

**LIIKUNTANEUVONTA
ALUEELLA**

ETELÄ-POHJANMAAN

SAIRAANHOITOPAIKIN

Johanna Kuivaniemi

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Kevät 2014

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Johanna Kuivaniemi (2014). Liikuntaneuvonta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu -tutkielma, 71 s., 6 liitettä.

Tutkimuksella selvitettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Etelä-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueiden ammattilaisten aikaisempaa koulutus pohjaa liikuntaneuvonnasta sekä sitä miten tärkeäksi liikuntaneuvonta asiakastyössä koettiin. Lisäksi kartoitettiin ammattilaisten liikuntaneuvontakoulutuksen ja tuen tarpeita sekä kehittämisehdotuksia liikuntaneuvonnasta. Tutkimus on osa sairaanhoitopiirin terveyden edistämistyötä.

Tutkimus toteutettiin kyselylomaketutkimuksena yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö -Aksilan kanssa tammikuussa 2013. Sähköiseen Webropol-kyselyyn osallistui 931 sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköistä. Vastausprosentti oli 10,5 % koko sairaanhoitopiirin ja yhteistoiminta-alueiden työntekijöiden (n = 8881) osalta. Aineistoa analysoitiin χ^2 -riippumattomuustestillä, Mann-Whitney U-testillä, Kruskal-Wallis-testillä sekä sisällön analyysillä.

Tulokset osoittivat, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten liikuntaneuvonnan koulutus pohja ei ollut pääosin riittävää liikuntaneuvontatyön vaatimusten kannalta. Liikuntaneuvontaa kuitenkin pidettiin tärkeänä osana asiakastyötä. Ammatilliset arvioivat liikuntaneuvonnan toteutuksen asiakastyössään sekä liikuntaneuvontaosaamisensa olevan pääosin kohtalaista. Lisäksi suurin osa ammatillisista ilmoitti tarvitsevansa täydennyskoulutusta ja lisätukea liikuntaneuvonnasta. Tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä eri ammattiryhmien väliltä ($p < 0,001$).

Tutkimus osoitti, että sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmien tulisi sisältää enemmän liikuntaneuvontaopetusta. Liikuntaneuvonnan asemaa on vahvistettava kaikissa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja yhteistoiminta-alueiden työyksiköissä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella tulisi jatkossa järjestää sen ammatillisille täydennyskoulutusta, jolla varmistetaan ammattilaisten riittävät tiedot ja taidot toteuttaa asiakkaiden liikuntaneuvontaa. Liikuntaneuvonnan aseman vahvistamiseksi tarvitaan tehokkaampaa yhteistyötä ammattilaisten ja eri sektoreiden välillä, johdon ja työkavereiden tukea, selkeitä ohjauksikäytänteitä, olemassa olevien resurssien tehokkaampaa hyödyntämistä sekä ammattilaisten omien liikuntatottumusten tukemista. Lisäksi tulisi miettiä lisäresurssien kohdentamista liikuntaneuvontatyöhön.

Avainsanat: liikuntaneuvonta, terveysliikunta, opetussuunnitelma, täydennyskoulutus

ABSTRACT

Johanna Kuivaniemi (2014). Physical activity counseling at the Hospital District of South Ostrobothnia and at primary health care centers. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis in Health Education, 71 pages, 6 appendixes.

This study was made within social and health care workers at the Hospital District of South Ostrobothnia and at primary health care centers. The purpose of this study was to examine their educational physical activity counseling concerning their vocational studies and importance of physical activity counseling in their working units. This study also assessed the need for support and in-service training and development propositions of physical activity counseling. This research is part of the Hospital District of South Ostrobothnia's and primary health care centers' health promotion strategy.

The research was organized in cooperation with Aksila. Questionnaire data were derived from the social and health care workers at the Hospital District of South Ostrobothnia and at primary health care centers during January 2013. The response rate was 10,5 % (n = 8881). The data was analyzed by using χ^2 -test, Mann-Whitney U-test, Kruskal-Wallis-test and content analysis.

This study shows that social and health care workers' skills of educational physical activity counseling are not adequate to give counseling to the patients. Physical activity counseling was considered as an important factor in patients' counseling according to the social and health care workers. Social and health care workers evaluate their counseling skills and the patients' physical activity counseling as moderate. Most of the social and health care workers reported a need for support and in-service training of physical activity counseling. There were statistically significant differences between primary health care and specialist medical care and between social and health care professionals ($p < 0,001$).

This study shows evidence that curriculums and physical activity counseling education programs for improving social and health care workers skills should be developed. The state of the physical activity counseling should be reinforced all over the Hospital District of South Ostrobothnia and primary health care centers. To improve the state of physical activity counseling it is necessary to build better cooperation between social and health care workers and services. It is noticed there is a need for updated and clear instructions of physical activity counseling. Also personnel needed more support from employers to encourage workers' own physical activity habits. It would be important to assess the possibilities of having more extra resources for counseling on health-enhancing physical activity given by social and health care workers.

Key words: physical activity counseling, health-enhancing physical activity, curriculum, in-service training

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 SUOMALAISTEN LIIKUNTA-AKTIIVISUUS	3
3 KUNNAN JA TERVEYDENHUOLLON LIIKUNNAN EDISTÄMISTÄ OHJAAVAT SÄÄDÖKSET	4
4 LIIKUNTANEUVONTA.....	8
4.1 Liikuntaneuvonta terveydenhuollossa	9
4.2 Liikuntaneuvonnan menetelmät ja vaikuttavuus terveydenhuollossa	11
4.3 Liikuntaneuvonnan haasteet terveydenhuollossa	12
4.4 Liikunnan edistäminen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella	14
5 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TUTKINTOJEN ANTAMA KOULUTUSPOHJA LIIKUNTANEUVONNASTA.....	16
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	20
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	21
7.1 Tutkimusaineiston hankinta.....	21
7.2 Analyysimenetelmät	22
8 TUTKIMUSTULOKSET	23
8.1 Vastaajien taustatiedot.....	23
8.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten liikuntaneuvontakoulutus	25
8.3 Liikuntaneuvonnan merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä	32
8.4 Liikuntaneuvontakoulutuksen ja tuen tarve sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	34
8.5 Kehittämisehdotukset liikuntaneuvonnasta	47
9 POHDINTA.....	49
9.1 Liikuntaneuvonnan koulutus pohja	49
9.2 Liikuntaneuvonnan merkitys asiakastyössä	51
9.3 Liikuntaneuvontakoulutuksen ja tuen tarve.....	51
9.4 Liikuntaneuvonnan kehittämisehdotukset	53
9.5 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset.....	56
9.6 Eettiset näkökulmat	58
9.7 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset	59
9.8 Jatkotutkimusehdotukset	61
LÄHTEET	63

Liite 1: Pitkäaikaisen istumisen yhteys kuolleisuuteen

Liite 2: Liikuntaneuvonnan menetelmät ja vaikuttavuus terveydenhuollossa

Liite 3: Sosiaali- ja terveysalan opintosuunnitelmien opinnot liikuntaneuvonnasta

Liite 4: Kyselylomake

Liite 5: Saatekirje

Liite 6: Kehittämisehdotukset liikuntaneuvonnasta

1 JOHDANTO

Liikunnan terveyttä edistävästä vaikutuksesta löytyy vahvaa tutkimusnäyttöä ja sen rooli on erittäin merkittävä sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Liikunta on kuin yleislääke hyvän terveyden takaamiseksi (Huttunen 2012; Liikunta 2012). Ihmisiä tulisi ohjata liikunnan pariin nuoruudesta lähtien, jotta terveys säilyisi mahdollisimman hyvänä läpi elämän (Cooper ym. 2011). Fyysinen aktiivisuus kohottaa kuntoa ja hidastaa toimintakyvyn alenemista ikääntyessä (Visser ym. 2002; Patel ym. 2006; Lang ym. 2007).

Nyky-yhteiskunta suosii kuitenkin istumista ja fyysinen passiivisuus on kohonnut maailmanlaajuisesti ongelmaksi lihavuuden, tupakoinnin ja alkoholinkäytön rinnalle (Muutosta liikkeellä! 2013). Päivittäinen pitkäaikainen istuminen ei ole vain liikunnan puutetta, vaan se on terveyteen vaikuttava itsenäinen tekijä (Matthews ym. 2012; van der Ploeg ym. 2012). Aikuisväestöstä 30–40 % liikkuu terveytensä kannalta liian vähän, mikä aiheuttaa arviolta 300–400 miljoonan euron kustannukset Suomessa joka vuosi. Voidaan karkeasti laskea, että 100 000 uutta aikuista liikkujaa säästäisi julkisia varoja arviolta 20 miljoonaa euroa vuosittain. Lisäksi ihmisten hyvinvointi paranisi lisääntyneen fyysisen aktiivisuuden myötä. Terveysliikunnan aseman parantamisen tulisi olla osa kuntien hyvinvointipolitiikkaa (Fogelholm ym. 2007, 3–4, 82, 88–89).

Huolimatta liikunnan terveysvaikutusten vahvasta tutkimusnäytöstä, liikuntaa käytetään edelleen liian vähän sosiaali- ja terveydenhuollon työvälineenä (Muutosta liikkeellä! 2013). Terveystieteidenhuollossa on alettu asteittain ymmärtää liikunnan merkitys, ei vain terveyden edistämisen ja sairauksien ennaltaehkäisyssä näkökulmasta, vaan myös sairauksien yhtenä hoitomuotona. Asiakkaat eivät kuitenkaan välttämättä miellä liikuntaa osaksi sairaudenhoitoaan ja siksi terveydenhuollon ammattilaisten on tuotava asiaa esille ja ohjattava asiakkaita liikuntaneuvonnan pariin (Suikkanen ym. 2006, 11). Terveystieteidenhuollon ammattilaisilla on erittäin merkittävä rooli terveysliikunnan edistäjinä, koska he tavoittavat suuren osan suomalaisista vuosittain (Nguyen ym. 2012, 170). Terveystieteidenhuollon ammattilaisten toteuttama liikuntaneuvonta on todettu tehokkaaksi keinoksi lisäämään asiakkaiden liikunta-aktiivisuutta (Aittasalo ym. 2006; Keulen van ym. 2011; Kao ym. 2012; Orrow ym. 2012). Kunnissa järjestetyt tehokkaat liikuntainterventiot ovat avainasemassa keski-ikäisten kohdalla (Kuh ym. 2005) johtaen terveyshyötyihin, kuten

keskivartalolihavuuden vähenemiseen (Minges ym. 2011) sekä parempiin veren rasva- ja sokeri-arvoihin (Yates ym. 2009; Ilanne-Parikka ym. 2010).

Terveysliikunnan edistäjinä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat työssään hyvät liikuntaneuvontataidot, jotta asiakasneuvontaa on mahdollista toteuttaa (Muutosta liikkeellä! 2013). Tämä tulisi huomioida ammattilaisten täydennyskoulutuksissa sekä sosiaali- ja terveysalan koulutusten opetussuunnitelmissa. Opiskelijat tarvitsevat hyvät valmiudet terveysterveysliikunnan edistämiseen työelämässä (Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta 2004).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Etelä-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueiden ammattilaisten aikaisempaa koulutuspohjaa liikuntaneuvonnasta sekä sitä miten tärkeäksi liikuntaneuvonta työyhteisöissä koettiin. Lisäksi kartoitettiin moniammatillisen henkilöstön tämän hetkisiä liikuntaneuvontakoulutuksen ja tuen tarpeita sekä kehittämissuhteita liikuntaneuvonnasta.

2 SUOMALAISTEN LIIKUNTA-AKTIIVISUUS

Terveys 2011-tutkimuksen mukaan vain 10 % suomalaisista liikkui terveystuottamiseksi. Noin kolmasosa 45–54-vuotiaista miehistä ja 30–64-vuotiaista naisista ei harrastanut liikuntaa lainkaan vapaa-ajallaan. Iän lisääntyessä liikunta-aktiivisuuskin väheni, sillä yli 75-vuotiaista naisista 42 % ja miehistä 55 % eivät harrastaneet liikuntaa vapaa-ajallaan. Lisäksi miesten vapaa-ajan liikunta ja naisten työmatkaliikunta olivat vähentyneet (Mäkinen ym. 2012). Suomalaisen aikuisväestön terveystuottamiseksi ja terveys (AVTK) tutkimuksen mukaan miehistä ja naisista noin puolet ilmoitti harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa vähintään kolmesti viikossa vuonna 2011. Vähiten vapaa-ajan liikuntaa harrastivat 33–44-vuotiaat miehet (44 %) sekä 35–44-vuotiaat naiset (52 %). Vapaa-ajan liikunta oli yleistynyt 1970-luvun lopulta lähtien, mutta työmatkaliikunta vähentynyt 1990-luvulla, eikä se ole siltä tasolta enää noussut (Helakorpi ym. 2012, 5, 19, 27). Eroja näiden kahden laajan suomalaisen tutkimuksen välillä saattaa selittää erilaiset ikäluokitukset kohderyhmissä. Tulokset osoittivat, että suomalaiset kyllä harrastavat liikuntaa, mutta fyysinen aktiivisuus ei ollut keskimäärin riittävää kattamaan terveystuottamiseksi vuonna 2011.

Laajan suomalaisen pitkittäistutkimuksen mukaan liikunnalla on todettu olevan yhteys yli 40-vuotiaiden työntekijöiden sairauspoissaoloihin. Tulosten mukaan liikunnan harrastaminen vähensi sairauspoissaoloja yleisesti, mutta myös mielenterveysongelmissa sekä tuki- ja liikuntaelämien sairauksissa. Sairauspoissaolojen riski pieneni sitä mukaan, mitä rasittavampaa liikuntaa harrastettiin. Vähän liikkuvilla oli poissaoloja lähes kolme kertaa enemmän kuin hyvin aktiivisesti liikuntaa harrastavilla (Holopainen ym. 2012).

Vaikka suomalaiset ovat melko aktiivisia liikunnan harrastajia vapaa-ajallaan, muu osa päivästä kuluu pääosin istuen. Päivähoitoaikana lapset ovat paikallaan 60 % ajastaan ja aikuisväestö 80 % koko valvellaoloajastaan. Pelkkä harrastuspohjainen liikunta ei siis riitä kattamaan terveyden kannalta riittävää fyysistä aktiivisuuden tasoa (Muutosta liikkeellä! 2013), minkä takia pitkään istumista tulisikin välttää päivittäisessä elämässä.

3 KUNNAN JA TERVEYDENHUOLLON LIIKUNNAN EDISTÄMISTÄ OHJAAVAT SÄÄDÖKSET

Liikunta ja terveysliikunta ovat saavuttaneet merkittävän yhteiskunnallisen aseman Suomessa. Pohja terveyttä edistävälle toiminnalle ja liikunnalle maassamme löytyy lainsäädännöstä. Se määrittää linjaukset, joiden mukaan terveyttä edistävää politiikkaa on toteutettava. Suomen valtiolla ja erityisesti kunnilla on lakien määrittelemä velvollisuus edistää kansalaisten liikuntaa. Laki edellyttää myös kouluja sekä kuntien liikuntatoimea tarjoamaan liikuntaa, mutta työyhteisöjä laki ei velvoita tarjoamaan liikuntapalveluita. Kuitenkin suuri osa työpaikoista edistää henkilökuntansa työkykyä liikuntapalveluiden avulla (Vuori 2011).

Suomessa julkisen vallan on taattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä (Suomen perustuslaki 1999). Kansanterveyslaki (1972) velvoittaa kuntia huolehtimaan kansanterveystyöstä. Terveystoimintalaki (2010) määrittelee kansanterveystyön sisältöä tarkemmin. Lain mukaan kunnan tulee järjestää asukkaiden terveyden edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa osana kaikkia terveydenhuollon palveluita. Lisäksi kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava terveydenhuollon henkilöstön osallistumisesta riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutuksiin (Terveystoimintalaki 2010).

Perustuslain mukaan liikunta lasketaan jokaisen sivistyksellisiin perusoikeuksiin (Suomen perustuslaki 1999). Liikuntalaki puolestaan velvoittaa kuntia terveyttä edistäviin toimiin. Lain mukaan kunnan on mm. luotava edellytyksiä terveyttä edistävälle liikunnalle, tuettava kansalaistoimintaa, tarjottava liikuntapaikkoja sekä järjestettävä liikuntaa huomioiden myös erityisryhmät. Kunnan on otettava vastuuta liikuntatoimen yleisestä johdosta, kehittämisestä ja yhteensovittamisesta paikallistasolla (Liikuntalaki 1998).

Lisäksi terveyttä edistävän liikunnan periaatepäätökset vuodelta 2002 ja 2008 ovat luoneet hyvän pohjan terveysliikunnan edistämistyölle. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut lokakuussa 2013 uudet ja päivitettyt valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan vuodelle 2020. Julkaisussa määritellään neljä linjausta kehittämistoiminnalle: 1) arjen ja istumisen vähentäminen elämäntilanteissa, 2) liikunnan lisääminen elämäntilanteissa, 3) liikunnan nostaminen keskeiseksi osaksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta ja 4) liikunnan

aseman vahvistaminen suomalaisessa yhteiskunnassa. Tämän kehittämistoiminnan kolmannen linjauksen keskeisimmiksi tavoitteiksi on asetettu liikuntaneuvonnan vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa kaikkien ammattiryhmien toteuttamana, liikuntaohjaus osaksi sosiaali- ja terveyshuollon palveluketjuja ja hoitoprosesseja sekä liikunnallisen kuntoutuksen aseman vahvistaminen (Muutosta liikkeellä! 2013).

Terveyshuollon liikunnalla tarkoitetaan sellaista fyysistä aktiivisuutta, joka turvallisesti ja tehokkaasti parantaa tai ylläpitää terveyskuntoa. Terveyskunnoksi taas lasketaan ne fyysisen kunnan tekijät, joilla on yhteys fyysiseen toimintakykyyn ja terveyteen. Näitä terveyskuntoa määrittäviä tekijöitä ovat kestävyyskunto, liikkeiden hallinta ja tasapaino, lihasvoima, lihaskestävyys, nivelten liikkuvuus ja luuston lujuus sekä paino ja vyötärön ympärysmitta. Lisäksi yleinen terveys, kuten vastustuskyky, on osa terveyskuntoa (Fogelholm & Oja 2011). Sisällöllisesti terveyshuolto kattaa kaiken sen aktiivisuuden, jolla on terveyttä ja hyvinvointia ylläpitäviä ja parantavia vaikutuksia. Se voidaan jaotella esim. arki-, hyöty-, työmatka-, henkilöstö-, koulu-, kunto-, luonto- ja harrasteliikuntaan (Muutosta liikkeellä! 2013).

Terveyttä edistävälle liikunnalle on laadittu suositukset, jotka perustuvat tieteelliseen näyttöön ja asiantuntijoiden yhteiseen näkemykseen. Terveysliikuntasuosituksissa on huomioitu yhtä aikaisesti erilaisia terveyden vastemuuttujia (esimerkiksi toimintakyvyn osa-alueet sekä sairaus- ja riskitekijäkohtaiset näytöt), jotka on sitten tiivistetty samaan suositukseen. Suosituksissa painottuvat kansanterveydellisesti merkittävät sairaudet sekä tutkimusnäytön aste (Husu & Suni 2012).

UKK-instituutissa kehitettiin terveyshuollon suosituksista kuvallinen malli liikuntaneuvonnan tueksi. UKK-instituutin julkaisema ja vuonna 2009 uudistama Liikuntapiirakka kiteyttää 18–64-vuotiaille tarkoitetun viikoittaisen terveyshuolto-suosituksen. Liikuntapiirakan mukaan kestävyyskuntoa tulee parantaa liikkumalla useana päivänä viikossa ainakin 2 tuntia ja 30 min reippaasti tai 1 tunti ja 15 min rasittavasti. Yhden liikuntajakson tulee kestää vähintään 10 minuuttia. Tämän lisäksi on kehitettävä lihaskuntoa ja liikehallintaa ainakin 2 kertaa viikossa. Myös Yhdysvaltain terveysvirasto on päivittänyt terveyshuollon suosituksensa vuonna 2008 laajan tieteellisen kirjallisuuskatsauksen perusteella (Fogelholm & Oja 2011; UKK-instituutti 2011). Liikuntapiirakan sisältämät suositukset ovat yhteneväiset Yhdysvaltain terveysviraston antamien suositusten kanssa (U.S Department of Health & Human services 2008).

Lisäksi yli 64-vuotiaille ja yli 50-vuotiaille, joilla on perussairautena jokin krooninen tai liikuntakykyä heikentävä sairaus, suositellaan nivelten liikkuvuusharjoittelua vähintään kaksi kertaa viikossa. Yleisen suosituksen lisäksi on myös kehitetty muitakin suosituksia tiettyjen sairauksien tai terveysongelmien hoitoon (esimerkiksi luuliikuntasuositus tai suositus verenpaineen tai diabeteksen hoitoon). Niidenkin taustalta löytyy vahva tieteellinen tutkimusnäyttö (Husu & Suni 2012).

Liikunnasta on annettu Käypä hoito –suosituksia (Liikunta on lääke (Aikuisten liikunta -suositus) 2010; Liikunta 2012), joissa käsitellään liikunnan käyttöä merkittävien pitkäaikaissairauksien ja kansansairauksien ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Suositukset ovat tarkoitettu ohjeeksi kaikille terveydenhuollon ja liikunta-alan ammattilaisille sekä potilaille. Nämä Käypä hoito-suositukset aikuisten viikoittaisesta liikuntamäärästä ja UKK-instituutin julkaisemat terveysliikuntasuosituksset (UKK-instituutti 2011) ovat yhteneväiset keskenään.

Tämän hetkiset suositukset ohjeistavat liikkumaan viikoittain riittävästi. Uusimmat tutkimustulokset liiallisesta istumisesta ja passiivisesta elämäntyylistä (liite 1) kuitenkin haastavat liikuntasuosituksset. Onko tärkeämpää liikkua suositusten mukaisesti vai välttää kokonaisvaltaisesti istumiseen käytettyä aikaa ja lisätä ns. arkiaktiivisuutta? Suomalaisen katsausartikkelin mukaan passiivinen elämäntapa on lisääntynyt vuosikymmenten aikana, mutta istumisesta aiheutuvat terveyshaitat ovat monille vielä tuntemattomia. Kuntoliikunta on tärkeää, mutta siihen kuluu vain murto-osa päivästä ja loppuosa päivästä kuluu helposti istuen (Helajärvi ym. 2013). Laajojen tutkimusten (liite 1) mukaan pitkäaikainen istuminen on yksi kuolleisuuden riskitekijöistä. Henkilöt, jotka istuivat eniten eivätkä harrastaneet säännöllistä viikoittaista liikuntaa, olivat suurimmassa riskiryhmässä. Päivittäiseen istumiseen käytetyn ajan yhteys kuolleisuuteen on riippuvainen fyysisen aktiivisuuden tasosta. Päivittäinen fyysinen aktiivisuus ei kuitenkaan kokonaan poista kohonneen kuolleisuuden riskiä, jos elämäntyyli on muuten passiivinen (Dunstan ym. 2011; Matthews ym. 2012; van der Ploeg ym. 2012).

Terveysliikuntasuositusten mukaan liikkuvat henkilötkin voivat siis altistua terveysriskeille, mikäli he istuvat suurimman osan valveillaoloajastaan. Pitäisikö tulevaisuudessa terveysliikuntasuosituksiin lisätä kohta, joka kehottaisi vähentämään päivittäistä istumiseen

käytettyä aikaa? (Owen ym. 2010). Suomalaisen tutkimuksen mukaan esimerkiksi istumisen korvaaminen seisomisella nostaa huomattavasti päivittäistä lihasaktiivisuuden tasoa (Tikkanen ym. 2013). Pienillä elintapamuutoksilla sekä valinnoilla on mahdollista vaikuttaa päivittäiseen fyysisen aktiivisuuden tasoon. Hyvän terveyden takaamiseksi on siis tärkeää liikkua riittävästi, mutta myös vältettävä liiallista istumista.

4 LIIKUNTANEUVONTA

Neuvonta on yksi tärkeimmistä terveyskasvatuksen terveyden edistämisen menetelmistä (Aittasalo ym. 2012) ja se on myös merkittävä osa terveystoiminnan edistämistä (Nupponen & Suni 2011). Liikuntaneuvonnalla tarkoitetaan henkilökohtaista liikuntaohjausta, jossa voidaan hyödyntää liikuntaa tukevia materiaaleja ja terveystoimintaa. Neuvonnassa tulee huomioida myös liikunnan haittavaikutukset ja vasta-aiheet (Muutosta liikkeellä! 2013).

Liikuntaneuvonta on vaikuttava keino ohjata vähän liikkuvia ihmisiä liikunnan pariin (Muutosta liikkeellä! 2013). Oleellista liikuntaneuvonnassa on kuitenkin huomioida asiakkaan elämäntilanne, lähiyhteisö, ympäristötekijät sekä sisäisten ja ulkoisten motivaatiotekijöiden rooli liikuntatottumuksia määrittävinä tekijöinä (Rintala ym. 2012, 44; Aaltonen 2013). Ammatilainen tarvitsee tietoa siitä, miten on mahdollista vaikuttaa asiakkaan ajattelun ja tottumusten muutoksiin. Paneutumalla asiakkaan elämään ja liikuntahistoriaan ammatilainen voi ymmärtää millaiselta pohjalta asiakas tekee ratkaisujaan ja millaiset edellytykset asiakkaalla on liikkumisensa muuttamiseen (Nupponen & Suni 2011). Muutosvalmius herää, kun asiakas havaitsee liikunta-asioissa jotain itseään koskevia seikkoja. On ymmärrettävä, että asiakkaan näkökulmasta omien liikuntatottumusten muuttaminen on perusteltua vain, jos muutos hänen mielestään on mahdollista ja se edistää hänelle tärkeitä asioita. Liikuntaneuvonnan tukemana asiakas voi muuttaa ajatteluaan ja käyttäytymistään (Nupponen & Suni 2011).

Perehtyminen asiakkaan elämäntilanteeseen kasvattaa kahdenkeskistä luottamusta sekä edistää asiakkaan sitoutumista itse neuvontaan ja myöhemmin liikuntaa kohtaan. Yksilöllinen liikuntaneuvonta on ammatilaisen ja asiakkaan välistä neuvottelua, jota luonnehtii tasapuolinen vuorovaikutus, asteittainen eteneminen, asiakkaan aktiivinen osallistuminen sekä keskittyminen ongelmanratkaisuun (Nupponen & Suni 2011). Hyvän ja asiakaskeskeisen vuorovaikutussuhteen on todettu edistävän liikuntaneuvonnan toteutumista terveydenhuollossa (Sinclair ym. 2008). Myös ammatilliset haluavat liikuntaneuvonnan olevan asiakaslähtöistä, jossa ammatilainen ja asiakas ovat tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa (Mikkonen & Hynynen 2011).

Aluksi liikuntaneuvonnan sisältö voi perustua pelkkään tietoon liikunnan vaikutuksista, jonka jälkeen asiakasta tulisi rohkaista arvioimaan omia liikuntatottumuksiaan. Jos asiakas on

halukas lisäämään liikuntaa elämäänsä, hänelle on annettava konkreettisia neuvoja sopivista liikuntamuodoista. Tällöin liikuntaneuvonnassa on painotettava positiivisia kokemuksia sekä pienimpiäkin onnistumisia (Rintala ym. 2012, 46). On vahvistettava asiakkaan liikuntakäyttäytymiseen myönteisesti vaikuttavia tekijöitä, kuten odotuksia, taitoja, aiempia kokemuksia sekä ympäristön tarjoamia mahdollisuuksia. Asiakasta on autettava löytämään hänelle mieluinen tapa liikkua eikä määritellä muutoksia hänen puolestaan (Aittasalo ym. 2012).

Säännöllisen liikunta-aktiivisuuden jatkaminen pitemmällä aikavälillä on usein haastavaa. Repsahdukset sekä liikuntaharrastuksen lopettaminen ovat hyvin yleisiä. Siksi ihmisiä tulee kannustaa uudelleen takaisin liikunnan pariin ilman syylistämistä. Lisäksi pitkällä aikavälillä useita kertoja aloitettu liikuntalaji voi muuttua hiljalleen elämäntavaksi (Rintala ym. 2012, 46). Kokonaan uusien tapojen ja tottumusten omaksuminen vie aikaa ja tapahtuu asteittain. Mitä aloittelevammasta liikkujasta on kyse, sitä enemmän hän tarvitsee tukea muutoksessaan (Aittasalo ym. 2012). Näin ollen pelkkä tieto fyysisen aktiivisuuden hyödyistä, omasta terveystilasta tai yleiset ohjeet eivät välttämättä riitä liikuntatottumusten muuttamiseen (Nupponen & Suni 2011).

4.1 Liikuntaneuvonta terveydenhuollossa

Yksilöön kohdistuva liikuntaneuvonta ulottuu vain murto-osaan väestöstä (Paronen & Nupponen 2011). Suomalaisessa laajassa kyselytutkimuksessa selvitettiin lääkäreiden toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyyttä ja tarvetta vuonna 2002. Tulosten mukaan 64 % lääkäreistä kartoitti vähintään joka kolmannen asiakkaan liikunta-aktiivisuutta. Kirjallista asiakasmateriaalia annettiin melko harvoin. Asiakkaista puolet ilmoitti, että he ovat saaneet lääkäriltä riittävästi liikuntaneuvontaa liikunnan merkityksestä (Ståhl ym. 2004). Vastaavasti kanadalaisessa tutkimuksessa terveydenhuollon asiakkaista 42 % ilmoitti saaneensa usein liikuntaneuvontaa lääkärikäynnin yhteydessä (Sinclair ym. 2008).

Terveydenhuolto ja liikuntapalvelut ovat liikuntaneuvonnan keskeisimmät toteuttamisympäristöt Suomessa (Aittasalo ym. 2012). Terveydenhuollon asiakkaiden mielestä neuvonnan tulisi olla osa terveydenhuollon tarjoamia palveluja. Asiakkaiden mielestä neuvonta sopisi hyvin osaksi rutiinitarkastuksia sekä vastaanottokäyntejä, joilla

selvitetään asiakkaiden sairaushistoriaa (Wolff ym. 2010). Lisäksi on todettu, että asiakkaat ovat motivoituneita keskustelemaan omista terveystottumuksistaan (Dolor ym. 2010).

Neuvonta on yksi terveydenhuollon ammattilaisten kasvatuksellisista ja viestinnällisistä työmuodoista, jossa lääkäriellä on yleisimmin käynnistävä ja tukea antava rooli. Jos asiakkaassa ilmenee muutoshalukkuutta liikuntaa kohtaan, hänet tulisi ohjata tarkemman liikuntaneuvonnan pariin (Nupponen & Suni 2011). Lääkärin tehtävänä on määrittää liikunnan aiheet, vaarat ja sairauksiin liittyvät rajoitteet (Muutosta liikkeellä! 2013). Sen jälkeen yleensä fysioterapeutit vastaavat varsinaisesta liikuntaneuvonnasta. Liikunta-asioista keskustelevat tai liikunnalliseen kuntoutukseen osallistuvat myös muut terveydenhuollon ammattilaiset kuten, työterveyshoitajat, terveydenhoitajat, sosionomit sekä perus- ja lähihoitajat (Aittasalo ym. 2012; Muutosta liikkeellä! 2013). Amerikkalaiseen tutkimukseen osallistuneista hoitajista (n = 398) puolet antoi asiakkailleen liikuntaneuvontaa ja noin 90 % piti liikuntaneuvontaa yhtä tärkeänä kuin lääkehoitoakin (Tompkins ym. 2009).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella kartoitettiin lääkäreiden, fysioterapeuttien ja terveydenhoitajien suhtautumista ja käytänteitä liikuntaneuvonnasta vuonna 2008. Lääkäreistä 86 %, terveydenhoitajista 98 % ja fysioterapeuteista kaikki kokivat liikuntaneuvonnan olevan yksi terveydenhuollon tehtävistä. Lisäksi lääkäreistä 81 %, terveydenhoitajista 91 % ja fysioterapeuteista 79 % ilmoitti liikuntaneuvonnan herättävän heissä positiivisia ajatuksia. Ammattilaiset hyödynsivät asiakkaiden liikuntaneuvonnassa liikkumisreseptiä, asiakasohjausmateriaalia, ohjaamalla asiakkaita liikuntaryhmiin sekä muun terveydenhuolto- tai liikunta-alan ammattilaisen luokse. Liikuntaneuvontaa toteutettiin myös yhteistyössä toisen terveystalon ammattilaisen kanssa. Lääkärit ja terveydenhoitajat ohjasivat asiakkaita yleisimmin fysioterapeuttien luokse. Fysioterapeuttien liikuntaneuvontaan kuului myös yksilöllisen harjoitusohjelman laatiminen (Lähdesmäki ym. 2008, 57, 59, 61–64).

Tarvittaessa liikuntaohjelma suunnitellaan hoitavan lääkärin ja fysioterapeutin tai muun liikunta-alan ammattilaisen sekä asiakkaan välisenä yhteistyönä. Ammattilaisella tulee kuitenkin olla riittävä liikunta- tai terveystalon koulutustausta liikuntaohjelman laatimiseksi. Liikuntaohjelman toteutus voi tapahtua omatoimisena, ohjattuna tai ryhmämuotoisena liikuntana, kuitenkin perustuen asiakkaan omiin liikuntatavoitteisiin (Muutosta liikkeellä! 2013).

4.2 Liikuntaneuvonnan menetelmät ja vaikuttavuus terveydenhuollossa

Yhtenäistä käsitystä vaikuttavimmasta liikuntaneuvonnan menetelmästä ei ole, vaikka terveydenhuollon liikuntainterventioiden tiedetään lisäävän merkittävästi vähän liikkuvien aikuisten liikunta-aktiivisuutta (Orrow ym. 2012). Tärkeänä pidetään yleisesti ottaen järjestelmällisyyttä sekä sitä, että liikuntaneuvonta tapahtuu yhteistyössä eri ammattikuntien edustajien kanssa. Esimerkiksi kuntotesteillä voidaan saada täsmällistä tietoa asiakkaan sen hetkisestä terveydentilasta, mutta tuloksellista liikuntaneuvontaa voidaan toteuttaa myös muulla tavoin (Aittasalo ym. 2012).

Tutkimustulokset (liite 2) osoittivat, että liikuntaneuvonta terveydenhuollossa toteutuu eri ammattilaisten toimesta. Liikuntaneuvonnassa painottui turvallisuustekijöiden huomiointi, asiakkaalle sopivan liikuntamuodon valinta ja liikuntaan liittyvien ongelmien ratkaisu (Tompkins ym. 2009). Liikuntaneuvonnan tukena ammattilaiset käyttivät mm. yksilöllisiä ohjeita, liikkumisreseptiä, liikuntapäiväkirjaa, kuntotestejä ja elektronisia laitteita. Asiakkaille myös järjestettiin seurantakäyntejä tai heidät ohjattiin toiselle ammattilaiselle (Petrella ym. 2003; Aittasalo ym. 2006; Tompkins ym. 2009). Asiakkaat itse toivoivat liikuntaneuvonnan sisältävän yksilöllistä neuvontaa, tavoitteiden asettamista, rohkaisemista, asiakasohjausmateriaalia sekä seurantakäyntejä (Wolff ym. 2010). Lisäksi laajan suomalaisen väestökyselyn mukaan asiakkaista 75 %:n mielestä lääkäreillä tulisi olla mahdollisuus liikkumisreseptin kirjoittamiseen (Ståhl ym. 2004).

Pelkästään liikuntaneuvonnalla voidaan siis saavuttaa terveyshyötyjä, mutta neuvonnan vaikutuksia on mahdollista tehostaa erilaisin menetelmin. Hyviä tuloksia on saatu liikuntaneuvonnan interventiotutkimuksista (liite 2). Positiivisia tuloksia on saatu mm. maksimaalisen hapenkulutuksen, liikuntaan liittyvän minäpystyvyyden, systolisen verenpaineen sekä BMI:n (body mass index) osalta liikuntaintervention seurauksena (Petrella ym. 2003). Lisäksi koe-kontrolliryhmä asetelmia sisältävissä tutkimuksissa koeryhmissä viikoittaisen liikunta-aktiivisuuden tason (Aittasalo ym. 2006; Keulen van ym. 2011; Yu-Hsiu ym. 2012) ja päivittäisten askelten määrän on todettu lisääntyneen ja veren sokeriarvojen parantuneen (Yates ym. 2009) kontrolliryhmään verrattuna. Myös laajan katsausartikkelin mukaan terveydenhuollon ammattilaisten antama yhdellä tai muutamalla kerralla toteutunut liikuntaneuvonta on osoittautunut tehokkaaksi. Lyhyt neuvonta on yhtä tehokasta kuin

enemmän resursseja ja seuranta vaativat interventiot. Jotta yksi henkilö saataisiin liikkumaan vuoden kuluttua liikuntasuositusten mukaisesti, on annettava liikuntaneuvontaa keskimäärin kahdelletoista henkilölle (Orrow ym. 2012).

Yhteenvetona voidaan todeta, että liikuntaneuvonta terveydenhuollon ammattilaisten toteuttamana on vaikuttavaa riippumatta käytetyistä menetelmistä ja keinoista. Useammalla kerralla toteutunut, erilaisia menetelmiä ja / tai seuranta sisältävä liikuntaneuvonta näyttäisi kuitenkin tehostavan neuvonnan vaikutuksia. Mutta myös yhdellä kerralla toteutunut neuvonta on kannattavaa.

4.3 Liikuntaneuvonnan haasteet terveydenhuollossa

Terveydenhuollon ammattilaiset tiedostavat liikunnan edulliset vaikutukset terveyteen, mutta ajan puutetta pidetään merkittävänä haasteena liikuntaneuvonnan toteuttamisessa (Cornuz ym. 2000; Tompkins ym. 2009; Aittasalo ym. 2012). Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan sairaalassa työskentelevät lääkärit ehtivät käyttää liikuntaneuvontaan alle viisi minuuttia aikaa asiakasta kohden (Howe ym. 2010). Lisäksi asiakkaiden on todettu kokevan lyhyiden vastaanottoaikojen sekä kiireen haittaavan liikuntaneuvonnan toteutumista (Wolff ym. 2010).

Terveydenhuollon ammattilaisten liikuntaneuvontataidot ja -tiedot ovat riittämättömiä työn vaatimusten kannalta (Muutosta liikkeellä! 2013). Tutkimuksista ilmenee, että osa terveysalan ammattilaisista kokee, etteivät he ole saaneet riittävästi koulutusta asiakkaiden liikuntaneuvonnasta (Howe ym. 2010). Osa taas ei luota omiin taitoihinsa vaikuttaa asiakkaiden terveystyöskentelyyn (Dolor ym. 2010) tai he eivät tiedä milloin ja minkälaista liikuntaneuvontaa asiakkaille voi antaa (Tompkins ym. 2009). On kuitenkin todettu, että työvuosien tuoma kokemus ja sen myötä harjaantuminen neuvontataidoissa vahvistaa ammattilaisten liikuntaneuvontaosaamista (Ståhl ym. 2004; Howe ym. 2010). Kokemuksen ja harjoituksen puute näyttäisi siis olevan yksi liikuntaneuvonnan toteutuksen esteistä (Lobelo ym. 2008).

Toimipaikkojen yhtenäisten käytäntöjen puute hankaloittaa neuvonnan toteutumista. Asiakkaan ohjaaminen neuvontaan ei onnistu, ellei asiakkaille ole valmiiksi suunniteltuja neuvontapolkuja ja palveluketjuja (Nupponen & Suni 2011). Palveluketjut kulkevat

terveydenhuollon ja muiden sektoreiden välillä. Niiden toimivuuden kannalta on tärkeää mahdollisimman saumaton yhteistyö eri sektoreiden ammattilaisten kesken. Tässä hyvänä työvälineenä toimii esimerkiksi sähköinen lähetejärjestelmä (Muutosta liikkeellä! 2013).

Hienosti suunnitelluilla liikunnan palveluketjuilla ei kuitenkaan ole merkitystä elleivät terveydenhuollon ammattilaiset ole niistä tietoisia. Liikunnan pariin ohjaamiseksi ammattilaisten tulisi olla selvillä siitä, mikä osuus itsellä ja muilla ammattilaisilla on liikunnan palveluketjujen ja neuvontapolkujen eri vaiheissa (Nupponen & Suni 2011). Lisäksi ammattilaisten on tunnettava alueensa liikuntapalvelut, kuten esimerkiksi ryhmäliikuntamahdollisuudet (Muutosta liikkeellä! 2013). Toimipaikkakoulutusten ja sisäisten tiedotteiden tulisi huolehtia siitä, että ammattilaiset tuntevat polut niin hyvin, että voivat ohjata asiakkaan neuvontaan tai liikuntaryhmään (Nupponen & Suni 2011).

Liikuntaneuvontaa ja seuranta hankaloittavat myös eri ammattilaisten neuvontakäytäntöjen erot. Eroavaisuuden näkyvät muun muassa siinä, ettei liikunnan kirjaamisesta asiakastietoihin ole yhteisesti sovittu tai niitä ei kirjata ylös lainkaan (Aittasalo ym. 2012). Lisäksi ammattilaiset ovat todenneet, että asiakkaiden vähäinen kiinnostus liikunta-asioihin on yleistä asiakaskontakteissa ja se hankaloittaa neuvonnan toteutumista (Cornuz ym. 2000; Tompkins ym. 2009; Nupponen & Suni 2011).

Lisäksi yhtenä haasteena on saada kaikki liikuntaneuvontaa tarvitsevat asiakkaat neuvonnan piiriin. On tutkittu, että neuvonta terveydenhuollossa kohdistuu usein kroonisia sairauksia sairastaviin keski-ikäisiin asiakkaisiin. Kun taas asiakkaat, jotka ilmoittavat terveydentilansa erinomaiseksi, jäivät useimmiten liikuntaneuvonnan ulkopuolelle. Kohdistamalla neuvontaa vain riskiryhmän asiakkaisiin, menetetään mahdollisuus terveyden edistämiseen sekä sairauksien ehkäisyyn (Sinclair ym. 2008).

Terveydenhuollon ammattilaisten omilla liikuntatottumuksilla näyttäisi olevan vaikutusta asiakkaiden saamaan liikuntaneuvontaan. Ammattilaisten vähäiset liikuntatottumukset saattavat vaikuttaa negatiivisesti asiakasneuvonnan toteutukseen (Biernat ym. 2012) sekä asenteisiin itse liikuntaneuvontaa kohtaan. Liikunnallisesti aktiiviset ammattilaiset paneutuvat asiakkaiden liikuntaneuvontaan todennäköisesti paremmin sekä tunnistavat liikunnan arvon yhtenä ennaltaehkäisevänä ja terapeuttisena työkaluna (Lobelo ym. 2008).

Liikunnan määrän lisääminen missä tahansa yhteisössä on vaativa tehtävä (Vuori 2011, 235) eikä asiaa helpota se, että liikuntaneuvonnan vaikutusten ilmeneminen vie aikaa. (Aittasalo ym. 2012). Terveydenhuollossa liikuntaneuvontaa on kehitettävä edelleen parhaan hyödyn saavuttamiseksi. Kehitettäviä kohteita ovat mm. asiakkaan liikuntaneuvonnan sisällöt, ryhmäohjauksen toteutus, asiakasohjausmateriaali sekä kirjauskäytänteistä sopiminen. Työpaikoilla on lisäksi suunniteltava esimerkiksi Käypä hoito-suositukseen pohjautuvia palveluketjuja (Kukkonen-Harjula 2011). On tarpeen sopia liikuntaneuvonnan yhteisistä linjauksista sekä toimintaperiaatteista, kuten mihin neuvontaa kohdennetaan ja kuka sitä toteuttaa palveluketjujen eri vaiheissa (Nupponen & Suni 2011). Lisäksi ammattilaiset tarvitsevat täydennyskoulutusta liikunta-asioista, jotta ammattilaisten sisältäpäin tuleviin liikuntaneuvonnan haasteisiin, kuten tiedon ja osaamisen puutteeseen tai omiin neuvontataitoihin luottamiseen on mahdollista vaikuttaa (Dolor ym. 2010; Howe ym. 2010; Mikkonen & Hynynen 2011). Myös terveydenhuollon oppilaitosten tulisi sisällyttää enemmän liikunta-asioita opetussuunnitelmiansa sisältöihin ja vahvistaa tätä kautta tulevien terveydenhuollon ammattilaisten liikuntaneuvontaosaamista ja asenteita liikuntaa kohtaan (Lobelo ym. 2013). Näin varmistetaan myös jatkossa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden liikuntaneuvonnan toteutuminen.

4.4 Liikunnan edistäminen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alue on ollut pitkään aktiivinen ja tehnyt terveysliikunnan edistämistyötä mm. valtakunnallisten terveyden edistämishankkeiden, kuten Dehkon 2D-hankkeen ja liikkumisreseptihankkeen kautta (Ståhl 2005; Korpi-Hyövälti ym. 2009). Sairaanhoitopiiri on määritellyt itsensä terveyttä edistäväksi organisaatioksi ja onkin yksi Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:n jäsenistä (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelle perustettiin 1.5.2011 Perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö -Aksila uuden Terveydenhuoltolain myötä. Yksikön tehtävänä on mm. tukea perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista sekä täydennyskoulutusta. Yksikkö keskittyy asukkaiden terveyden edistämiseen yhdessä jäsenkuntien ja yhteistoiminta-alueiden ammattilaisten sekä eri toimitahojen kanssa (Perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö -Aksila).

Aksilan terveyden edistämistyön yhdeksi painopisteeksi on määritelty terveyden kannalta riittävän liikunnan edistäminen (Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013).

Etelä-Pohjanmaalla toteutettu (v. 2003–2007) *Dehkon 2D-hanke* oli osa valtakunnallista tyyppin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyohjelmaa. Hanke tarjosi julkiselle terveydenhuollolle sekä yksityisen työterveyshuollon palveluntuottajille monipuolisesti tietoa ja tukea erilaisten aineistojen ja koulutusten kautta. Koulutuksiin kuului liikunta-asiat riippumatta tilaisuuden pääasiallisesta aihealueesta. Lisäksi terveydenhuollon henkilökunnalle toimitettiin asiakasohjausmateriaalia. Hankkeessa panostettiin hoitoketjujen rakentamiseen ja tavoitteena oli liittää niihin mm. liikunnan palveluketju. Hankkeen aloitteesta internettiin perustettiin koko maakunnan alueen kattava liikuntakalenteri. Verkkopalvelu www.tep.fi on kaikkien avoimessa käytössä. Hanke kustansi kuntiin myös matalan kynnyksen –liikuntaryhmiä. Kaiken kaikkiaan koko hankkeen aikana syntyi suuri määrä erilaisia toimintamalleja, joista noin 100 on dokumentoitu. Liikunnan ja ravitsemuksen merkitystä korostettiin läpi koko hankkeen (Korpi-Hyövälti ym. 2009, 1–2, 20, 29, 32, 63).

Etelä-Pohjanmaalla toteutettiin alueelliset liikkumisreseptihankkeet. Kuortaneen Urheiluopisto koordinoi *Liihota-hankkeen* vuosina 2003–2005, jonka tavoitteena oli aktivoita Järviseudun ja Kuusiokuntien asukkaita kohti liikunnallisempaa elämäntapaa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella toteutettiin Liikkumisreseptihanke vuosina 2004–2007, jolloin tavoitteena oli liikkumisreseptin käyttöönotto kunnissa. Hankkeiden päämääränä oli edistää hyvinvointia ja lisätä väestön liikunta-aktiivisuutta. Yhteistyötä tehtiin julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin sekä liikuntatoimen kanssa ja ammattilaisille järjestettiin koulutusta. Lisäksi rakennettiin kuntakohtaisia palvelulinjoja, kehitettiin toimintamalleja (esim. liikkumisreseptin ryhmätäyttö-malli), kerättiin tietoa hankkeiden toimivuudesta sekä tuotettiin paljon erilaista liikuntaneuvontamateriaalia (Ståhl 2005, 6, 24).

5 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TUTKINTOJEN ANTAMA KOULUTUSPOHJA LIIKUNTANEUVONNASTA

Suomessa on mahdollista suorittaa sosiaali- ja terveysalan ammatissa tai tehtävissä toimimiseen oikeuttava tutkinto joko ammatillisena perustutkintona tai korkeakouluopintoina ammattikorkeakoulussa tai yliopistossa. Opetushallitus on antanut ammatillisille perustutkinnoille perusteet, joihin koulutuksen järjestämisen ja opetussuunnitelmien on perustuttava. Ammattikorkeakoulut puolestaan itse laativat niiden opetussuunnitelmat ja toteuttavat koulutuksen, mutta opetusministeriö vahvistaa koulutusohjelmat (Opetushallitus 2013).

Terveysliikunnan neuvottelukunta perusti työryhmän 27.1.2003, joka selvitti terveysliikunnan koulutustilannetta vuonna 2003. Työryhmä kartoitti terveysliikuntakoulutuksen sisältöä ja laajuutta ammatillisessa koulutuksessa, ammattikorkeakoulutuksessa sekä yliopistokoulutuksessa. Selvityksen mukaan terveysliikuntaan liittyvää asiakasneuvontaa ja -ohjausta annetaan erityisesti liikunta-alalla, sosiaali- ja terveysalalla, opetusalalla sekä lapsi-, nuorisoy- ja perhetyön parissa (Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta 2004).

Tulosten mukaan terveysliikunnan opintoviikkomäärissä ilmeni runsasta vaihtelua eri opetussuunnitelmien välillä. Erot olivat huomattavia myös saman alan eri oppilaitosten kesken. Neljä eri yliopiston tiedekuntaa antoi vastauksen. Liikunnanopettajakoulutuksessa Jyväskylän yliopistossa terveysliikunta sisältyi kaikkeen opetukseen. Terveystieteiden opinnoissa Tampereella ja kasvatustieteen opinnoissa Helsingissä terveysliikunta ei ollut osana opintoja. Ammattikorkeakouluissa sosiaali- ja terveysalalla oli terveysliikuntaa hoitajien opetussuunnitelmissa noin 3 opintoviikkoa, fysioterapeuteilla noin 30 opintoviikkoa ja liikunnanohjaajilla noin 17 opintoviikkoa. Toisen asteen koulutuksissa lapsi-, perhe- ja nuorisotyön sekä lähihoitajien opetussuunnitelmissa terveysliikuntaopetus jäi vähäiseksi, keskimäärin alle 5 opintoviikkoon. Sen sijaan liikuntaneuvojan opetussuunnitelmassa oli terveysliikuntaa noin 20 opintoviikon verran. Selvityksen mukaan opiskelijoiden arvioitu osaaminen terveysliikunta-asioissa oli selkeästi yhteydessä sen opetuksen määrään. Niiden opiskelijoiden terveysliikuntaosaaminen, joilla oli pienet opintoviikkomäärät terveysliikuntaopetuksessa, nähtiin välttäväksi tai tyydyttäväksi (Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta 2004).

Ammatillisessa lähihoitajien perustutkinnossa kaikkien koulutusten järjestäjien on täytynyt noudattaa 1.8.2010 lähtien Opetushallituksen laatimaa sosiaali- ja terveysalan perustutkintojen perusteisiin liittyvää määräystä. Määräyksessä on määritelty pakolliset opinnot, jotka kuuluvat kaikkien lähihoitajien opintoihin (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja, 2010). Ammattikorkeakoulupohjaisten tutkintojen opetussuunnitelmista ei ole yhtenäistä valtakunnallista linjausta olemassa. Koska tämä tutkimus tehdään yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö -Aksilan kanssa, seuraavaksi esitellään Seinäjoen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelmien opetussuunnitelmien sisältöjä. Lisäksi lääketieteellisistä tiedekunnista esitellään Tampereen lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelman sisältöä, koska osa sen perusopinnoista toteutetaan Seinäjoen keskussairaалassa ja Etelä-Pohjanmaan terveyskeskuksissa. Opetussuunnitelmista ja tutkinto-ohjelmasta on pyritty poimimaan sisältökuvausten perusteella ne kurssit, opintojaksot ja opintokokonaisuudet, jotka linkittyvät suoraan tai mahdollisesti soveltuvin osin liikuntaneuvontaan tai terveystieteiden edistämiseen asiakastyössä. Opintojen sisältökuvaukset olivat pelkistettyjä, joten tarkkoja sisältöjä oli vaikea selvittää. Kurssitiedot ja sisältökuvaukset on esitelty tarkemmin tutkinnoittain liitteessä 3. (Seinäjoen Ammattikorkeakoulu – koulutusohjelmien tiedot 2013; Tampereen yliopisto - Lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelma 2013).

Lähihoitajien perustutkinto (120 ov) antaa valmiudet työskennellä sosiaali- ja terveysalan hoito-, huolenpito-, kasvatus- ja kuntoutustehtävissä. Lähihoitajien peruskoulutusta ja näyttötutkintoja koskevan valtakunnallisen määräyksen perusteella koulutusohjelma sisältää 3 pakollista opintojaksoa, jotka sisältökuvausten perusteella linkittyvät terveystieteiden ja liikuntaneuvontaan: Kuntoutumisen tukeminen (15 ov), Liikunta (1 ov) sekä Terveystieto (1 ov). Lisäksi lähihoitajan tutkintoon kuuluu pakollisena jokin syventävä koulutusohjelma. Yhtenä mahdollisuutena on kuntoutuksen koulutusohjelma (30 ov), joka käsittelee kuntoutumisen tukemista kokonaisvaltaisemmin mm. toimintakyvyn arvioinnin, ryhmänohjauksen ja kuntoutuspalveluiden hyödyntämisen osalta (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja, 2010).

Fysioterapian koulutusohjelman (210 op) opetussuunnitelmassa sanotaan, että fysioterapeutti (amk) toimii asiantuntijana eri ikäisten liikkumis- ja toimintakyvyn arvioimisessa ja edistämässä. Opetussuunnitelma sisältää 7 laajempaa opintojaksoa, joihin

terveysliikunta ja liikuntaneuvonta sisältyvät: Liikkuva ja toimiva ihminen (10 op), Ihmisen liikkumisen ja toiminnan tunnistaminen ja analysointi (11 op), Ihmisen liikkumisen ja toiminnan tukeminen ja ohjaus (15 op), Aikuisten fysioterapia osa 1 (15 op), Aikuisten fysioterapia osa 2 (13 op), Ikääntyvien fysioterapia (15 op) sekä Lasten ja nuorten fysioterapia (12 op) (Seinäjoen Ammattikorkeakoulu – koulutusohjelmien tiedot 2013).

Hoitotyön koulutusohjelma muodostuu sairaanhoitajan (amk) (210 op) ja terveydenhoitajan (amk) (240 op) suuntautumisvaihtoehdoista. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat toimivat hoitotyön ja terveydenhoitotyön suunnittelu-, toteutus- ja kehittämistehtävissä. Hoitotyön koulutusohjelmaan ei sisälly omaa kurssia liikuntaneuvonnasta tai terveysliikunnasta, vaikka opintokokonaisuuksissa terveyden edistäminen, terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät sekä ohjaustaidot ovat vahvasti esillä. Opetussuunnitelma sisältää 2 pakollista opintojaksoa, jotka liittyvät terveysliikuntaan ja liikuntaneuvontaan: Hoitotyön auttamismenetelmät (7 op) sekä Vanhusten hoitotyön ja toimintakykyisyyden tukeminen (3 op). Lisäksi terveydenhoitajille suunnatuista syventävistä opinnoista löytyy erikseen vielä 3 opintojaksoa, joihin liikuntaneuvonta tai terveysliikunta-asiat liittyvät: Terveydenhoitajatyön edistämisen menetelmät eri toimintaympäristöissä (3 op), Työkäisen ja hänen perheensä terveydenhoitajatyö sekä työterveyshuolto (3 op) sekä Vanhuksen ja hänen perheensä terveydenhoitajatyö (2op) (Seinäjoen Ammattikorkeakoulu – koulutusohjelmien tiedot 2013).

Sosiaalialan koulutusohjelmasta (210 op) valmistuu sosionomeja (amk). Sosionomit toimivat sosiaalialan opetus- ja kasvatustyössä, sosiaalisen ohjauksen ja kuntoutuksen tehtävissä sekä sosiaalialan palveluiden johto- ja kehittämistehtävissä. Sosiaalialan koulutusohjelman opetussuunnitelmasta ei löydy omaa opintojaksoa liikuntaneuvonnasta tai terveysliikunnasta. Opintokokonaisuuksissa painottuu kokonaisvaltaisesti ihmisen hyvinvoinnin tukeminen sekä sosiaalisen toimintakyvyn ja terveyden edistäminen. Opetussuunnitelma sisältää 2 pakollista opintojaksoa, joissa sisältökuvausten perusteella käsitellään terveysliikuntaa ja liikuntaneuvontaa: Vanhustyö (3 op) ja Kuntouttava toiminta (3 op) (Seinäjoen Ammattikorkeakoulu – koulutusohjelmien tiedot 2013).

Vanhustyön koulutusohjelmasta (210 op) valmistuu geronomeja (amk). Geronomit ovat sosiaali- ja terveysalan vanhustyön asiantuntijoita, joiden asiakastyöhön kuuluu mm. ikääntyneen hyvinvoinnin, toimintakyvyn sekä palvelutarpeen arviointi, henkilökohtainen palveluohjaus sekä palveluketjujen ja vanhuspalvelujen organisoiminen. Opetussuunnitelman

opintoihin ei sisälly omaa kurssia terveystoiminnasta tai liikuntaneuvonnasta. Opintokokonaisuuksissa painottuu vanhusten elämänhallinnan, hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen. Opetussuunnitelma sisältää 3 pakollista opintojaksoa, jotka sisältökuvauksen perusteella liittyvät terveystoimintaan ja liikuntaneuvontaan: Vanhenemismuutokset ja vanhuksen toimintakyky (3 op), Musiikkiterapia ja luovat terapiat vanhustyössä (3op) sekä Vanhuksen kuntoutus ja fysioterapia (2 op) (Seinäjoen Ammattikorkeakoulu – koulutusohjelmien tiedot 2013).

Lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelma (360 op) antaa oikeuden harjoittaa lääkärin ammattia itsenäisesti laillistettuna lääkärinä. Pääsääntöisesti lääkärit toimivat sairaaloissa ja terveyskeskuksissa, mutta lääkärin on mahdollista tehdä myös mm. opetustyötä, tutkimustyötä, hallinnon tehtäviä, toimia lääketeollisuuden palveluksessa tai yksityislääkärinä. Tutkinto-ohjelman opinnoista suurin osa on pakollisia opintoja, jotka muodostuvat teoriaopinnoista ja kliinisistä jaksoista. Tutkinto-ohjelman pakollisista opinnoista ei kuitenkaan löydy erillistä opintojaksoa terveystoiminnasta tai liikuntaneuvonnasta. Tutkinto-ohjelmasta löytyy 3 pakollista opintojaksoa, jotka sisältökuvauksen perusteella liittyvät terveystoimintaan ja liikuntaneuvontaan: Liikkuminen (11 op), Ennaltaehkäisy (6 op) sekä Diagnostiikka & hoito (10 op). Näiden kurssien lisäksi terveyden edistäminen ja kuntoutus on määritelty osaksi kliinisten jaksoiden sisältöä ja oppimistavoitteita. Lisäksi opintoihin kuuluu valinnaisia ja syventäviä opintoja, jotka suoritetaan omien kiinnostuksen kohteiden mukaan. Integroidut syventävät opinnot (40 op) on mahdollista suorittaa eri oppialoilla, joista yksi on ”Liikuntalääketiede, terveystoiminta ja tapaturmatorjunta”. Osa tutkimusaiheista käsittelee terveystoimintaa ja sen vaikutuksia terveyteen, elimistöön sekä kansansairauksiin (Tampereen yliopisto - Lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelma 2013).

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämä pro gradu -tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen toimintayksikkö -Aksilan kanssa. Tarkoituksena oli selvittää Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja yhteistoiminta-alueiden ammattilaisten aikaisempaa liikuntaneuvonnan koulutus pohjaa sekä sitä miten tärkeäksi liikuntaneuvonta työyhteisöissä koettiin. Lisäksi kartoitettiin ammattilaisten tämän hetkisiä koulutuksen ja tuen tarpeita liikuntaneuvonnasta.

Tutkimuksen tavoitteena oli muodostaa käsitys siitä, mihin kohdistuvat tämän hetkiset liikuntaneuvonnan tuen tarpeet, jotta jatkossa olisi mahdollista järjestää moniammatillisen henkilöstön osaamis- ja koulutustarpeita vastaavaa täsmäkoulutusta.

Tutkimuksen on tarkoitus vastata seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millainen koulutus pohja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on liikuntaneuvonnasta?
2. Miten tärkeäksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kokevat liikuntaneuvonnan omassa asiakastyössään?
3. Millaista täydennyskoulutusta ja tukea sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat liikuntaneuvonnasta?
4. Millaisia ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten esittämät kehittämissuhteukset liikuntaneuvonnasta?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusaineiston hankinta

Tutkimuksen aihe nousi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö -Aksilasta ja tutkimus päätettiin toteuttaa kyselylomaketutkimuksena. Kysymykset on kehitetty yhteistyössä Aksilan kanssa tätä tutkimusta varten.

Kyselylomaketta esiteltiin 5 lääkärille, 6 sairaanhoitajalle, 7 fysioterapeutille, 4 lähihoitajalle, 4 terveydenhuollon opiskelijalle, 1 toimintaterapeutille sekä 10 muuta terveydenhuollon asiantuntijalle. Esitellukset toteutettiin kevään ja syksyn 2012 aikana. Esitellusten perusteella kyselylomakkeeseen tehtiin muutoksia ja ilmenneitä ongelmakohtia pyrittiin parantamaan. Esitelluksen merkitys korostui, koska käytössä ei ollut valmiita ja validoituja kysymyksiä. Esitelluksen jälkeen kyselylomake lähetettiin perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen toimintayksikkö -Aksilan asiantuntijoille sekä alueellisen ohjausryhmän puheenjohtajalle arviointia ja hyväksymistä varten.

Kyselylomake (liite 4) sisältää strukturoituja sekä avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeen valmistuttua tutkimuslupa-asiaa käsiteltiin ensin alueellisessa ohjausryhmässä 12.11.2012. Tämän jälkeen Etelä-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalialan johtavat viranhaltijat myönsivät kirjalliset tutkimusluvut.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnat ja yhteistoiminta-alueet nimesivät yhteyshenkilön, joka välitti kyselylomakkeen sekä saatekirjeen (liite 5) sähköpostilla alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Vuoden 2013 alusta sairaanhoitopiirin jäsenkuntien määrä oli 19, jotka muodostivat seitsemän yhteistoiminta-alueita. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja yhteistoiminta-alueiden työntekijöiden kokonaismäärä oli 8881 vuoden 2010 lopussa. Luku kattaa myös osa-aikaiset (10 %) työntekijät. Erikoissairaanhoidon puolella työntekijöitä oli 2975 ja perusterveydenhuollon puolella 5906 (Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013).

Kysely toteutettiin tammikuussa 2013 Loppiaisen jälkeen, jolloin työntekijöiden arveltiin jo palanneen joululomilta. Kysely alkoi 7.1.2013 ja päättyi 28.1.2013. Työntekijät saivat ensin kaksi viikkoa vastausaikaa ja ensimmäisen viikon jälkeen kyselystä lähetettiin muistutus. Kahden viikon jälkeen vastausaikaa pidennettiin vielä viikolla, jolloin työntekijöille lähetettiin toinen muistutus ja vastausajan pidentämisestä ilmoitettiin.

7.2 Analyysimenetelmät

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä Webropol-kyselylomakkeella, joka mahdollistaa nopean tiedon keräämisen suurelta joukolta. Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 20-ohjelmistolla. Aineiston muuttujat uudelleen luokiteltiin tilastollisia analyyseja varten. Uudelleen luokitukset ovat nähtävillä tulososiossa. Tutkimuksen taustamuuttujia on esitelty taulukossa 1.

Analyysivaihe aloitettiin tarkastelemalla ensin perusjakaumia. Aineisto ei ollut normaalisti jakautunut, mikä huomioitiin tilastollisten testien valinnassa. Aineistoa analysoitiin ristiintaulukoinneilla, joilla haettiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä eri ammattiryhmien välisiä eroja ja yhteyksiä liikuntaneuvonnan koulutus pohjasta, merkityksestä sekä koulutuksen ja tuen tarpeista. Tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin χ^2 -riippumattomuustestillä (chi-square-test), Mann-Whitney U-testillä (kahden ryhmän mediaanien vertailu) sekä Kruskal-Wallis-testillä (useamman ryhmän mediaanien vertailu). Kyselyssä liikuntaneuvonnan merkitystä mitattiin 5-portaisella mielipideasteikolla. Analyysivaiheessa tulokset analysoitiin uudelleen luokitellulla asteikolla 1-3. Riskitasoksi määritettiin yleisesti käytetty 0,05. Tilastolliset rajat ovat: $p < 0,001$ tilastollisesti erittäin merkitsevä, $p < 0,01$ tilastollisesti merkitsevä ja $p < 0,05$ tilastollisesti melkein merkitsevä. Tulosten prosenttiosuudet on pyöristetty lähimmän kokonaisluvun mukaan.

Kyselyn alkuosan avoimiin kysymyksiin vastattiin suppeasti. Kyselyn loppuosan avoimet kysymykset tuottivat aineistoa runsaammin ja niitä analysoitiin sisällön analyysillä. Aineistosta poimittiin ne vastaukset, joilla oli tämän tutkimuksen kannalta merkitystä ja vastasivat tutkimusongelmiin. Sisällöllisesti samaa tarkoittavista alkuperäisilmauksista vain yksi kirjattiin taulukkoon turhan toiston välttämiseksi (liite 6).

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimusaineistoa varten saatiin yhteensä 931 vastausta. Työntekijöistä 520 ilmoitti työskentelevänsä perusterveydenhuollossa ja 401 erikoissairaanhoidossa. Vastausprosentiksi muodostui 10,5 % koko sairaanhoitopiirin ja yhteistoiminta-alueiden osalta (n = 8881) ja 8,8 % perusterveydenhuollon (n = 5906) ja 13,5 % erikoissairaanhoidon (n = 2975) osalta.

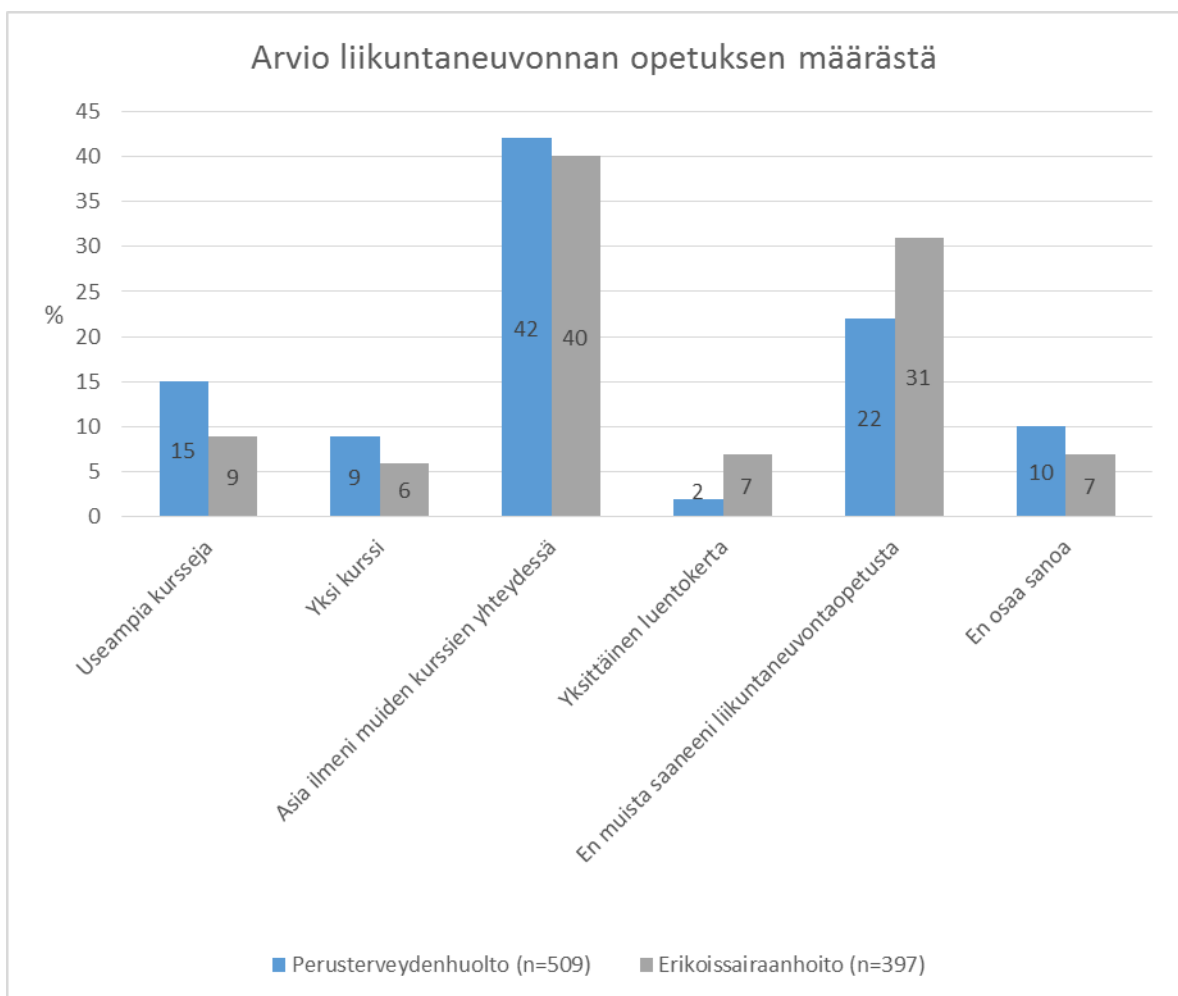
Vastaajista suurin osa (92 %) oli naisia. Suurin ikäluokka oli 50–59-vuotiaat. Vastaajista noin 30 %:lla oli työkokemusta 6–15-vuotta tai 26–36-vuotta. Vastanneista suurimmat ammattiryhmät olivat sairaanhoitajat sekä lähi- ja perushoitotyön ammattilaiset. Yli 80 % kaikista vastanneista ilmoitti olevansa vakituudessa kokopäivätyössä. Yhteistoiminta-alueista eniten vastauksia saatiin Kuntayhtymä Kaksineuvoisen alueelta. Vastaajista reilu puolet työskenteli perusterveydenhuollossa ja hieman alle puolet erikoissairaanhoidossa. Toimipisteistä eniten edustettuina olivat avohoito (poliklinikka ja vastaanotto) sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastot.

TAULUKKO 1. Vastaajien taustatiedot koko aineistosta (n = 931).

		f	%
Sukupuoli	mies	72	8
	nainen	855	92
Ikä	≤29	91	10
	30-39	170	18
	40-49	261	28
	50-59	337	36
	≥60	72	8
Työkokemus vuosina	≤5 vuotta	130	14
	6-15 vuotta	249	27
	16-25 vuotta	209	22
	26-36 vuotta	283	31
	≥36 vuotta	55	6
Tämänhetkinen työtehtävä*	Lääkärit	57	6
	Terveystenhoitajat	100	11
	Sairaanhoitajat	289	31
	Kuntoutuksen ammattilaiset	74	8
	Lähi- ja perushoitotyön ammattilaiset	174	19
	Sosiaalityön ammattilaiset	60	7
	Johto-,kehittämistä- tai hallintotyön ammattilaiset	60	7
	Muut terveydenhuollon ammattilaiset	112	12
Työsuhde	Vakituisen	756	82
	Määräaikainen	157	17
	Muu	8	1
Työaika	Kokopäivätyö	838	90
	Säännöllinen osa-aikatyö	82	9
	Yksittäisiä työjaksoja	5	1
Organisaatio1	JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä	76	8
	Järvipohjanmaan yhteistoiminta-alue	27	3
	Kuntayhtymä Kaksineuvoinen	115	12
	6tk sekä alueen kuntien sosiaalipalvelut	99	11
	Lapuan sosiaali- ja terveystyöpalvelut	31	3
	Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus	81	9
	Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä	91	10
	Erikoissairaanhoito	401	44
Organisaatio2	Perusterveydenhuolto	520	56
	Erikoissairaanhoito	401	44
Työalue pääosin	Avohoito (poliklinikka ja vastaanotto)	310	31
	Osasto	343	35
	Neuvola	69	7
	Hoivapalvelut	38	4
	Kotihoito	82	8
	Työterveyshuolto	32	3
	Muu	123	12

8.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten liikuntaneuvontakoulutus

Tutkinto-opiskelusta saatu liikuntaneuvontaopetus oli arvioiden mukaan toteutunut muiden kurssien yhteydessä noin 40 %:lla molempien organisaatioiden työntekijöistä (kuvio 1). Reilu viidesosa perusterveydenhuollon työntekijöistä ja lähes kolmasosa erikoissairaanhoidon työntekijöistä ei muista saaneensa liikuntaneuvontaopetusta lainkaan. Useampia aiheeseen liittyviä kursseja kertoi käyneensä 15 % perusterveydenhuollon työntekijöistä ja noin 10 % erikoissairaanhoidon työntekijöistä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliltä löytyi tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p < 0,001$).



KUVIO 1. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden oma arvio (%) tutkinto-opiskelun liikuntaneuvontaopetuksen määrästä (n = 906). $\chi^2 = 34,949$, $df = 5$, $p < 0,001$.

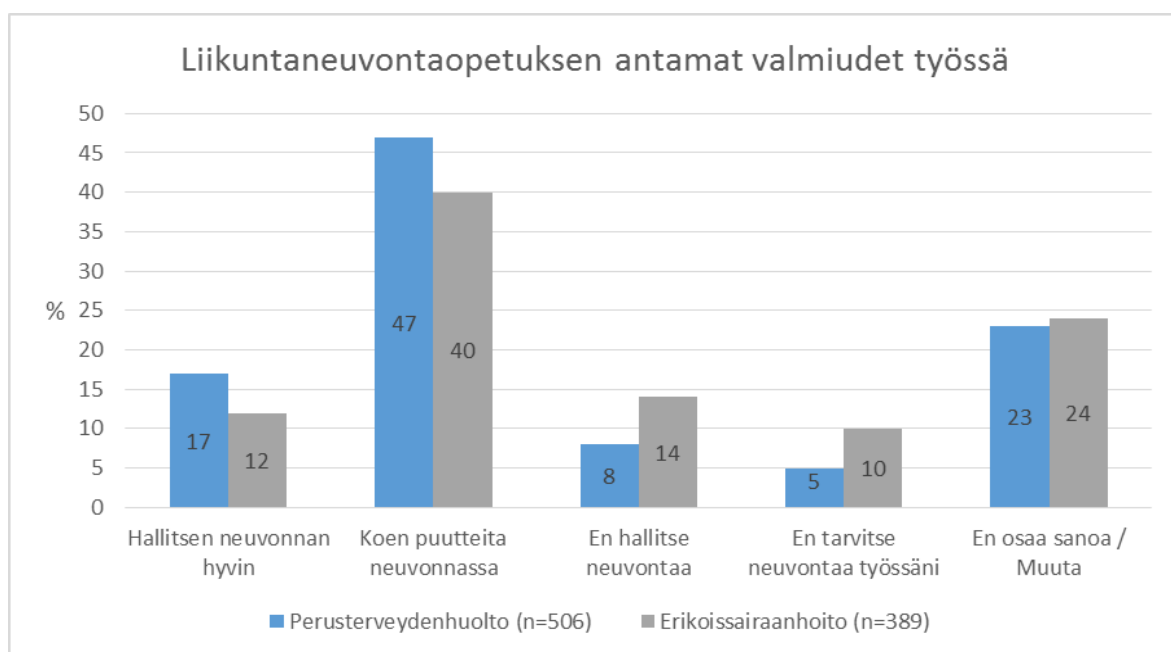
Kaikkia ammattiryhmiä verrattaessa kuntoutuksen ammattilaisista lähes puolet arvioi saaneensa liikuntaneuvontaopetusta *useampien aihetta käsittelevien kurssien kautta* (taulukko 2). Muissa ammattiryhmissä vastauksissa painottui, että liikuntaneuvontaopetusta oli annettu *muiden kurssien yhteydessä*. Lisäksi noin kolmasosa lääkäreistä ja sosiaalityön ammattilaisista sekä lähes puolet muut terveydenhuollon ammattilaiset-ryhmästä vastasi, *etteivät muista saaneensa liikuntaneuvontaopetusta* tutkinto-opiskeluaihanaan. Ammattiryhmien väliltä löytyi tilastollisesti erittäin merkitseviä eroja ($p < 0,001$).

TAULUKKO 2. Eri ammattiryhmien oma arvio (%) tutkinto-opiskelun liikuntaneuvontaopetuksen määrästä (n = 912).

Arvio liikuntaneuvonnan opetuksen määrästä					
Ammattiryhmä	Useampia kursseja	Yksi kurssi / luentokerta	Asia ilmeni muiden kurssien yhteydessä	En muista saaneeni liikuntaneuvontaopetusta	En osaa sanoa
Lääkärit (n = 56)	5	13	45	34	3
Terveydenhoitajat (n = 100)	10	14	56	12	8
Sairaanhoitajat (n = 287)	7	12	51	26	4
Kuntoutuksen ammattilaiset (n = 74)	46	12	28	7	7
Lähi- ja perushoitotyön ammattilaiset (n = 172)	15	10	39	24	12
Sosiaalityön ammattilaiset (n = 59)	12	10	30	36	12
Johto-, kehittämis- tai hallintotyön ammattilaiset (n = 56)	7	14	27	27	25
Muut terveydenhuollon ammattilaiset (n = 108)	8	14	22	45	11

$\chi^2 = 176,861$, $df = 28$, $p < 0,001$.

Tutkinto-opetuksen antamat liikuntaneuvontavalmiudet työssään *koki puutteellisiksi* lähes puolet perusterveydenhuollon työntekijöistä ja 40 % erikoissairaanhoidon työntekijöistä (kuvio 2). Perusterveydenhuollon työntekijöistä alle viidesosa ja erikoissairaanhoidon työntekijöistä reilu 10 % arvioi *hallitsevansa liikuntaneuvonnan hyvin*. Erikoissairaanhoidon työntekijät (14 %) antoivat myös enemmän vastauksia *en hallitse neuvontaa* –kohdassa kuin perusterveydenhuollon työntekijät (8 %). Ryhmien väliltä löytyi tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p < 0,001$).



KUVIO 2. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden oma arvio (%) tutkinto-opiskelusta saadun liikuntaneuvontaopetuksen antamista valmiuksista työssä (n = 895). $\chi^2 = 27,162$, $df = 5$, $p < 0,001$.

Kaikista ammattiryhmistä noin 30 % kuntoutuksen ammattilaisista sekä noin 20 % terveydenhoitajista ja lähi- ja hoitotyön ammattilaisista arvioi *hallitsevansa liikuntaneuvonnan hyvin* tutkinto-opetuksesta saamiensa valmiuksien pohjalta (taulukko 3). Muissa ammattiryhmissä keskimäärin 10 % työntekijöistä arvioi *hallitsevansa liikuntaneuvonnan hyvin*. Noin puolet lääkäreistä, terveydenhoitajista, sairaanhoitajista, kuntoutuksen ammattilaisista sekä lähi- ja perushoitotyön ammattilaisista *koki puutteellisiksi* tutkinto-opiskeluista saamansa liikuntaneuvontavalmiudet nykyisessä työssään. Ammattiryhmien väliltä löytyi tilastollisesti erittäin merkitseviä eroja ($p < 0,001$).

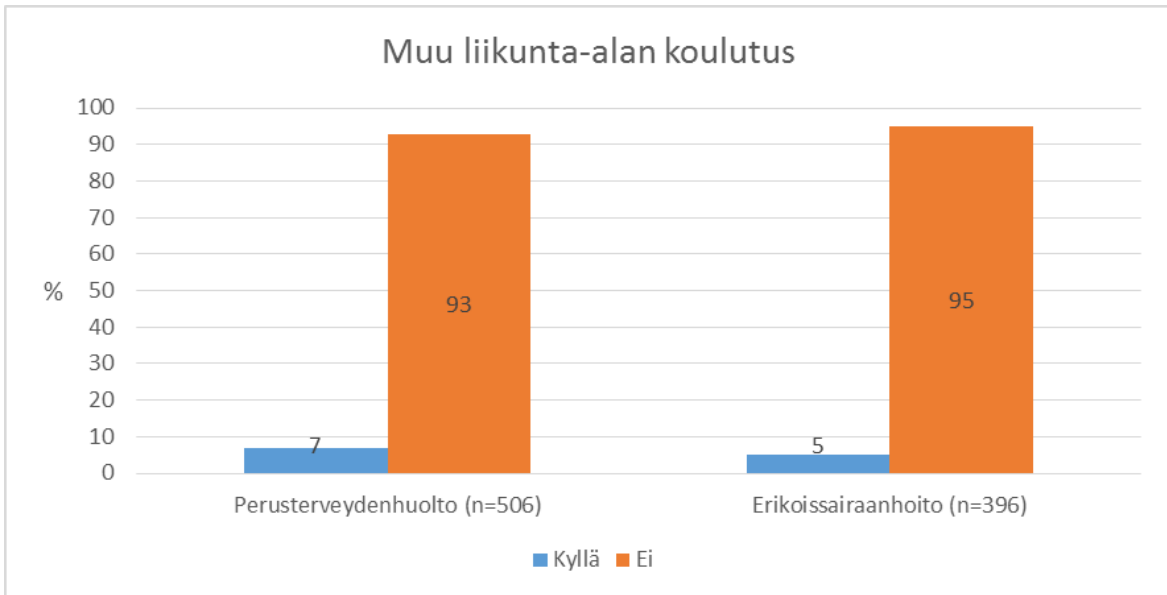
TAULUKKO 3. Eri ammattiryhmien oma arvio (%) tutkinto-opiskelusta saadun liikuntaneuvontaopetuksen antamista valmiuksista työssä (n = 901).

Arvio liikuntaneuvontaan liittyvän opetuksen antamista valmiuksista					
Ammattiryhmä	Hallitsen neuvonnan hyvin	Koen puutteita neuvonnassa	En hallitse neuvontaa	En tarvitse neuvontaa työssäni	En osaa sanoa / Muuta
Lääkärit (n = 55)	11	53	15	2	19
Terveystenhoitajat (n = 100)	19	55	7	1	18
Sairaanhoidajat (n = 286)	12	50	12	6	20
Kuntoutuksen ammattilaiset (n = 74)	27	58	4	1	10
Lähi- ja perushoitotyön ammattilaiset (n = 167)	19	44	10	4	23
Sosiaalityön ammattilaiset (n = 57)	12	28	5	18	37
Johto-, kehittämis- tai hallintotyön ammattilaiset (n = 56)	11	21	7	9	52
Muut terveydenhuollon ammattilaiset (n = 106)	8	23	19	19	31

$\chi^2 = 139,561$, $df = 28$, $p < 0,001$.

Muuta kohdassa työntekijöiden oli lisäksi mahdollista arvioida sanallisesti tutkinto-opiskelun liikuntaneuvontaopetusta ja sen antamia valmiuksia työssä. Vastauksista (n = 38) ilmeni, että tutkinnosta on kulunut kauan aikaa tai liikuntaneuvontaopetusta ei ole ollut ollenkaan, joten opetuksen antamia valmiuksia oli vaikea arvioida. Lisäksi monet olivat hankkineet lisätietoa työn, harrastusten ja lisäopintojen kautta, joiden pohjalta liikuntaneuvontaa antoivat. Osa työntekijöistä ilmoitti, ettei työtehtäviin kuulu asiakastyö tai liikuntaneuvonta, jonka vuoksi arviointi koettiin vaikeaksi.

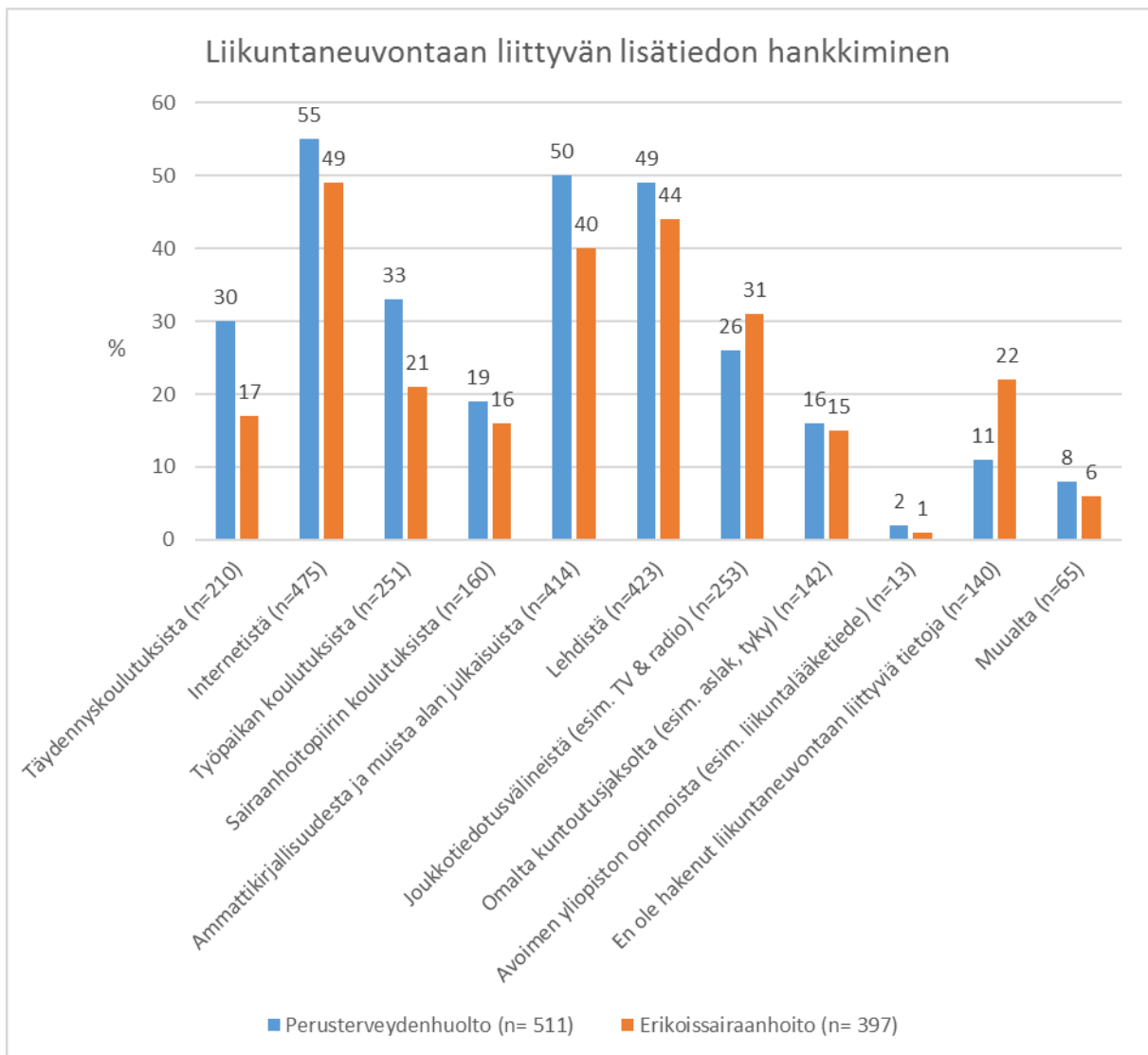
Oman sosiaali- tai terveydenhuoltoalan tutkinnon lisäksi jokin muu liikunta-alan koulutus löytyi 7 %:lta perusterveydenhuollon työntekijöistä ja 5 %:lta erikoissairaanhoidon työntekijöistä (kuvio 3). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliltä ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää eroa ($p = 0,149$).



KUVIO 3. Muu liikunta-alan koulutus (%) perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden välillä ($n = 902$). $\chi^2 = 2,082$, $df = 1$, $p = 0,149$.

Työntekijöiden oli lisäksi mahdollista kertoa *mitä muuta liikunta-alan koulutusta* he olivat suorittaneet oman sosiaali- tai terveydenhuollon tutkintonsa lisäksi. Vastausten ($n = 61$) perusteella ammattiryhmistä prosentuaalisesti eniten *kyllä*-vastauksia antoivat kuntoutuksen ammattilaiset (19 %, $n = 14$) sekä terveydenhoitajat (8 %, $n = 8$). Vastauksissa painottui liikunnanohjaajakoulutus tai siihen liittyvät kurssit, urheiluvalmentaja- tai yleisurheiluohjaajakoulutus, kunnon hoitaja -koulutus sekä erilaiset voimistelu- tai ryhmänohjauskurssit. Lisäksi neljältä työntekijältä löytyi nykyisen sosiaali- ja terveydenhuoltoalan tutkintonsa lisäksi taustalta myös fysioterapeutin tutkinto.

Työntekijät olivat **hankkineet lisätietoa työssä tarvittavan liikuntaneuvonnan tueksi** eniten *internetistä* (55 %, 49 %), *ammattikirjallisuudesta ja muista alan julkaisuista* (50 %, 40 %) sekä *lehdistä* (49 %, 44 %) (kuvio 4). Perusterveydenhuollon työntekijät (30 %) olivat hankkineet erikoissairaanhoidtoa (17 %) enemmän tietoa *täydennyskoulutuksista*. Samansuuntainen ero oli nähtävissä *työpaikan koulutusten* kohdalla (perusterveydenhuolto 33 %, erikoissairaanhoidto 21 %). Lisäksi erikoissairaanhoidon työntekijöistä noin viidesosa ja perusterveydenhuollon työntekijöistä noin kymmenesosa ilmoitti, *ettei ole hankkinut liikuntaneuvontaan liittyviä tietoja*.



KUVIO 4. Yhteenveto perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden eri tavoista hankkia tietoa (%) työssä tarvittavan liikuntaneuvonnan tueksi (n = 908).

Eri ammattiryhmien työntekijät hankkivat lisätietoa työssä tarvittavan liikuntaneuvonnan tueksi pääosin *internetistä* (40–78 %) (taulukko 4). Lääkäreiden (61 %), kuntoutuksen ammattilaisten (78 %) sekä johto-, kehittämis- ja hallintotyön ammattilaisten (46 %) vastauksissa painottui tiedon hankkiminen *ammattikirjallisuudesta tai muista alan julkaisuista*. Noin kolmasosa muut terveydenhuollon ammattilaiset –ryhmästä vastasi, *ettei ole hankkinut liikuntaneuvontaan liittyviä tietoja*.

TAULUKKO 4. Yhteenveto eri ammattiryhmien tiedonhankintalähteistä (%) työssä tarvittavan liikuntaneuvonnan tueksi (n = 913).

Lisätiedon hankkiminen	Ammattiryhmä							
	Lääkärit (n=57)	Terveyden- hoitajat (n=100)	Sairaan- hoitajat (n=286)	Kuntou- tus (n=74)	Lähi- ja perus- hoitotyö (n=173)	Sosi- aalitö (n=59)	JKH* (n=57)	Muut** (n=107)
Täydennyskoulu- tuksista (n=214)	40	41	18	55	15	15	25	8
Internetistä (n=476)	44	69	53	78	43	53	42	40
Työpaikan koulutuksista (n=255)	18	45	27	42	32	19	21	11
Sairaanhoitopiirin koulutuksista (n=161)	26	39	13	50	9	3	11	8
Ammattikirjallisu- udesta ja muista alan julkaisuista (n=416)	61	60	44	78	30	41	46	34
Lehdistä (n=425)	49	59	48	61	41	42	37	36
Joukkotiedotus- välineistä (esim. TV & radio) (n=255)	35	35	31	28	19	20	28	27
Omalta kuntoutusjaksolta (esim. aslak, tyky) (n=143)	14	15	15	8	19	15	26	12
Avoimen yliopiston opinnoista (esim. liikuntalääketiede) (n=13)	0	4	1	5	0	0	5	0
En ole hakenut liikuntaneuvontaan liittyviä tietoja (n=140)	7	2	14	0	19	20	21	36
Muualta (n=66)	7	9	7	4	7	7	11	7

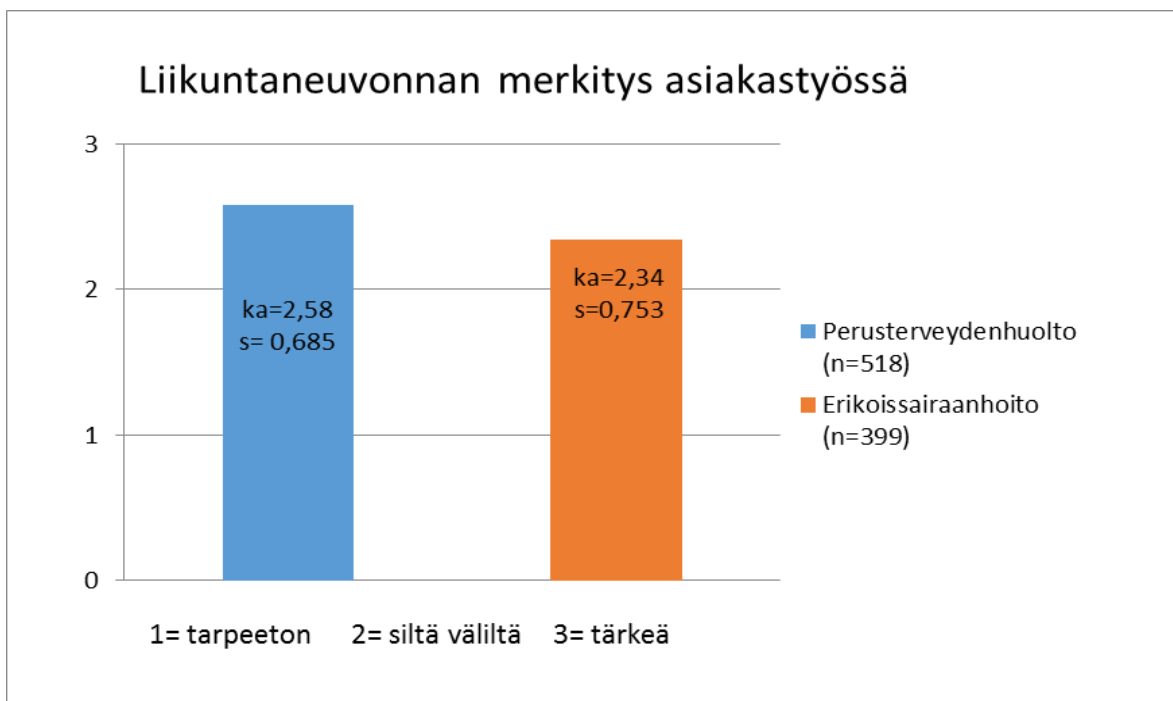
*Johto-, kehittämis- ja hallintotyön ammattilaiset

**Muut terveydenhuollon ammattilaiset

Työntekijöiden oli vielä mahdollista kertoa sanallisesti mistä *muualta* he olivat hankkineet lisätietoa liikuntaneuvonnasta. Vastausten (n = 66) perusteella lisätietoa oli hankittu pääosin omien liikunta- tai seuratoimintaharrastusten kautta, fysioterapeutilta, työkavereilta tai erilaisten esitteiden, kurssien ja hankkeiden kautta.

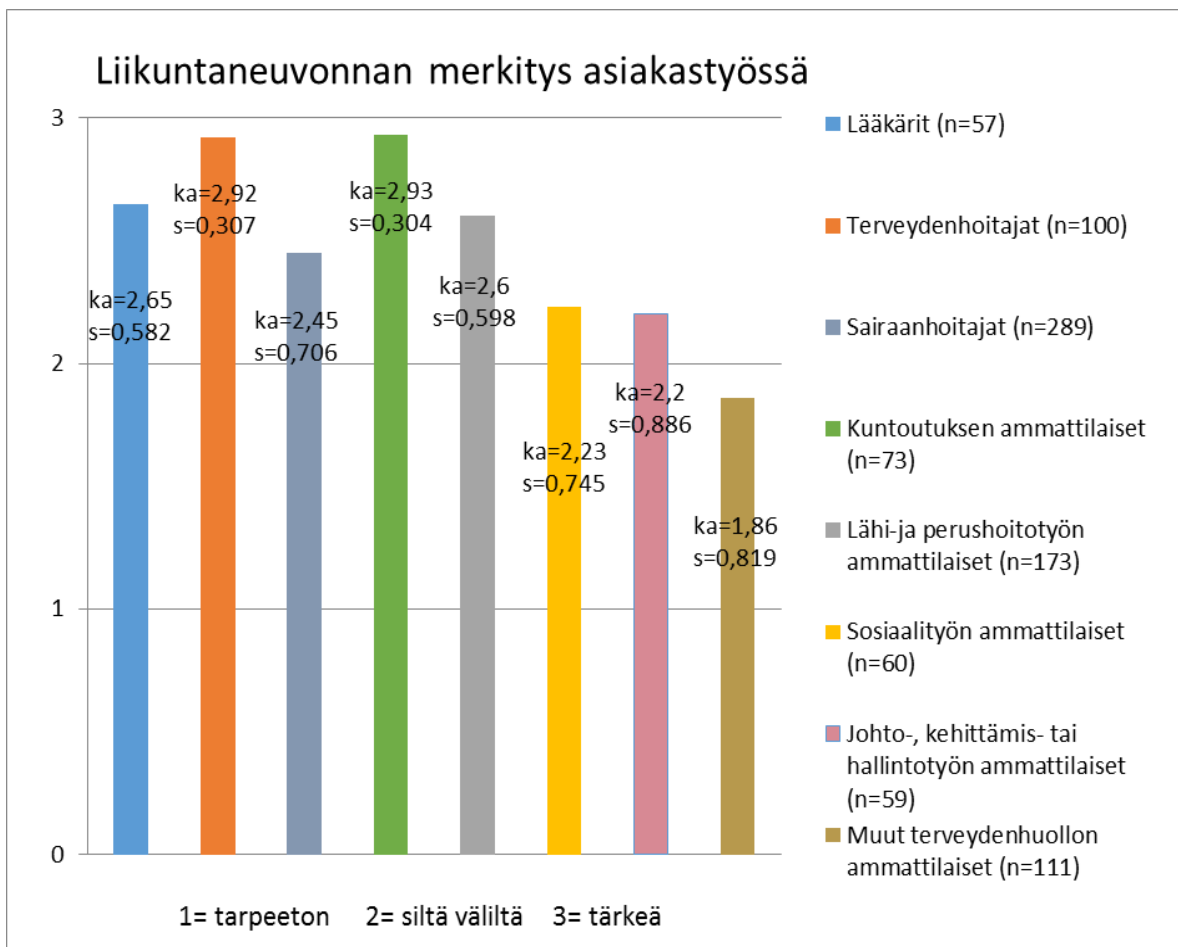
8.3 Liikuntaneuvonnan merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä

Perusterveydenhuollon työntekijöistä 69 % piti liikuntaneuvontaa *tärkeänä* omassa asiakastyössään, 20 % vastasi sen olevan *siltä väliltä* ja 11 % piti sitä *tarpeettomana* (kuviot 5). Erikoissairaanhoidon työntekijöistä 51 % piti liikuntaneuvontaa *tärkeänä* omassa asiakastyössään, 32 % koki sen olevan *siltä väliltä* ja 17 % piti sitä *tarpeettomana*. Perusterveydenhuollon mediaani oli 2,58 ja erikoissairaanhoidon 2,34. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliltä löytyi tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p < 0,001$).



KUVIO 5. Liikuntaneuvonnan merkitys asiakastyössä ja niiden mielipidejakaumien mediaanit perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (Mann-Whitney U-testisuure $p < 0,001$).

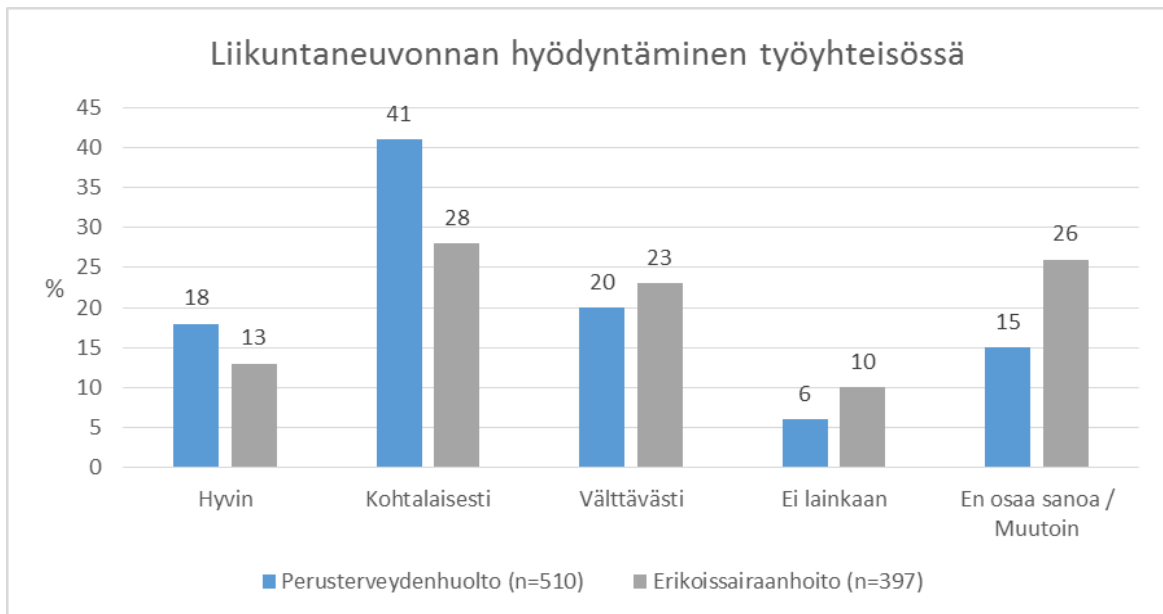
Ammattiryhmittäin tarkasteltuna oman asiakastyön liikuntaneuvonnan kokivat *tärkeimmäksi* kuntoutukset ammattilaiset (95 %), terveydenhoitajat (93 %) sekä lääkärit (70 %) (kuvio 6). Muut terveydenhuollon ammattilaiset-ryhmästä 41 % piti oman asiakastyön liikuntaneuvontaa *tarpeettomana*. Korkeimman mediaanin saivat kuntoutuksen ammattilaiset (2,93) sekä terveydenhoitajat (2,92). Alhaisimman mediaanin sai muut terveydenhuollon ammattilaiset-ryhmä (1,86). Eri ammattiryhmien väliltä löytyi tilastollisesti erittäin merkitseviä eroja ($p < 0,001$).



KUVIO 6. Liikuntaneuvonnan merkitys asiakastyössä ja niiden mielipidejakaumien mediaanit ammattiryhmien välillä (Kruskal-Wallis- testisuure $p < 0,001$).

8.4 Liikuntaneuvontakoulutuksen ja tuen tarve sosiaali- ja terveydenhuollossa

Työyhteisössä toteutuvaa liikuntaneuvontaa oli hyödynnetty osana asiakastyötä molemmissa organisaatioissa pääosin *kohtalaisesti* (perusterveydenhuolto 41 %, erikoissairaanhoido 28 %) (kuvio 7). Noin viidesosa vastasi sen toteutuneen *välttävästi* (perusterveydenhuolto 20 %, erikoissairaanhoido 23 %). Lisäksi 10 % erikoissairaanhoidon työntekijöistä ja 6 % perusterveydenhuollon työntekijöistä ilmoitti, *ettei liikuntaneuvontaa ole hyödynnetty lainkaan osana asiakastyötä*. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliltä löytyi tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p < 0,001$).



Kuvio 7. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työyhteisöissä toteutuvan liikuntaneuvonnan hyödyntäminen (%) osana asiakastyötä (n = 907). $\chi^2 = 33,976$, $df = 4$, $p < 0,001$.

Kaikkia ammattiryhmiä vertailtaessa kuntoutuksen ammattilaisista noin puolet arvioi liikuntaneuvonnan toteutuvan *hyvin* asiakastyössä (taulukko 5). Muissa ammattiryhmien vastauksissa painottui liikuntaneuvonnan toteutuvan pääosin *kohtalaisesti* tai *en osaa sanoa / muutoin*. Lisäksi muut terveydenhuollon ammattilaiset -ryhmästä 17 % vastasi *ei lainkaan*. Ammattiryhmien väliltä löytyi tilastollisesti erittäin merkitseviä eroja ($p < 0,001$).

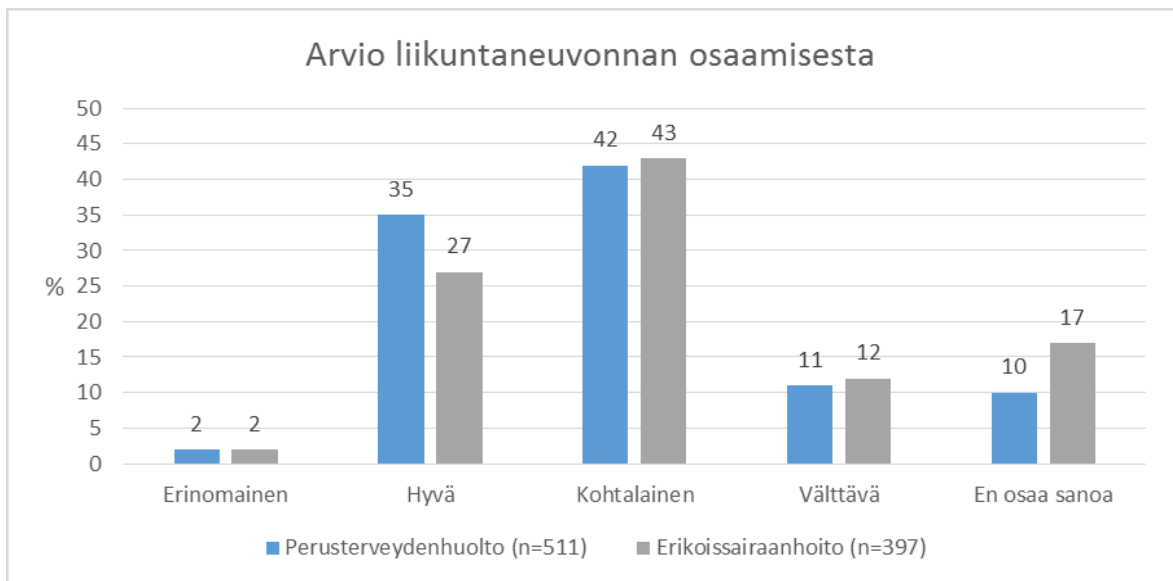
TAULUKKO 5. Eri ammattiryhmien työyhteisöissä toteutuva liikuntaneuvonta (%) osana asiakastyötä (n = 912).

Ammattiryhmä	Työyhteisössä toteutuva liikuntaneuvonta				
	Hyvin	Kohtalaisesti	Välttävästi	Ei lainkaan	En osaa sanoa / Muutoin
Lääkärit (n = 57)	12	39	28	3	18
Terveydenhoitajat (n = 99)	28	59	9	0	4
Sairaanhoitajat (n = 285)	10	33	30	10	17
Kuntoutuksen ammattilaiset (n = 74)	47	39	7	0	7
Lähi- ja perushoitotyön ammattilaiset (n = 172)	13	36	21	10	20
Sosiaalityön ammattilaiset (n = 59)	9	31	25	5	31
Johto-, kehittämis- tai hallintotyön ammattilaiset (n = 58)	21	26	12	7	34
Muut terveydenhuollon ammattilaiset (n = 108)	4	23	16	17	40

$\chi^2 = 206,620$, $df = 28$, $p < 0,001$.

Lisäksi työntekijöiden oli mahdollista kertoa sanallisesti miten *muutoin* työyhteisössä liikuntaneuvontaa on hyödynnetty osana asiakastyötä. Vastausten (n = 7) mukaan liikuntaneuvontaa hyödynnettiin potilaiden toimenpiteiden tai potilasohjeiden edellyttämällä tavalla sekä fysioterapeuttien ohjauksella.

Tämän hetkisen liikuntaneuvontaosaamisen arvioi *kohtalaiseksi* reilu 40 % molempien organisaatioiden työntekijöistä (kuvio 8). Perusterveydenhuollon työntekijöistä 35 % ja erikoissairaanhoidon työntekijöistä 27 % arvioi oman liikuntaneuvontaosaamisen olevan *hyvä*. Molempien organisaatioiden työntekijöistä 2 % arvioi liikuntaneuvontaosaamisensa *erinomaiseksi*. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliltä löytyi tilastollisesti merkitsevä ero ($p = 0,017$).



KUVIO 8. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden arvio (%) nykyisestä asiakastyön liikuntaneuvontaosaamisestaan ($n = 908$). $\chi^2 = 12,070$, $df = 4$, $p = 0,017$.

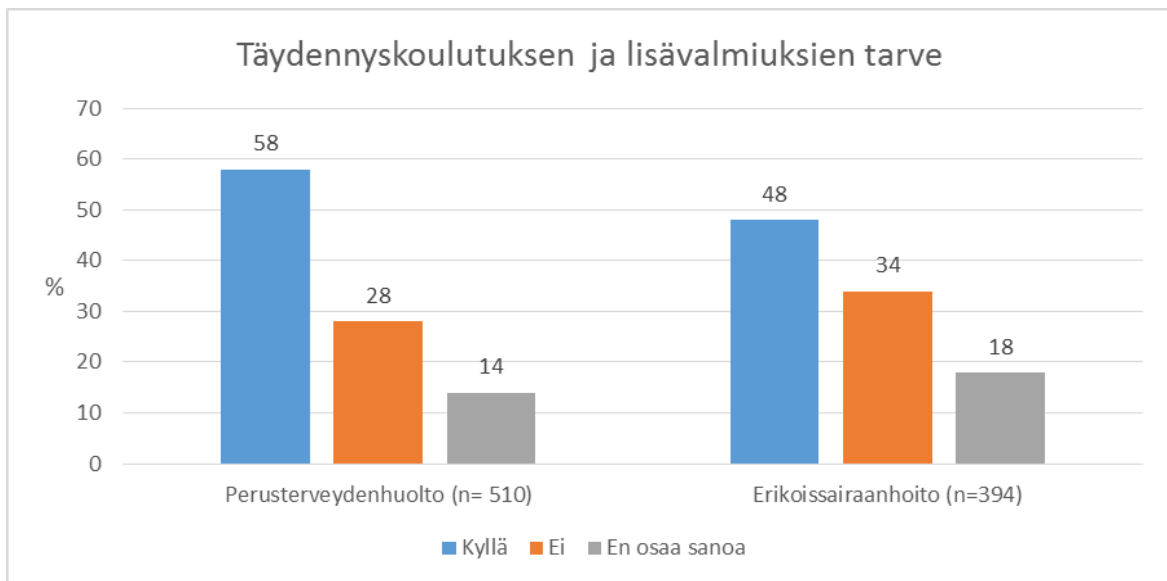
Kaikista ammattiryhmistä noin puolet kuntoutuksen ammattilaisista ja terveydenhoitajista vastasi asiakastyön liikuntaneuvontaosaamisensa olevan *hyvä* (taulukko 6). Suurin osa lääkäreistä (42 %), sairaanhoitajista (51 %), lähi- ja perushoitotyön ammattilaisista (37 %) sekä sosiaalityön ammattilaisista (42 %) arvioi liikuntaneuvontaosaamisensa olevan *kohtalaista*. *En osaa sanoa* -vastauksia antoivat eniten johto-, kehittämis- tai hallintotyön ammattilaiset (37 %) sekä muut terveydenhuollon ammattilaiset (30 %). Ammattiryhmien väliltä löytyi tilastollisesti erittäin merkitseviä eroja ($p < 0,001$).

TAULUKKO 6. Eri ammattiryhmien arvio (%) nykyisestä asiakastyön liikuntaneuvontaosaamisestaan (n = 913).

Arvio liikuntaneuvontaosaamisesta					
Ammattiryhmä	Erinomainen	Hyvä	Kohtalainen	Välttävä	En osaa sanoa
Lääkärit (n = 57)	2	40	42	14	2
Terveydenhoitajat (n = 100)	1	49	47	2	1
Sairaanhoitajat (n = 288)	2	24	51	13	10
Kuntoutuksen ammattilaiset (n = 73)	4	52	41	2	1
Lähi- ja perushoitotyön ammattilaiset (n = 171)	1	32	37	17	13
Sosiaalityön ammattilaiset (n = 59)	0	24	42	15	19
Johto-, kehittämis- tai hallintotyön ammattilaiset (n = 57)	4	28	26	5	37
Muut terveydenhuollon ammattilaiset (n = 108)	3	27	29	11	30

$\chi^2 = 151,416$, $df = 28$, $p < 0,001$.

Osaamisen lisäämiseksi täydenniskoulutusta tai lisävalmiuksia asiakkaan liikuntaneuvonnasta ilmoitti *tarvitsevansa* yli puolet perusterveydenhuollon ja lähes puolet erikoissairaanhoidon työntekijöistä (kuvio 9). Noin kolmasosa molempien organisaatioiden työntekijöistä vastasi, *ettei tarvetta ole*. Lisäksi 14 % perusterveydenhuollon ja 18 % erikoissairaanhoidon työntekijöistä *ei osannut sanoa*. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliltä löytyi tilastollisesti merkitsevä ero ($p = 0,007$).



KUVIO 9. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon täydenniskoulutuksen ja lisävalmiuksien tarve (%) liikuntaneuvonnasta (n = 904). $\chi^2 = 9,997$, $df = 2$, $p = 0,007$.

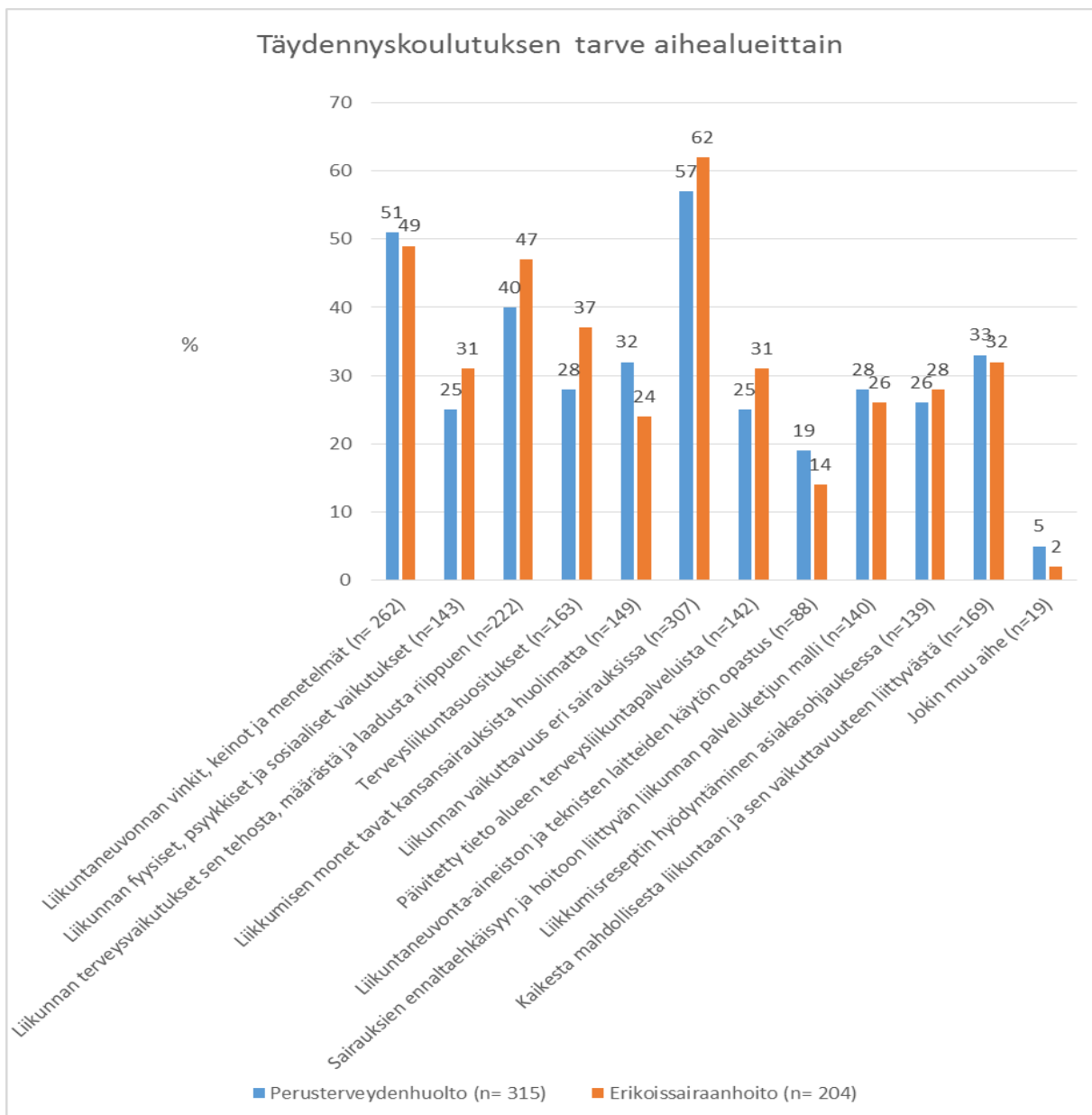
Ammattiryhmittäin tarkasteltuna yli puolet lääkäreistä, terveydenhoitajista, sairaanhoitajista, kuntoutuksen ammattilaisista sekä lähi- ja perushoitotyön ammattilaisista vastasi *kyllä* liikuntaneuvonnan täydennyskoulutuksen ja lisätuen tarpeelle (taulukko 7). Eniten *ei*-vastauksia antoivat sosiaalityön ammattilaiset (43 %), johto-, kehittämis- tai hallintotyön ammattilaiset (54 %) sekä muut terveydenhuollon ammattilaiset (54 %). *En osaa sanoa* -vastauksia antoi noin 10–20 % eri ammattiryhmien edustajista. Ammattiryhmien väliltä löytyi tilastollisesti erittäin merkitseviä eroja ($p < 0,001$).

TAULUKKO 7. Eri ammattiryhmien täydennyskoulutuksen tai lisävalmiuksien tarve (%) liikuntaneuvonnasta (n = 910).

Ammattiryhmä	Täydennyskoulutuksen ja lisävalmiuksien tarve		
	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Lääkärit (n = 55)	62	22	16
Terveydenhoitajat (n = 98)	70	21	9
Sairaanhoitajat (n = 286)	56	26	18
Kuntoutuksen ammattilaiset (n = 73)	79	14	7
Lähi- ja perushoitotyön ammattilaiset (n = 173)	52	28	20
Sosiaalityön ammattilaiset (n = 58)	40	43	17
Johto-, kehittämis- tai hallintotyön ammattilaiset (n = 59)	32	54	14
Muut terveydenhuollon ammattilaiset (n = 108)	32	54	14

$\chi^2 = 86,598$, $df = 14$, $p < 0,001$.

Täydennyskoulutusta ja lisävalmiuksia eri liikuntaneuvonta-aiheista tarvittiin eniten liikunnan vaikuttavuudesta eri sairauksissa (perusterveydenhuolto 57 %, erikoissairaanhoido 62 %) (kuvio 10). Noin puolet työntekijöistä koki tarvitsevansa koulutusta myös liikuntaneuvonnan vinkeistä, keinoista ja menetelmistä. Lisäksi 40 % perusterveydenhuollon työntekijöistä ja lähes puolet erikoissairaanhoidon työntekijöistä koki tarvitsevansa täydennyskoulutusta liikunnan terveysvaikutuksista sen tehosta, määrästä ja laadusta riippuen. Noin kolmasosa molempien organisaatioiden työntekijöistä ilmoitti tarvitsevansa koulutusta kaikesta mahdollisesta liikuntaan ja sen vaikuttavuuteen liittyvästä.



KUVIO 10. Yhteenveto perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden täydennyskoulutuksen ja lisävalmiuksien tarpeesta (%) aihealueittain (n = 519).

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna täydennyskoulutusta ja lisävalmiuksia tarvittiin keskimäärin eniten seuraavista aiheista: *liikuntaneuvonnan vinkit, keinot ja menetelmät, liikunnan terveysvaikutukset sen tehosta, määrästä ja laadusta riippuen sekä liikunnan vaikuttavuus eri sairauksissa* (taulukko 8). Lisäksi lääkäreistä puolet ilmoitti tarvitsevansa *päivitettyä tietoa alueensa terveysterveyshuollon palveluista*. Sosiaali-alan työntekijöistä taas 46 % halusi lisäkoulutusta *liikunnan fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista vaikutuksista sekä kaikesta mahdollisesta liikuntaan ja sen vaikuttavuuteen liittyvästä*. Muut terveydenhuollon ammattilaiset-ryhmän työntekijöistä 37 % ilmoitti tarvitsevansa täydennyskoulutusta myös *liikunnan fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista vaikutuksista* sekä 40 % *terveysliikuntasuosituksista*.

TAULUKKO 8. Yhteenvedo perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden täydennyskoulutuksen ja lisävalmiuksien tarpeesta (%) aihealueittain (n = 519).

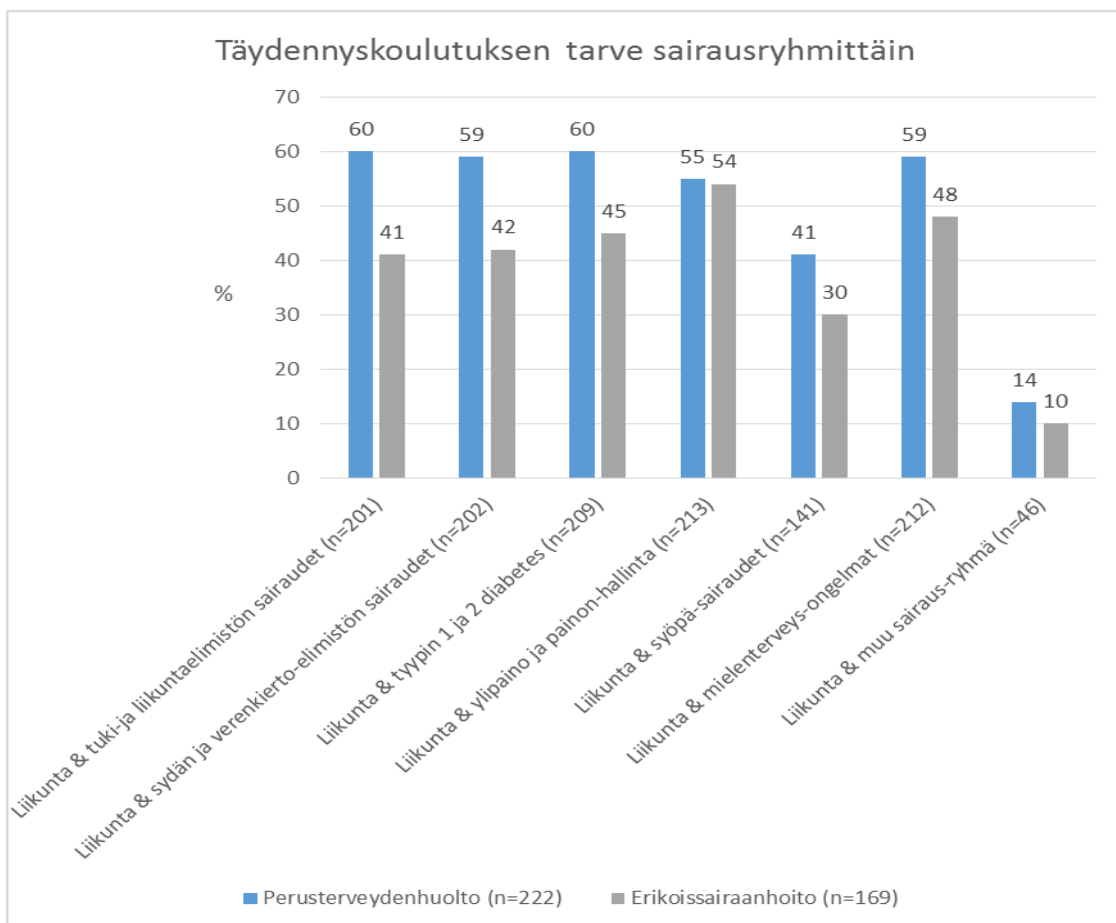
Täydennyskoulutuksen ja lisävalmiuksien tarve aihealueittain	Ammattiryhmä							
	Lääkärit (n=38)	Terveydenhoitajat (n=74)	Sairaanhoidajat (n=172)	Kuntoutus (n=60)	Lähi- ja perushoitotyö (n=92)	Sosiaalityö (n=24)	JKH* (n=23)	Muut* (n=38)
Liikuntaneuvonnan vinkit, keinot ja menetelmät (n=262)	55	49	56	42	51	63	39	32
Liikunnan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset (n=143)	29	16	24	25	36	46	22	37
Liikunnan terveysvaikutukset sen tehosta, määrästä ja laadusta riippuen (n=223)	53	47	42	53	37	33	39	34
Terveysliikuntasuosituksen (n=164)	34	27	38	23	23	29	35	40
Liikkumisen monet tavat kansansairauksista huolimatta (n=149)	26	35	31	17	28	38	30	18
Liikunnan vaikuttavuus eri sairauksissa (n=308)	50	50	65	65	58	42	65	63
Päivitetty tieto alueen terveysliikuntapalveluista (n=145)	50	30	29	25	17	38	22	24
Liikuntaneuvonta-aineiston ja teknisten laitteiden käytön opastus (esim. Ukk-liikuntapiirakka, askelmittari) (n=88)	29	16	17	13	22	17	4	8
Sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyvän liikunnan palveluketjun malli (n=142)	24	20	28	32	32	33	26	21
Liikkumisreseptin hyödyntäminen asiakasohjauksessa (n=142)	31	20	33	13	28	42	17	26
Kaikesta mahdollisesta liikuntaan ja sen vaikuttavuuteen liittyvästä (n=170)	26	26	32	38	36	46	30	32
Jokin muu aihe (n=19)	5	4	1	3	4	8	4	8

*Johto-, kehittämis- tai hallintotyön ammattilaiset

**Muut terveydenhuollon ammattilaiset

Lisäksi työntekijöiden oli mahdollista ehdottaa muitakin koulutusaiheita. Vastauksissa (n = 19) painottuivat seuraavat aiheet: ikääntyvien liikunta, lasten ja kouluikäisten liikunta sekä asiakkaiden motivointi ja innostaminen liikunnan pariin. Muita yksittäisiä ehdotettuja koulutusaiheita olivat selkäongelmista kärsivien liikunta, raskaana olevien liikunta, lihavuusleikkauksen jälkeinen liikunta, ikääntyvän hoitajan liikunta ja työergonomia, uusin tutkimustieto ennaltaehkäisevän liikunnan vaikuttavuudesta sekä omien liikuntatietojen yleinen päivitys.

Täydenniskoulutusta ja lisävalmiuksia eri sairausryhmien liikuntaneuvonnasta tarvittiin perusterveydenhuollon puolella eniten (noin 60 %) *tuki- ja liikuntaelimestön, sydän- ja verenkiertoelimestön, tyypin 1 ja 2 diabeteksen* sekä *mielenterveysongelmien* ryhmistä (kuvio 11). Erikoissairaanhoidon puolella eniten täydenniskoulutusta ja lisätukea tarvittiin *ylipaino ja painonhallinta* (54 %), *mielenterveysongelmien* (48 %) sekä *tyypin 1 ja 2 diabetes* (45 %) ryhmien liikuntaneuvonnasta.



KUVIO 11. Yhteenveto perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden täydenniskoulutuksen ja lisävalmiuksien tarpeesta (%) eri sairausryhmissä (n= 391).

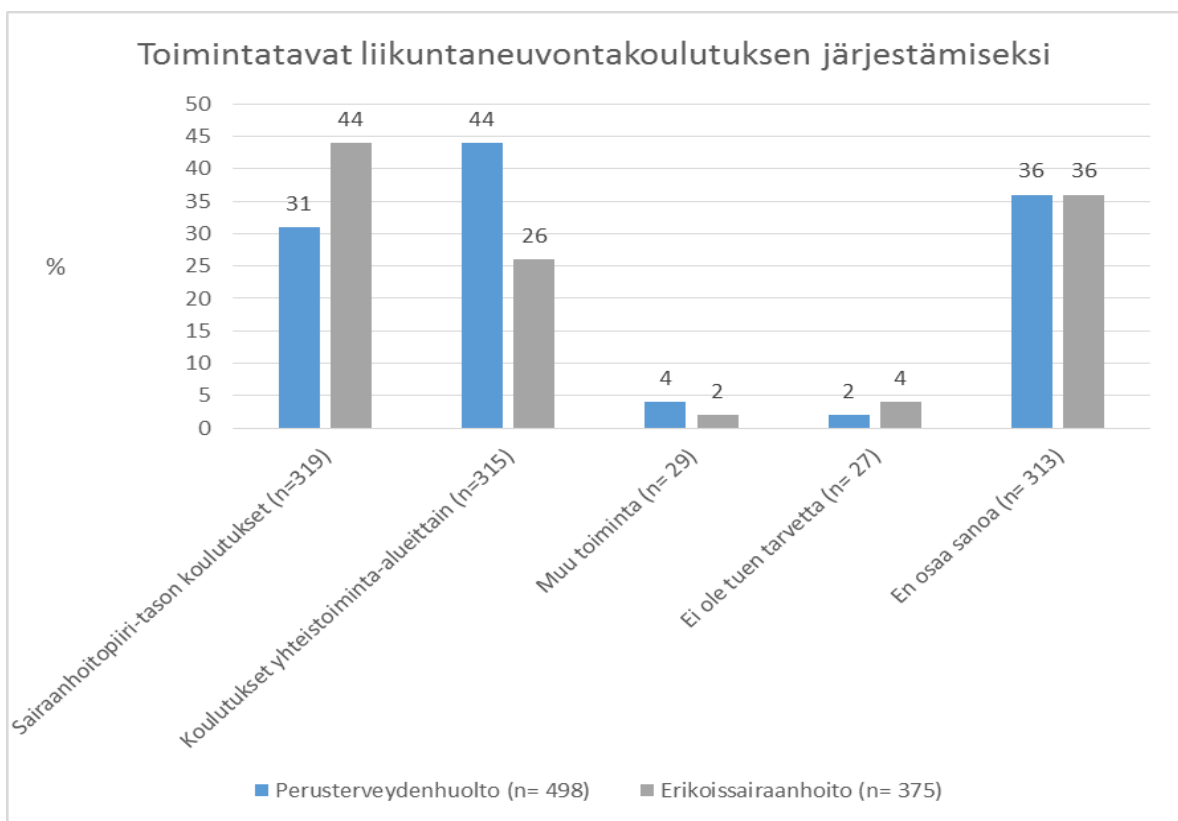
Ammattiryhmistä lääkärit (78 %), sairaanhoitajat (52 %), johto-, kehittämis- ja hallintotyön ammattilaiset (58 %) sekä muut terveydenhuollon ammattilaiset (55 %) vastasivat tarvitsevansa eniten täydennyskoulutusta ja lisätukea *ylipaino ja painonhallinnan* liikuntaneuvonnasta (taulukko 9). Terveydenhoitajista (65 %) sekä lähi- ja perushoitotyön ammattilaisista (64 %) enemmistö tarvitsi täydennyskoulutusta ja lisätukea *tuki- ja liikuntaelimistön* liikuntaneuvonnasta. *Tyypin 1 ja 2 diabeteksen* liikuntaneuvonnasta eniten täydennyskoulutusta ja lisätukea halusivat kuntoutuksen ammattilaiset (70 %). Sosiaalityön ammattilaisista (63 %) enemmistö koki tarvitsevansa täydennyskoulutusta ja lisätukea *mielenterveysongelmien* liikuntaneuvonnasta. *Syöpäsairauksien* kohdalla vastausprosentit olivat pääosin alhaisimmat.

TAULUKKO 9. Yhteenvedo eri ammattiryhmien täydennyskoulutuksen ja lisävalmiuksien tarpeesta (%) eri sairausryhmissä (n = 393).

Ammattiryhmä	Täydennyskoulutuksen ja lisävalmiuksien tarve sairausryhmittäin						
	Liikunta & tuki- ja liikunta-elimistön sairaudet (n = 201)	Liikunta & sydän ja verenkierto-elimistön sairaudet (n = 202)	Liikunta & tyypin 1 ja 2 diabetes (n = 210)	Liikunta & ylipaino ja painonhallinta (n = 214)	Liikunta & syöpä-sairaudet (n = 141)	Liikunta & mielen-terveys-ongelmat (n = 213)	Liikunta & muu sairausryhmä (n = 45)
Lääkärit (n = 23)	65	70	65	78	48	61	0
Terveydenhoitajat (n = 46)	65	59	52	57	39	54	13
Sairaanhoitajat (n = 137)	49	48	51	52	32	49	11
Kuntoutuksen ammattilaiset (n = 40)	30	65	70	48	38	60	10
Lähi- ja perushoitotyön ammattilaiset (n = 67)	64	60	63	57	46	60	12
Sosiaalityön ammattilaiset (n = 19)	58	42	53	42	26	63	16
Johto-, kehittämis- tai hallintotyön ammattilaiset (n = 19)	47	42	53	58	47	53	16
Muut terveydenhuollon ammattilaiset (n = 42)	33	26	26	55	19	50	14

Lisäksi työntekijöiden oli mahdollista ehdottaa *mitakin sairausryhmiä*. Vastausten (n = 45) perusteella täydennyskoulutusta ja lisätukea haluttiin eniten muistisairaiden, neurologisten asiakkaiden sekä raskausajan liikuntaneuvonnasta. Muita ehdotettuja aiheita olivat hengityselinsairaiden, lihastautisairaiden, kipuasiakkaiden, reumaa sairastavien, päänsärkyasiakkaiden, purentaelin toimintahäiriöisten, äänihäiriöisten ja vaihdevuosisoireista kärsivien liikuntaneuvonta.

Aksila-yksikön liikuntaneuvonnan edistämistoiminta ja täydennyskoulutukset olisi perusterveydenhuollon työntekijöistä enemmistön (44 %) mielestä järjestettävä *yhteistoiminta-alueittain* (kuvio 12). Erikoissairaanhoidon työntekijöistä enemmistö (44 %) kannatti *sairaanhoitopiiritason koulutuksia*. Molempien organisaatioiden työntekijöistä 36 % vastasi *en osaa sanoa* ja alle 5 % vastasi, *ettei ole tuen tarvetta*.



KUVIO 12. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden vastaukset (%) toimintatavoista asiakkaiden liikuntaneuvonnan koulutustarpeiden tukemiseksi (n = 873).

Kaikista ammattiryhmistä lääkärit (55 %), sairaanhoitajat (40 %) ja kuntoutuksen ammattilaiset (68 %) puolsivat eniten *sairaanhoitopiiritason koulutuksia* (taulukko 10). Terveystenhoitajista (48 %) ja johto-, kehittämis- tai hallintotyön ammattilaisista (41 %)

suurin osa puolsi *yhteistoiminta-alueittain järjestettäviä koulutuksia*. Lisäksi lääkäreistä ja kuntoutuksen ammattilaisista yksikään ei vastannut, *ettei tuen tarvetta ole*. Suurin osa lähi- ja perushoitotyön ammattilaisista (45 %), sosiaalityön ammattilaisista (57 %) ja muut terveydenhuollon ammattilaisista (43 %) vastasi *en osaa sanoa*.

TAULUKKO 10. Eri ammattiryhmien työntekijöiden vastaukset (%) toimintatavoista asiakkaiden liikuntaneuvonnan koulutustarpeiden tukemiseksi (n = 878).

Ammattiryhmä	Toimintatavat tukemaan asiakkaiden liikuntaneuvontatarpeita				
	Sairaanhoitopiiritason koulutukset (n = 319)	Koulutukset yhteistoiminta-alueittain (n = 317)	Muu toiminta (n = 28)	Ei ole tuen tarvetta (n = 27)	En osaa sanoa (n = 316)
Lääkärit (n = 53)	55	45	4	0	21
Terveydenhoitajat (n = 98)	43	48	5	1	25
Sairaanhoitajat (n = 272)	40	34	4	2	34
Kuntoutuksen ammattilaiset (n = 71)	68	42	3	0	21
Lähi- ja perushoitotyön ammattilaiset (n = 167)	23	37	1	4	45
Sosiaalityön ammattilaiset (n = 58)	10	30	3	4	57
Johto-, kehittämis- tai hallintotyön ammattilaiset (n = 59)	27	41	7	5	39
Muut terveydenhuollon ammattilaiset (n = 100)	30	19	1	11	43

Työntekijöillä oli lisäksi mahdollisuus kertoa sanallisesti millainen Aksila-yksikön toiminta tukisi parhaiten asiakkaiden liikuntaneuvontatarpeita. Vastausten (n = 28) perusteella eniten ehdotuksia annettiin koulutuksille, jotka järjestettäisiin omalla paikkakunnalla tai työpaikalla tai suoraan asiakaskunnalle. Lisäksi yksittäisiä ehdotuksia tuli seuraavista aiheista: kolmannen sektorin sekä julkisten palvelujen esittely ja mukaan ottaminen, urheiluseurojen hyödyntäminen, yhteisten toimintamallien kehittäminen sekä koulutusten järjestäminen niin, että jokaisella on mahdollisuus osallistua.

8.5 Kehittämisehdotukset liikuntaneuvonnasta

Kyselyn lopussa kartoitettiin avoimilla kysymyksillä kehitettäviä asioita, toiveita ja muita kommentteja. Työntekijöiltä kysyttiin mitkä seikat edistäisivät työpaikalla liikuntaneuvonnan toteutumista ja sen laatua nykyisestään. Tähän vastasi 43 % (n = 397) kyselyyn osallistuneista. Lisäksi kysyttiin mitä muuta haluaisit sanoa, johon vastasi 13 % (n = 117) kyselyyn osallistuneista. Mukaan otettiin vastaukset, joilla oli tämän tutkielman kannalta merkitystä ja käsittelivät työntekijöiden koulutuksen tai tuen tarpeita liikuntaneuvonnasta (liite 6).

Vastausten mukaan kehitettäviä asioita, toiveita ja kommentteja liikuntaneuvonnan toteutumisen ja laadun edistämiseksi työpaikoilla löytyi monipuolisesti. Vastaukset ryhmiteltiin seuraaviin luokkiin: *yhteistyö, kehittämisehdotukset käytäntöön, oman osaamisen tukeminen, liikunnan edistäminen työyhteisöissä sekä lisäresurssit.*

Vastaustausten mukaan *yhteistyö* koettiin tärkeäksi ja sitä haluttiin vahvistaa. Avoin ja toimiva yhteistyö eri ammattilaisten välillä painottui selvästi. Esille nousi myös kollegiaalisen tuen saaminen työkavereilta. Lisäksi yhteistyöhön eri toimijoiden ja sektoreiden välillä haluttiin panostaa. Myös esimiehen mukaan ottaminen kehittämistoimintaan koettiin tärkeäksi.

Työntekijät esittivät lisäksi erilaisia *kehittämisehdotuksia käytäntöön*. Työntekijät toivoivat yhteisiä ohjeistuksia työnkuvan selkiyttämiseksi, pelisääntöjä liikuntaneuvonnan käytöstä sekä yhtenäisiä hoitolinjauksia. Esille nousi myös toiveita neuvontapolkujen kehittämiseksi, jotta liikuntahoito saataisiin näkyväksi palveluketjuissa. Tulosten mukaan tarve oli myös ryhmäliikuntaan panostamiselle. Työntekijät esittivät erilaisia keinoja liikuntaneuvonnan arkeistamiseksi, esimerkiksi osastotuntien välityksellä tai suoraan ”kädestä pitäen” näyttämällä. Moni työntekijä koki, että tehokkaampi fysioterapeuttien hyödyntäminen edistäisi liikuntaneuvonnan toteutumista. Fysioterapeutteja haluttiin kouluttamaan henkilökuntaa liikuntaneuvonta-asioissa ja heidän kanssaan toivottiin tiiviimpää yhteistyötä. Osa työntekijöistä toivoi omaa fysioterapeuttia osastolle tai parempaa mahdollisuutta hyödyntää fysioterapiapalveluja. Vastauksissa painottui myös ohjausmateriaalin saatavuus ja tarve. Päivitettyjä ja helposti saatavilla olevia materiaaleja kaivattiin yksiköihin lisää.

Vastauksia annettiin paljon *oman osaamisen tukemiselle* liikuntaneuvontakoulutusten ja -lisätiedon kautta. Oman osaamisen tukemisen merkitys koettiin tärkeäksi ja tarpeelliseksi. Sen koettiin mm. nostavan osaamista, antavan uutta potkua työhön, auttavan asioiden ymmärtämisessä sekä vahvistavan liikuntaneuvonnan asemaa ja toteutumista työssä. Tietoa kaivattiin olemassa olevista liikuntapalveluista, uusimmista tutkimustuloksista sekä tämän hetken suosituksista. Työntekijät halusivat päivittää tietojaan sekä pysyä ajan tasalla liikuntaneuvonta-asioissa.

Vastausten mukaan *liikunnan edistäminen työyhteisöissä* on tärkeää. Koettiin, että työntekijöiden motivaatiolla on merkitystä liikuntaneuvonnan toteutumisessa. Tukea kaivattiin työyhteisöjen motivoimiseksi ja ajatusten herättelemiseksi. Asenteita haluttiin muuttaa myönteisemmäksi liikuntaneuvontaa kohtaan, jotta liikunnan arvostus lisääntyisi ja se nähtäisiin positiivisena asiana. Vastauksista nousi myös toiveita työntekijöiden liikunnan tukemista kohtaan. Lisätukea kaivattiin työpaikoilta ja kaupungilta liikuntapassien ja liikuntaseteleiden muodossa. Lisäksi työpaikan toivottiin korostavan liikunnan merkitystä työssä jaksamiseen. Osa toivoi liikuntaneuvonnan kohdentamista aluksi suoraan työntekijöille. Työntekijöiden liikkumisen koettiin olevan yhteydessä asiakkaiden liikuntaohjaukseen.

Liikuntaneuvonnan toteuttamisen ja sen laadun parantamiseksi kaivattiin enemmän *lisäresursseja* – erityisesti aikaa ja henkilöstöä. Asiakaskontakteihin ja vastaanotoille pyydettiin lisää aikaa. Työntekijät ehdottivat, että henkilöstöä lisättäisiin antamaan neuvontaa ja että tähän nimettäisiin oma vastuhenkilö. Myös liikuntaan perehtynyttä lääkäriä ehdotettiin sekä varojen kohdentamista suoraan tällaiseen toimintaan.

9 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada käsitys Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja yhteistoiminta-alueiden ammattilaisten liikuntaneuvonnan koulutus pohjasta sekä siitä miten tärkeäksi liikuntaneuvonta työyhteisöissä koettiin. Lisäksi kartoitettiin ammattilaisten koulutuksen ja tuen tarpeita liikuntaneuvonnasta sekä kehittämisehdotuksia liikuntaneuvonnasta. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja yhteistoiminta-alueiden tavoitteena on järjestää jatkossa ammattilaisten osaamis- ja koulutustarpeita vastaavaa täsmäkoulutusta näihin tutkimustuloksiin pohjautuen. Tulokset antavat viitteitä siitä, että liikuntaneuvonnan täydennyskoulutukselle sekä terveysliikunnan edistämiseksi on ammattilaisten keskuudessa tarve.

9.1 Liikuntaneuvonnan koulutus pohja

Tulosten mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön liikuntaneuvontaopetus tutkinto-opiskeluiden aikana oli toteutunut pääosin muiden kurssien yhteydessä. Molempien organisaatioiden työntekijöistä yli 20 % ei puolestaan muistanut saaneensa lainkaan liikuntaneuvontaopetusta tutkinto-opiskeluiden aikana. Ammattiryhmistä ainoastaan kuntoutuksen ammattilaisten vastauksissa painottui vahvasti liikuntaneuvontaopetus.

Tulokset ovat yhdenmukaiset terveysliikunnan koulutustilannetta vuonna 2003 selvittäneen kartoituksen kanssa. Kartoituksen mukaan fysioterapeuteilla on selvästi eniten terveysliikuntaan liittyvää koulutusta (Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta 2004). Tulosta tukee myös tähän tutkimukseen mukaan otetut sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelmat, joissa liikuntaneuvonta- ja terveysliikuntaopetus painottui vain fysioterapeuttien opetussuunnitelmassa (Seinäjoen Ammattikorkeakoulu – koulutusohjelmien tiedot 2013; Tampereen yliopisto – Lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelma 2013).

Tätä tutkimusta varten kartoitettiin sosiaali- ja terveysalan liikuntaneuvonta- sekä terveysliikuntaopintoja aiempien vuosien varrelta, jotta saataisiin käsitys nykypäivän ammattilaisten koulutus pohjasta. Asiaa selvitettiin etsimällä valmiita kartoituksia asiasta. Lisäksi asiaa tiedusteltiin Sosiaali- ja terveysministeriöltä, Opetushallitukselta, Opetus- ja kulttuuriministeriön Valtion liikuntaneuvostolta sekä UKK-Instituutilta. Tähän tutkimukseen

löydettiin vain yksi terveystuokuntaopetusta kartoittanut selvitys vuodelta 2003 (Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta 2004). Sosiaali- ja terveystuokuntaon ministeriön terveyttä edistävän liikunnan ohjausryhmän jäsenen Mari Miettisen mukaan vastaava kartoitus tehtiin myös vuonna 2009. Tuloksia ei kuitenkaan julkaistu vähäisten vastausten vuoksi. Tässä tutkimuksessa on vaikea vertailla nykypäivän ja aikaisempien vuosien opetussuunnitelmien liikuntaneuvonta- ja terveystuokuntasisältöjä, koska taustatiedot ovat vähäiset.

Ammatillisen terveystuokuntakoulutuksen hajanaisuus on haaste sosiaali- ja terveystuokuntalan koulutuksissa, koska näillä aloilla liikuntaohjaus on tärkeässä asemassa (Fogelholm ym. 2007, 85). Yhtenäinen koulutus pohja ammatillaisten tutkinnoissa turvaisi toimivan moniammatillisen yhteistyön ja asiakkaiden mahdollisuuden terveystuokuntaan. Opiskelijat tarvitsevat valmiudet terveystuokunnan edistämiseen työelämässä (Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta 2004). Liikuntaneuvonnan tulisi olla osa opetussuunnitelmien sisältöä ja opiskelijoita tulisi edesauttaa omaksumaan liikunnallinen elämäntapa. (Lobelo ym. 2013). Jatkossa sosiaali- ja terveystuokuntalan koulutusohjelmia on kehitettävä intensiivisesti eteenpäin, koska terveystuokuntaa painotetaan koulutusohjelmissa liian vähän (Muutosta liikkeellä! 2003).

Tämä tutkimus osoitti, että suurin osa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöistä ilmoitti kokevansa puutteita liikuntaneuvontataidoissaan. Myös ammattiryhmittäin tarkasteltuna vastaukset painottuivat samoin. Terveystuokuntalan ammattilaisten tulisikin pohtia miten terveyden edistäminen ja liikunta-asiat toteutuvat heidän omassa työssään. Vastanoitoilla ja rutiinitarkastuksissa on huomioitava liikunnan mahdollisuudet osana asiakkaiden hoitoa (Tala 2007; Wolff ym. 2010).

Tulosten mukaan ammatillaisten liikuntaneuvontaosaaminen ei ole vain tutkinto-opiskeluiden varassa, sillä suurin osa työntekijöistä oli hankkinut lisätietoa myös muualta - pääosin Internetin, ammattikirjallisuuden sekä muiden alan julkaisujen ja lehtien välityksellä. Oman työpaikan tai sairaanhoitopiirin liikuntaneuvontakoulutusten osallistujamäärät jäivät melko alhaisiksi, vaikka alueella on ollut aktiivista terveystuokuntakoulutusta. Etelä-Pohjanmaalla toteutetut Dehkon 2D-hanke, Liihota-hanke sekä Liikkumisreseptihanke tarjosivat sosiaali- ja terveystuokuntalan ammatillaisten monipuolista liikuntaneuvonta- ja terveystuokuntakoulutusta 2000-luvulla (Ståhl 2005, 24; Korpi-Hyövälti ym. 2009, 1-2).

9.2 Liikuntaneuvonnan merkitys asiakastyössä

Tutkimustulokset antoivat viitteitä siitä, että liikuntaneuvontaa pidettiin pääosin tärkeänä osana asiakastyötä. Eroja kuitenkin löytyi, sillä perusterveydenhuollossa sen merkitys koettiin tärkeämpänä kuin erikoissairaanhoidossa. Ammattiryhmistä kuntoutukset ammattilaiset, terveydenhoitajat sekä lääkärit kokivat liikuntaneuvonnan tärkeimmäksi asiakastyössään. Vähiten liikuntaneuvonnan merkitys korostui muut terveydenhuollon ammattilaiset-ryhmässä.

Tämä voi olla osoitus siitä, että vastaanottotyötä tekevät ammattilaiset kokevat liikuntaneuvonnan merkityksen tärkeämpänä kuin muut. Suikkanen ym. kuitenkin toteavat, että kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tulisi korostaa asiakastyössään liikunnan merkitystä. Näin asiakkaille osoitettaisiin, että asiaa pidetään terveydenhuollossa merkittävänä (Suikkanen ym. 2006, 49). Väestö ja yhteisöjen päättäjät tiedostavat liikunnan merkityksen yleensä vain pintapuolisesti, minkä takia viestintään, tiedon jakamiseen ja koulutukseen on panostettava (Vuori 2011, 230).

Liikuntatottumusten muuttamisessa asiakkaat tarvitsevat pitkäaikaista ja monipuolista tukea useilta eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta (Tala 2007). Kaikkien ei tarvitse olla liikuntaneuvonnan ammattilaisia, mutta liikunta-asioita voi nostaa esille myös muulla tavoin. Kehottelua ja tiedon jakamistakin tarvitaan ihmisten liikuntatottumusten kehittämisessä (Nupponen & Suni 2011, 213). Liikunta-asioista keskusteleminen voi saada osan asiakkaista liikkeelle (Suikkanen ym. 2006, 30).

9.3 Liikuntaneuvontakoulutuksen ja tuen tarve

Perusterveydenhuollon työntekijät arvioivat liikuntaneuvonnan toteutuvan työyhteisössään keskimäärin paremmin kuin erikoissairaanhoidon työntekijät. Molempien organisaatioiden sekä eri ammattiryhmien vastauksissa kuitenkin painottui liikuntaneuvonnan kohtalainen toteutuminen työyhteisöissä. Ainoastaan kuntoutuksen ammattilaisista enemmistö vastasi liikuntaneuvonnan toteutuvan työyhteisöissä hyvin.

Perusterveydenhuollon henkilöstö arvioi liikuntaneuvontaosaamisensa keskimäärin paremmaksi kuin erikoissairaanhoidon henkilöstö. Molempien organisaatioiden henkilöstöstä

kuitenkin suurin osa arvioi osaamisensa olevan kohtalaista. Ammattiryhmistä kuntoutuksen ammattilaiset ja terveydenhoitajat arvioivat osaamisensa parhaimmaksi, vaikkakin myös heistä yli 40 % arvioi osaamisen olevan kohtalaista. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen liikkumisreseptiä käsittelevän arviointiraportin mukaa lääkärit kokivat, että heillä on oltava riittävä tietämys liikunta-asioista, jotta he voivat antaa perusteellisempaa liikuntaneuvontaa asiakkailleen (Suikkanen ym. 2006, 21). Nyt tässä tutkimuksessa lääkärit arvioivat liikuntaneuvontaosaamisensa olevan pääosin kohtalaista tai hyvää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä enemmistö tarvitsi täydennyskoulutusta tai lisävalmiuksia liikuntaneuvonta-asioissa. Perusterveydenhuollossa tarve lisäkoulutukseen oli hieman suurempi kuin erikoissairaanhoidossa. Ammattiryhmistä kuntoutuksen ammattilaiset, terveydenhoitajat ja lääkärit kokivat liikuntaneuvontakoulutuksen tarpeellisimmaksi. Täydennyskoulutuksen tarve näkyi jo Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin liikkumisreseptin ja Dehkon 2D-hankkeen arviointiraporteissa, joiden mukaan ammattilaiset jäivät kaipaamaan syvennettyä tietoa liikuntaneuvonnasta ja liikunta-asioista (Suikkanen ym. 2006, 33; Korpi-Hyövälti ym. 2009, 53).

Tämän tutkimuksen tulokset tarkentavat tietoa siitä, millaista ja mihin aihe-alueisiin liikuntaneuvontakoulutuksen tulisi kohdentua. Kannatusta saivat sairaanhoitopiiritasoisesti ja yhteistoiminta-alueittain järjestettävät koulutukset. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa koulutusaiheista eniten painottui liikunnan vaikutukset eri sairauksissa. Jo liikkumisreseptiä käsittelevässä arviointiraportissa todettiin, että yksityiskohtaisempaa tietoa liikunnan terveysvaikutuksista ja mahdollisuuksista eri sairauksien hoidossa tarvitaan lisää (Suikkanen ym. 2006, 21, 32). Tulosten mukaan organisaatioiden välillä koulutustarve eri sairausryhmien liikuntaneuvonnasta oli melko tasainen, mutta ammattiryhmittäin tarkasteltuna vastauksissa painottuivat osittain eri sairaudet.

Lisäksi puolet perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöistä kaipasi vinkkejä, keinoja ja menetelmiä liikuntaneuvonnan tueksi. Koulutuksen tarve näkyi myös siinä, että noin kolmasosa eri ammattiryhmien työntekijöistä ilmoitti tarvitsevansa lisävalmiuksia kaikesta mahdollisesta liikuntaan ja sen vaikuttavuuteen liittyvistä asioista. Lisäksi lääkäreistä puolet kaipasi päivitettyä tietoa alueensa terveysliikuntapalveluista. Nupposen ja Sunin (2011, 225) mielestä kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten tulisi saada ajankohtaista tietoa alueensa liikuntapalvelujen sisällöistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten on ymmärrettävä ja tunnistettava liikunnan terveysvaikutukset sekä liian vähäisen liikunnan aiheuttamat terveysriskit käytännön työssä. Ammattilaiset tarvitsevat hyvät neuvontataidot ja valmiudet toimia yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa (Muutosta liikkeellä! 2013). Etelä-Pohjanmaan Terveydenhuollon järjestämissuunnitelman mukaan asiakkaiden parissa työskentelevillä ammattilaisilla tulee olla riittävät taidot ohjata asiakkaita terveyttä edistävissä valinnoissa motivoivan haastattelun keinoin (Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013, 155). Lisäksi Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE:n (2011) mukaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten osaamisen on oltava ajan tasalla. Työyhteisöjä ja johtoa edellytetään tarjoamaan työntekijöilleen tukea, perehdytystä ja koulutusmahdollisuuksia.

9.4 Liikuntaneuvonnan kehittämisehdotukset

Avoimista vastauksista ilmeni, että hyvän liikuntaneuvonnan ja terveystiikunnan aseman turvaamiseksi tarvitaan erilaisia edistämistoimia. Tulosten mukaan yhteistyötä on tiivistettävä eri ammattiryhmien ja sektoreiden välillä. Tämä on tärkeä näkökulma, sillä liikunnan edistämistä ei voida jättää pelkästään tiettyjen ammattiryhmien tai terveydenhuollon vastuulle. Terveystien edistämisen lisäksi myös liikuntaa tulee edistää monilla eri tasoilla ja strategioilla (Paronen & Nupponen 2011, 194). Terveydenhuollon painopiste on pääosin yhä oireiden ja terveysongelmien ratkaisemisessa, kun taas liikuntasektorin pääasiallinen tarkoitus on terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy. Näiden kahden sektorin välinen yhteistyö ja toimivat käytännöt edistävät terveystiikunnan aseman vahvistumista (Suikkanen ym. 2006, 34). Myös Etelä-Pohjanmaan Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa todetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta on kehitettävä ja yhteistyötä tiivistettävä, koska niiden tarjoamat palvelut liittyvät asiakkaiden arjessa kiinteästi toisiinsa. Tiivis yhteistyö yhteistoiminta-alueiden, erikoissairaanhoidon ja Seinäjoen ammattikorkeakoulun kanssa turvaa laadukkaan täydennyskoulutustoiminnan jatkossa (Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013, 235, 238).

Tuloksista ilmeni, että työkavereiden ja esimiesten antama tuki koettiin merkittäväksi. Liikuntaneuvonnan kehittämishankkeet ovat osoittaneet, että onnistumisen kannalta erittäin tärkeää onkin johdon, kuten ylilääkäreiden ja liikuntatoimen johtajien, sitouttaminen

toimintaan. Tämä edistää myös riittävien taloudellisten ja henkilöstöresurssien saamista (Muutosta liikkeellä! 2013). Terveysliikunnan edistämistoimien takaamiseksi tarvitaan ”terveys kaikissa politiikoissa” –periaatteen soveltamista päätöksenteossa (Paronen & Nupponen 2011, 194). Johdon tuki liikunta-asioita kohtaan antaa asialle painoarvoa ja kannustaa eteenpäin (Suikkanen ym. 2006, 34).

Tulosten mukaan yhteisten ohjeistusten laatiminen sekä asiakkaiden neuvontapolut painottuivat käytäntöön suuntautuvissa kehittämis ehdotuksissa. Esille nousi selkeitä pyyntöjä, kuten: ”Hoitopolkujen selkiyttäminen, esim. nyt ainakin itselläni on epäselvää kuinka terveyskeskusten kuntoneuvoloihin hakeudutaan.” Ammattilaiset tarvitsevat liikunnan käyttömahdollisuuksia osoittavia neuvontapolkuja, jotta asiakas on onnistuneesti ohjattavissa liikuntapalveluiden pariin (Nupponen & Suni 2011, 225). Palveluketjuihin voisi liittää myös liikuntaseuroja, liikunta-alan yrityksiä sekä kansanterveysjärjestöjä ja kansalaisopistoja (Muutosta liikkeellä! 2013). Lisäksi paikalliset liikuntapalvelut tulisi koota yhteen, jolloin se vastaisi ammattilaisten, asiakkaiden ja liikuntaneuvontapalveluja tarjoavien tarpeita (Nupponen & Suni 2011, 225). Etelä-Pohjanmaalla on käytössä sähköinen liikuntakalenteri verkkopalvelimena (www.tep.fi). Tarkoituksena on, että verkkopalvelun nettisivuille kunnat päivittäisivät 2–3 kertaa vuodessa alueensa liikuntaryhmät (Korpi-Hyövälti ym. 2009, 52). Näin mahdollistuisi jo olemassa olevien resurssien tehokkaampi hyödyntäminen ja vastuun jakaminen yhteisen asian hyväksi.

Käytännön kehittämis ehdotuksissa näkyivät myös konkreettiset keinot arjen esimerkein. Yhdessä vastauksessa ehdotettiin: ”Liikuntaneuvonnan arkeistaminen ts. se on jokaisen velvollisuus ja mahdollisuus, ei vain fysioterapeuttien erikoisosaamista.” Fysioterapeuttien osaamista arvostettiin, mutta vastuuta liikunta-asioiden edistämisestä oltiin valmiita ottamaan myös itselle. Tämä on tärkeää terveysterveysliikunnan edistämisen kannalta, sillä fysioterapeuttien määrä suhteessa muuhun sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöön on niukka (Korpi-Hyövälti ym. 2009, 47). Lisäksi fysioterapeuttien toivottiin kouluttavan henkilökuntaa liikuntaneuvonta-asioissa esimerkiksi täsmäiskujen ja osastotuntien välityksellä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa ehdotetaan, että fysioterapeuttien ja muiden liikunta-alan ammattilaisten työnkuvaan voisi sisällyttää enemmän liikuntaopastusta muille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tämä ei vaatisi uusia resursseja, vaan enemmänkin toimintakäytänteiden ja asenteiden muutosta ammattilaisten omassa työssä (Muutosta

liikkeellä! 2013). Vastaavanlaista henkilökunnan koulutusta järjestettiin lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan toimesta Dehkon 2D-hankkeen aikana (Korpi-Hyövälti ym. 2009, 33).

Saadut tulokset osoittivat, että asiakasohjausmateriaalia tarvitaan lisää liikuntaneuvonnan tueksi. Yksi työntekijöistä totesi, että: ”Jos olis jotain virallista materiaalia... Tällä hetkellä materiaali haalitaan netistä ja välitetään asiakkaalle lähinnä suullisesti”. Terveystuolto tarvitsee erilaisia työkaluja asiakkaiden liikuntaneuvonnassa (Muutosta liikkeellä! 2013) ja yksi hyvä esimerkki on mm. asiakkaille jaettava kirjallinen ohjausmateriaali.

Myös avoimissa vastauksissa korostui, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat lisätietoa sekä täydennyskoulutusta liikuntaneuvonnasta. Osa vastasi odottavansa koulutusta, kun taas osa ilmaisi osaamisensa olevan puutteellista mm. seuraavasti: ”...ei tiedetä miten tehdä tai ohjata. Niinpä jätetään koko asia sikseen” ja ”Yleensä olen neuvoissani aika varovainen, kun en ole varma sairauskohtaisista suosituksista”. Tulokset vahvistavat teoriassa esitettyjä viitteitä siitä, että ammattilaisten tiedon, koulutuksen ja osaamisen puute hankaloittavat asiakkaiden liikuntaneuvonnan toteutumista tai liikunnan pariin ohjaamista (Lobelo ym. 2008; Tompkins ym. 2009; Howe ym. 2010; Mikkonen & Hynynen 2011).

Tulosten mukaan liikuntaa haluttiin edistää työyhteisöissä ja siksi muutosta toivottiin työntekijöiden asenteissa sekä motivaatiossa. Lisäksi työpaikoilta kaivattiin tukea työntekijöiden liikuttamiseksi ja liikuntaneuvontaa toivottiin kohdistettavan suoraan myös ammattilaisiin. Työntekijöiden liikunnan edistämisen koettiin vaikuttavan myönteisesti asiakkaiden liikuntaneuvontaan. Myös teoriasta on saatu viitteitä siitä, että ammattilaisten omilla terveys- ja liikuntatottumuksilla on yhteys asiakkaiden liikuntaneuvonnan toteutumiseen sekä asenteisiin liikuntaneuvontaa kohtaan (Cornuz ym. 2000; Howe ym. 2010; Biernat ym. 2012; Lobelo ym. 2013; Muutosta liikkeellä! 2013). Lisäksi on tutkittu, että lääkäreiden oma liikunta-aktiivisuus ja tietämys vaikuttivat lääkäreiden liikuntaneuvonnan toteutukseen. Omakohtaisen kokemuksen ja liikuntaharrastuneisuuden on todettu edistävän asiakkaiden liikuntaneuvontaosaamista (Suikkanen ym. 2006, 18).

Saadut tulokset vahvistivat aiempia odotuksia siitä, että ajan puute ja kiire ovat merkittäviä ongelmia liikuntaneuvonnan toteutuksessa (Tompkins ym. 2009; Howe ym. 2010; Aittasalo ym. 2012). Tässä tutkimuksessa työntekijät kaipasivat lisää aikaa asiakastyöhön sekä lisää henkilöstöä, kuten liikuntaan perehtynyttä lääkäriä ja fysioterapeuttia. Suikkasen ym. (2006,

19, 26) mukaan niukat resurssit aiheuttavat kielteistä suhtautumista kaikkeen lisätyöhön, vaikka kyseessä olisi kuinka tärkeä asia tahansa. Ammattilaiset tarvitsevat enemmän koulutusta liikuntaneuvonnasta sekä lisää henkilökuntaa yksityiskohtaisemman liikuntaneuvonnan toteuttamiseksi.

9.5 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Yksi suurimmista kyselytutkimusten tulosten luotettavuuteen vaikuttavista asioista on vastausprosentti (Hirsjärvi ym. 2009, 196), mikä tässä tutkimuksessa jäi alhaiseksi (10,5 %). Alhaisen vastausprosentin mahdollisuus oli tiedossa jo ennen mittarin valintaa. Sähköiseen kyselylomakkeeseen päädyttiin, koska se on helppo ja nopea toteuttaa (Heikkilä 2004, 69-70). Lisäksi se mahdollisti kyselyn kohdentamisen koko Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen sosiaali- ja terveystalouden työntekijöille.

Tutkimuksen luotettavuudesta kertoo tutkimuksen mittari eli kyselylomake (liite 4), joka kehitettiin yhteistyössä Aksila-yksikön kanssa. Kyselyä varten etsittiin valmiita ja yleisesti hyväksytyjä mittareita, koska niiden luotettavuus on yleensä testattu (Metsämuuronen 2009, 67; Kananen 2011, 54). Liikuntaa käsitteleviä kyselytutkimuksia löytyi runsaasti, mutta valmiita kyselyitä, joilla olisi saatu vastaus tutkimusongelmiin, ei löytynyt. Ainoastaan kyselylomakkeen kysymyksessä 23a sovellettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Liikuntalisä-hankeessa käytettyä Hyvä aikuisneuvonnan ammattilainen-kyselyä (Poukka ym. 2008, 53). Kyselylomakkeen laadintaan käytettiin paljon aikaa, koska sillä haluttiin tehostaa tutkimuksen onnistumista (Hirsjärvi ym. 2009, 198).

Tutkimuksen validiteetin varmistamiseksi uutta mittaria pilotoitiin useita kertoja sosiaali- ja terveydenhuoltoalan eri ammattilaisilla. Löydettyjä heikkouksia paranneltiin ja tätä kautta pyrittiin ehkäisemään virheitä, joita kyselylomake voi tuloksiin aiheuttaa (Hirsjärvi ym. 2009, 204, 232). Tutkimuksen kyselylomake on puolistrukturoitu ja se on tarvittaessa toistettavissa sosiaali- ja terveydenhuoltoalan henkilöstöllä, mikä nostaa tutkimuksen luotettavuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 261; Metsämuuronen 2009, 74).

Tutkimuksen kohderyhmää rohkaistiin vastaamaan kyselyyn saatekirjeen (liite 5) avulla, jossa kerrottiin kyselyn tarkoituksesta ja merkityksestä. Saatekirjeestä löytyi myös kyselyn

vastaamiseen kuuluva aika, voimassaoloaika ja kohderyhmältä pyydettiin pikaista vastausta. Sähköisen kyselyn etuna oli se, että työntekijät saivat mahdollisuuden vastata kyselyyn heille sopivana kellonaikana. Lisäksi työntekijöitä informoitiin ja muistutettiin kyselystä yhteensä kolme kertaa.

Tutkimuksen virheitä pyrittiin vähentämään huolellisella tietojen keräyksellä, syöttämisellä ja käsittelyllä sekä rehellisellä ja puolueettomalla tulosten ja eri lähteiden tulkinnalla. Webropol-kyselylomakkeesta saadut tiedot siirrettiin sähköisesti IBM SPSS Statistics 20-ohjelmistoon. Analyysimenetelmät valittiin suhteessa tutkimusongelmiin ja tilastolliset testit valittiin niiden käyttöedellytysten mukaisesti. Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan kuvaamalla tässä raportissa tutkimuksen suunnittelu, kulku ja käytetyt analyysimenetelmät selkeästi ja riittävän kattavasti.

Tuloksia tulkittaessa tulee huomioida, että alhaisesta vastausprosentista huolimatta oli vastausten määrä (n = 932) kuitenkin riittävä johtopäätösten tekemiseksi. Tutkimukseen osallistui monipuolisesti sosiaali- ja terveystieteiden työntekijöitä eri ammattikunnista ja muuttujien uudelleen luokittelulla tuloksista saatiin vertailukelpoisia. Lisäksi saatu vastausprosentti on vain arvio, sillä tarkkoja määriä siitä kuinka monelle sähköinen kysely lähetettiin, ei pystytty luotettavasti selvittämään. Kysely lähetettiin työntekijöille usean eri henkilön toimesta sähköpostilistojen välityksellä, mikä on vaikuttanut kohderyhmän tavoitettavuuteen. Kysely rajoittui vain työ sähköpostin käyttäjille ja muutamia ilmoituksia tuli Webropol-ohjelman yhteyskatkoksista, jotka estivät vastausten tallentumisen. Lisäksi tämä on poikkileikkaustutkimus, joten tulokset eivät välttämättä ilmennä ihmisten mielipiteitä pitkällä aikavälillä. Tulokset kuvaavat työntekijöiden mielipiteitä tammikuulta 2013. Jos tämä tutkimus toistettaisiin myöhemmin, niin tulosten välillä esiintyisi todennäköisesti vaihtelua. Vaihtelu ei kuitenkaan kertoisi kyselylomakkeen heikosta luotettavuudesta, vaan ilmiön muutoksesta ajassa (Kananen 2011, 120).

Tutkimuksen kyselylomakkeen pituus on myös voinut vaikuttaa alentavasti vastausprosenttiin ja siihen, että osa työntekijöistä jätti joitakin kyselyn kohtia täyttämättä. Puuttuvat vastaukset jätettiin tilastollisessa analysoinnissa ulkopuolelle, joten ne eivät ole vaikuttaneet tuloksiin. Voidaan myös olettaa, että vapaaehtoinen osallistuminen kyselyyn on tuottanut rehellisiä vastauksia. Pitkä kyselylomake on kuitenkin erottelevampi ja luotettavampi kuin lyhyt (Metsämuuronen 2009, 68, 79).

9.6 Eettiset näkökulmat

Tämän tutkimuksen kaikissa vaiheissa on noudatettu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimaa ohjetta hyvistä tieteellisistä käytännöistä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimuksen aihe oli tarpeellinen, koska sen on tarkoitus palvella Aksila-yksikön toiminta-ajatusta sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä ja asukkaiden terveyden edistämässä (Perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö -Aksila).

Kyselylomakkeen pilotointivaiheen jälkeen kyselylomake lähetettiin arvioitavaksi ja hyväksyttäväksi Aksila-yksikön asiantuntijoille sekä alueellisen ohjausryhmän puheenjohtajalle. Tutkimuslupa-asiaa käsiteltiin ensin alueellisen ohjausryhmän kokouksessa, minkä jälkeen kirjalliset tutkimusluvut haettiin Etelä-Pohjanmaan perusterveydenhuollon jokaisen terveystieteellisen ja yhteistoiminta-alueen johtavalta ylilääkäriltä, Kuusiokuntien terveystieteellisen jäsenkuntien perusturvajohtajilta sekä sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäriltä. Tutkimuslupahakemusten yhteydessä päättäjillä hyväksyttiin myös tutkimuksessa käytetty kyselylomake sekä saatekirje. Tutkimusaineiston käyttöoikeuksista laadittiin kirjallinen sopimus Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen kanssa. Lisäksi erikoissairaanhoito sekä yhteistoiminta-alueet nimesivät kirjallisesti yhteyshenkilön, joka välitti kyselylomakkeen sähköpostilla alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille.

Kyselyyn osallistuneita informoitiin tutkimuksesta sekä siihen liittyvistä eettisistä näkökulmista saatekirjeen välityksellä. Lisäksi työntekijöiden oli mahdollista tiedustella lisätietoja kyselystä tutkimuksen yhteyshenkilöiltä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kyselylomakkeen taustatiedoissa ei kysytty työntekijöiden tarkempia henkilötietoja, kuten nimeä, syntymäaikaa tai osoitetta. Vastauksia käsiteltäessä ja tutkimustuloksia raportoitaessa huomioitiin, ettei yhdenkään kyselytutkimukseen osallistuneen henkilöllisyys paljastu. Vastaukset käsiteltiin täysin luottamuksellisesti. Tutkimuksen kirjoittamisessa ei ole plagioitu kenenkään toisen kirjoituksia tai tutkimuksia. Muiden tutkijoiden tai kirjoittajien teksteihin on viitattu viittauskäytänteiden mukaisesti. Tulosten analysointi ja tulkinta vaiheessa käytettiin tieteellisen tutkimuksen piirissä yleisesti hyväksytyjä menetelmiä. Tutkimusraportin kirjoittamisen eri vaiheissa on pyritty mahdollisimman objektiiviseen lähestymistapaan.

9.7 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Liikuntaneuvonnan koulutusohjelma

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten liikuntaneuvontaosaaminen ei ole riittävää työn vaatimusten ja asiakkaiden liikuntaneuvonnan toteutuksen kannalta. Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelmien opetussuunnitelmien arviointia on jatkettava ja niiden sisältöä kehitettävä edelleen terveystieteiden ja liikuntaneuvonnan osalta. Terveystieteiden sisällyttäminen ja liikuntaneuvontataitojen vahvistaminen alan tutkintokoulutuksissa edistää tulevien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista. Tätä kautta asiakkaiden liikuntaneuvontaan kohdistuvaan tarpeeseen on helpompi vastata.
2. Omaan liikuntaneuvontaosaamista voidaan vahvistaa erilaisten tiedonhankintamenetelmien ja koulutusten kautta. Tähän mennessä ammattilaisille suunnatut täydennyskoulutukset eivät ole tavoittaneet riittävästi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja yhteistoiminta-alueiden ammattilaisia. Aktiivista terveystieteiden edistämistoimintaa sekä kohdennettua koulutusta tarvitaan edelleen. Liikuntaneuvontaa ja terveystieteitä käsitteleviin täydennyskoulutuksiin tulee saada jatkossa mukaan mahdollisimman monipuolisesti eri ammattikuntien edustajia.

Liikuntaneuvonnan merkitys omassa asiakastyössä

3. Liikuntaneuvontaa pidetään tärkeänä osana asiakastyötä, mutta sen merkitys vaihtelee ammattiryhmästä riippuen. Kaikissa työyhteisöissä on korostettava liikuntaneuvonnan ja terveystieteiden asemaa osana asiakastyötä. Liikuntaneuvonnan asemaa ja merkitystä on vahvistettava myös muiden kuin varsinaista neuvonta- tai vastaanottotyötä tekevien ammattilaisten keskuudessa. Liikuntaneuvontakoulutuksella on mahdollista vaikuttaa myös niiden henkilöiden asenteisiin, jotka eivät liikuntaneuvontaa pidä merkittävänä osana työtään.

Liikuntaneuvontakoulutuksen ja tuen tarve

4. Täydennyskoulutusta liikuntaneuvonnasta ja terveystuennasta tarvitaan koko Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Täydennyskoulutuksilla on pyrittävä tukemaan liikuntaneuvonnan toteutumista työyhteisöissä sekä lisäämään ammattilaisten osaamisen ja pystyvyyden tunnetta toteuttaa liikuntaneuvontaa asiakkailleen entistä paremmin heidän omassa työssään.
5. Yksityiskohtaisempaa tietoa tarvitaan ainakin liikunnan vaikutuksista ja liikuntaneuvonnasta eri sairauksissa. Lisäksi ammattilaiset tarvitsevat konkreettisia vinkkejä, keinoja ja menetelmiä liikuntaneuvonnan tueksi. Liikuntaneuvonta- ja terveystuennakoulutusten tulee kuitenkin lähteä liikkeelle liikunnan perusteista, kuten terveystuennasuosituksista, minkä jälkeen aiheisiin on perusteltua syventyä tarkemmin.
6. Koulutusta tarvitaan sairaanhoitopiiritasoisesti sekä yhteistoiminta-alueittain. Koulutus on perusteltua kohdentaa esimerkiksi ammattiryhmittäin, jolloin koulutuksella on mahdollista vastata eri ammattikuntien sisältä nouseviin tarpeisiin.

Kehittämisehdotukset liikuntaneuvonnasta

7. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektorien sekä ammattilaisten välistä yhteistyötä on vahvistettava. Tukea yhteistyön vahvistamiseksi tarvitaan Aksila-yksiköltä, mutta myös työyhteisöjen johtajilta ja päättäjiltä sekä yleisesti työkavereilta.
8. Liikuntaneuvonnasta tarvitaan selkeitä ohjeita, palveluketjuja ja neuvontapolkuja. Valmiit ohjeet ja palveluketjut tulee saattaa ammattilaisten tietoisuuteen, jotta ne voidaan onnistuneesti siirtää käytäntöön. Nämä asiat olisi hyvä nostaa esille esimerkiksi koulutuksissa, jolloin palveluketjuissa liikunnan käyttömahdollisuudet ja ammattilaisten roolit tulisivat näkyviksi. Palveluketjut sekä liikunnan mahdollisuudet tulisi tehdä näkyviksi myös asiakkaille. Jatkossa olisi hyvä määrittää vastuutaho, joka huolehtisi tiedottamisesta palveluketjujen, neuvontapolkujen ja valmiiden ohjeiden osalta sekä tietojen ajantasaisuudesta.

9. Valmiiden ja olemassa olevien resurssien hyödyntäminen entistä tehokkaammin on perusteltua. Yksi toimiva vaihtoehto on työyhteisöjen sisäiset koulutukset, jossa esimerkiksi fysioterapeutit voisivat järjestää terveystoimintaan liittyvää koulutusta muille ammattiryhmille. Lisäksi valmista ja olemassa olevaa liikuntaneuvonnan asiakasohjausmateriaalia pitäisi toimittaa yksiköihin ammattilaisten käyttöön. Asiakasohjausmateriaalien ajanmukaisuus on kuitenkin tarkistettava. Lisäksi Etelä-Pohjanmaan kuntien tulisi tarkistaa sähköisestä liikuntakalenterista (www.tep.fi) tämän hetkisten liikuntaryhmien ajantasaisuus. Jatkossa tehtävästä voisi huolehtia esimerkiksi jokaiselta yhteistoiminta-alueelta erikseen nimetty vastuutaho. Palvelimen olemassa olosta tulisi myös tiedottaa ammattilaisia uudelleen.
10. Liikuntaneuvontaosaamista sekä terveystoiminnan asemaa työyhteisöissä on mahdollista vahvistaa tukemalla ammattilaisten liikuntatottumuksia. Työpaikkojen on edistettävä niin asiakkaiden kuin työntekijöidenkin liikuntaa.
11. Riittämättömät resurssit, kiire ja työmäärä hankaloittavat liikuntaneuvonnan toteutusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla on jatkossa mietittävä, onko liikuntaneuvontaan mahdollista kohdentaa lisää henkilöstöä tai muita varoja, kuten esimerkiksi hankeressursseja. Lisäksi tarvitaan lisää uusia liikuntainnovaatioita sekä ideoita, jotta liikuntaneuvonnan toteutuminen voidaan jatkossa turvata.

9.8 Jatkotutkimusehdotukset

Tiedossa on, että liikuntainterventioita ja järjestelmällistä liikuntaneuvontakoulutusta tarvitaan. Asiakkaiden liikunta-aktiivisuuteen vaikuttamisesta ja ohjauskäytänteiden tarkemmista menetelmistä ja sisällöistä sekä ammattilaisten koulutustarpeista tarvitaan kuitenkin vielä lisää laadullista ja määrällistä tutkimustietoa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia hyödyttäisi tieto siitä, minkälaista liikuntaneuvontaa asiakkaat itse haluavat osakseen. Mitkä ovat ne menetelmät tai asiakkaille asetetut kysymykset, jotka saisivat asiakkaita aikaan muutoshalukkuutta liikuntakäyttäytymisensä suhteen? Millaiset ammattilaisten tavat tai piirteet edistäisivät

liikuntaohjeiden vastaanottamista tai antaisivat lisämotivaatiota liikuntaharrastuksen pariin? Kuka olisi asiakkaiden mielestä oikea henkilö keskustelemaan liikunta-asioista heidän kanssaan? Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden liikuntakäyttäytymistä määrittäviä motivaatiotekijöitä. Mitkä ovat ne tekijät, jotka ovat asiakkaiden näkökulmasta merkityksellisiä? Vai löytyisikö taustalta vielä jotain muuta, mikä tulisi huomioida asiakaskunnan liikuntaneuvonnassa. Nämä asiakasnäkökulmia selvittävät tutkimukset voitaisiin toteuttaa esimerkiksi laadullisena tutkimuksena haastattelemalla asiakkaita, jolloin selviäisi mikä on heidän ajattelussaan keskeistä.

Ammattilaisten kannalta olisi hyvä selvittää tarkemmin ne liikuntaneuvonnan toteutusta hankaloittavat tekijät, jotka liittyvät ammattilaisiin sekä työorganisaatioihin. Tutkimuksesta saatu tieto helpottaisi liikuntaneuvontaan liittyvien tukitoimien kohdentamista entistä tehokkaammin. Tässä tutkimuksessa ei myöskään tiedusteltu työntekijöiden omaa liikuntaharrastuneisuutta, jolla olisi voinut olla yhteys saatuihin tuloksiin. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää ammattilaisten liikuntakäyttäytymisen yhteyttä siihen, miten tärkeäksi liikuntaneuvonta koetaan tai miten se toteutuu asiakastyössä tai vastaavatko liikuntakyselyyn enimmäkseen liikunnallisesti aktiiviset henkilöt.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten arviota liikuntaneuvonnan merkityksestä asiakastyössä sekä liikuntaneuvontaosaamisen tasoa ja valmiuksia olisi hyvä tutkia uudelleen täydennyskoulutusten jälkeen. Näin nähtäisiin miten ammattilaisten tarpeisiin on pystytty vastaamaan. Ammattilaisilta voitaisiin pyytää myös palautetta koulutuksen annista sekä kartoittaa uudelleen, miltä liikuntaneuvonnan osa-alueilta tarvitaan vielä koulutusta. Yksi mahdollisuus on hyödyntää esimerkiksi eri oppilaitosten ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoita, jotka voisivat opinnäytetöinään tehdä asiasta jatkotutkimusta.

LÄHTEET

Aaltonen, S. 2013. Leisure-Time Physical Activity in a Finnish Twin Study: Genetic and Environmental Influences as Determinants and Motives as Correlates. Jyväskylän Yliopisto. Studies in sport, physical education and health;0356-1070 ;195.

Aittasalo, M., Taulaniemi, A. & Punakallio, A. 2012. Liikuntaneuvonta. Teoksessa J. Suni & A. Taulaniemi (toim.) Terveyskunnan testaus – Menetelmä terveystiikunnan edistämiseen. 1.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 262–274.

Aittasalo, M., Miilunpalo, S., Kukkonen-Harjula, K. & Pasanen, M. 2006. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. *Preventive Medicine*, 42 (1), 40–46.

Biernat, E., Poznanska, A. & Gajewski, A.K. 2012. Is physical activity of medical personnel a role model for their patients. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19 (4), 707–710.

Cooper, R., Mishra, G. D. & Kuh, D. 2011. Physical Activity Across Adulthood and Physical Performance In Midlife: Findings from a British Birth Cohort. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(4), 376–384. doi: 10.1016/j.amepre.2011.06.035

Cornuz, J., Ghali, W. A., Di Carlantonio, D., Pecoud, A. & Paccaud, F. 2000. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice*, 17(6), 535–540.

Dolor, R. J., Ostbye, T., Lyna, P., Coffman, C. J., Alexander, S. C., Tulsy, J. A., Brouwer, R. J. N., Esoimeme, I. & Pollak, K. I. 2010. What are physicians' and patients' beliefs about diet, weight, exercise, and smoking cessation counseling? *Preventive Medicine*, 51 (5), 440–442.

Dunstan, D. W., Thorp, A. A. & Healy, G. N. 2011. Prolonged sitting: is it distinct coronary heart disease risk factor? *Current Opinion in Cardiology*, 26, 412–419. doi:10.1097/HCO.0b013e3283496605.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Terveyden edistäminen. Viitattu 5.4.2013.

http://www.epshp.fi/1/etusivu/terveyden_edistaminen

Fogelholm, M. & Oja P. 2011. Terveysliikuntasuosituksset. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) Terveysliikunta. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 67–75.

Fogelholm, M., Paronen, O. & Miettinen M. 2007. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1. Viitattu 4.4.2013. <http://www.stm.fi>

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Helajärvi, H., Pahkala, K., Raitakari, O., Tammelin, T., Viikari, J. & Heinonen, O. 2013. Istuja pala! – Onko istuminen uusi terveysuhka? Duodecim, 129, 51–56.

Helakorpi, S., Holstila, A-L., Virtanen, S. & Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 45/2012. Tampere. Viitattu 1.6.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-566-6>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, E., Lahti, J., Rahkonen, O., Lahelma, E. & Laaksonen, M. 2012. Liikunta ehkäisee pitkiä sairauslomia. Suomen Lääkärilehti, 67, 1155–1159c.

Howe, M., Leidel, A., Krishnan S. M., Weber, A., Rubenfire, M. & Jackson, E. A. 2010. Patient-Related Diet and Exercise Counseling: Do Providers' Own Lifestyle Habits Matter? Preventive Cardiology, 13, 180–185.

Husu, P. & Suni, J. Terveysliikuntasuosituksset. 2012. Teoksessa J. Suni & A. Taulaniemi (toim.) Terveyskunnan testaus – Menetelmä terveystoiminnan edistämiseen. 1.painos. Helsinki: Sanoma Pro, 35–42.

Huttunen, J. 2012. Terveysliikunta – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.9.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00934

Ilanne-Parikka, P., Laaksonen, D. E., Eriksson, J. G., Lakka, T. A., Lindström, J., Peltonen, M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2010. Leisure-Time Physical Activity and the Metabolic Syndrome in the Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes Care*, 33, 1610–1617.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kansanterveyslaki 1972. 1, 2, 5§ / 30.12.2010

Kao, Y-H., Huang, Y-C., Chen, P-Y. & Wang, K-M. 2012. The effects of exercise education intervention on the exercise behavior, depression, and fatigue status of chronic kidney disease patients. *Health Education*, 122 (6), 472–484. doi: 10.1108/09654281211275827

Keulen van, H. M., Mesters, I., Ausems, M., Breukelen van, G., Campbell, M., Resnikow, K. Brug, J. & Vries de, H. 2011. Tailored Print Communication and Telephone Motivational Interviewing Are Equally Successful in Improving Multiple Lifestyle Behaviors in a Randomized Controlled Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 104–118.

Korpi-Hyövälti E., Hyytiä, A., Latvala, T., Leikkainen, E., Linjama, H., Niku J. & Rekiaro, R-L. 2009. Etelä-Pohjanmaan Dehkon 2D-hankkeen loppuraportti. Tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyn toimeenpanohanke 2003–2007. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Julkaisusarja B: raportit.

Koskinen, S., Aromaa, A., Heliövaara, M., Koponen, P., Martelin, T., Mäkinen, T. & Sainio, P. 2012. Yhteenveto ja päätelmät. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti 68/ 2012. Tampere, 211-218. Viitattu 5.5.2013 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>

Kuh, D., Bassey, E. J., Butterworth, S., Hardy, R. & Wadsworth, M. E. J. 2005. Grip Strength, Postural Control, and Functional Leg Power in a Representative Cohort of British Men and Women: Associations With Physical Activity, Health Status, and Socioeconomic Conditions. *The Journals of Gerontology*, 60 (2), 224–231. doi: 10.1093/gerona/60.2.224

Kukkonen-Harjula, K. Kohonnut verenpaine. 2011. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim) *Terveysliikunta*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 131–136.

Lang, I. A., Guralnik, J. M. & Melzer, D. 2007. Physical Activity in Middle-Aged Adults Reduces Risks of Functional Impairment Independent of Its Effect on Weight. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (11), 1836–1841. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01426.x

Liikunta. 2012. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä. Viitattu 3.3.2013. <http://www.kaypahoito.fi>

Liikunta on lääke (Aikuisten liikunta -suositus). 2010. Käypä hoito-suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 20.5.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../khp00077>

Liikuntalaki 1998. 2§ / 20.11.2009

Lobelo, F., Duperly, J. & Frank, E. 2013. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counseling practices. *British Journal of Sports Medicine*, 43, 89–92. doi:10.1136/bjism.2008.055426

Lähdesmäki, L., Tala, S. & Lautamaja, M. 2008. Liikkumisreseptin alueellinen toteuttaminen ja vaikutusten arviointi. 16.8.2004-30.10.2008 Hanke- ja jatkohankeraportti. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Matthews, C. E., George, S. M., Moore, S. C., Bowles, H. R., Blair, A., Park, Y., Troiano, R. P., Hollenbeck, A. & Schatzkin, A. 2012. Amount of time spent in sedentary behaviors and cause-specific mortality in US adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 95, 437–445.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. laitos. 1. painos. Helsinki: Internaional Methelp.

Mikkonen, I. & Hynynen, M-A. 2011. Health care professionals' views about supporting patients' self-management. *Health Education*, 112 (5), 396–405. doi: 10.1108/09654281211253416

Minges, K. E., Cormick, G., Unglik, E. & Dunstan, D. W. 2011. Evaluation of a resistance training program for adults with or at risk of developing diabetes: an effectiveness study in a community setting. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8 (50), 1–7. doi:10.1186/1479-5868-8-50

Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:10. Viitattu 7.11.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3412-2>

Mäkinen, T., Valkeinen, H., Borodulin, K. & Vasankari, T. 2012. Fyysinen aktiivisuus. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/ 2012*. Tampere, 55–58. Viitattu 5.5.2013 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>

Nguyen, L., Sauni, R., Koponen, P., Alha, P. & Häkkinen, U. 2012. Käynnit lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/ 2012*. Tampere, 170–178. Viitattu 5.5.2013 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>

Nupponen, R. & Suni, J. 2011. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) *Terveysliikunta*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 212–226.

Opetushallitus. 2013. Viitattu 6.1.2014. <http://www.oph.fi/>

Orrow, G., Kinmonth, A-L., Sanderson, S. & Sutton, S. 2012. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *British Medical Journal* 344: e1389. doi:10.1136/bmj.e1389

Owen, N., Healy, G. N., Matthews, C. E. & Dunstan, D. W. 2010. Too much sitting: The Population-Health Science of Sedentary Behavior. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 38 (3), 105–113. doi:10.1097/JES.0b013e3181e373a2.

Paronen, O. & Nupponen, R. 2011. Terveysten ja liikunnan edistäminen. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) *Terveysliikunta*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 186–196.

Patel, K. V., Coppin, A. K., Manini, T. M., Lauretani, F., Bandinelli, S., Ferrucci, L. & Guralnik, J. M. 2006. Midlife Physical Activity and Mobility in Older Age - The InCHIANTI Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 31 (3), 217-224. doi: 10.1016/j.amepre.2006.05.005

Perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen yksikkö -Aksila. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 5.4.2013. <http://www.epshp.fi>

Petrella, R. J., Koval, J. J., Cunningham, D. A. & Paterson D. H. 2003. Can Primary Care Doctors Prescribe Exercise to Improve Fitness? The Step Test Exercise Prescription (STEP) Project. *American Journal of Preventive Medicine*, 24 (4), 316–322.

Pihlström, S. 2008. Tutkimuksen etiikan filosofisia lähtökohtia. Teoksessa A-M. Pietilä & H. Länsimies-Antikainen (toim.) *Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä*. Kuopio: Kuopion Yliopisto, 21–34.

Poukka, T., Ivori, H. & Vapaaoksa, M-R. 2008. Lisäystä terveystieteeseen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2008.

Rintala, P., Huovinen, T. & Niemelä, S. 2012. *Soveltava liikunta*. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura.

Seinäjoen Ammattikorkeakoulu – koulutusohjelmien tiedot. 2013. Viitattu 3.1.2014.
<http://ops.seamk.fi/fi/2012-2013/index.php?page=koulutusohjelmat>

Sinclair, J., Lawson, B. & Burge, F. 2008. Which patients receive advice on diet and exercise? Do certain characteristics affect whether they receive such advice? *Canadian Family Physician*, 54, 404–412.

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja. 2010. Ammatillisen perustutkinnon perusteet. Opetushallituksen Määräys 17/011/2010. Viitattu 28.12.2013.
http://www.oph.fi/download/124811_SoTe.pdf

Ståhl, T. 2004. Lääkärien toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyys ja tarve. *Suomen Lääkärilehti* 59, 3729–3734.

Ståhl, T. 2005. Reseptillä liikkeelle. Liikkumisreseptihankkeen arviointi. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 170. Jyväskylä: LIKES-tutkimuskeskus.

Suikkanen, A., Harajärvi, M., Martin, M. & Tala, S. 2006. Reseptikö liikuttaa? Arviointiselvitys liikkumisreseptin käyttöönoton ja toimeenpanon solmukohdista Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Julkaisusarja B: raportit 3/06.

Suomen perustuslaki 1999. 16, 19§

Tala, S. 2007. Terveysliikunta - terveyden edistämisen tärkeä osatekijä. *Työterveyslääkäri* 2007;25(2):19–24. Viitattu 5.5.2012.
http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00426&p_haku=hoitosuositus

Tampereen yliopisto - Lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelma. 2013. Viitattu 12.1.2014.
<https://www10.uta.fi/opas/koulutus.htm?opsId=136&uiLang=fi&lang=fi&lvv=2013&koulid=133>

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Etelä-Pohjanmaa 2013–2016. 2013. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 20.10.2013.

http://www.epshp.fi/files/6354/JS_210513.pdf

Terveydenhuoltolaki 2010. 1,3,5,13§

Terveyttä edistävän liikunnan neuvottelukunta. 2004. Terveysliikunnan ammatillisen opetuksen kehittäminen ammatillisessa koulutuksessa, ammattikorkeakoulutuksessa ja yliopistokoulutuksessa. Helsinki. Viitattu 3.1.2014.

http://www.edu.fi/download/114473_Tyoryhman_raportti_2004.pdf

Tikkanen, O., Haakana, P., Pesola, A. J., Häkkinen, K., Rantalainen, T., Havu, M., Pullinen, T. & Finni, T. 2013. Muscle Activity and Inactivity Periods during Normal Daily Life. PloS ONE, 8 (1), e52228. doi:10.1371/journal.pone.0052228

Tompkins, T. H., Belza, B. & Brown, M-A. 2009. Nurse practitioner practice patterns for exercise counseling. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21, 79–86.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 30.1.2014.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

UKK-instituutti. 2011. Liikuntapiirakka. Viitattu 28.4.2012.

<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

U.S Department of Health & Human services. 2008. Physical Activity Guidelines for Americans. Viitattu 28.4.2012. <http://www.health.gov/paguidelines/adultguide/part4.aspx>

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta ETENE-julkaisuja 32. Viitattu 30.1.2014.

http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf

van der Ploeg, H. D., Chey, T., Korda, R., J., Banks, E. & Bauman, A. 2012. Sitting Time and All-Cause Mortality Risk in 222 497 Australian Adults. *Archives of Internal Medicine*, 172 (6), 494–500.

Visser, M., Pluijm, S. M. F., Stel, V. S., Bosscher, R. J. & Deeg, D. J. H. 2002. Physical Activity as a Determinant of Change in Mobility Performance: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (11), 1774–1781. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50504.x

Vuori, I. 2011. Yhteisön liikunnan edistäminen. Teoksessa M. Fogelholm, I. Vuori & T. Vasankari (toim.) *Terveysliikunta*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 227–235.

Wolff, L. S., Massett, H. A., Weber, D., Mockenhaupt, R. E., Hassmiller, S. & Maibach E. W. 2010. Opportunities and barriers to disease prevention counseling in the primary care setting: a multisite qualitative study with US health consumers. *Health Promotion International*, 25 (3), 265–276.

Yates, T., Davies, M., Gorely, T., Bull, F. & Khunti, K. 2009. Effectiveness of a pragmatic education program designed to promote walking activity in individuals with impaired glucose tolerance: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 32, 1404–1410.

Liite 1: Pitkäaikaisen istumisen yhteys kuolleisuuteen

Tutkimus	Tutkimusasetelma	Löydökset
Mathews ym. 2012 Amount of time spent in sedentary behaviors and cause-specific mortality in US adults Am J Clin Nutr 2012;95:437-45	Amerikkalainen prospektiivinen kohorttitutkimus Tutkittiin (n = 240 819) perusterveiden 50–71 vuotiaiden istumiseen ja tv:n katseluun käytetyn ajan yhteyttä kuolleisuuteen	-Pitkäaikaisella istumisella ja tv:n katselulla on selvä yhteys kuolleisuuteen -Eniten tv:tä katsovat hlöt olivat suurimmassa riskiryhmässä -Yli 7h/vk liikuntaa harrastavilla, mutta päivittäin yli 7h tv:tä katsovilla, oli suurempi kuolleisuuden riski kuin päivittäin vain vähän tv:tä katsovilla hlö:illä
van der Ploeg ym. 2012 Sitting Time and All-Cause Mortality Risk in 222 497 Australian Adults Arch Intern Med/Vol 172 (No.6)	Australialainen seurantatutkimus Tutkittiin (n = 222 497) yli 45-vuotiaiden päivittäiseen istumiseen käytetyn ajan yhteyttä kuolleisuuteen	-Pitkäaikainen istuminen on yksi kuolleisuuden riskitekijöistä -Päivittäiseen istumiseen käytetyn ajan yhteys kuolleisuuteen on riippuvainen fyysisen aktiivisuuden tasosta -Paljon istuvat henkilöt, jotka eivät harrastaneet säännöllistä viikottaista liikuntaa olivat suurimmassa riskiryhmässä
Dunstan ym. 2011 Prolonged sitting: is it a distinct coronary heart disease risk factor? Curr Opin Cardiol 26:412-419	Australialainen katsausartikkeli, jossa mukana useita tutkimuksia vuosilta 2009–2011 Selvitettiin sedentaarisen elämäntyylin yhteyttä kuolleisuuteen sekä pitkäaikaisen istumisen jaksottamisen terveyshyötyjä sydänsairauksissa	-Useat tutkimukset ovat osoittaneet pitkäaikaisen istumisen yhteyden kohonneeseen kuolleisuuden riskiin yleisesti sekä sydänsairauksien kohdalla -Istumiseen käytetty aika on myös yhteydessä useisiin sydänsairauksien riskitekijöihin -Pitkäaikaisen istumisen jaksottaminen eli jakaminen osiin on terveydelle hyödyllistä

Liite 2: Liikuntaneuvonnan menetelmät ja vaikuttavuus terveydenhuollossa

Tutkimus	Tutkimusasetelma	Tutkimusmenetelmä / Interventio	Löydökset
Tompkins ym. 2009 J Am Acad Nurse Pract 2009; 21:79- 86	Amerikkalainen poikkileikkaustutkimus Tutkittiin hoitajien (n = 398) toteuttaman liikuntaneuvonnan sisältöjä, esteitä ja mahdollistavia tekijöitä	Aineisto kerättiin hoitajilta puolistrukturoidulla kyselylomakkeella ja analysoitiin SPSS-ohjelmalla sekä sisällön analyysillä	Enemmistö piti liikuntaneuvontaa yhtä tärkeänä kuin lääkehoitoakin Liikuntaneuvonnassa painottuivat turvallisuustekijät, soveltuvan liikuntamuodon valinta sekä ongelman ratkaisukyky Hoitajat raportoivat asiakkaiden hyötyvän liikuntaneuvonnasta
Petrella ym. 2003 Am J Prev Med 2003;24(4)	Amerikkalainen RCT Tutkittiin lääkärin toteuttaman liikuntaneuvonnan vaikutuksia terveillä yli 65-vuotiailla henkilöillä (n = 241)	Kesto 12kk (seuranta 3kk, 6kk, 12kk kohdalla) Interventior ryhmälle (n = 131) liikuntaneuvontaa + liikuntaohjeet STEP-testiin ja sykkeen mukaiseen harjoitteluun perustuen Kontrolliryhmälle (n = 110) perinteistä liikuntaneuvontaa	Molempien ryhmien tulokset paranivat VO _{2max} , BMI, systolisen verenpaineen ja liikuntaan liittyvän minäpystyvyyden osalta Interventio ryhmä sai kuitenkin parempia tuloksia ja erot olivat tilastollisesti merkitseviä
van Keulen ym. 2011 Ann Behav Med 2011;41:104-118	Hollantilainen RCT Tutkittiin itseraportoidun fyysisen aktiivisuuden ja hedelmien / vihannesten kulutuksen muutoksia keski-ikäisillä (n = 1629) intervention menetelmiin perustuen	Kesto 18kk (mittaukset vk:lla 25, 47 & 73) 3 interventior ryhmää: kirjeryhmä, motivoiva puhelinhaastattelu-ryhmä sekä yhdistetty kirje + motivoiva puhelinhaastattelu -ryhmä 1 kontrolliryhmä	Kaikkien kolmen interventio ryhmän tulokset olivat merkitsevästi parempia kuin kontrolliryhmän tulokset liikunta- aktiivisuuden (h/pv) sekä hedelmien ja vihannesten (annos/pv) kulutuksen osalta
Yates ym. 2009 Diabetes Care 2009;32:1404-10	Englantilainen RCT Tutkittiin voidaanko yhden kerran liikuntaneuvontakäynnillä lisätä kävelyä sekä parantaa glukoosin sietoa henkilöillä (n = 87), joilla on heikentynyt sokerinsietokyky (mutta ei diabetesta)	Kesto 12kk (mittaukset alussa, 3kk, 6kk kohdalla ja lopussa) 2 interventior ryhmää: yleiset liikuntaohjeet saanut ryhmä sekä askelmittarin + räätälöidyt kävelytavoite- ohjeet saanut ryhmä. Molemmat ryhmät saiivat lisäksi 3h neuvontaa ryhmäohjauksena 1 kontrolliryhmä: lyhyt informaatio terveydentilasta	Kerran toteutunut liikuntaneuvonta askelmittarin kanssa oli tehokas menetelmä Askelmittariryhmässä askelmäärät lisääntyivät eniten ja sokerirasituskokeen jälkeinen veren glukoosipitoisuus ja paastoarvo olivat pienempiä kuin kontrolliryhmässä.

Yu-Hsiu ym. 2012 Health Education 112(6); 472-484	Taiwanilainen RCT Tutkittiin hoitohenkilökunnan toteuttaman liikuntaneuvonnan vaikutuksia liikuntakäyttäytymiseen, masennukseen ja väsymykseen kroonista munuaistautia sairastavilla potilailla (n = 94)	Kesto 4kk (kysely intervention alussa ja lopussa) Interventoryhmä sai liikuntaneuvontaa yleisenä ryhmäluentona sekä yksilöllisesti puhelinneuvontana perustuen potilaan muutosvalmiuden tilaan (toteutus perustui transteoreettiseen muutosvaihemalliin)	Interventoryhmän viikoittainen liikunta- aktiivisuuden, masennuksen ja väsymyksen taso parani tilastollisesti merkitsevästi 4kk aikana. Koeryhmän tuloksissa ei havaittu merkitseviä muutoksia
Orrow ym. 2012 BMJ 2012;344:e1389	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi RCT artikkeleista Selvitettiin liikunta- aktiivisuuden edistämistä vähän liikkuvilla asiakkaila terveydenhuollossa	Mukana 15 tutkimusta (n = 8745), vähintään 12kk seuranta- aika Interventiot toteutti terveysalan ammattilainen ja ne sisälsivät ohjeita ja neuvontaa kasvotusten, puhelimen välityksellä tai molempia	Yhdellä tai muutamalla kerralla toteutunut liikuntaneuvonta osoittautui tehokkaaksi Lyhyt neuvonta on yhtä tehokasta kuin enemmän resursseja vaativat interventiot Jotta vähän liikkuva ihminen saadaan liikkumaan vuoden päästä liikuntasuosituksen mukaisesti, on annettava liikuntaneuvontaa kahdelletoista (NNT 7-33)
Aittasalo ym. 2006 Preventive Medicine 2006;42(1): 40-46	Suomalainen tutkimus Selvitettiin liikkumisreseptin vaikutuksia fyysiseen aktiivisuuteen perinteiseen liikuntaneuvontaan verrattuna terveydenhuollossa	Lääkärit (n = 67) satunnaistettiin liikkumisresepti-ryhmään ja kontrolliryhmään. Asiakkaiden (n = 265) liikkumista arvioitiin kyselyillä ennen liikuntaneuvontaa sekä 2 & 6kk kuluttua neuvonnasta	Liikkumisreseptiä voidaan suositella yhdeksi liikuntaneuvonnan toteutuksen menetelmäksi terveydenhuollossa Menetelmä voi olla hyödyllinen lisäämään viikoittaista fyysistä aktiivisuutta lyhyellä aikavälillä

Liite 3: Sosiaali- ja terveysalan opintosuunnitelmien opinnot liikuntaneuvonnasta

Tutkinnot	Opintojakso	op / ov	Sisältökuvaus
Lähihoitaja	Kuntoutumisen tukeminen	15 ov	-Kuntoutujalähtöisen kuntoutumista edistävän suunnitelman laatiminen ja toteuttaminen -Eri-ikäisten kuntoutujien kuntoutumisen ohjaus sekä terveyttä edistävän liikunnan pariin ohjaus -Elintapamuutoksiin motivointi
	Liikunta	1 ov	-Edistää liikunnan avulla terveellistä ja aktiivista elämäntapaa ymmärtäen liikunnan merkityksen toiminta- ja työkyvylle -Tutustuu terveyttä edistävään liikuntaan
	Terveystieto	1 ov	-Liikunnan, ravinnon, levon, unen, virkistykseen, ihmissuhteiden ja terveyden välisten yhteyksien ymmärtäminen ja huomiointi toiminnassa -Terveysliikunnan hyödyntäminen ja sen merkityksen ymmärtäminen toimintakyvyn ylläpitämisessä
Lähihoitaja (kuntoutuksen koulutusohjelma)	Kuntoutus (syventävät opinnot)	30 ov	-Toimintakyvyn arviointi ja mittaukset -Kuntoutuspalveluiden hyödyntäminen -Kuntoutujaryhmän ohjaustilanteiden suunnittelu, arviointi ja toteutus
Fysioterapeutti (amk)	Liikkuva ja toimiva ihminen	10 op	-Kuormituksen vaikutukset fyysisen kunnan osatekijöihin ja elinjärjestelmiin -Aerobisen kestävyuden mittarit
	Ihmisen liikkumisen ja toiminnan tunnistaminen ja analysointi	11 op	-Lihastestaus, toimintakykymittarit, ryhdin tutkiminen, liikkumisen analysointi
	Ihmisen liikkumisen ja toiminnan tukeminen ja ohjaus	15 op	-Terveyden edistämiseen tähtäävät ohjaus- ja neuvontamenetelmät -Motorinen oppiminen ja liikunnan didaktiikka -Yksilön ja ryhmän ohjauksen periaatteet ja harjoitusohjelman suunnittelu ja toteutus
	Aikuisten fysioterapia osa 1	15 op	-Terveyden edistämisen keinot eri sairausryhmiä ajatellen -Soveltavan liikunnan ohjaaminen erityisryhmille
	Aikuisten fysioterapia osa 2	13 op	-Liikunnan suunnittelu ja ohjaaminen työkykyä ylläpitävänä ja edistävänä

			toimintana -Soveltavan liikunnan ohjaaminen erityisryhmäläisille
	Ikääntyvien fysioterapia	15 op	-Liikunta ja sen ohjaaminen ikääntyville -Ikääntyvien motoristen taitojen harjoittaminen
	Lasten ja nuorten fysioterapia	12 op	-Lapsen / nuoren toiminnan analysointi ja mittaaminen -Lapsen / nuoren leikin ja liikkumisen ohjaaminen
Sairaanhoitaja (amk) & Terveystenhoitaja (amk)	Hoitotyön auttamismenetelmät	7 op	-Aktiviteetti: liikkumisen arviointi, potilaan auttaminen liikkumisessa, kuntouttava työote
	Vanhusten hoitotyö ja toimintakykyisyyden tukeminen	3 op	-Vanhuksen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu, toteutus ja arviointi -Ohjaaminen, tukeminen sekä harrastus- ja virkitystoiminta hoitotyön menetelmänä
Terveystenhoitaja (amk)	Terveystenhoitajatyön edistämisen menetelmät eri toimintaympäristöissä	3 op	-Terveyskäyttäytymisen muutoksen tukeminen -Varhainen puuttuminen ja puheeksiotto
	Työkäisen ja hänen perheensä terveystenhoitajatyö sekä työterveyshuolto	3 op	-Työkyky ja kuntouttava toiminta
	Vanhuksen ja hänen perheensä terveystenhoitajatyö	2 op	-Ikääntyvän terveyden edistäminen eri osa-alueilla (mm. liikunta)
Sosionomi (amk)	Vanhustyö	3op	-Voimavara- ja asiakaslähtöisyys, ehkäisevä ja kuntouttava työote vanhustyössä
	Kuntouttava toiminta	3 op	-Sosiaalinen kuntoutus kuntouttavana toimintana -Kuntoutumisprosessi, kuntouttava työote, asiakaslähtöisyys -Asiakaslähtöisyys kuntoutumisprosessissa
Geronomi (amk)	Vanhenemismuutokset ja vanhuksen toimintakyky	3 op	-Toimintakyvyn mittaaminen -Toimintakykyä edistävät ja heikentävät tekijät -Elämänhallinnan, hyvinvoinnin,

			terveyden ja toimintakyvyn edistäminen -Kaatumistapaturmien estäminen
	Musiikkiterapia ja luovat terapiat vanhustyössä	3 op	-Musiikkiterapian soveltaminen vanhusten- ja vanhusryhmien kanssa
	Vanhuksen kuntoutus ja fysioterapia	2 op	Vanhus kuntoutuja-asiakkaana -Liikunta ja tasapaino -Ikääntyvän toimintakyvyn edistäminen fysioterapian keinoin -Fysio- ja toimintaterapia tavallisimmissa vanhusten sairauksissa
Lääkäri (LL)	Liikkuminen	11 op	-Liikuntaelinten toiminta ja liikkeiden mittaaminen -Tuki- ja liikuntaelimestön perustutkimukset
	Ennaltaehkäisy	6 op	-Prevention periaatteet ja tasot -Elintapojen merkitys ennaltaehkäisyyn ja sairauksien synnyn kannalta -Aikuisen terveystietämystä kartoittava haastattelu, tutkimukset ja toimenpiteet
	Diagnostiikka ja hoito	10 op	-Potilaan haastattelu ja esitietojen merkitys, diagnostiset testit, hyvä kliininen tutkimustapa -Hoito elintapoja muuttamalla, kuntouttava hoito
	Liikuntalääketiede, terveysliikunta ja tapaturmatorjunta (Valittavana integroiduissa syventävissä opinnoissa)	40 op	-Tutkimusaiheet: 1. liikuntaharjoittelu ja sen vasteet verenpaineeseen, sokeri- ja rasva-arvoihin, liikapainoon; 2. terveysliikunta ja kunto; 3. Terveysliikunta, kansansairaudet ja lisääntymisterveys 4. liikunta, luusto ja osteoporoosi; 5. koti-, liikunta- ja muut vapaa-ajan tapaturmat; 6. ikäihmisten kaatumiset ja murtumat; 7. liikuntavammat ja liikuntaturvallisuus

Liite 4: Kyselylomake

Asiakkaiden liikuntaneuvontaan liittyvä kyselylomake

Taustatiedot

1. Sukupuoli

- a) Mies
 b) Nainen

2. Ikä

- a) 19-vuotta tai nuorempi
 b) 20-29-vuotta
 c) 30-39-vuotta
 d) 40-49-vuotta
 e) 50-59-vuotta
 f) 60-vuotta tai vanhempi

3. Työkokemus vuosina sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla yhteensä

- a) 5 vuotta tai alle
 b) 6 - 15 vuotta
 c) 16 - 25 vuotta
 d) 26 - 35 vuotta
 e) 36 vuotta tai yli

4. Tämänhetkinen työtehtävä organisaatiossasi

- a) Lääkäri
 b) Terveydenhoitaja
 c) Sairaanhoitaja
 d) Fysioterapeutti
 e) Kuntohoitaja
 f) Toimintaterapeutti
 g) Ravitsemusterapeutti
 h) Lähihoitaja / Perushoitaja
 i) Opiskelija, tutkinto ja arvioitu valmistumisvuosi _____
 j) Muu, mikä? _____

5. Työsuhteesi

- a) Vakituinen työsuhde
 b) Määräaikainen työsuhde
 c) Opiskeluun liittyvä harjoittelujakso
 d) Muun organisaation työntekijänä tässä organisaatiossa (= ostopalvelu tai muu erikseen sovittava työjakso)
 e) Muu, mikä? _____

6. Työaikasi tällä hetkellä

- a) Kokopäivätyö
 b) Säännöllinen osa-aikatyö
 c) Yksittäisiä työjaksoja _____
 d) Muu, mikä? _____

7. Organisaatio, jossa toimit kuuluu / on

- a) JIK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymään (Jalasjärven, Ilmajoen ja Kurikan terveyskeskukset sekä Jurvan terveysasema)
 b) Järvipohjanmaan yhteistoiminta-alueeseen (Alajärven ja Vimpelin terveyskeskukset sekä Soinin terveysasema)
 c) Kuntayhtymä Kaksineuvoiseen (Kauhavan, Evijärven, Lappajärven, Alahärmän, Korttesjärven ja Ylihärmän terveysasemat)
 d) Kuusiokuntien terveystyöntekijäyhtymä (Alavuden ja Ähtärin pääterveysasemat sekä Kuortaneen ja Töysän terveysasemat)

- e) Lapuan terveyskeskus
- f) Seinäjoen kaupungin sosiaali- ja terveyskeskukseen (Seinäjoen terveyskeskus sekä Isonkyrön, Nurmon, Peräseinäjoen ja Ylistaron terveysasemat)
- g) Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymään (Kauhajoen, Teuvan ja Isojoen terveyskeskukset sekä Karijoen terveysasema)
- h) Ähtärin sairaalan yksikkö (erikoissairaanhoido)
- i) Seinäjoen keskussairaalan yksikkö (erikoissairaanhoido)
- j) Muu, mikä

8. Missä työsi pääosin tapahtuu tällä hetkellä? Voit valita useamman eri vastausvaihtoehdon

- a) Avohoito (erikoissairaanhoidon poliklinikka ja terveyskeskusvastaanotto)
- b) Osasto, mikä?
- c) Neuvola
- d) Hoivapalvelut
- e) Kotihoito
- f) Työterveyshuolto
- g) Muu, mikä (esimerkiksi hallinto)

Seuraava -->

Asiakkaiden liikuntaneuvontaan liittyvä kyselylomake

Asiakas- ja potilastyöhösi liittyvä liikuntaneuvonta

9. Miten tärkeäksi koet liikuntaneuvonnan omissa asiakastyössäsi?

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

- 1
 2
 3
 4
 5

10a. Kuinka usein asiakastyössäsi annat liikuntaneuvontaa seuraavien asiakasryhmien kohdalla? Valitse jokaisesta kohdasta itsellesi sopivin vaihtoehto omaa asiakastyötäsi ajatellen

	Päivittäin	Viikoittain	2-3 krt kuussa	Kuukausittain	Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	En koskaan, sillä en tapaa ko. potilasryhmään kuuluvia henkilöitä	En koskaan, vaikka tapaan ko. potilasryhmään kuuluvia henkilöitä	Ohjaan liikunnan asiantuntijalle tai muulle asiantuntijalle	Ei tietoa, mihin ohjaisin
Tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sydän- ja verenkiertoelämistön sairaudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tyypin 1 ja tyypin 2 diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ylipaino ja painonhallinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syöpäsairaudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielenterveysongelmat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leikkauksen tai äkillisen sairastumisen jälkeiset tilat (esim. avh, syd.inf. tai leikkausepotilaat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10b. Jos annat liikuntaneuvontaa vielä erityisesti jollekin muulle asiakasryhmälle kuin ed. mainitut, mille asiakasryhmälle / ryhmille?

11. Ellet itse anna liikuntaneuvontaa, minne ohjaat liikuntaneuvontaa tarvitsevan asiakkaasi? Voit valita useamman eri vastausvaihtoehdon.

- a) Organisaatiossamme on hoitopolkuun liittyvä päivitetty liikunnan palveluketju, jonne asiakkaan ohjaan
 b) Kysyn kollegalta neuvoa
 c) Ohjaan suoraan fysioterapeutille
 d) Ohjaan muulle terveydenhuollon ammattilaiselle (ei fysioterapeutille)
 e) Lääkäri lähettää oman organisaatiomme fysioterapeutin vastaanotolle
 f) Lääkäri lähettää yksityisen sektorin fysioterapeutille
 g) Annan kirjallista liikuntaan liittyvää asiakasohjausmateriaalia
 h) En osaa sanoa _____
 i) Muuten, miten _____

12. Miten usein asiakkaasi itse keskimäärin kysyy sinulta liikuntaan liittyvää ohjausta ja neuvontaa?

- a) Päivittäin
 b) Viikoittain
 c) 2-3 kertaa kuussa
 d) Kuukausittain
 e) Muutamia kertoja vuodessa tai harvemmin

f) Ei ole koskaan kysytty

13. Hyödynnätkö asiakastyössäsi liikuntaneuvonnan tukena jotakin erityistä ohjausmateriaalia (esim. Ukk-liikuntapiirakka, liikkumisresepti, liikkumisohjeet)?

- a) Kyllä
 b) Työyhteisöni käytettävissä ei ole erityisesti liikuntaneuvontaan liittyvää materiaalia
 c) Materiaalia on, mutta en käytä sitä, vaan kerron asian suullisesti
 d) Liikuntaneuvonta ei liity työnkuvaani
 e) En osaa sanoa

14a. Hyödynnetäänkö työyhteisösi asiakkaiden liikuntaneuvonnassa liikkumisreseptiä? Voit valita useamman eri vastausvaihtoehdon.

- a) Hyödynnän sitä itse
 b) Muut kuin minä itse työyhteisössäni hyödyntävät sitä *
 c) En tunne liikkumisreseptiä
 d) En osaa sanoa
 e) Ei hyödynnetä

***14b. Mikäli vastasit b) kohdan, minkä ammattiryhmän edustajat sitä työyhteisössäsi hyödyntävät?**

15. Miten työyhteisössäsi toteutuvaa liikuntaneuvontaa on yleisellä tasolla hyödynnetty osana asiakastyötä?

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

<-- Edellinen Seuraava -->

Asiakkaiden liikuntaneuvontaan liittyvä kyselylomake

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen oma arvio tämän hetkisestä liikunnan vaikutuksiin sekä liikuntaneuvontaan liittyvästä osaamisestaan

16. Seuraavassa on esitetty kansansairauksiin ja liikuntaan liittyviä väittämiä. Valitse mielestäsi oikea vaihtoehto jokaisen väittämän (a, b, c) kohdalle.

16.1 Liikunta & tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet

- | | oikein | väärin | en osaa sanoa |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Osteoporoosia voidaan hidastaa ja ehkäistä liikkumalla | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Pitkittyneissä alaselkävivuuissa liikunta voi parantaa toimintakykyä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Skolioosin syntyä voidaan ehkäistä liikkumalla | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

16.2 Liikunta & sydän- ja verenkiertosairaudet

- | | oikein | väärin | en osaa sanoa |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Kohonnut verenpaine alenee kestävyystyypillisellä kohtuukuormitteisella liikunnalla | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Liikunta ei ole olennainen osa aivoinfarktipotilaan hoitoa, koska se ei ehkäise aivoinfarkteja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Sepelvaltimotaudin ehkäisyyn suositeltu liikunta vastaa yleistä terveyslääkinnän suositusta | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

16.3 Liikunta & tyypin 2 diabetes

- | | oikein | väärin | en osaa sanoa |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Liikunnan edullinen vaikutus insuliiniherkkyyteen on lyhytkestoinen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Jos sairaus on jo kehittynyt, liikunta ei enää paranna veren sokeritasapainoa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Liikunta ei suojaa tyypin 2 diabetekselta, jos henkilöllä on muitakin sydämen ja verenkiertoelimestön sairauksien vaaratekijöitä | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

16.4 Liikunta & ylipaino

- | | oikein | väärin | en osaa sanoa |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Liikunta yhdistettynä vähäenergiaiseen ruokavalioon parantaa laihtumistulosta pelkkään vähäenergiaiseen ruokavalioon verrattuna | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Liikunta, maltillinen laihtumisnopeus ja riittävä proteiinin saanti ehkäisevät lihaskatoa painon pudotuksen aikana | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Energiankulutuksen lisääminen liikuntaa lisäämällä vähentää viskeraalista rasvakudosta jopa silloin, kun paino ei vähene | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

16.5 Liikunta & masennus

- | | oikein | väärin | en osaa sanoa |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Liikunnalla ei ole vaikutusta masennusoireiden esiintyvyyteen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Liikunnasta ei ole hyötyä osana masennuksen hoitoa | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Masennuspotilaille on kehitetty oma terveyslääkinnän suositus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

17. Anna arvio omasta asiakastyöhösi liittyvästä liikuntaneuvonnan osaamisestasi tällä hetkellä (esim. liikunnan vaikuttavuus, annostelu, ohjaus, indikaatioiden sekä vasta-aiheiden tunteminen)

- a) Erinomainen (ei tarvetta lisäkoulutukseen)
- b) Hyvä (selviydyn tämän hetkisistä vaatimuksista)
- c) Kohtalainen (joissakin asioissa koen tarvitsevani lisätietoa)
- d) Välttävä (työni vuoksi tarvitsen lisää tietoa)
- e) En osaa sanoa

<-- Edellinen Seuraava -->

Asiakkaiden liikuntaneuvontaan liittyvä kyselylomake

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten liikuntaneuvontaan liittyvä koulutuspohja

18. Arvioi sosiaali- tai terveydenhuollon tutkinto-opiskelusta saamasi liikuntaneuvontaan liittyvän opetuksen määrää (arviosi voi perustua muistikuvaasi tai tarkkaan tietoon).

- a) Useampi kuin yksi aiheeseen liittyvä kurssi (luentosarja)
- b) Yksi aiheeseen liittyvä kurssi (luentosarja)
- c) Liikunnan vaikuttavuus tuotiin ilmi muiden kurssien tai opintojen yhteydessä, ei erillisenä kurssina tai luentosarjana
- d) Yksittäinen luentokerta
- e) En muistini mukaan saanut lainkaan opiskeluaikani opetusta asiakastyöhön liittyvästä liikuntaneuvonnasta
- f) En osaa sanoa

19. Kun arvioit tutkinto-opiskeluaikana saamaasi liikuntaneuvontaan liittyvää opetusta, millaisena pidät sen antamia valmiuksia työssäsi?

- a) Koen hallitsevani hyvin asiakkaiden liikuntaneuvonnan ohjaamisen ja sisällön
- b) Koen puutteita asiakkaiden liikuntaneuvontaan liittyvässä osaamisessani
- c) En koe osaavani liikuntaneuvontaan liittyvää asiakkaiden ohjaamista
- d) En koe tarvitsevani liikuntaneuvontaan liittyvää osaamistani asiakastyössä (joten opetuksen taso oli riittävä)
- e) En osaa sanoa
- f) Muuta, mitä

20a. Onko sinulla sosiaali- tai terveydenhuoltoalan tutkinnon lisäksi jokin liikunta-alaan liittyvä koulutus (esim. liikunnanohjaaja, personal trainer ym.)?

- a) Kyllä*
- b) Ei

*20b. Jos vastasit "kyllä", mikä tutkinto / koulutus?

21. Mistä olet tarvittaessa hakenut lisätietoa työssäsi tarvittavan liikuntaneuvonnan tueksi? Voit valita useamman eri vastausvaihtoehdon.

- a) Täydennyskoulutuksista
- b) Internetistä
- c) Oman työpaikkani koulutuksista
- d) Sairaanhoidopiirin järjestämistä koulutuksista
- e) Ammattikirjallisuudesta ja muista alan julkaisuista
- f) Lehdistä
- g) Joukkotiedotusvälineistä (esim. tv & radio)
- h) Omalta kuntoutusjaksolta (esim. Aslak, tyky- tms.)
- i) Avoimen yliopiston opinnoista (esim. liikuntalääketieteen perus- ja aineopinnot)
- j) En ole hakenut liikuntaneuvontaan liittyviä tietoja
- k) Muualta, mistä?

<-- Edellinen Seuraava -->

Asiakkaiden liikuntaneuvontaan liittyvä kyselylomake

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten liikuntaneuvontaan liittyvän koulutuksen ja tuen tarve

22. Koetko tarvitsevasi nykyisen osaamisesi lisäämiseksi täydenniskoulutusta tai lisävalmiuksia asiakkaan liikuntaneuvontaan liittyvissä asioissa?

- a) Kyllä
 b) En
 c) En osaa sanoa

23a. Jos vastasit "kyllä", mistä aiheista täydenniskoulutusta tai lisävalmiuksia haluaisit? Valitse itsellesi tärkeimmät aiheet ja / tai ehdota omaa aihetta

- a) Liikuntaneuvonnan vinkit, keinot ja menetelmät asiakastyössä
 b) Liikunnan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset
 c) Liikunnan terveysvaikutukset liikkumisen tehosta, määrästä ja laadusta riippuen
 d) Terveysliikuntasuosituksiset
 e) Liikkumisen monet tavat kansansairauksista huolimatta
 f) Liikunnan vaikuttavuus eri sairauksissa*
 g) Päivitetty tieto kunnan tai kuntayhtymän alueen terveystieteiden palveluista ja -ryhmistä
 h) Liikuntaneuvonta-aineiston ja teknisten laitteiden käytön opastus (esim. Ukk-liikuntapiirakka, liikkumisresepti, askelmittari, sykemittari, internet-sivut ja -laskurit)
 i) Sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon liittyvän liikunnan palveluketjun malli
 j) Liikkumisreseptin hyödyntäminen asiakasohjauksessa
 k) Kaikesta mahdollisesta liikuntaan ja liikunnan vaikuttavuuteen liittyvästä
 l) Muu aihe, mikä?

***23b. Jos vastasit kohdan "f) Liikunnan vaikuttavuus eri sairauksissa", mitkä ovat ne sairausryhmät, joista tarvitsisit täydenniskoulutusta tai lisätietoa? Voit valita useamman eri vastausvaihtoehdon ja / tai ehdottaa muuta sairausryhmää.**

- a) Liikunta & tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet
 b) Liikunta & sydän- ja verenkiertosairaudet
 c) Liikunta & tyypin 1 ja 2 diabetes
 d) Liikunta & ylipaino ja painonhallinta
 e) Liikunta & syöpäsairaudet
 f) Liikunta & mielenterveysongelmat
 g) Liikunta & muu sairausryhmä, mikä?

24a. Edistäisikö laajempi moniammatillinen yhteistyö työpaikallasi liikuntaneuvonnan hyödyntämistä asiakastyössä?

- a) Kyllä*
 b) Ei
 c) En osaa sanoa

24b. * Jos vastasit "kyllä", millainen olisi mielestäsi sopiva kokoonpano (ammattiryhmät tai ammattinimikkeet)?

24c. * Jos vastasit "kyllä", mitä liikuntaneuvontaan ja asiakasohjaukseen liittyviä asioita tulisi työstää ensisijaisesti?

Asiakkaiden liikuntaneuvontaan liittyvä kyselylomake

Kehitettävät asiat, toiveet ja muut kommentit

25. Mitkä seikat edistäisivät työpaikallasi liikuntaneuvonnan toteutumista ja sen laatua nykyisestään?

26. Miten Aksila -yksikön toiminta tukisi parhaiten asiakkaiden / potilaiden liikuntaneuvontaan liittyviä tarpeitasi? Voit valita useamman eri vastausvaihtoehdon.

- a) Sairaanhoidopiiritasoisesti järjestettävät koulutukset
- b) Yhteistoiminta-alueittain järjestettävät koulutukset
- c) Muu toiminta, millainen?
- d) Ei ole tuen tarvetta
- e) En osaa sanoa

27. Mitä muuta haluaisit sanoa?

Kiitos vastauksistasi ja ajastasi!

<-- Edellinen Lähetä

Liite 5: Saatekirje

Arvoisat

lääkärit, moniammatillinen hoito- ja kuntoutushenkilökunta sekä työharjoittelussa olevat opiskelijat

Tieteelliset tutkimukset osoittavat liikunnan olevan vaikuttava keino kansansairauksien ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Tähän perustuen liikuntaneuvonnan tulisi olla tärkeässä asemassa asiakas- ja potilastyössä.

Olen terveystieteiden opiskelija Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisestä tiedekunnasta. Teen liikuntaneuvontaan liittyvää pro gradu -tutkielmaa. Tutkielman aihe on valittu yhteistyössä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon ja terveyden edistämisen toimintayksikkö -Aksilan kanssa. Kyselyn toteuttamisesta on sovittu Aksilan ohjausryhmässä, jossa ovat edustettuina yhteistoiminta-alueiden ja sairaanhoitopiirin johtavat viranhaltijat.

Tämä Webropol-kysely on suunnattu kaikille sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille sekä yhteistoiminta-alueilla että Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Kyselyn avulla kartoitetaan liikuntaneuvonnan hyödyntämistä ja osaamista asiakastyössä sekä moniammatillisen henkilöstön liikuntaan liittyvää koulutusohjelmaa ja koulutustarpeita.

Kyselytutkimuksen tekemiseen on lupa Etelä-Pohjanmaan perusterveydenhuollon jokaisen terveyskeskuksen ja yhteistoiminta-alueen johtavalta ylilääkäriltä, Kuusiokuntien terveystieteiden yksikön johtajilta sekä sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäriltä.

Tutkimustulosten perusteella tavoitteena on järjestää jatkossa EPSHP:n alueella moniammatillisen henkilöstön osaamis- ja koulutustarpeita vastaava täsmäkoulutus.

Pyydän ystävällisesti Sinua vastaamaan oheisen Internet-linkin kautta avautuvaan kyselyyn. Antamasi vastaukset käsitellään tutkimuksessa täysin luottamuksellisesti eikä henkilöllisyytesi käy ilmi tutkielman missään vaiheessa. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista.

Pyri vastaamaan kaikkiin kysymyksiin mahdollisimman huolellisesti. Vastaa kysymyksiin valitsemalla oikeaksi katsomasi vaihtoehto / vaihtoehdot tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan. Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 10–15 minuuttia. **Vastausaika on 21.1.2013 asti.**

Tutkielmani valmistuttua saat sähköpostiisi Internet-linkin, josta tutkielmani ja sen tulokset ovat luettavissa. Annan mielelläni lisätietoja kyselyyn liittyen. Näet alla minun sekä yhteistyötahoni toimintayksikköjohtajan Matti Rekiaron ja kehittämissuunnittelija Arja Hyytiän yhteystiedot.

Kiitos osallistumisestasi jo etukäteen!

Internet-linkki kyselyyn: <http://www.webpolsurveys.com/S/25813EB84071A4DA.par>

Johanna Kuivaniemi

fysioterapeutti (amk)

terveystieteiden yo

Jyväskylän yliopisto

johanna.m.kuivaniemi@student.jyu.fi

Matti Rekiaro

Toimintayksikön johtaja, ylilääkäri

E-P:n sairaanhoitopiirin

perusterveydenhuollon ja

terveyden edistämisen yksikkö

matti.rekiaro@epsnp.fi

Arja Hyytiä

TE-kehittämissuunnittelija

HTM, fysioterapeutti

E-P:n sairaanhoitopiirin

perusterveydenhuollon ja

terveyden edistämisen yksikkö

arja.hyytia@epsnp.fi

Liite 6: Kehittämisehdotukset liikuntaneuvonnasta

Päälouokka	Alaluokka	Alkuperäisilmaus
Yhteistyö	Moniammatillinen yhteistyö	<p>”Yhteistyö eri ammattilaisten välillä”</p> <p>”Moniammatillisen tiimin toimivuus”</p> <p>”Yhdessä tekeminen ja avoimempi eri toimijoiden välinen yhteistyö”</p> <p>”Tiivis yhteistyö fysioterapeuttien kanssa...”</p> <p>”Kollegiaalinen tuki”</p> <p>”Jos olisi joka tiimissä kuntoutusvastaava”</p> <p>”Henkilökohtainen tutustuminen eri ammattilaisiin esim. Aksila yksikköön esim. koulutusten kautta, jotta helpompi ottaa yhteyttä konsultoidessa asiantuntijoita”</p>
	Sektoreiden yhteistyö	<p>”Enemmän yhteistyötä kunnan liikuntatoimen kanssa..”</p> <p>”Yhteistyö terveydenhuollon ja erilaisia liikuntamuotoja järjestävien tahojen kanssa...”</p> <p>”...jankutan lisäksi perään. Se voisi olla kolmannenkin sektorin tarjoamaa palvelua, kunhan vanhukset hyötyisivät siitä konkreettisesti”</p> <p>”Yksityisen sektorin toimijoiden liittäminen mukaan palveluverkoston”</p>
	Johdon tuki	<p>”Esimies mukana kehittämässä toimintaa...”</p>
Kehittämisehdotukset käytäntöön	Yhteiset ohjeistukset	<p>”Työnkuvan selkeyttäminen, mitä tehdään, ketä hoidetaan?”</p> <p>”Uusien opiskelijoiden ja työntekijöiden perehdyttäminen”</p> <p>”...yhteiset pelisäännöt liikuntaneuvonnan käytöstä jokapäiväisessä työssä”</p> <p>”Yhteisesti sovitut käytännöt esim. liikuntaneuvonnan antamisesta hoitosuunnitelmaa tehtäessä”</p> <p>”Yhteiset mittarit ja toimintatavat”</p> <p>”Samat hoitolinjaukset”</p> <p>”Mikäli hoito-ohjeissa olisi rutiini, että liikuntaneuvonta kuuluisi potilaan hoitoon”</p>
	Neuvontapolut	<p>”Toimintamallien kehittämien”</p> <p>”Hoitopolkujen selkiyttäminen, esim. nyt ainakin itselläni epäselvää kuinka terveyskeskusten kuntoneuvoloihin hakeudutaan...”</p> <p>”Esim. hankeperustainen palveluketjun kehittäminen”</p> <p>”Liikuntahoito näkyväksi eri sairausryhmien palveluketjuissa”</p>
	Ryhmätoiminta	<p>”Potilaille enemmän matalan kynnyksen –ryhmiä”</p> <p>”Ohjatut ilmaiset ryhmät”</p> <p>”Panostus ryhmiin”</p> <p>”Ensitietyryhmiä”</p>

	Keinot	<p>”Osastotunnit liikuntaneuvonnasta ja valmiuksien antaminen ohjaukseen”</p> <p>”...keinoja, joilla saada asiakas aloittamaan uudelleen loppahtanut liikunta tai aloittamaan ylipäätään liikunta osaksi arkea”</p> <p>”Liikuntaneuvonnan arkeistaminen ts. se on jokaisen velvollisuus ja mahdollisuus, ei vain fysioterapeuttien erikoisosaamista.”</p> <p>”...miten ohjaamme iäkkäitä henkilöitä liikkumaan turvallisesti ja heille sopivalla tavalla”</p> <p>”... näyttäminen kädestä pitäen...”</p> <p>”Kuntoutushuoneen perustaminen”</p>
	Fysio- terapeuttien hyödyntä- minen	<p>”Talon oma fysioterapia voisi huolehtia myös henkilökunnan asiapäivityksistä”</p> <p>”Kuntoneuvola enemmän esille...”</p> <p>”Jumpparit voisivat tehdä täsmäiskuja tehon henkilökunnalle”</p> <p>”Fysioterapiaopiskelijoita yksiköihin enemmän (meillä viime kesänä töissä ja hänestä valtavasti hyötyä asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien rakentamisessa...)”</p> <p>”Oman fysioterapeutin osastotunti liikuntasuosituksista...”</p> <p>”Fysioterapeutit voisivat pitää luentopalautteita hoitohenkilökunnalle pari kertaa vuodessa”</p> <p>”Jos fysioterapeutti kävisi joka viikko pitämässä synnyttäneille äideille sekä raskaana oleville tuntia / antamassa ohjeita...”</p> <p>”Jos fysioterapeutit ohjeistaisivat hoitajia enemmän ohjaamaan potilaita”</p>
	Ohjaus- materiaali	<p>”Uutta materiaalia voisi tilata ja käyttää niitä ohjauksen tukena”</p> <p>”Jos olisi jotain virallista materiaalia... Tällä hetkellä materiaali haalitaan netistä ja välitetään asiakkaalle lähinnä suullisesti...”</p> <p>”Valmiit materiaalit helposti saatavilla...”</p> <p>”Päivitetään ohjauslehtiset”</p> <p>”Kotiuttamistilanteissa kunnollinen hoito-ohje liikunnasta, mitä voi ja milloin voi tehdä”</p> <p>”Kattavan kuvakokoelman saaminen liikunnan vaikutuksista kehoon...”</p> <p>”Tehdä materiaalia”</p> <p>”Alueelle yhteinen materiaali, jossa olisi perusasiaa liikunnan ohjaamisesta ja tarpeen arviosta”</p> <p>”Liikuntakortit, joilla saisi kontrolloitua kotona tapahtuvaa liikuntaa”</p>

<p>Oman osaamisen tukeminen</p>	<p>Täydennys-koulutus</p>	<p>”Yhteinen koulutus asioiden ymmärtämiseksi” ”Koulutuksiin pääseminen” ”Odotan koulutusta” ”Osaamistason nostaminen ammattiryhmän tarpeista lähtien” ”Koulutus ja yhteistyö – asiasta ei juurikaan ole yleisesti yksikössämme puhuttu” ”..kaikille järjestelmällinen koulutus. ”Kertaus koulutuksen muodossa tekisi hyvää...” ”Aina lisäkoulutuksesta saa uutta potkua työhön” ”Jos liikuntaneuvonta muodostuisi kaikkien yleiseksi kulttuuriksi työpaikalla ja asiaan saisi riittävästi koulutusta, jotta asiasta voisi vakuuttavasti asiakkaiden kanssa keskustella, toteutettaisiin liikuntaneuvontaa varmasti nykyistä enemmän. Nyt on sellainen olo, etten ole asiantuntija tästä asiakkaille puhumaan...” ”Asiakkaiden kanssa tekemisissä olevat hoitajat saattaisivat tarvita liikuntaneuvontaan jonkinlaista peruskoulutusta” ”...ehkä juuri osaamisen puute on yksi este, ei tiedetä miten tehdä tai ohjata. Niinpä jätetään koko asia sikseen”</p>
	<p>Lisätieto</p>	<p>”Terveyspalvelujen puolelta voisi tulla tänne vanhuspalvelujen puolelle enemmän tietoa tämän päivän suosituksista...” ”Tieto olemassa olevista liikuntamahdollisuuksista” ”Tieto kaikesta palveluntarjonnasta” ”Ymmärrys liikunnan terveyttä ylläpitävästä vaikutuksesta” ”Uusimpiin tutkimustuloksiin olisi hyvä välillä aina vedota, jos niitä olisi mahdollista saada...” ”Työntekijöille nykyistä enemmän tietoa...” ”...tietopaketti, josta perusasiat löytyis helposti” ”Pysyminen ajan tasalla liikuntaneuvontaan liittyvissä asioissa” ”Info: kolmas sektori” ”Yleensä olen neuvoissani aika varovainen, kun en ole varma sairauskohtaisista suosituksista” ”Omat tietoni vaatisivat päivitystä!”</p>

<p>Liikunnan edistäminen työ-yhteisöissä</p>	<p>Motivaatio ja asenteet</p>	<p>”Pitäisi olla innostusta asiaan kaikilla tahoilla... asiallinen keskustelu ja herättely paikallaan” ”Asenteiden tarkastaminen ja liikuntaneuvontaan rohkaiseminen” ”Henkilökunnan motivoituminen näkemään terveysneuvonnan osaksi myös operatiivista toimintaa. Emme hoida tempua vaan koko ihmistä” ”Se että jokainen huomaisi voivansa vaikuttaa omalla kannustamisellaan väestön hyvinvointiin...” ”Henkilökunnan oma motivaatio liikkumiseen, sen esimerkin ja innostuneisuuden vaikutus siirtyy” ”Kaikkien työntekijöiden yhteinen panos kuntouttavaan työotteeseen” ”Liikunnan arvostaminen ja näkeminen positiivisena” ”...ilolla ja hymyllä saa tarttumapintaa ko. asiakkaisiimme jättäen kantavan hyvän liikuntamuistijäljen...” ”..eikä se ole kaikkien juttu – silti sitä voi suositella lääkkeeksi...” ”Liian vähän liikutaan ja kaikki motivaatio on tarpeen ja se satsaus tulee myöhemmin kyllä kaksin verroin takaisin” ”Ilmapiirin tulisi olla liikuntapainotteinen”</p>
	<p>Työntekijöiden liikunta</p>	<p>”Ohjaus riippuu tietysti myös ohjaajan omasta liikuntamieltymyksistä ja onko ohjaaja liikunnallinen...” ”Liikuntaneuvontaa tulisi antaa henkilökunnalle enemmän ja kun he huomaavat sen positiivisen vaikutuksen, heille voidaan suunnata koulutusta, jota he voivat sitten jakaa potilastyössä” ”Henkilökunnan oma liikkuminen, että osaa ohjata asiakkaita” ”Työpaikan tulisi enemmän korostaa liikunnan merkitystä työssä jaksamiseen esim. työterveyshuollon taholta ja säännöllisenä” ”Liikuntapassin mahdollisuus kaupungin työntekijöille” ”Työyksikköjen yhteinen liikuntapäivä” ”...työnantaja antaisi liikuntaseteleitä työntekijöilleen” ”...työntekijät itse saisivat hyödyntää liikuntaa työaikana” ”Meille istumatyöläisille voisi antaa liikuntaneuvontaa..” ”Liikuntaneuvontaa tarvitsisi henkilökuntakin jaksamisensa suhteen työssään” ”Lääkärit voisivat jakaa liikkumisreseptejä myös hoitajille”</p>
<p>Lisä-resurssit</p>	<p>Aika</p>	<p>”Tarpeeksi aikaa asiakaskontakteihin” ”Riittävästi aikaa muuhunkin kuin perustehtävän hoitamiseen” ”Jos työaika ei olisi niin tiukalla, ettei ehdi ajattelemaan neuvontaa...” ”Kirjallisista töistä enemmän aikaa asiakastyöhön” ”Pidemmät vastaanottoajat, että olisi aikaa keskustella liikunta-asioistakin”</p>

	<p>Henkilöstö</p>	<p>”...suunniteltu henkilöstömäärän lisääminen”</p> <p>”Perustettava toimi”</p> <p>”Tarpeeksi väkeä eli resursseja ohjaukseen”</p> <p>”Liikuntaan perehtynyt lääkäri”</p> <p>”Enemmän henkilökuntaa ja hoitaja, joka olisi tästä vastuussa”</p> <p>”Ulkopuolinen ohjaaja vanhuspuolelle olisi erittäin hyvä...jos yksikin lonkkamurtuma estettäisiin liikunnanohjauksella...”</p> <p>”Mielestäni personal-trainerille ja vastaaville olisi paljon käyttöä”</p> <p>”...varojen kohdentaminen tällaiseen toimintaan”</p> <p>”Osastollamme ei ole fysioterapeuttia, pitäisi ehdottomasti olla”</p> <p>”..ei ole mahdollista hyödyntää riittävästi fysioterapiapalveluita”</p> <p>”Kotihoitoon toivotaan palkattavan fysioterapeutti ahkerasti liikuttamaan asiakkaita”</p>
--	--------------------------	---