset ohjelmat; Ullavan kunnan hyvinvointiohjelma; Vaasan hyvinvointipoliittinen ohjelma; Vetelin hyvinvointiohjelma ”Hyvä elämä Vetelissä – tervettä elämää 100 –vuotiaaksi!”; Viljakkalan kunnan hyvinvointiohjelma; Lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma, vanhuspoliittinen ohjelma; Lasten ja nuorten hyvinvointistrategia; suunnitteilla Ylikiimingin kunnan strategiatyösuunnitelma.

**Terveysliikuntaan liittyvät asiakirjat, joiden tuntemista vastaajilta kysyttiin lomakkeen kysymyksessä nro 12**

*Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietintö (Komiteamietintö 2001:12)*

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 21.12.2000 tekemällään päätöksellä terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan ajalle 1.1.2001 - 31.10.2001. Toimikuntaan osallistui edustajia sosiaali- ja terveysministeriöstä ja opetusministeriöstä ja niiden hallinnonaloilta sekä muista ministeriöistä ja alan järjestöistä. Lisäksi toimikunnan kuultavana oli asiantuntijoita eri tahoilta. Saatuaan työn suoritetuksi toimikunta luovutti mietintönsä (Komiteamietintö 2001:12) sosiaali- ja terveysministeriölle. Keskeisinä lainsäädännöllisinä lähtökohtina työllä oli kansanterveyslaki ja liikuntalaki ja tavoitteena toimikunnalla oli väestön liikunta-aktiivisuuden lisääminen, eri hallinnonalojen ja muiden keskeisten toimijoiden välisen yhteistyön tehostaminen tervettä kasvua tukevan ja terveyttä edistävän liikunnan kehittämisessä sekä terveyttä edistävän liikunnan olosuhteiden ja edellytysten parantaminen. Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunta teki mietintönsä pohjalta kehittämis ehdotukset terveyttä edistävän liikunnan kehittämiseksi, joiden toteutumisesta laaditaan selvitys valtioneuvostolle vuonna 2005. Toimikunnan aihealueittaiset työryhmät esittivät terveysliikunnan kehittämis ehdotuksia teemoittain, joista yksi on liikuntahallinto. Tähän teemaan liittyen liikuntaviranomaisten tehtävänä kunnassa on liikunnan ja muun terveyttä edistävän fyysisen aktiivisuuden edistäminen liikuntalain hengen mukaisesti.

*Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan kehittämislinjoista (esitteitä 2002:2 sekä liitteenä Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan mietinnössä 2001:12)*

Terveyttä edistävän liikunnan kehittämistoimikunnan ehdotuksen mukaisesti valtioneuvosto antoi periaatepäätöksen terveyttä edistävän liikunnan kehittämiseksi 18.4.2002. Periaatepäätös pitää sisällään 22 terveysliikunnan kehittämis ehdotusta ja hallitusohjelman mukaan tuetaan etenkin terveyttä edistävää ja lasten ja nuorten tervettä kasvua tukevaa liikuntaa. Valtioneuvosto on hyväksynyt Terveys 2015 –kansanterveysohjelman, jossa liikunta nähdään yhtenä tärkeänä keinona väestön terveyden edistämisessä. Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti valmistellaan ja toteutetaan toimenpiteitä sekä tehostetaan ministeriöiden nykyistä toimintaa terveysliikunnan saralla

eri osa-alueilla. Kuntien tulisi sisällyttää terveyttä edistävä liikunta hyvinvointistrategiaansa ja eri sektoreiden strategioihin. Eri hallinnonalojen ja tasojen kesken sovitaan vastuusta ja tehtäväjaosta ja erityistukea tarvitsevat ryhmät kuten esimerkiksi mielenterveyspotilaat, ikäihmiset ja vammaiset otetaan huomioon. Kunnille annetaan asiantuntija-apua ja niiden kokeilu- ja kehittämishankkeita tuetaan. Kokeiluhankkeita käynnistetään vuoden 2003 aikana. Lisäksi tuetaan kunnan johdon ja liikuntaviranomaisten koordinaativastuuta terveyttä edistävän liikunnan kehittämisessä ja vahvistetaan terveyttä edistävän liikunnan painoarvoa ja asemaa kuntien liikuntatoimen sisällä. Liikunnan edistäminen nivelletään osaksi kunnan terveys-, liikunta- ja nuorisoalojen palveluketjuja, joita toteuttamassa ovat mukana kunnan toimielimet ja kansalaisjärjestöt.

### *Terveysliikunnan paikalliset suositukset (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:1)*

Terveysliikunnan paikalliset suositukset sisältävät ehdotuksen paikallisen terveysliikuntatoiminnan keskeisiksi lähtökohdiksi, tavoitteiksi ja toiminnan kohteiksi. Suosituskokonaisuus koostuu kolmesta eri osakokonaisuudesta: suositus kunnille, suositus perusterveydenhuollolle ja suositus terveysliikuntapalveluista. Suositusten valmistelutyöhön on osallistunut Sydänliiton ja UKK-instituutin kutsumana yli 40 asiantuntijaa ja suositusten taustalla ovat muun muassa liikuntalaki sekä opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteisen Kunnossa Kaiken Ikää –ohjelman kokemukset. Suositukset on osoitettu kunnille sekä erityisesti perusterveydenhuollolle ja terveysliikuntapalveluiden tuottajille tarkoituksenaan virittää ja suunnata tuloksellista toimintaa terveysliikunnan edistämiseksi paikallistasolla. Suositusten tavoitteena on turvata kunnan asukkaille mahdollisuus omaehtoiseen päivittäiseen liikkumiseen ja liikuntaan vaivattomasti ja turvallisesti. Suositusten kohderyhminä ovat lapset ja nuoret, työikäiset sekä ikääntyvät ja erityisryhmät ja toteuttajatahoina kuntien ja kuntayhtymien luottamushenkilöt ja virkamiesjohto, liikunta- ja vapaa-aikatoimi, sosiaali- ja terveystoimi, opetustoimi sekä maankäytön ja liikenteen suunnittelu ja rakentaminen.

### *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4)*

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta linjaa kansallista terveyspolitiikkaamme 15 vuoden tähtämellä painottaen terveyden edistämistä, ei niinkään

terveyspalvelujärjestelmän kehittämistä. Strategian taustana on vuonna 1998 uudistettu Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille –ohjelma ja se jatkaa Suomen kansallista Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä –ohjelmaa. Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, joka toimii laajana perustana yhteiskunnan eri osa-alueilla kehitettävälle terveyden edistämiselle. Strategiassa esitetään kahdeksan kansanterveyttä koskevaa tavoitetta sekä lisäksi 36 toimintaa linjaavaa kannanottoa, jotka sisältävät kansalaisten arkielämän ympäristöjä ja yhteiskunnan eri toimijoita koskevia haasteita ja linjauksia. Ohjelmaa on valmistellut valtioneuvoston asettama Kansanterveyden neuvottelukunta, joka edusti useita hallinnonaloja, kuntakenttää, terveyspalvelujärjestelmää, kansalaisjärjestöjä, ammattijärjestöjä sekä terveystutkimusta. Valtioneuvosto suosittelee eri tahoja kuten keskushallintoa, kuntia, tutkimuslaitoksia ja järjestöjä sisällyttämään ohjelman periaatteet omiin suunnitelmiinsa. Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi ja seuraa ohjelman toteuttamista ja tavoitteiden saavuttamista eri tasoilla.

*Suuntana hyvinvointi – Mitkä ovat liikunnan mahdollisuudet (LIKES julkaisuja 113/1998)*

Suuntana hyvinvointi – mitkä ovat liikunnan mahdollisuudet? on kuvaus suomalaisesta liikuntakulttuurista ja liikunnan merkityksestä muuttuvassa yhteiskunnassa vuosituhannen vaihteessa. Julkaisu on jatkoa Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu –projektille, jonka tuotoksena syntyi vuonna 1993 julkaisu ”Liikunta lisää voimavaroja” sekä vuonna 1994 laaja tieteellinen katsaus suomalaisesta liikuntakulttuurista. Nykyihminen viettää yhä enemmän aikaa passiivisesti paikallaan teknistyneessä ympäristössä vaikka säännöllisen, kohtuullisen ja monipuolisen liikunnan myönteisistä terveysvaikutuksista on saatu yhä vankempaa näyttöä. Tästäkin syystä julkaisussa oli tärkeätä pohtia liikunnan roolia ihmisen elämänkaaren eri vaiheissa.

**Terveysliikunnan edistämisestä hyvin huolehtivassa kunnassa toteutuvat seuraavat asiat (Sjöholm K. 2004):**

- \* Terveysliikunnan strategiset päälinjat ja kehittämisehdotukset sisältyvät kunnan eri suunnitelma-asiakirjoihin (esimerkiksi visio, kuntastrategia, kunnan hyvinvointiohjelma, talousarvio ja –suunnitelma, kunnan lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma sekä kunnan vanhuspoliittinen ohjelma)*
- \* Kunnalla on terveysliikunnan soveltamisesta poikkihallinnollinen toimintaohjelma ja toimenpideluettelo. Luettelo sisältää eri hallinnonalojen keskeiset toimenpiteet terveyttä edistävän liikunnan kehittämiseksi.*
- \* Kunnassa on pysyvä, eri hallinnonalojen yhdessä organisoima toimintamalli ja verkosto terveyttä edistävän liikunnan kehittämiseksi.*
- \* Kunnan hyvinvointipolitiikassa ja terveydenhuollossa liikunta on muiden elämäntapojen ohella yhä merkittävämpi kansansairauksien ehkäisykeino.*
- \* Kansansairauksien primääri-, sekundääri ja tertiääritason ehkäisyssä liikunnan merkitys tunnetaan laajasti osana kuntalaisten suunnitelmallista ja laadukasta palvelukokonaisuutta.*
- \* Kuntoutuksesta kuntoliikujaksi ja terveystoimen asiakkaasta vapaa-ajan liikkujaksi – palveluketju toimii käytännössä eräänä ennalta ehkäisytyömuotona.*
- \* Terveystoiminnan henkilöstö antaa liikuntaneuvontaa ja ohjaa tarvitsijat terveysliikunnan palveluntuottajien puolelle. Liikkumisresepti tunnetaan ja sitä käytetään sekä kunnan terveyskeskuksissa että omalääkäritoiminnassa.*
- \* Sosiaalitoimi ymmärtää liikunnan merkityksen ja käyttää liikuntaa välineenä esimerkiksi päivähoiton kasvatus- ja syrjäytymisvaarassa olevien elämänhallinnan parantamiseksi sekä ikääntyneen väestön toimintokyvyn säilyttämiseksi.*
- \* Kunnassa toimivien eri oppilaitosmuotojen opetussuunnitelmissa ilmenee oppilaiden ohjaaminen terveyttä edistävään liikuntaan.*
- \* Kunnat tukevat urheiluseurojen, liikuntayritysten ja muiden terveyttä edistävää liikuntaa järjestävien yhteisöjen toimintaa muun muassa erilaisin toiminta-avustuksin.*
- \* Kunnan oma liikunnanohjaus on suunniteltu niin, että se yhdessä seurojen ja liikuntayritysten toiminnan kanssa muodostaa kuntalaisten terveysliikuntaa hoitavan kokonaisuuden. Kunnan oman liikunnanohjaustyön painopiste on terveys- ja erityisliikunnassa.*
- \* Maankäytön suunnittelussa on asutusalueiden ja lähiöiden yhteyteen varattu riittävä tila liikuntapaikkarakentamiselle ja arki- ja lähiliikuntapaikoille. Tarvittaessa pystytään osoittamaan asukkaiden käyttöön vapaasti käytettävää puistomaista toimintatilaa. Keskeiset liikunnan ja muun vapaa-ajan peruspalvelut toteutetaan samanaikaisesti muun lähiörakentamisen kanssa.*

## Liite 4/2

\* *Kunnan investointiohjelmaan sisältyy liikuntapaikkahankkeita. Liikuntapaikka- rakentamisesta merkittävä osa kohdistetaan hankkeisiin, jotka palvelevat terveyttä edistävää liikuntaa ja mahdollisimman monen kuntalaisen liikunnanharrastusta. Erityistä huomiota liikuntapaikkarakentamisessa on kiinnitetty arki- ja lähiliikuntapaikkojen suunnitteluun ja toteuttamiseen.*

\* *Kevyen liikenteen väylien suunnittelussa, toteutuksessa ja hoidossa mahdollistetaan väylien käyttö myös liikuntapaikkana. Kevyen liikenteen väylät ja seutukunnan muu reitistö muodostavat toimivan kokonaisuuden ja takaavat pääsyn laajemmille viher- ja ulkoilualueille.*

\* *Liikuntatoimen asemaa kunnan hallinnossa on vahvistettu. Liikuntaviranomainen pystyy toimimaan tehokkaasti terveyttä edistävän liikunnan koordinaattorina sille myönnettävien riittävien henkilöstö- ja talousresurssien turvin.*

\* *Määräajoin toistuvilla tutkimuksilla seurataan säännöllisesti terveytensä kannalta riittävästi ja liian vähän liikkuvien kuntalaisten määrää.*

\* *Työ- ja toimintakyvyn sekä terveytensä kannalta riittävästi liikkuvien kuntalaisten osuus väestöstä kasvaa.*

1.1

6.11.2003

Kari Sjöholm

erityisasiantuntija

Suomen Kuntaliitto

## Liite 5

### **Kuntien tekemät poikkihallinnolliset terveysliikuntaohjelmat (lomakkeen kysymys nro 5)**

Työterveysohjelma; Yhdessä paremmin; Tiimi Games –ohjelma; Hyrynsalmen liikuntatoimen kehittämisohjelma; Liiku Hyvinkää KKI –projekti; Iin liikuntapalvelujen kehittämisohjelma; Liikuntareseptihanke; Jyväskylän kaupungin ja maalaiskunnan strategia + erityisliikuntasuunnitelma; liikuntapoliittinen ohjelma valmisteilla; Kivijärven liikuntaresepti; Kokkolan liikuntapoliittinen ohjelma vuosille 2003-2013; terveyttä edistävän liikunnan kehittämissuunnitelma; Kuhmon terveystoiminnan ohjelma; Ikääntyneiden liikuntapalvelut; Hälsa för alla år 2000; kuntamme on aloittamassa terveystoimintaa yhdessä kansalaisopiston kanssa; Närpes Hälsokommun; terveyskeskuksen / taukokankaan kanssa yhteistyö; Terveystoimintatiimi; Terveyttä Etelä-Savon kuntiin –projekti; Lapsi- ja nuorisopoliittinen ohjelma; Saarijärven terveystoiminnan palveluketju; Sykettä Sallassa; Lapsipoliittinen ohjelma – lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko; KKI; Liikkuva tamperelainen; Liike – 2000; Vanhus- ja vammaispoliittinen ohjelma; Varkauden kaupungin terveystoimintaohjelma; Raahen Seutukunnan liikunta- ja nuorisotoimen kehittämisohjelma.



## Liite 6

### Kuntien terveystoiminnasta vastaavien henkilöiden nimikkeet (lomakkeen kysymys nro 14)

- liikuntatoimen nimikkeitä sisältäen erityisliikunnan 38 kpl: liikuntasihteerit, erityisliikunnanohjaaja, liikuntasuunnittelija, liikunnanohjaaja, liikuntatoiminnan ohjaaja, liikuntatoimenjohtaja, liikuntaneuvoja, liikuntatoimen isännöitsijä, liikuntaviraston liikunnanohjausosaston osastopäällikkö, liikuntatoimintaosaston osastopäällikkö,

→ vastauksissa mainittua: kunnan / koko kunnan yhteinen liikuntasihteerit; ei nimetty erikseen mutta liikuntasihteerit hoitaa; terveyttä edistävä liikunta sisältyy liikuntatoimeen

- liikunta- ja nuorisotoimen nimikkeitä 5 kpl: liikunta- ja nuorisosihteerit

- vapaa-aikatoimen nimikkeitä 13 kpl: vapaa-aikasihteerit, vapaa-aikatoimenjohtaja, vapaa-aikaohjaaja, vapaa-ajan työntekijät, vapaa-aikatoimen viranhaltijat

- sivistystoimen nimikkeitä 2 kpl: sivistystoimenjohtaja

→ vastauksissa mainittua: terveyttä edistävästä liikunnasta vastaa sivistystoimenjohtaja ulkoistamalla liikuntapalveluiden järjestämisen ja osittain työterveyshuollon Tyky –toiminnan maaseutusihteerit

- terveystoimen nimikkeitä 3 kpl: työterveyshuollon Tyky –toiminnan maaseutusihteerit, terveystoiminnan fysioterapeutti, Tyky –ohjaaja,

- muita nimikkeitä 5 kpl: määräaikainen KKI –projektipäällikkö, projektisuunnittelija (toistaiseksi ei vakituinen), liikunta-, vapaa-aika-, raittiustyö- ja nuorisosihteerit (100 %), kunto- ja terveystoiminnan koordinaattori, Tyky –toimikunta = työterveydenhoitaja, hallintojohtaja, fysioterapeutti ja vapaa-aikasihteerit

→ vastauksissa mainittua: kuuluu viran puolesta vapaa-aikatoimenjohtaja – terveystoiminnanohjaajan tehtäväalueeseen, eri sektorien yhteistyö

**Kuntiin rakennetut tai suunnitteilla olevat terveystaivuntapaikat (lomakkeen kysymys nro 16)**

- luontoliikuntaan, kuntoiluun tai hiihtoon tarkoitettujen polkujen / reittien peruskorjaus, jatkaminen, lisäsuunnittelu valaiseminen 32 kpl, seuraavassa joitakin esimerkkejä: retkeily- / ulkoilureitistöt, luontopolut, hiihtoladut, vaellusreitit, kuntopolut kevyen liikenteen väylät jne.

→ erityistä vastauksissa: helpotetut ja mielekkäät ladut / polut, kävelyreitti = ”kunnon reitti”, uusi kevyen liikenteen väylä aktiivisen pyöräilykampanjan tuloksena, ulkoilureittiverkosto laavuineen (100 km, 7 laavua)

- muiden ulkoilu- ja lähiliikunta-alueiden perustaminen ja kehittäminen 15 kpl, seuraavassa joitakin esimerkkejä: lähiliikuntapaikat, (liikunta-) puistot, lähivirkistys- /ulkoilualueet jne.

→ erityistä vastauksissa: lähiliikuntateema on noussut esille juuri terveystaivunnan näkökulmasta sekä aikuis- että lapsiväestön osalta, monta hanketta on tehty / tekeillä, liikuntapuisto josta tarkoitus tehdä kaikkien yhteinen liikuntapaikka

- liikuntarakennusten ja muiden sisä- tai ulkotiloissa sijaitsevien liikuntapaikkojen suunnittelu, rakentaminen, peruskorjaus, saneeraus tai laajennus noin 95 kpl, seuraavassa joitakin esimerkkejä: kuntosalit (ja laitteistot), uimahallit, jäähallit, kylpylä, kuntoutuskeskus, (maa-)uimalat, taukokodat, liikunta- ja monitoimihallit ja liikuntahallin tatami, palloiluhalli, tenniskenttä, uimarannat, avantouintipaikat, urheilu- ja nurmikentät, pienoisuimahalli, multifunctionellit aktiviteitscentrum, uimahallin terapia-allas, liikuntasalit, liikuntatalo /-keskus, erä- ja vaelluskeskus, liikunta- ja luontokeskus, testiasema jne.

→ erityistä vastauksissa: entisen koulun tiloihin kuntosali kyläläisille, seniorikuntosali, ”Kunnon keskus” – KKI -ikäisten kuntosali, terveystalon terveyttä edistävä kuntosali, liikuntatalo jossa huomioidaan seniori-ikäiset käyttäjät, kuntosali jossa voi harjoittaa kaikkien lihasryhmien lihaskuntaa, uuden liikuntahallin yksi rakentamishanke oli terveystaivunta (ikäihmiset, alle

## Liite 7/2

kouluikäiset, kuntouttava liikunta), uimahallin kuntosalin remontti ottaen huomioon ikääntyvät ja keski-ikäiset, palvelukotiin vanhuksille oma kuntosali

- muita mainintoja: kuntosuorituslaatikot eri puolilla kuntaa, ikääntyneiden terveysliikunta, kaikki liikuntapaikat edistävät terveyttä!

**Kyselylomakkeessa vastausten lomassa kommentoitua**

- ”vaikka ei ole tehty erikseen hyvinvointistrategiaa tai hyvinvointipoliittista ohjelmaa, niin kyllä käytännössä töitä tehdään kaupungissamme hyvinvointiin liittyvien asioiden parissa ja liikuntapalveluihin kuuluu terveysliikunta”
- ”olemme jo vuosikymmenien ajan panostaneet kuntoliikuntaan ja jatkamme samalla tavalla”
- ”Helsingin kokoinen kaupunki on suuri ja monimuotoinen eikä yhtenäistä hyvinvointistrategiaa tai -ohjelmaa koko kaupungille ole olemassa, vaan strategiat ja ohjelmat on hajautettu toiminnan eri alueille. Liikuntavirastolla ei ole tietoa onko eri hallintokuntien asiakirjoissa otettu huomioon terveyttä edistävää liikuntaa eikä annetun vastausajan puitteissa ole mahdollista tutkia asiaa Helsingin kaupungin liikuntavirasto vastaa kyselyssä vain liikuntatointa koskeviin kysymyksiin”
- ”Motto! Kyllähän em. asioista voi vaahdota, mutta määrärahoista ei puhuta mitään! Urheilu ja liikunta on kiusallinen päättäjille! Esim. Variksen doping! = on helppo evätä heti tuoreeltaan Shl:n rahat! Sanokaa pampulle, että koulujen loputkin liikuntatunnit pois – niin hyvä tulee! Muistakaa, että terveysliikunta on tai tulee olla lähellä kilpailusuoritusta eli syke yli 120 l/min. Taas painojen kanssa ei tavallinen kansa voi touhuta loukkaantumisten takia! Meikäläisen korvaan kalskahtaa sana terveysliikunta = sairauden jälkihoitoa! Pitää puhua kuntoliikunnasta. Pitää myös muistaa, että liikunta ja urheilu on opetettu tahtotila – ei kannettu vesi kaivossa pysy!” Seppo Kohtamäki 60 v. Jalasjärvi
- ”Usea asia on työn alla, mutta vähäinen henkilöstöresurssi on estänyt keskittymisen ko. hankkeisiin”
- ”Terveyttä edistävän liikunnan hankkeita ei ole suunnitteilla, syynä resurssien puute”
- ”huom! vastaaja vs. eli viranhaltijalla enemmän tietoa...” / ”olen uusi virassa enkä tiedä kaikkea terveysliikunnan historiaa kunnassamme”

## Liite 8/2

- ”terveyttä edistävää liikuntaa järjestetään monelta taholta”
- ”voisiko esim. lääninhallitus järjestää tästä asiasta ilmaista koulutusta kuntien henkilöstövastaaville ym. henkilöhallinnon edustajille”
- ”ei hankkeita terveystuokuntanimikkeellä”
- ”kaikki viimeisten 30 vuoden aikana toteutetut kehityshankkeet ja investoinnit liikuntatoimen alueella ovat perustuneet ratkaisevasti terveystuokunnallisiin näkökohtiin. Olemme ymmärtäneet 90 % liikunnasta terveystuokunnaksi jo kautta aikojen. Liiga- ja huippu-urheilulla ei toimintana tekemistä koko jutun kanssa paitsi onnistuttaessa ne nostavat myös terveystuokunta \_\_\_\_, mikä on hyvä juttu”
- ”Suomusjärven kunta luuluu Salon seudun kansanterveystuokunnan kuntayhtymään, joten se osaltaan selittää ei-vastauksien lukumäärän”
- ”pienessä kunnassa ei ole tarkoituksenmukaista lähteä näin pitkälle vietyyn eriyttämiseen. Kaikki liikunta-aktiviteetit palvelevat kaikkia ja kaikki liikunta edistää terveyttä. Sen vuoksi tämä kysely tuntui aika kummalliselta”