

Asko Suikkanen & Minna Harjajärvi & Maria Martin & Sinikka Tala

## RESEPTIKÖ LIIKUTTAA?

Arviointiselvitys Liikkumisreseptin käyttöönoton ja  
toimeenpanon solmukohtista  
Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiirissä



Lapin yliopisto

Yhteiskuntatutkimuksen laitos

Syksy 2005

## TIIVISTELMÄ

Liikkumisresepti-idean avulla halutaan lisätä kansalaisten aktiivisuutta itsestään huolehtimiseen ohjatulla tavalla. Tämä muodostaa koko Liikkumisresepti-hankkeen dilemman: aloite tulee terveydenhuoltojärjestelmästä, mutta vastuu on yksilöllä. Näkökulmasta riippuen Liikkumisresepti-hanke voidaan tulkita terveydenhoidon alan innovatiivisena laajentamisena tai vaihtoehtoisesti yleisen medikalisoitumiskehityksen uutena jatkeena.

Arviointiselvityksen tavoitteena on tuottaa tietoa Liikkumisreseptin alueellisesta toimeenpanosta. Selvityksessä pohditaan alueellisen toimeenpanon paikallisia eroavaisuuksia sekä Liikkumisreseptin toimeenpanon ja käyttöönoton esteitä. Arvioinnissa tuotetaan tietoa siitä, mitä tarvitaan, jotta Liikkumisreseptin alueellinen toteuttaminen ja sen laajamittaiseen käyttöönottoon paransivat. Ulkoisessa arvioinnissa keskitytään pelkästään toimeenpanon arviointiin. Kyseessä on uuden käytännön luominen, mistä johtuen kehittämissaasteet ovat erilaiset kuin perinteisessä toimeenpanotutkimuksessa.

Arviointiasetelma on vertaileva ja siinä etsitään vastauksia kysymyksiin *mikä toimii, kenen kohdalla ja missä olosuhteissa*. Haastateltaviksi on valittu Liikkumisreseptikoulutukseen osallistuneita lääkäreitä eri kunnista, joissa reseptin käyttöönotto on onnistunut eri tavoin. Haastateltavina oli kuusi terveyskeskuslääkäriä, joista neljä yleislääkäriä ja kaksi työterveyshuollon lääkäreitä sekä kaksi keskussairaalan erikoislääkäriä. Lisäksi haastateltiin kahta terveyskeskuksen fysioterapeuttia. Arviointiin on valittu sellaisia kuntia, joissa Liikkumisreseptejä on kirjoitettu runsaasti ja kokeilu on lähtenyt hyvin liikkeelle ja kuntia, joissa reseptejä on kirjoitettu vähän eikä kokeilu ole edennyt toivotulla tavalla.

Haastateltavien mielestä liikuntaneuvonta kokonaisuudessaan on hyvin merkittävä asia, mutta yksimielisyyttä vastuutahosta liikunta-asioiden osalta ei ole. Yksi näkemys on se, että liikuntaneuvonta ja myös Liikkumisreseptin kirjoittaminen on lääkärien tehtävä. Toisen näkemyksen mukaan liikuntaneuvonta kuuluu terveydenhuollon tehtäväalueeseen, mutta tässä joukossa ei ole yksimielisyyttä siitä, onko liikuntaneuvonnan antaminen ja Liikkumisreseptin kirjoittaminen lääkäreiden tehtävä. Kolmatta näkemystä edustaa se, että ihmisten liikkumiseen puuttuminen ei ole terveydenhuollon tehtävä. Vastuutahon löytäminen näyttää vaikealta erityisesti sen vuoksi, että terveydenhuolto kamppailee jatkuvasti liian vähäisten resurssien aiheuttamien ongelmien kanssa. Tällaisessa tilanteessa ei olla innostuneita ottamaan omalle vastuulle yhtään sen enempää kuin on pakko.

Liikkumisreseptikoulutuksen riittävydestä haastateltavien näkemykset erosivat. Osa lääkäreistä olisi kaivannut perusteellisempaa koulutusta etenkin itse reseptin kirjoittamisesta. Vastakkaisen näkemyksen mukaan Liikkumisreseptikoulutus on nykyisellään riittävää ja siitä koetaan saadun tarvittavaa informaatiota. Koulutukseen toivotaan enemmän interaktiivisuutta ja keskustelua, ja että kaikki liikuntaneuvontaa antavat ammattiryhmät otettaisiin mukaan koulutukseen alusta saakka. Näin kaikki palvelulinjassa mukana olevat ammattihenkilöt saataisiin keskustelemaan keskenään ja sopimaan tarkemmin eri käytännöistä ja seuranta-vastuusta. Suullisen liikuntaneuvonnan tueksi kaivataan potilaille annettavaa kirjallista materiaalia.

Varsin monet haastateltavat toivovat yleisen tiedottamisen lisäämistä paitsi Liikkumisreseptistä ja sen mahdollisuuksista, myös liikunnan terveysvaikutuksista yleensä. Selkeää näkemystä siitä, kenen toimesta tiedottaminen tulisi organisoida ja toteuttaa, ei kuitenkaan tule esiin.

Arvioinnin perusteella *hyvänä käytäntönä pidettiin* lääkäreiden mukanaolo liikuntaneuvonnassa, koska terveytensä kannalta liian vähän liikkuvia potilaita tavoitetaan juuri lääkärin vastaanotolla. Liikkumisreseptin kirjoittaminen eri ammattihenkilöiden yhteistyönä nähtiin yhtenä hyvänä käytäntönä. Yhteistyöverkostoja luotaessa jokaisen toimijan on löydettävä oma paikkansa verkostossa sekä tiedostettava oma roolinsa siinä. Eri toimijoiden on tunnettava toistensa työtä ja tiedettävä, mitä missäkin tehdään tai hoidetaan ja miten.

*Keskeisiksi solmukohdiksi* todettiin lääkäreiden innostuksen puute, näkemuserot liikuntaneuvonnan vastuutahosta ja vastuuhenkilöistä, aikapula, lääkäreiden tiedon puute paikkakunnan liikkumismahdollisuuksista sekä työtehtäviin ja -välineisiin liittyvät näkemuserot. Ongelmana oli myös se, että Liikkumisresepti on paperilomake.

Liikuntasektorin ja terveydenhuollon välillä on toistaiseksi varsin vähän toimivia, sektorirajat ylittäviä yhteistyökäytäntöjä. Yhdistettäessä terveydenhuollon ja liikuntasektorin palveluja saattaa ongelmaksi muodostua näiden kahden sektorin toimintaperiaatteiden erilaisuus. Terveydenhuollon toiminta perustuu pääasiassa jo olemassa olevien terveydellisten ongelmien ratkaisemiseen. Liikuntasektorin perusajatuksena on edistää terveyttä ja ehkäistä sairauksia ennalta. Näiden kahden sektorin välille kaivattaisiin toimivia yhteistyökäytäntöjä, jotta liikunnan terveyttä edistävä merkitys saataisiin vahvemmin esiin.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	1
2 ARVIOINNIN TOTEUTUS JA ARVIOINTIASETELMA.....	6
3 VASTUUN JAKAUTUMINEN .....	7
3.1 Liikkuminen – yksilön vai yhteiskunnan vastuulla?.....	10
3.2 Terveystieteiden vastuu yksilöiden liikuttamisesta? .....	12
3.3 Välitilin päätös: Lääkäreiden suhtautuminen Liikkumisreseptiin.....	14
4 LÄÄKÄREIDEN KVALIFIKAATIOT JA LIIKKUMISRESEPTIKOULUTUS. 15	
4.1 Liikkumisreseptikoulutuksen riittävyys .....	15
4.2 Liikkumisreseptikoulutuksen lisääminen ja uudelleen kohdentaminen.....	17
4.3 Lääkäri konsulttina vai auktoriteettina? .....	19
5 YKSILÖLLINEN LIIKUNTANEUVONTA .....	20
5.1 Liikkumaan yksin tai yhdessä .....	21
5.2 Liikuntaneuvonta ja sen tarpeellisuus .....	22
5.3 Liikuntaneuvontaan käytettävä aika.....	23
5.4 Liikkumisresepti liikuntaneuvonnan työkaluna .....	25
5.5 Potilaiden suhtautuminen liikuntaan ja Liikkumisreseptin kirjoittamiseen .....	26
5.6 Liikkumisreseptikäytäntö ja liikunnan terveysvaikutuksista tiedottaminen .....	30
6 YHTEISTYÖ JA TYÖNJAKO .....	32
6.1 Lääkärin auktoriteettiasema terveydenhuollossa .....	33
6.2 Näkemyksiä terveydenhuoltohenkilöstön suhtautumisesta Liikkumisreseptikäytäntöön .....	35
6.3 Yhteistyön nykytila .....	36
6.4 ...sekä ehdotuksia Liikkumisreseptikäytäntöjen kehittämiseksi .....	36
6.5 Liikkumisreseptikäytäntöjä – paikalliset mallit .....	38
7 HYVÄT KÄYTÄNNÖT.....	40
8 KESKEISET SOLMUKOHDAT.....	41
9 SUOSITUKSET/KEHITYSEHDOTUKSET .....	44
LÄHTEET.....	49

LIITE 1. Liikkumisreseptilomake

LIITE 2. Haastattelurunko

## 1 JOHDANTO

Liikunnan myönteiset vaikutukset terveyteen on tiedetty jo pitkään. Kohtuullisen, säännöllisen liikunnan myönteisistä terveysvaikutuksista saadaan jatkuvasti vahvempaa tutkimusnäyttöä. Liikuntaa ja terveydenhuoltoa on alettu kytkeä yhä tiiviimmin yhteen, jotta erityisesti terveytensä kannalta liian vähän liikkuvat ihmiset saataisiin innostumaan säännöllisestä liikunnasta. Suomalaisista aikuisista harvempi kuin joka kolmas liikkuu terveytensä kannalta riittävästi eli lähes päivittäin, joten tarve väestötasoiseen liikunnan edistämiseen on huomattava. Tämän toteutumiseksi tarvitaan kouluissa riittävää liikuntakasvatusta liikuntataitojen opettamiseksi ja pysyvän liikuntaharrastuksen virittämiseksi, aikuisväestölle suunnattua liikunnan ja terveydenhuollon ammattilaisten aktiivista tiedotustyötä liikunnan terveysvaikutuksista sekä yhteiskunnan tukea hyvälle harrastusmahdollisuuksille turvallisissa liikuntaympäristöissä, etenkin lähellä kotiympäristöä sijaitsevissa lähiliikuntapaikoissa. (Vuori & Miettinen 2000, 91.) Erään suosituksen mukaan kaikkien lasten ja aikuisten tulisi liikkua kohtalaisesti kuormittavalla tavalla vähintään puoli tuntia useimpina päivinä viikossa, mieluiten päivittäin. (Mertaniemi & Miettinen 1998, 29.) Terveyttä edistävää liikuntaa, joka vastaa liikkujan kuntoa, taitoja ja motivaatiota eikä sisällä vammautumisen tai sairastumisen vaaraa, on alettu kutsua terveysliikunnaksi. Terveysliikuntaan osallistumisen kynnys on matala, sillä se ei edellytä kalliita suorituspaikkoja, tiloja, rakenteita, laitteita eikä erityisiä taitoja tai varusteita. (Terveysliikunnan paikalliset suositukset 2000, 6, 9.)

Kaiken kaikkiaan ihmiset liikkuvat vähemmän kuin ennen, ja etenkin arki- ja hyötyliikunnan osuus kaikesta liikkumisesta on vähentynyt huomattavasti. Arkielämästä selviytyminen ei vaadi suurta fyysistä ponnistelua. Elämäntapojen ja elinympäristön muutosten vuoksi nykyihminen ei välttämättä saa kovinkaan paljon fyysistä rasitusta arkielämässään. Liikunnan puutteesta onkin tullut merkittävä terveyttä ja toimintakykyä uhkaava tekijä. Teollistuneessa yhteiskunnassa arkielämä ja työteko eivät riitä tyydyttämään ihmisten liikkumisen tarvetta, vaan on syntynyt yleinen liikuntavaje. Tarvitaan erityistä liikuntakulttuuria torjumaan teknologisen elämäntavan ja liikuntavajeen aiheuttamia ongelmia. Liikuntakulttuurin monipuolistuminen on kuitenkin hidaskäynnissä. Yhteiskunnan tuen varmistamiseksi liikunta tarvitsee tehtävilleen yleisen yhteiskunnallisen hyväksynnän. Yhteiskunta on valmis panostamaan liikuntakulttuurin kehittämiseen sitä enemmän, mitä paremmin sen tuotokset edistävät kansalaisten ja yhteiskunnan hyvinvointia. Väestön terveydellä on yhteiskunnalle suuri taloudellinen merkitys. Liikunnan terveysvaikutuksista syntyy säästöjä sosiaali- ja terveydenhuollossa, muun muassa sairauskustannusten ja laitoshoidon tarpeen vähentämisen muodossa. (Mertaniemi & Miettinen 1998, 8-9, 29, 33.)

Liikkumisresepti-hankkeen taustalla on ollut toisaalta tieto terveytensä kannalta liian vähän liikkuvista suomalaisista, toisaalta tieto muualla maailmassa Liikkumisreseptin käytöstä saaduista hyvistä kokemuksista (Ståhl 2005, 7). Liikkumisresepti on ollut laaja yhteistyöhanke, jonka toteutukseen osallistuvat Suomen Reumaliitto, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Sydänliitto, UKK-instituutti, Kunnossa Kaiken Ikää -ohjelma sekä Jyväskylän yliopiston Terveiden edistämisen tutkimuskeskus. Hankkeen tavoitteena on ollut luoda käytäntö liikunnan hyödyntämiseksi osana perusterveydenhuollon toimintaa. Liikuntaneuvonnan lisäämisen ja helpottamisen lisäksi tavoitteena on ollut vahvistaa yhteistyötä liikuntaa järjestävien tahojen ja terveydenhuollon välillä. Liikkumisresepti-hanke käynnistyi vuonna 2001. Tuolloin toteutettiin kaksivaiheinen pilottiprojekti, jonka avulla kehitettiin paitsi Liikkumisresepti myös toimintamalli sen käyttöön ottamiseksi. Liikkumisreseptin levittäminen käytäntöön on tapahtunut koulutustilaisuuksien kautta, joita hanke on järjestänyt yhteistyössä muiden koulutusta järjestävien tahojen kanssa.

(<http://www.liikkumisresepti.net/mikaonhanke.html> 24.5.2005)

Liikkumisresepti on lomake (liite 1), johon kirjataan asiakkaalle yksilöllinen liikkumisohje. Se ohjaa myös liikuntaneuvonnan toteuttamista. Liikkumisresepti on tarkoitettu lääkäreiden työkaluksi helpottamaan vastaanotolla tapahtuvaa liikuntaneuvontaa. Resepti sisältää liikuntaneuvonnan keskeisimmät sisällöt. Reseptiä kirjoittaessaan lääkäri neuvoo potilasta myös suullisesti.

Liikkumisreseptiin täytettävät kohdat ovat 1) asiakkaan nykyinen liikkuminen ja arvio siitä, onko se terveyden kannalta riittävää 2) liikkumisen tavoitteet ja/tai terveysperusteet 3) liikkumisohje (liikkumismuodot tai lajit, liikunnan useus, kesto ja rasittavuusaste) 4) mahdolliset lisäohjeet ja 5) liikkumisen toteutumisen arviointi ja seuranta. Liikkumisresepti on muotoiltu siten, että se valmiiksi strukturoituna lomakkeena helpottaa liikuntaneuvonnan antamista, mutta kuitenkin mahdollistaa laajan yksilöllisen ja paikallisen variaation (Ståhl 2005, 8).

Suomalainen aikuinen käy keskimäärin kaksi kertaa vuodessa terveyskeskuslääkärin ja joka toinen vuosi työterveyslääkärin luona. Tätä taustaa vasten lääkäreillä on periaatteessa hyvät mahdollisuudet vaikuttaa terveytensä kannalta liian vähän liikkuvien henkilöiden liikkumistottumuksiin. Lääkäreiden liikuntaneuvontaa vaikeuttaa kuitenkin muun muassa se, ettei potilas yleensä tule vastaanotolle liian vähäisen liikkumisen vuoksi. Tulosityy on useimmiten jokin aivan toinen, ja sen käsitteleminen vie vastaanottoon varatun ajan lähes kokonaisuudessaan. Ongelmana ovat lisäksi lääkäreiden puutteelliset tiedot yleisistä liikuntasuosituksista sekä yksityiskohtaisten liikkumisohjeiden antamisesta. Näihin ongelmiin ja vaikeuksiin pyritään tarttumaan ja niitä pyritään helpottamaan Liikkumisresepti-hankkeeseen liittyvän koulutuksen avulla. (<http://www.liikkumisresepti.net/mikaonhanke.html> 24.5.2005)

Lääkärin lisäksi koko terveydenhuollon henkilöstön, kuten fysioterapeuttien, hoitajien sekä liikuntaa järjestävien tahojen rooli on merkittävä vähintäänkin siitä hetkestä lähtien, kun potilas on saanut Liikkumisreseptin. Fysioterapeutit, hoitajat tai liikunta-alan ammattilaiset voivat vastata liikkumisen toteutumisen seurannasta ja arvioinnista lääkärin kirjoitettua reseptin. Oleellista on, kuinka asia kokonaisuudessaan pystytään ja halutaan paikallistasolla järjestää.

Liikkumisedellytysten luomisessa, tiedottamisessa ja toiminnan järjestämisessä liikuntatoimen ja muiden liikuntaa järjestävien tahojen panos on huomattava. Mikäli potilas haluaa liikkua ohjatussa ryhmässä, on terveyskeskuksessa oltava tarvittava ja ajanmukainen tieto kunnassa tarjolla olevista eritasoisista liikuntaryhmistä. Niin sanotut matalan kynnyksen ryhmät palvelevat erityisliikuntaa tarvitsevia henkilöitä, joiden peruskunto on alhainen tai jotka tarvitsevat erityisohjausta sairautensa takia. Tällaista erityisohjausta tarvitsevia henkilöitä on esimerkiksi sydänpotilaiden, alaraajojen nivelrikkoa, neurologisia sairauksia ja osteoporoosia sairastavien sekä ylipainoisten ja ikääntyneiden ryhmissä. Saumaton yhteistyö ja informaationvaihto terveydenhuollon ja liikuntaa järjestävien tahojen välillä voidaan katsoa olevan Liikkumisreseptin käyttöönoton yksi edellytys. (<http://www.liikkumisresepti.net/mikaonhanke.html> 24.5.2005)

Liikkumisresepti-hanke kansallisena hankkeena liittyy toisaalta sairauden hoidon laajenemiseen terveyden ja hyvinvoinnin alueille ja siten uusien toimintamallien kehittämiseen sekä toisaalta yksilön (asiakkaan) position muutokseen hoidon prosessissa. Paikallisena ja alueellisena hankkeena Liikkumisreseptin toteuttamisen nykytilanne kuvaa universaalisten toimintamallien ongelmallisuutta ja innovaatioiden välttämättömyyttä paikallisessa soveltamisessa. Liikkumisresepti-idean avulla halutaan lisätä kansalaisten aktiivisuutta itsestään huolehtimiseen ohjatulla tavalla. Tämä muodostaa koko Liikkumisresepti-hankkeen dilemman: aloite tulee terveydenhuoltojärjestelmästä, mutta vastuu on yksilöllä. Näkökulmasta riippuen Liikkumisresepti-hanke voidaan tulkita terveydenhoidon alan innovatiivisena laajentamisena tai vaihtoehtoisesti yleisen medikalisoitumiskehityksen uutena jatkeena.

Hyvinvointi kerääntyy samoille ihmisille. Kuilu hyvin ja huonosti voivien ihmisten välillä kasvaa. Sama ilmiö on nähtävissä myös liikunnan osalta. Väestö jakaantuu kahtia: osa liikkuu paljon, osa ei liiku juuri lainkaan. (Ks. myös Kokkonen 1995, 35.) Vapaa-ajan liikunnan harrastus on lisääntynyt, mutta samaan aikaan liikuntaa harrastamattomien osuus on jonkin verran kasvanut (Sosiaali- ja terveystietokeskus 2002, 34). Suurimpana kansanterveydellisenä haasteena onkin saada säännöllisestä liikkumisesta innostumaan juuri ne, jotka eivät harrasta liikuntaa lainkaan ja joiden lähtötaso on todella alhainen. Mertaniemen & Miettisen (1998, 39) mukaan esimerkiksi työpaikkojen liikunnallisiin aktiviteetteihin osallistuu noin kolmannes työntekijöistä, mutta niihinkin osallistuvat kaikkein ahkerimmin muutoinkin liikuntaa harrastavat.

Tietoa liikunnan terveyttä edistävästä vaikutuksesta on hyvin saatavilla ja se saavuttaa suurimman osan ihmisistä. Haaste on siinä, miten liikunnasta muodostuisi osa ihmisen normaalia, päivittäistä arkielämää, eikä se olisi vain erillinen, silloin tällöin suoritettava toiminto. Liikkumisen säännöllisyys on tärkeää, sillä liikunnan avulla saavutetut myönteiset terveysvaikutukset alkavat heiketä hyvin nopeasti ja katoavat muutamassa kuukaudessa, mikäli liikunnan harrastaminen lopetetaan. Säännöllinen liikunta pienentää ennenaikaisen kuoleman vaaraa sekä ennalta ehkäisee useita sairauksia. Tämän lisäksi liikunnalla on merkitystä monien sairauksien hoidossa. Rynänen ym. (1999,16) mukaan yksilöiden kannalta on hyvä, että sydän- ja verisuonitauteihin sairastumista ja kuolemista on pystytty siirtämään työikäisistä vanhempiin ikäryhmiin. Suomessa ei ole kuitenkaan koskaan aiemmin ollut yhtä paljon sydänsairaita kuin nyt. Terveystuotopalvelujen tarve on paradoksaalisesti sitä suurempi, mitä paremmin ennenaikaisen sairastavuuden ja kuolleisuuden torjumisessa onnistutaan.

Liikunnan kielteisin tulos ovat liikuntavammat. Ne aiheuttavat yksilölle ja yhteiskunnalle kustannuksia työpanoksen alentumisena tai menettämisenä sekä lisääntyneinä terveydenhuoltokuluina. Liikunnan hyödyt ovat kuitenkin moninkertaiset verrattuna vammoista aiheutuviin haittoihin. Suurin osa liikuntavammoista on harmittomia kolhuja ja ruhjeita, jotka eivät vaikuta työhön tai vapaa-aikaan. (Louhevaara 1995, 18.) Etenkin terveys- ja kuntoliikunnassa liikunnan terveyshaittojen vaara on varsin pieni. Riskejä voidaan pienentää valitsemalla liikunnan määrä ja raskuusaste kohtuulliseksi suhteessa kunkin liikkujan omaan terveyteen, kuntoon ja taitoihin. (Mertaniemi & Miettinen 1998, 33.)

Väestön ikääntyessä liikunnan merkitys ihmisten terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpidossa kasvaa. Liikuntaa tarvitaan sekä sairauksien ennalta ehkäisyssä että myös sairauksien hoidossa ennen lääkehoidon aloittamista tai sen lisänä. Erityisen hyviä kokemuksia liikunnasta sairauksien ennalta ehkäisyssä on saatu diabeteksen osalta. Liikunta auttaa myös painonhallinnassa, tuki- ja liikuntaelämistön ongelmien sekä sydän- ja verisuonitautien ennalta ehkäisyssä ja hoidossa. (Mertaniemi & Miettinen 1998, 29–31; Terveysliikunnan paikalliset suositukset 2000, 6–7; Vuori & Miettinen 2000, 110.)

### *Liikkumisresepti ja yksilön motivaatio*

Yksilön arjen näkökulmasta Liikkumisreseptissä on kysymys hyvinvoinnin tai suppeammin liikuntakäyttäytymisen muutoksen mahdollisuudesta ja toteutumisesta. Muutos edellyttää yksilöltä sekä motivaatiota että sitoutumista, jotka muodostavat Liikkumisreseptikäytännön onnistumisen ja tuloksellisuuden vajeet. Leontjevin (1977) mukaan eri henkilöillä motiivien tärkeysjärjestys on erilainen. Leontjevin mukaan psyykkisten ilmiöiden ja ulkomaailman välillä on kohteellista toimintaa. Yksilön toiminta rakentuu hierarkkiseksi järjestelmäksi, jota vastaa analoginen motiivijärjestelmä. Ihmisen toiminnan ylimmällä hierarkiatasolla ovat erilaiset motiivien

ohjaamat toiminnat. Yksi toiminta toteutetaan toisten toimintojen avulla, joita taas motivoivat erilaiset tavoitteet. Kutakin toimintoa taas toteutetaan erilaisten tekojen avulla, joilla on erilaiset alatavoitteet. (Nurmi & Salmela-Aro 2002, 14–15.) Leontjevia mukaillen voidaan siis ajatella, että Liikkumisreseptikäytäntö toimii tavoitteen ja tekojen tasolla. Liikkumisreseptiin kirjataan liikuntamäärän ja -muodon alatavoitteet, joiden toivotaan konkretisoituvan liikuntatekoina. Näiden kautta ihmisten odotetaan omaksuvan liikkumiskäytäntöjä. Liikkumisreseptiä kirjoitettaessa ihmisen motivaation muodostumista on usein vaikea arvioida, koska elämäntavan kartoittaminen jää vaillinaiseksi aikarajoitteiden puitteissa. Oletetaan, että ihmiset motivoituvat auktoriteettiasemasta kirjoitetun Liikkumisreseptin mukaan. Elämäntavan kartoittaminen kuitenkin olisi keskeistä yksilön motivaation kannalta. Liikkumiskäytännön ja erityisesti elämäntavan muutokseen tarvitaan motivaatiota. Yksilön näkökulmasta vasta liikkumiskäytännön muutos on Liikkumisreseptin vaikuttavuuden (tuloksellisuuden) mitta.

Liikkumisreseptin toiminnallinen vaste on yksilölle vaikeasti ilmenevä ja ehdollisesti toteutuva, toisin kuin monissa muissa yhteiskunnallisissa interventioissa (hoito, tuki, tulonsiirto yms.). Yksilön käyttäytymisen muutos ehdollistaa Liikkumisreseptin toiminnallisuutta ja vaikuttavuutta. Yksilö on Liikkumisreseptin yhteydessä todentuvan hyvinvoinnin itsenäinen toimija ja tekijä, jolloin motivaatio ja sitoutuminen muodostavat kokonaisuuden keskeiset solmukohdat.

Yksi keskeinen normatiivinen kysymys Liikkumisreseptin yhteydessä on juuri yhteiskuntapolitiikan mahdollisuus ohjata yksilön käyttäytymistä. Yhteiskuntapolitiikan keinot ovat kehittyneet altruistisina ja vastikkeellisina, materiaalisina tai materiaalis-pohjaisina keinoina (vakuutus, tuki, koulutus, palvelut). Liikkumisreseptin hyöty ja vastike on vaikeasti hahmotettava ja vasta yksilön käyttäytymisen myötä näkyväksi realisoituva. Liikkumisresepti ratkaisee tätä ongelmaa auktoriteettimuodolla ja asian tuntijan auktoriteettiasemaa käyttämällä. Tällainen asetelma muodostaa koko hankkeen keskeisen käsitteellisen ja myös toiminnallisen onnistumisen solmukohdan. Miten ja missä määrin reseptimuodon käyttö motivoi ja sitouttaa asiakasta (yksilöä) muuttamaan jo muotoutuneita liikkumis- ja käyttäytymistottumuksia? Liikkumisreseptin yhteydessä ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota liikkumisen ja liikkumiskäyttäytymisen ajallisuuteen ja siihen, missä määrin kysymys on lyhytaikaisen käyttäytymisen muutoksesta, missä määrin pidemmästä ja laadullisesti vaativammasta pitkäaikaisesta käyttäytymismuutoksesta sekä siihen, kuinka tällainen muutos on mahdollista saada aikaan.

Liikkumisresepti ei ole pelkästään hoidon ketjun viimeisiä ja viimesijaisia osia, vaan myös uusi muoto ja käytäntö hoidon ja toisenlaista toimintalogiikkaa edustavan liikunnan ja liikkumisjärjestelmän rinnalle. Jo kuntoutuksen omaksumisessa hoidon kolmanneksi vaiheeksi on ollut suuria ongelmia ja tilanne, jota liikkumisen aktualisoituminen edustaa ja problematisoi, näyttäytyy pikemminkin hoidon neljäntenä

vaiheena. Liikkumisreseptin toimimisen käytännöissä on kysymys erilaista toimintalogiikkaa noudattavien yhteiskuntapoliittisten järjestelmien integroimisesta ja yhteensopivuudesta tulevaisuudessa. Uuden käytännön kehittämisessä on ollut toissijaisempaa huomioida liikkumisen ja liikkumisjärjestelmän intressit, mahdollisuudet ja käytännöt. Ensisijaista on ollut hoidon ketjun pidentäminen neljänteen vaiheeseen, yksilön omiin toimiin ja käyttäytymiseen.

Tieto muodostaa Liikkumisreseptikäytännön yhden solmukohdan. Reseptimuoto perustuu asiantuntijan tiedon ja tietämyksen keskeisyyteen sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa, joita Liikkumisresepti yhtenä liikkumisneuvonnan lajina edustaa. Keskeinen kysymys tällöin on se, edistääkö Liikkumisresepti terveydellisen tiedon, so. liikkumistiedon, sisäistämistä oman käyttäytymisen perusteeksi.

Valtakunnallisesti Liikkumisresepti-hankkeesta on tehty arviointi (Ståhl 2005), jossa perustulokset näyttivät hyvin myönteisiltä. Systemaattinen tiedonkeruu arviointiin suoritettiin vuoden 2003 loppuun mennessä, vaikkakin tietojenkeruuta jatkettiin vuoden 2004 loppuun saakka useimpien tunnuslukujen osalta (mt. 6). Liikkumisresepti-hankkeella on ollut elinkaarensa, jota lähdettiin toteuttamaan lääkärikeskeisesti suhteellisen pienimuotoisella koulutuksella. Tällöin ei mietitty valtakunnallisesti toteuttamiseen liittyviä solmukohtia ja niitä ongelmakohtia, jotka ovat nyt tulleet esille ja joita pohdimme tämän arviointiraportin seuraavissa luvuissa.

## **2 ARVIOINNIN TOTEUTUS JA ARVIOINTIASETELMA**

Arviointiselvityksen tavoitteena on tuottaa tietoa Liikkumisreseptin alueellisesta toimeenpanosta. Selvityksessä pohditaan alueellisen toimeenpanon paikallisia eroavaisuuksia sekä Liikkumisreseptin toimeenpanon ja käyttöönoton esteitä. Arvioinnissa tuotetaan tietoa siitä, mitä tarvitaan, jotta Liikkumisreseptin alueellinen toteuttaminen ja sen laajamittaiseen käyttöönottoon paransivat. Toimeenpanon arvioinnin tulisi edetä rinnan vaikuttavuuden arvioinnin kanssa, mutta resurssien vähäisyyden vuoksi ulkoisessa arvioinnissa keskitytään pelkästään toimeenpanon arviointiin. Kyseessä on uuden käytännön luominen, mistä johtuen kehittämishaasteet ovat erilaiset kuin perinteisessä toimeenpanotutkimuksessa. Arvioinnissa korostuu toimeenpanon solmukohtien tunnistaminen (esim. esteet Liikkumisreseptin laajamittaiselle käyttöönotolle, lääkäreiden mahdollisuudet Liikkumisreseptien kirjoittamiseen, erilaisten alueellisten palvelumallien luominen, asiakkaiden asenne- ja motivaatio-ongelmat) ja niistä eteneminen. Arviointitutkimus on osa elokuussa 2004 aloitettua kaksivuotista Liikkumisreseptin alueellinen toteuttaminen ja vaikutusten arviointi -hanketta, joka toteutetaan Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Kuortaneen Urheilupuiston yhteistyöhankkeena. Hanke on mahdollistunut sosiaali- ja terveysministeriön tuella.

Arviointiasetelma on vertaileva ja siinä etsitään vastauksia kysymyksiin *mikä toimii, kenen kohdalla ja missä olosuhteissa*. Näin ollen haastateltaviksi on valittu Liikkumisreseptikoulutukseen osallistuneita lääkäreitä erilaisista kunnista, joissa kokeilu on onnistunut eri tavoin. Varsinainen ulkoista arviointia varten kerätty aineisto koostuu pääosin Asko Suikkasen ja Sinikka Talan maaliskokuussa 2005 toteuttamista lääkäreiden ja fysioterapeuttien haastatteluista (liite 2), joita analysoidaan laadullisin menetelmin. Haastatellut lääkärit toimivat pääasiassa perusterveydenhuollossa. Haastateltavina oli kuusi terveyskeskuslääkäriä, joista neljä yleislääkäriä ja kaksi työterveyshuollon lääkäreitä, kaksi keskussairaalan erikoislääkäriä sekä kaksi terveyskeskuksen fysioterapeuttia. Arviointiin on valittu sellaisia kuntia, joissa liikkumisreseptejä on kirjoitettu runsaasti ja kokeilu on lähtenyt hyvin liikkeelle ja kuntia, joissa reseptejä on kirjoitettu vähän eikä kokeilu ole edennyt toivotulla tavalla. Valitut kunnat ovat Soini, Ilmajoki, Seinäjoki sekä Alavus. Soinissa kokeilu on lähtenyt hyvin liikkeelle, Seinäjoella liikkumisreseptejä on kirjoitettu jossain määrin, Ilmajoella vähän ja Alavudella kokeilu vaatii vielä kehittämistä.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoituksena oli tuottaa tietoa Liikkumisreseptin alueellisesta toimeenpanosta ja tutkia paikallisia eroavaisuuksia. Tarkoituksena oli tehdä tapaus- ja paikkakuntakohtaiset arviointianalyysit, joissa olisi yhdistelty erilaisia aineistoja. Alueellisen toimeenpanon arviointi ja siinä olevat paikalliset eroavaisuudet ovat jääneet arviointitutkimuksessa vähäisemmälle huomiolle, sillä tutkimukseen valituilla paikkakunnilla paikallisten mallien kehittämisessä ei olla vielä niin pitkällä kuin alun perin oletettiin. Tästä syystä on jouduttu luopumaan myös tapaus- ja paikkakuntakohtaisista arviointianalyseista. Arvioinnissa keskitytään sen sijaan Liikkumisreseptin toimeenpanon ja käyttöönoton mahdollisten esteiden tunnistamiseen sekä keskeisimpien solmukohtien löytämiseen. Tämän lisäksi seurataan Liikkumisreseptin käyttöönottoon vaikuttavia tekijöitä ja etsitään mahdollisia hyviä käytäntöjä.

### 3 VASTUUN JAKAUTUMINEN

Haastattelemamme terveydenhuollon edustajat kritisoivat Liikkumisreseptin ideaa siitä, että siinä lähdetään ottamaan vastuuta yksilön liikkumisesta hänen puolestaan. Kopperin (2000, 13) mukaan hyvinvointivaltiota on pidetty moraalisen näkökulmasta jopa vahingollisena. Sen on väitetty rappeuttavan yksilön moraalista siirtäessään moraalista vastuuta yksilöiltä instituutioille. Ihmisten ei enää tarvitse kantaa vastuuta sen enempää omasta kuin läheistensäkin hyvinvoinnista, sillä hyvinvoinnin turvaaminen on yhteiskunnan tehtävä. Kriitikoiden mielestä tällainen ajattelutapa on heikentänyt yksilöiden ja yhteisöjen kykyä omaehtoiseen moraaliseen toimintaan. Ihmisistä tulee passiivisia ja yhteiskunnasta riippuvaisia ja he keskittyvät vartioimaan omia etuuksiaan. Jokainen pyrkii olemaan etuuksien saajana, mutta kukaan ei halua

maksaa kustannuksia eikä osallistua yhteisen hyvinvoinnin rakentamiseen. Nämä ihmiset siirtävät vastuun omasta elämästään toisten ihmisten kannettavaksi. Hyvinvointivaltiota tulisikin siirtyä hyvinvointiyhteiskuntaan, jossa valtio ei ole pääasiallinen hyvinvoinnin tuottaja. Yhteiskunnallisten instituutioiden sijasta tulisi korostaa yksityisten ihmisten, perheiden sekä erilaisten vapaaehtoisuuteen perustuvien järjestöjen vastuuta ihmisistä ja heidän hyvinvoinnistaan. Ihmiset on saatava huomaamaan, että he itse ovat pääasiallisesti vastuussa omasta ja myös läheistensä hyvinvoinnista. (Kopperi 2000, 13–14.)

Hyvinvointivaltiossa yhteiskunta pyrkii korjaamaan hyvinvoinnissa ilmenevät epäkohdat ilman että ihmisille itselleen annettaisiin mahdollisuus ottaa niistä vastuu. Ihmiset pitävät hyvinvointivaltion palveluja oikeuksina, jotka yhteiskunnan on turvattava heille. Samalla ihmiset kuitenkin kieltäytyvät huolehtimasta niistä velvollisuuksista, joita oikeuksien turvaaminen edellyttäisi. Tästä syystä olisi erityisen tärkeää kiinnittää huomiota ihmisten velvollisuuksiin. Velvollisuuksien puolestapuhujat katsovat, että velvollisuuksien ja henkilökohtaisen vastuun tunnustaminen muodostavat keskeisen yhteiskunnallisen hyvinvoinnin perustan. Vastuun on lähdettävä alhaalta ylöspäin. Oikeuksia korostavat puolestaan pitävät ensisijaisena pyrkimystä vastata ihmisten tarpeisiin ja löytää ratkaisuja heidän ongelmiinsa. (Kopperi 2000, 14–15; ks. myös Kokkonen ym. 2004, 74.)

David Schmitz (1998) erottaa sisäistetyn ja ulkoistetun vastuun. Vastuun ulkoistaminen tarkoittaa sitä, että omat teot ja niiden seuraukset nähdään jonkun toisen ongelmaksiksi. Kun ihminen ulkoistaa vastuunsa, hän olettaa muiden ihmisten huolehtivan hänen elämästään ja hyvinvoinnistaan. Hän näkee hyvinvointinsa oikeutenaan, jonka toiset ovat velvollisia turvaamaan hänelle. Sisäistäessään vastuunsa ihminen ymmärtää, että hän on ensisijaisesti itse vastuussa teoistaan ja tekemättä jättämisistään. Hän pitää itseään velvollisena huolehtimaan omasta ja läheistensä hyvinvoinnista. Schmitzin mukaan olennainen ero näiden näkemysten välillä on se, että jotkut ihmiset näkevät hyvinvoinnistaan huolehtimisen omaksi ongelmakseen, toiset pitävät sitä muiden ongelmana. (Schmitz 1998, 8–9.)

Liikkumisen suhde sairauteen on monimutkaisempi kuin liikkumisen suhde terveyteen. Sairastuneen potilaan vastuulla on noudattaa annettuja ohjeita ja sitä kautta parantua. Engeströmin (1999, 20) mukaan sairaan roolin muodostavat oikeuksien ja velvollisuuksien vastavuoroinen rakenne. Lääkärin antaessa potilaalle vapautuksen tiettyjen velvollisuuksien hoitamisesta yhteiskunnassa, potilas puolestaan hyväksyy vapaaehtoisesti lääkärin asiantuntemuksen sekä alistuu lääkärin hoitoratkaisuille tavoitteenaan paraneminen ja siten velvollisuuksien hoitamiseen palaaminen. Engeströmin (mt.) mukaan Parsons luonnehti potilas-lääkärisuhdetta toimijoiden yhteisenä yrityksenä, jossa lääkäri tekee parhaansa potilaan hyväksi ja jossa potilas tekee oman osuutensa potilaana.

Liikkumisreseptillä pyritään vaikuttamaan ihmisten liikuntatottumuksiin ja sitä kautta elämänsisältöön. Ihmisen liikkumistottumuksiin vaikuttaminen on yritystä muuttaa hänen elämäntapojaan laajemminkin. Elämäntapamuutokset tapahtuvat kuitenkin varsin hitaasti. (Ks. myös Sosiaali- ja terveystietokeskus 2002, 34.) Kokkosen (1995, 7) mukaan ihminen varjelee olemassa olevia käsityksiään yleensä hyvin pitkään. Uuden mielikuvan omaksuminen vaatii sekä aktiivista ajatustyötä että vankkoja tieto- ja tunnepohjaisia perusteluja. Tieto yksin ei yleensä riitä muuttamaan mielikuvia ja käyttäytymistä. Tämän on Kokkosen mukaan osoittanut esimerkiksi ihmisten suhtautuminen ympäristöasioihin. Tottumukset muuttuvat hitaasti, vaikka tietoa ympäristölle haitallisesta toiminnasta on tarjolla yllin kyllin. Sama ajatus pätee myös liikuntaan ja sen terveysvaikutuksiin – liikunnan positiivisten terveysvaikutusten tiedostamisesta on vielä pitkä matka omien elämäntapojen muuttamiseen.

Liikkumisen terveysvaikutukset ovat yleisesti tiedossa ja liikkumisen merkitys terveyden edistämisessä on tunnustettu. Vähemmän esillä ollut näkökulma on liikkumisen merkitys suhteessa sairauksiin sekä liikunnan käyttö eri sairauksien hoidossa. Perinteisesti potilaita on sairauksien yhteydessä neuvottu lepäämään ja välttämään fyysistä rasitusta. Sittenkin terveydenhuollossa on alettu nähdä liikkumisen merkitys, ei vain terveyden edistäjänä ja sairauksien ennalta ehkäisijänä, vaan myös yhtenä hoitomuotona jo diagnosoitujen sairauksien yhteydessä. Vaikka terveydenhuollossa asiaan onkin alettu kiinnittää enemmän huomiota, eivät potilaat itse välttämättä osaa mieltää liikkumista osaksi omaa sairaudenhoitoaan. Näin ollen terveydenhuollon tehtävänä onkin tuoda asiaa entistä paremmin esille, mikä osaltaan puoltaa liikunta- ja Liikkumisreseptin paikkaa osana terveydenhuollon tehtäväkenttää.

Yleisesti Liikkumisreseptin tai laajemmin liikuntaneuvonnan osalta on tarpeen hahmottaa sen oikea sijoittaminen, tulkinta ja soveltaminen yhteiskuntapoliittiseen sekä yhteisölliseen yhteyteensä. Onko kysymys sairauden uudesta hoitomuodosta vai terveyskäyttäytymisen vaalimisesta tai terveydestä huolehtimisesta? Yksilön hyvinvoinnin kannalta Liikkumisresepti ei edusta keinoa vaikuttaa yksilön hyvinvoinnin yhteen ulottuvuuteen, liikkumiseen, vaan liikkuminen edustaa elämäntapaa ja Liikkumisreseptin omaksuminen sen muutosta. Vaativasti ja periaatteellisesti Liikkumisreseptissä ei ole kysymys vain yksilön toimintakyvyn ylläpitämisestä tai parantamisesta, vaan itsensä, minän, laaja-alaisesta kehittämisestä. Jo toimintakyvyn ylläpitäminen tai parantaminen on monien sairausryhmien yhteydessä vaativa ja kuntoutuksen tavoitteisiin sekä toimintatapoihin integroitava kysymys. Liikkuminen toimintakyvyn lisäämisen osana edellyttää sen integroimista kuntoutuksen mahdollisuuksiin ja keinovalikoimaan, jolloin reseptin status ja sen kirjoittajan ammatillinen osaaminen on vaativampi kysymys kuin miten se nyt esimerkiksi Liikkumisreseptikoulutuksessa on mielletty.

### 3.1 Liikkuminen – yksilön vai yhteiskunnan vastuulla?

#### *Muuttuva terveyden paradigma*

Sana resepti liittyy käsitteenä osaksi sairauden paradigmaa. Resepti on auktoriteettiasemasta määrätty suppea hoidon määräys ja se kuuluu keskeisenä osana tarjontakeskeiseen sairaus/terveyspolitiikkaan. Sairauspolitiikassa toimijana tai toiminnan kohteena on potilas, terveyspolitiikassa puhutaan asiakkaasta. Terveys käsitteenä on viime vuosina laajentunut. Sairauden paradigmaan eivät kuulu enää ainoastaan sairaudet, vaan sairauden paradigma käsittää nykyisellään laajemmin ajateltuna myös elämäntavat. Näin sairauden paradigma sekoittuu terveyden paradigmaan ja sairaudenhoidosta on tullut osa terveydenhoitoa. Sairauksiin reagoimisen lisäksi tämä kokonaisuus sisältää myös ennaltaehkäisevän elementin.

Terveyden paradigman laajentuessa myös asiantuntijan rooli kyseenalaistuu. Kuka on se asiantuntija, joka hallitsee koko laajan kokonaisuuden sairauksista aina elämäntapaan ja hyvinvointiin saakka? Onko lääkäriellä enää mahdollisuuksia asettua asiantuntijan asemaan? Sairauden paradigmasta terveyden paradigmaan siirryttäessä lääkärin rooli muuttuu auktoriteetista konsultiksi. Samaan aikaan potilaasta tulee kuluttaja, palveluiden käyttäjä, ja niin palveluiden tuottamisessa kuin käyttämisessäkin siirrytään tarjontakeskeisyydestä kysyntäkeskeisyyteen. Tällöin yksilön rooli korostuu. Voidaanko tässä uudessa tilanteessa enää kirjoittaa reseptejä, jotka ovat auktoriteettiasemaan perustuvia hoidon määräyksiä? Liikkumisresepti ei ole ongelmallinen ainoastaan käsitteen tasolla, vaan se joutuu myös vastaamaan uudenlaisen paradigman asettamiin haasteisiin. Onko Liikkumisreseptikokeilu rakennettu kokonaisuudessaan vanhan perustan ja vanhojen oletusten varaan? Jos näin on, voiko sillä olla onnistumisen mahdollisuuksia?

Joudutaan pohtimaan, hoitaako terveydenhuolto ensisijaisesti sairautta vai terveyttä ja muodostaako tämä kysymys Liikkumisreseptin perusongelman. Mikäli esimerkiksi lääkärit mieltävät oman roolinsa pelkästään sairauden hoitajana, on liikkumiseen liittyvät asiat helpompi jättää syrjään ja keskittyä oireiden hoitoon. Tästä syystä Liikkumisreseptien kirjoittamiseen voidaan suhtautua hyvinkin nihkeästi. Mikäli lääkärit kokevat hoitavansa sairauden lisäksi myös terveyttä, ovat liikuntaan liittyvät asiatkin luontevammin osa perustyötä. Mikäli lääkärit näkevät oman roolinsa pelkästään sairauden hoitajana, tarvittaisiin ajattelutavan muutosta, jotta liikkuminen otettaisiin vahvemmin mukaan myös sairauksien hoitoon ja niiden ennaltaehkäisyyn. Painopistettä tulisikin siirtää enemmän terveyden edistämiseen. Radleyn (1994) mukaan painopiste on yhteiskunnassa siirtymässä sairaudelle annetusta huomiosta terveyteen liittyviin asioihin. Ihmisten käyttäytymisestä on alettu etsiä sairautta tuottavia tekijöitä, joiden perusteella lääketieteen asiantuntijat ottavat kantaa siihen, kuinka ihmisten tulisi arkielämässään toimia pysyäkseen terveenä. Sairauden ennalta

ehkäisyyden kohdistuvassa toiminnassa voidaan nähdä erilaisia sisältöjä. Riskitutkimukset ja niihin perustuva toiminta pyrkivät vähentämään sairauden kehittymisen todennäköisyyttä kun taas terveyden yleiseen edistämiseen tähdätään elämän laatua parantamalla ja vastaavasti elämän laatua kohotetaan ylläpitämällä terveyttä.

Joidenkin haastateltavien mukaan yksilön vastuuta hämärtää se, että joka alalla on omat asiantuntijansa neuvomassa ja opastamassa. Tästä seuraa se, ettei ihmisten tarvitse juurikaan ajatella itse, sillä asiantuntijat ohjaavat toimintaa ja päätöksentekoa lähes joka sektorilla.

*”...miksikö pitää nykyaikana joka paikkaan olla aina jonkun ekspertin neuvomassa? Etteikö ihminen niinku- Ennen on liikuttu ja ei siinä oo tarvinnu kenenkään tukia! Nykyajan ihminen on liian mukavuudenhaluinen.”*

*”Sekin mua nimittäin on tässä jo pitkän aikaa pelottanut, kun yhä enemmän ihmisiltä hämärretään sitä, tai niiltä hämärtyy se, että ne on itte vastuussa. Mitä enemmän terveydenhuolto tai joku muu instanssi ryhtyy paapomaan ihmisiä ja mitä enemmän me kehitellään ja koulutetaan ihmisiä paapomaan ja neuvomaan ihmisiä, sitä enemmän ihmiset kuvittelee, et se vastuu on niillä ammattihenkilöillä. Sitä must pitäs pystyy miettimään joka käännteessä, aina kun jotain uutta paapomista mietitään, niin miettii siinä, et hämärretäänkö tällä jälleen kerran yhä enemmän ja enemmän sitä, et ihmisillä on itellä vastuu. Mikä instanssi saa ihmiset ite oivaltamaan, et ne on itse vastuussa tänä päivänä.”*

Joidenkin lääkäreiden mielestä tulisi ryhtyä korostamaan ihmisten omaa vastuuta ja sitä, ettei aina tarvitse olla jonkun asiantuntijan kertomassa, mitä milloinkin tulisi tai olisi hyvä tehdä. Mitä enemmän yhteiskunta ottaa vastuuta yksilöiden tekemisistä, sitä vahvempana elää kuvitelma siitä, että yhteiskunta ja eri alojen ammattihenkilöstö on vastuussa myös yksilön liikkumisesta ja sitä kautta hyvinvoinnista.

Osa haastatelluista lääkäreistä suhtautuu kriittisesti Liikkumisreseptiin, sillä sen katsotaan osaltaan hämärtävän yksilön vastuuta omasta terveydestään. Onkin perusteltua kysyä, missä kohdin yksilön oma vastuu loppuu ja yhteiskunnan vastuu alkaa. Osa lääkäreistä on ehdottomasti sitä mieltä, että ihmisten liikkuminen on heidän oma asiansa ja yksilön omalla vastuulla. Terveydenhuolto yrittää joidenkin lääkäreiden mukaan liiaksikin ohjata ihmisten arkielämää ja sen valintoja. Loppujen lopuksi ihmiset tekevät itse omat valintansa eikä terveydenhuolto voi perustehtäviensä lisäksi ryhtyä huolehtimaan ihmisten riittävästä liikkunnasta nykyisten resurssien puitteissa. Joidenkin lääkäreiden mukaan yksilön liikkumisesta vastuun ottaminen on sikäli huono kehityssuunta, että mikäli ryhdytään kantamaan vastuuta kaikesta, kasvaa terveydenhuollon taakka entisestään ja jopa yksilön vastuu omasta hyvinvoinnistaan

sysätään terveydenhuollolle. Muutamien lääkäreiden mielestä on täysin luonnotonta määrätä liikuntaa reseptillä, mikäli ihmiset eivät itse ymmärrä sen merkitystä omalle terveydelleen ja hyvinvoinnilleen.

*”Että näinkin normaali asia kuin liikkuminen pitää viedä reseptille!?”*

Periaatteessa haastateltavat ovat yhtä mieltä siitä, että vastuu yksilön liikkumisesta on viime kädessä yksilöllä itsellään. Mielenpitoet jakautuvat sen osalta, missä määrin yhteiskunnan tulee puuttua kansalaistensa asioihin, tässä tapauksessa liikkumisen laatuun ja määrään. Vastuuta yksilön liikkumisesta ei olla valmiita ottamaan yhteiskunnan tai terveydenhuollon harteille, mutta osa haastateltavista on valmis antamaan oman työpanoksensa, jotta kansalaisia saataisiin liikkumaan enemmän. Se, missä määrin työtä ihmisten liikkumisen edistämiseksi ollaan valmiita tekemään, vaihtelee lääkäreiden kesken. Osa haastateltavista korostaa, että vaikka vastuu viime kädessä onkin yksilöllä itsellään, on ehdottomasti terveydenhuollon tehtävä edistää terveyttä sairaanhoidon ohella. Näin tuodaan varovaisesti esiin se, että yhteiskunnalla on jonkinlainen vastuu kansalaisistaan. Ongelmana kuitenkin pidetään rajanvetoa: missä yksilön vastuu alkaa ja yhteiskunnan vastuu loppuu? Osa lääkäreistä näyttäisi olevan sitä mieltä, että Liikkumisreseptien kirjoittamisen myötä ollaan ylittämässä jotakin rajaa siinä, mikä kuuluu yksilölle ja mikä puolestaan yhteiskunnalle. Taustaoletuksena on, että ihmisten tulisi itse ymmärtää asioiden syy-seuraussuhteita eikä heitä voida lähteä kädestä pitäen opastamaan joka asiassa. Toisaalta osa haastateltavista korostaa, että on ehdottomasti koko yhteiskunnan etu, mikäli ihmisiä saataisiin liikkumaan enemmän. Näin ollen yksilöiden liikkumistottumuksiin vaikuttamisen tulisi olla kaikkien intresseissä. Mikäli lähdetään oletuksesta, että olisi yhteiskunnan etu panostaa kansalaistensa liikuntaneuvontaan, jää jäljelle kysymys siitä, kenelle vastuu yhteiskunnan sisällä delegoidaan.

### **3.2 Terveydenhuollolleko vastuu yksilöiden liikuttamisesta?**

Vastaus näyttäisi selvältä sikäli, että liikkumisen ja terveyden suhde on selkeä ja näyttäisi luontevalta delegoida vastuuta yksilöiden ohella myös terveydenhuoltojärjestelmälle. Edelleen kysymys kuitenkin kuuluu, mikä taho terveydenhuollossa ottaisi huolekseen ihmisten liikkumiseen liittyvät asiat? Ennen kaikkea, kenellä olisi resursseja tällaisen vastuun kantamiseen?

Kokkosen ym. (2004, 41) mukaan terveystakeskukset ja sairaanhoitopiirit voivat käytännössä valtion ohjaamatta hoitaa lakisääteiset tehtävänsä haluamallaan tavalla. Monen kunnan voimavarat ovat kuitenkin liian niukat asianmukaisen terveydenhuollon järjestämiseksi asukkailleen. Ensimmäisenä ollaan valmiita luopumaan niistä palveluista, joiden järjestämiseen laki ei velvoita. Tämä on yksi niistä haasteista, johon myös Liikkumisreseptikäytännön on kyettävä vastaamaan. Mikäli lähdetään

siitä oletuksesta, että liikuntaneuvonta kokonaisuudessaan samoin kuin Liikkumisreseptien kirjoittaminen ja seuranta kuuluvat terveydenhuollon tehtäväalueeseen, joudutaan pohtimaan vastuun jakautumista terveydenhuollon sisällä. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut perusterveydenhuollolle suosituksen, jonka mukaan terveystieteiden edistäminen kuuluu perusterveydenhuollon tehtäviin osana väestön terveyden ja toimintakyvyn edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. Tässä yhteydessä perusterveydenhuollolla tarkoitetaan terveyskeskuksia sekä työterveyshuoltoa. Terveystieteiden edistämisen keinoja ovat väestölle suunnattu terveysviestintä sekä yksilöiden ja ryhmien neuvonta ja ohjaus. (Terveystieteiden paikalliset suositukset 2000, 15.) Liikkumisreseptien kirjoittaminen voidaan tämän perusteella katsoa kuuluvan perusterveydenhuollon tehtäviin. Liikkumisreseptien kirjoittamisen ei kuitenkaan nähdä soveltuvan päivystystyypin työhön.

*”Kyllä se useimmiten se jumpparin kans se yhteistyö keskittyy siihen, et miten se tietty vamma tai leikkauksen jälkeen hoidetaan ja miten siitä kuntoutetaan. Siihen menee suoraan sanoen niin hemmetisti aikaa, että kun sen sais edes jollaki lailla hoidettua niis puitteis, mitä meillä on aikaa.”*

*”...ne mitä tulee ortopedille niin se on oikeestaan aika vanhaa väestöä, mille tehdään ihan liikuntakyvyn edellyttämistä tai mahdollistamiseksi näitä hommia. Polvi- tekoniveliä. Ne on kaikki vanhoja ihmisiä. Jotka nyt sitten varmaan liikkuu minkä liikkuu sen jälkeen, mutta tehdään niille ne edellytykset, et ne pystyy yleensä liikkumaan... Kyllähän me vammojakin hoidetaan, vammat kuuluu meille, mutta me hoidetaan sitten jo niitä, joilla liikunta katkes vähäksi aikaa. Niin ei silloin keskitytä muuhun ku siihen, et hoidetaan se paikka kuntoon. Sitte kun joku urheilijaki tulee, niin kyllä ne yleensä on niitä, joilla se liikunta on hanskassa... Kyllä siinä vaan on pääasiana saada kuntoon se homma. Aika usein huomaa, et niillä vammautuneilla urheilijoilla on itellä se liikuntahomma jo pitkällä ja hanskassa ja suuri into päästä uudestaan. Sitä kun ne kyselee niin ei siinä nyt tuu mieleen ruveta heitä neuvoon, että liiku nyt ittekseen. Kun se on et koska mä saan! Ja se on yllättävän iso osa näistä papoista, jotka on eläkkeellä eikä enää tartte työn takia sitä tekoniveltä vaan oireitten takia niin niilläki on usein semmonen heti, et koska saa hiihtää ja koska saa tehdä. Ei mulla tuu sitte mieleenkään...”*

Lääkäreiden näkemyksen mukaan liikuntaneuvonta perusmuodossaan ja siten myöskään Liikkumisreseptien kirjoittaminen eivät kuulu erikoissairaanhoidon vastuualueeseen. Klemolan (2002) mukaan erikoissairaanhoidon onkin kärsinyt erityisen paljon henkilöstöresurssien vähäisyydestä. Esimerkiksi ortopediaan yleinen liikuntaneuvonta ei sovellu sikäli, että ortopediset potilaat ovat usein vanhuksia, joille laitetaan tekoniveliä ja sitä kautta luodaan liikkumisen edellytyksiä ylipäätään. Ortopediassa

yhteistyö lääkäreiden ja fysioterapeuttien välillä on vammojen jatkohoidoista ja kuntoutuksesta sopimista. Eräs haastateltavista toivoo, että edes tämä osa-alue saataisiin kunnolla hoidettua. Toinen ortopedian potilasryhmä ovat urheilijat, joiden kohdalla liikkumisneuvontaa ei juurikaan tarvita ainakaan siinä muodossa, että kehoitettaisiin liikkumaan enemmän terveyden kannalta. Ortopediset potilaat ohjataan usein kuntoutukseen, missä annetaan tarkemmat ohjeet liikkumisesta.

Mikäli vastuu liikuntaneuvonnasta ja Liikkumisreseptien kirjoittamisesta jätetään terveydenhuollolle, pitäisi se toteuttaa perusterveydenhuollon kautta, jolloin liikuntaneuvonta olisi luonteeltaan sekä ennaltaehkäisevää että myös osa sairauksien hoitoa. Perusterveydenhuolto sisältää terveyskeskuksissa tapahtuvan toiminnan, yksityisen työterveyshuollon ja yksityisvastaanotot. Erityisesti työterveyshuolto on keskeisessä asemassa terveysongelmien varhaisessa havaitsemisessa. Erikoissairaanhoidon sisältää sairaalatasoista toimintaa, jossa on mahdollisuus laajempiin diagnostisiin tutkimuksiin ja hoitoihin. Erikoissairaanhoidossa liikuntaneuvonta kytkeytyisi luontevaksi osaksi fysioterapeuttien perustyötä. Haastattelemamme erikoissairaanhoidon lääkärit eivät näe omassa työssään mahdollisuuksia systemaattisen liikuntaneuvonnan toteuttamiseen.

### **3.3 Välitilinpäätös: Lääkäreiden suhtautuminen Liikkumisreseptiin**

Lääkäreillä on Liikkumisreseptistä erilaisia näkemyksiä ja näiden näkemysten erilaisuus vaikeuttaa osaltaan Liikkumisreseptin toimeenpanoa. Vastuukysymyksiä pohdittaessa on lääkäreiden näkemyksissä havaittavissa kolmenlaista suhtautumista. Joidenkin lääkäreiden mukaan liikuntaneuvonta ja myös Liikkumisreseptien kirjoittaminen on ennen kaikkea lääkäreiden tehtävä. Lääkäreiden on tartuttava ennen kaikkea tämän ajan ongelmiin ja niihin on puututtava ajoissa. Muutamien lääkäreiden näkemyksen mukaan liikuntaneuvonta kuuluu kyllä terveydenhuollon tehtäväalueeseen, mutta tässä joukossa ei ole yksimielisyyttä siitä, onko liikuntaneuvonnan antaminen ja Liikkumisreseptin kirjoittaminen lääkäreiden tehtävä. Ajatellaan, että liikuntaneuvonta kuuluisi pääasiassa hoitohenkilökunnalle kuten fysioterapeuteille ja hoitajille. Tämä joukko jättää kuitenkin neuvotteluvaraa sen suhteen, että lääkäri voisi joissain tapauksissa kuitenkin allekirjoittaa esimerkiksi fysioterapeutin kirjoittaman Liikkumisreseptin. Kolmannen näkemyksen mukaan ihmisten liikkumiseen puuttuminen ei ole terveydenhuollon tehtävä. Näiden lääkäreiden mielestä ihmisten on itse ymmärrettävä oma vastuunsa, kun kyse on heidän omasta terveydestään ja liikkumisestaan. Mikäli ihmiset eivät itse ymmärrä omaa parastaan, ei terveydenhuollon muutoinkin niukkoja resursseja voida lähteä kohdentamaan yksilön liikkumistottumuksien muuttamiseen.

*”Ihan sen takia kun meidän työmäärä kasvaa niin tolkkottomasti.”*

*”No kyllä se sillain, et kun aika on rajallista niin kaikki lisä on lisää!”*

Haastateltavien mielestä liikuntaneuvonta kokonaisuudessaan on hyvin merkittävä asia, mutta yksimielisyyttä vastuutahosta liikunta-asioiden osalta ei ole. Erityisen huolestuneita haastateltavat ovat nuorten liikunta-aktiivisuuden puutteesta ja lähtisivät korostamaan koululiikunnan roolia liikuntatottumusten muokkaajana. Liikuntapalvelujen piiriin ohjaaminen nähdään tärkeänä, oli se sitten kenen tahansa vastuulla. Vastuukysymyksiä pohdittaessa vastuutahon löytäminen näyttää vaikealta erityisesti sen vuoksi, että terveydenhuolto kamppailee jatkuvasti liian vähäisten resurssien aiheuttamien ongelmien kanssa. Tällaisessa tilanteessa ei olla innostuneita ottamaan omalle vastuulle yhtään sen enempää kuin on pakko. Erilaisten näkemysten taustoja pohditaan seuraavassa luvussa.

#### **4 LÄÄKÄREIDEN KVALIFIKAATIOT JA LIKKUMISRESEPTI-KOULUTUS**

Liikkumisresepti-lomake on suunniteltu kirjalliseksi ohjeeksi, joka tukee ja ohjaa muutaman minuutin kestävästä neuvontatilannetta. Se toimii neuvonnan apuvälineenä parhaiten silloin, kun lääkäri on perehtynyt sen käyttöön koulutuksen avulla. Liikkumisresepti-hankkeen puitteissa on järjestetty sekä kouluttajakoulutusta että varsinaiseen reseptiin liittyen käyttökoulutusta. Liikkumisreseptikoulutuksiin oli vuoden 2004 loppuun mennessä osallistunut 898 lääkäriä eri puolilta Suomea. Liikkumisreseptin kouluttajakoulutukseen ovat voineet osallistua lääkärit, joilla on ollut kiinnostusta järjestää hankkeen koulutustilaisuuksia omalla alueellaan. Koulutuksen jälkeen koulutetuilla on itsellään ollut valmiudet järjestää Liikkumisreseptin käyttökoulutusta. Käyttökoulutuksiin ovat voineet osallistua kaikki asiasta kiinnostuneet lääkärit, ja tarjolla on ollut kaksi eripituista käyttökoulutusta. Kestoltaan lyhyemmässä koulutuksessa (45 min) on perehdytty Liikkumisreseptin taustaan ja käyttöön. Laajemmassa koulutuksessa (1,5 h) on käsitelty edellisten lisäksi liikkumisen terveysvaikutuksia sekä fyysisen aktiivisuuden ja terveyden välisiä annos-vastesuhteita, liikkumisen annostelua ja liikuntaneuvonnan pääperiaatteita.  
(<http://www.liikkumisresepti.net/koulutus.html>.)

##### **4.1 Liikkumisreseptikoulutuksen riittävyys**

Liikkumisreseptikoulutuksen riittävydestä ei olla haastateltavien keskuudessa yhtä mieltä. Osa lääkäreistä olisi kaivannut selvästi pidempää ja perusteellisempaa koulutusta etenkin itse reseptin kirjoittamisesta, sillä nykyisessä muodossaan koulutus ei

heidän näkemyksensä mukaan ole antanut riittävästi edellytyksiä Liikkumisreseptin kirjoittamiseen. Useimmiten perusteellisempaa koulutusta kaivanneet haastateltavat eivät itse ole erityisen aktiivisia liikunnan harrastajia ja kokevat, etteivät osaa neuvoa potilaita riittävästi. Heidän mielestään ei ole mielekästä antaa pelkästään yleispäteviä ohjeistuksia siitä, että liikkuminen on hyväksi terveydelle. Mikäli liikuntaneuvontaa annetaan systemaattisesti jopa reseptin muodossa, tulisi ohjeiden olla riittävässä määrin tarkennettuja ja lääkäreillä olla riittävästi eväitä neuvonnan toteuttamiseen. Perusteellisempi liikuntaneuvonta näyttäisi olevan tarpeen, sillä Kokkosen (1995, 42) mukaan yleisluontoinen toteamus liikunnan suotavuudesta harvoin riittää muuttamaan kenenkään elintapoja. Mikäli sen tueksi on esittää erilaisia vaihtoehtoja, on käyttäytymisen muuttaminen helpompaa.

Osa lääkäreistä kokee tietonsa ja osaamisensa puutteelliseksi Liikkumisreseptin kirjoittamiseen. Terveystieteiden henkilöstössä on vielä tietämättömyyttä siitä, mistä Liikkumisreseptin ideassa ylipäättään on kyse, miten potilaiden liikkumista seurataan ja mitä loppujen lopuksi on tarkoitus tehdä. Osa lääkäreistä epäilee, onko heillä riittävästi tietoa liikkumisen terveysvaikutuksista. He kokevat, etteivät osaa riittävästi neuvoa potilaitaan liikkumisen suhteen etenkin kun puhutaan tiettyjen sairauksien hoidossa käytettävästä liikunnasta. Nämä lääkärit kaipaisivat enemmän tietoa siitä, mitä sairauksia on mahdollista ehkäistä liikunnan keinoin ja mitä ovat ne sairaudet, joiden hoidossa liikunta soveltuisi yhdeksi merkittäväksi hoitomuodoksi. Esimerkiksi sairauksien hoidossa olisi tärkeää löytää liikunnalle sopivat sykealueet, jotta liikkuminen olisi tehokasta mutta myös turvallista. Periaatteessa lääkäreillä on olemassa tieto siitä, että liikunnalla on suotuisia vaikutuksia terveyteen, mutta tieto jää melko yleiselle tasolle eivätkä lääkärit osaa antaa kovinkaan yksityiskohtaisia neuvoja.

Vastakkaisen näkemyksen mukaan Liikkumisreseptikoulutus on nykyisellään riittävä ja siitä koetaan saadun tarvittavaa informaatiota. Useimmiten koulutuksen riittäväksi mieltävät haastateltavat ovat itse melko aktiivisia liikunnan harrastajia, ja ainakin osittain omakohtaisen kokemuksen myötä he kokevat osaavansa neuvoa potilaitaan liikkumiseen liittyvissä asioissa. Joka tapauksessa lääkäreiden lähtökohdat ovat hyvin erilaiset ryhdyttäessä neuvomaan potilaita liikkumiseen liittyvissä asioissa. Lääkäreiden oma liikunta-aktiivisuus ja sitä kautta myös tietämys vaikuttavat siihen, kuinka rohkeasti ja missä määrin lääkärit antavat potilailleen liikuntaneuvontaa. Liikuntaa harrastamattoman lääkärin kynnys lähteä kirjoittamaan Liikkumisreseptejä ja antaa tarkennettua liikuntaneuvontaa on huomattavasti korkeampi kuin itse aktiivisesti liikkuvalla lääkärillä.

*”Varmaan tähän vastaa monet lääkärit kyllä eri tavalla. Mut mä en oo pitäny sitä sen kirjottamista vaikeana. Et sehän on aika helppoa kirjoittaa. Et mihin sen riman asettaa. Et jos on tosi suuri vaatimustaso itselle, et pitäis olla niinku liikunnan ammattilainen, että osaa tarkalleen määrittellä. Et mitä sen tulee sitten olla ja sykealueet sun muut. Mutta mä en oo ottanu sitä niin siltä kannalta.”*

Voidaan pohtia, kuinka tarkkaa tietoa lääkärit tarvitsevat Liikkumisreseptejä kirjoittaakseen. Osa lääkäreistä sanoo, että toki tietoa voisi olla enemmänkin eikä osaaminen koskaan pahaa tee, mutta jo olemassa olevilla perustiedoilla päästään alkuun ja voidaan neuvoa potilaita. Peräkylän ym. (2001, 16, 179–182) mukaan lääkärit kokevat elämäntapoja koskevien neuvojen antamisen potilaille arkaluontoisena. Liikkuminen kytkeytyy vahvasti elämäntapoihin, minkä vuoksi lääkäreillä ei välttämättä ole innostusta puuttua asiaan kovinkaan yksityiskohtaisesti. Suomalaiset lääkärit suhtautuvat elämäntapaa koskevaan neuvontaan asiana, joka vaatii tilanteisen oikeutuksensa. Lääkäri mieluummin kysyy kuin neuvoo ja elämäntapaa koskeva keskustelu jää yleiselle tasolle. Peräkylän ym. (mt.) mukaan lääkäri näyttää jättävän potilaan itsensä arvioitavaksi, onko elämäntavan muuttamiseen syytä. Potilaan itsearvioinnin koskemattomuutta tulee kunnioittaa. Mikäli potilas kuvaa käyttäytymistään ongelmattomana, voi lääkäri kysyä lisätietoja, mutta harvoin hän kyseenalaistaa potilaan käsitystä tilanteesta. Näin lääkäri antaa yleensä vain neuvoja, jotka ovat linjassa potilaan oman kuvauksen kanssa ja tavallisesti vain silloin, kun potilas on itse kuvannut elämäntapansa jollain tavalla ongelmalliseksi.

#### 4.2 Liikkumisreseptikoulutuksen lisääminen ja uudelleen kohdentaminen

Osa haastateltavista ei pidä Liikkumisreseptikoulutuksen lisäämistä hyvänä ajatuksena. Heidän mukaansa asian liiallinen esiintuonti saattaa aiheuttaa sen, että lääkäreiden ärsytyskynnys ylittyy, mikä osaltaan voi laskea motivaatiota Liikkumisreseptien kirjoittamiseen.

*”Kyllä meillä ärsyttää helposti kaikki, kyllä DEHKOkin on meillä ärsyttänyt. Kaikki semmonen, kun tulee ulkopuolelta, että teidän pitäis niinkun tätä ja tätä ja tätäkin. Jokaisessa projektissa on ne omat ihmiset, joilla on laput silmillä, DEHKO-ihmiset näkee vaan diabeteksen... On vaikka mitä ja kun on kädet täynnä työtä koko ajan, niin kyl minusta sekin on aika inhimillistä, et se ensireaktio on aika monella semmonen (torjuva). – Ja tämmöstäkinkö tässä vielä pitäs.”*

Ärsytyskynnyksen ylittyminen on suoraan suhteessa lääkäreiden kasvavaan työmäärään. Mitä luultavimmin kyse ei ole siitä, ettei asioita koettaisi tärkeiksi vaan siitä, että työtä yksinkertaisesti on niin paljon. Kun resursseja on niukasti, suhtaudutaan kaikkeen lisätyöhön – liittyi se sitten kuinka tärkeään asiaan tahansa – useimmiten kielteisesti. Tätä taustaa vasten Liikkumisreseptiin liittyvän koulutuksen lisääminen voi olla ongelmallista.

Osa haastateltavista ehdottaa, että kaikki liikuntaneuvontaa antavat ammattiryhmät otettaisiin mukaan koulutukseen alusta saakka sen sijaan, että koulutuksessa keskityttäisiin pelkästään lääkäreihin. Tällä päästäisiin siihen, että Liikkumisreseptikäytäntöä

voitaisiin jo koulutukseen osallistumisvaiheessa lähteä kehittämään yhteistyönä kuhunkin työyksikköön sopivaksi. Liikkumisresepti-hankkeen alkuvaiheessa koulutus ja sitä kautta myös idean leviäminen on ollut yksittäisten lääkäreiden innostumisen varassa. Toimintamallin ja yhteistyön kehittyminen vaatisi kuitenkin terveydenhuollon eri toimijoiden erityisosaamista ja osallistumista toimintamallin kehittämiseen jo alusta alkaen. Alusta saakka jatkuneella yhteistyöllä voitaisiin varmistaa, ettei Liikkumisreseptiasia jäisi pelkästään lääkärin vastuulle ja sitä kautta ohjeistus varsin yleiselle tasolle sekä seuranta melko jäsentymättömäksi.

Osa lääkäreistä toivoo koulutukseen enemmän interaktiivisuutta ja keskustelua, jotta kaikki palvelulinjassa mukana olevat ammattihenkilöt saataisiin keskustelemaan keskenään ja sopimaan tarkemmin eri käytännöistä ja seurantavastuusta. Näin kaikki toimijat olisivat saman informaation varassa eikä väärinkäsityksiä ainakaan tältä osin pääsisi syntymään. Näyttäisi siltä, että toistaiseksi kaikki lääkärit eivät ole oivaltaaneet systemaattisen seurannan järjestämisen merkitystä Liikkumisreseptikäytännön toimivuudelle. Reseptien konkreettinen täyttäminen koulutustilaisuudessa voisi osittain hälventää ainakin ennakkokäsitystä siitä, että Liikkumisreseptin kirjoittamiseen kuluisi erityisen paljon aikaa.

*”Vois olla joku tällöinen interaktiivinen koulutus, missä sitten nämä henkilöt, jotka tähän palvelulinjaan nyt kuuluu niin kohtaisivat ja keskustelis keskenään ja sopisivat käytännöistä.”*

*”Oisko sitten vaikkapa niin, että meidän talossa pidettäis tää asia tärkeenä ja järjestettäis sellanen koulutus, joka nyt ois ihan täällä paikan päällä. Kun meillä nyt on paljon sellastaki. Ja vaikka erikseen ei kysyttäiskään halukkuuksia vaan järjestettäis. Et onhan meillä paljon sellasta koulutusta, mihin odotetaan et kaikki tulee. Et se ois jotain sellasta, et siinä ois ne lomakkeet ja todella niitä kirjoitettas. Ois joku semmonen interaktiivinen (naurua).*

*– Et se vois olla keino, jolla saatas lääkärit innostumaan asiasta?*

*– Joo et se vois ehkä ainakin hälventää sitä ajatusta, että ajankulu on semmonen asia.”*

Jotta koulutukseen osallistuminen olisi mahdollisimman helppoa ja vaivatonta, koulutustilaisuudet tulisi järjestää riittävän lähellä. Tämä voisi aktivoida joitakin lääkäreitä osallistumaan Liikkumisreseptikoulutukseen, sillä kauemmas koulutukseen lähteminen vaatii jo erityistä aktiivisuutta. Lääkäreiden kouluttajan tulisi olla samasta ammattikunnasta. Eräs fysioterapeutti arvelee, että lääkärit yleisönä suhtautuvat eri tavoin lääkäri- kuin fysioterapeuttikouluttajaan.

*”Ehkä mä uskosin, et sen pitäs olla lääkäri, et samaa ammattikuntaa. Ehkä sitten ajatellaan, että hän sitten kumminkin tietää mistä puhuu, että on – vaikka me fysioterapeutit puhutaan asiasta päivät pääksytysten, niin (ei se auta)..”*

Moniammatillisuus tulisi ottaa huomioon jo Liikkumisreseptikoulutuksessa. Koulutusta voisi järjestää moniammatillinen tiimi, jossa olisi edustettuna eri terveydenhuollon toimijoita, jotka käytännössä osallistuvat Liikkumisreseptien kirjoittamiseen ja seurantaan. Tällä tavalla voitaisiin antaa konkreettista esimerkkiä tiimityön toiminnasta Liikkumisreseptiin liittyvissä kysymyksissä. Koulutustilaisuudessa saataisiin jo hieman viitteitä siitä, mikä kunkin toimijan rooli voisi olla ja miten kukin mahdollisesti voisi osallistua Liikkumisreseptin toteuttamiseen. Moniammatillisen kouluttajatiimin myötä saataisiin myös kaikille kuulijoille joku, johon samaistua ja joka vetoaisi kuhunkin ammattikuntaan.

Lääkäreiden näkemyksen mukaan heillä on joka tapauksessa oltava riittävästi tietoa eri liikuntamuotojen sopivuudesta eri sairauksien hoidossa samoin kuin paikallisista liikuntapalveluistakin. Ei riitä, että potilaille annetaan ohjeita pelkästään yleisellä tasolla, vaan liikuntaneuvonnan on oltava, siinä määrin perusteellista, ettei liikunnalla ainakaan aiheuteta lisää vammoja. Näin voi käydä, mikäli potilas omin neuvoin valikoi itselleen sopivaksi katsomansa lajin, joka todellisuudessa ei ole yhteensopiva tai ainakaan paras mahdollinen potilaan diagnoosin tai rajoitteiden kanssa.

### **4.3 Lääkäri konsulttina vai auktoriteettina?**

Joidenkin lääkäreiden näkemyksen mukaan lääkärin rooli on menossa enemmän ja enemmän konsultoivaan suuntaan. Lääkärin tehtävänä on keskustella potilaan kanssa sekä tarjota neuvoja ja apua. Osa lääkäreistä sanoo, ettei heidän työskentelytapansa enää ole autoritäärinen, vaan he ovat enemmänkin konsultteja ja mukana kulkijoita. Voidaankin pohtia, onko lääkäreiden rooli konsultoiva vai autoritäärinen ja etenkin sitä, millaisen roolin kukin lääkäri työssään omaksuu. Lääkärin omaksuma näkemys vaikuttaa myös siihen, millä tavalla lääkäri suhtautuu liikuntaneuvonnan toteuttamisen eri vaihtoehtoihin. Mikäli lääkäri näkee asemansa konsulttina, voi suhtautuminen Liikkumisreseptiin määräyksenä olla torjuvaa. Liikkumisresepti-termin vaihtaminen esimerkiksi suositukseksi tai ohjeeksi saa jonkin verran kannatusta. Suositus tai ohje ei olisi terminä reseptin tavoin ristiriidassa joidenkin lääkäreiden omaksuman konsultin roolin kanssa. Näiden lääkäreiden kohdalla voidaan pohtia, antaisivatko he aiempaa enemmän ja tarkennetumpaa liikuntaneuvontaa, mikäli käytettävissä oleva materiaali olisi kirjallista, mutta ohjeen tai suosituksen muodossa. Lienee kuitenkin perusteltua olettaa, ettei resepti-sanasta luopumisella olisi näin suurta vaikutusta. Vai onko niin, että suullinen liikuntaneuvonta nähdään riittävänä ja se on toteutettavissa vähemmällä vaivalla, varsinkin kun innostusta ylimääräiseen ”kirjoitteluun” ole?

Mikäli suullinen neuvonta nähdään riittävänä, ei kirjallisen materiaalin määrällä ja muodolla ole ratkaisevaa merkitystä. Mikäli kirjallista materiaalia kuitenkin käytetään, sitä voidaan ajatella käytettävän ainakin kahdella tapaa. Toisaalta potilaille voidaan antaa yleispätevää materiaalia liikunnan terveysvaikutuksista sekä liikunnan merkityksestä tiettyjen sairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Toisaalta voidaan lähteä rakentamaan juuri tietyille potilasryhmille räätälöityä kirjallista materiaalia, minkä tuottaminen kysyy kuitenkin aikaa ja resursseja.

Mikäli lääkäri ajattelee itsensä edes jonkinlaiseen auktoriteettiasemaan, ei asennoituminen Liikkumisreseptien kirjoittamiseen välttämättä ole ongelma ainakaan resepti-sanan käytön ja sen tuottaman assosiaation osalta. Reseptin uskotaan ainakin joidenkin potilaiden kohdalla olevan toimivin työkalu liikuntaneuvonnan tueksi, sillä reseptin ajatellaan olevan suositusta tai ohjeistusta tehokkaampi liikkeelle panija ja toimivan myös liikkumisen lisäämisen työkaluna.

## 5 YKSILÖLLINEN LIIKUNTANEUVONTA

Liikkumisen kulttuuri on kokenut suuria muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana. Liikkumisen kulttuurissa ja käytännöissä on muun kulttuurin tavoin siirrytty yhä enemmän kohti yksilökeskeisyyttä ja yhteisöllisyyden vähenemistä. Liikunnan kansallinen tehtävä on väistynyt henkilökohtaisen hyvän tavoittelun tieltä ja arvojen muutoksesta kertoo myös se, että liikunnan ja terveyden välinen myönteinen yhteys on jäänyt syrjään mielikuviin keskittyvässä markkinoinnissa. (Kokkonen 1995, 11.) Liikuntakulttuurin kehitys on edennyt kilpaurheilusta koko kansan liikuntakulttuuriksi, joka on koko ajan monipuolistunut. Liikuntakulttuurin monipuolistuminen on ollut hidas prosessi, jota perinteiset urheilukäsitykset ja järjestörakenteet ovat jarruttaneet. Nykyään liikuntakulttuuri tarjoaa jokaiselle jotakin: on kuntoliikuntaa, liikunnallista kuntoutusta, elämys- ja luontoliikuntaa, työpaikkaliikuntaa, erityisryhmien liikuntaa sekä liikuntaa koko perheelle. Näin useammat kansalaiset ovat saaneet mahdollisuuden osallistua liikuntatoimintaan. (Mertaniemi & Miettinen 1998, 8–9.) Liikuntakulttuurin voimakkaan eriytymisen myötä yksilöllinen liikuntaneuvonta on tullut yhä tarpeellisemmaksi, sillä lajivalikoima on kasvanut ja ihmisten on yhä vaikeampi poimia joukosta itselleen sopiva liikuntamuoto.

Tärkeä edellytys liikkumiselle ja liikunnan harrastamiselle ovat hyvät liikunnan harrastusmahdollisuudet. Esimerkiksi pyöräteiden ja ulkoilureittien on oltava kunnossa, jotta ne houkuttelisivat ihmisiä liikunnan pariin. Terveysliikunnan paikallisissa suosituksissa (2000) on muun muassa ohjeistettu kuntia rakentamaan ja ylläpitämään kaikille kuntalaisille soveltuvia lähi-, perus- ja ulkoliikuntapaikkoja sekä kehittämään terveysliikunnan palvelutarjontaa yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Työikäisten ja ikääntyvien liikkumisen edistämiseksi suositellaan esimerkiksi

kevyenliikenteenväylien huoltamista siten, että ne ovat ympäri vuoden houkuttelevia ja turvallisia. Lisäksi suositeltavaa olisi erityisesti ikääntyvien ja erityisryhmien kohdalla järjestää sellaisia liikuntapalveluja, joissa on mahdollisuus sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Perusterveydenhuollon tehtävänä on myös vaikuttaa liikunnan toteutumisen edellytyksiin. Joidenkin lääkäreiden mielestä ihmisten liikkumattomuutta ei selitä ainakaan ongelmat palvelujen saatavuudessa. Kokkosen (1995, 42) mukaan liikuntapalveluja on Suomessa saatavilla varsin hyvin ja lääkärit ovat asiasta samaa mieltä. Toisaalta syrjäseudulla asuvien harrastusmahdollisuudet ovat huomattavasti kasvukeskuksissa asuvia rajallisemmat.

### 5.1 Liikkumaan yksin tai yhdessä

Osa väestöstä on yksilöliikkuja, osa puolestaan liikkuu mieluummin ryhmässä. Kokkosen (1995, 10) mukaan suomalaiset näyttäisivät suosivan yksilöliikuntaa, sillä kolme neljästä suomalaisesta liikkuu yksin. Kolmannes harrastaa liikuntaa vapaa-muotoisissa ryhmissä ja 15% liikuntajärjestöissä tai urheiluseuroissa. Selvä enemmistö haastateltavista näkee ryhmämuotoisen liikunnan erittäin merkittävänä tekijänä liikuntaharrastusta aloittelevien kohdalla. Lääkärit suosittelevat ihmisten ohjaamista vertaisryhmiin, joissa muillakin liikkujilla olisi samankaltainen terveyden ongelma (ks. myös Kukkonen ym. 1995, 133). Vertaistuessa on tärkeää, että liikkujat ovat lähtötasoltaan suurin piirtein samantasoisia. Ryhmän kannustavalla tuella on valtava merkitys niin liikuntakipinän synnyttämisessä kuin sen säilyttämisessäkin. Liikunnan sosiaalisella luonteella on erityisen suuri merkitys iäkkäille liikkujille (Ks. myös Mertaniemi & Miettinen 1998; Rantanen 1994). Ryhmäliikunta tuo liikuntaan myös säännöllisyyttä sekä mahdollistaa erilaisten ryhmää vaativien lajien harrastamisen. (Ks. myös Miettinen & Rajala 2003, 13.)

Yksilöliikkuminen on sikäli helppo vaihtoehto, että sitä voi harrastaa koska tahansa eikä se ole sidottua valmiiksi sovittuihin aikatauluihin. Jotkut tarvitsevat aikaa itselleen ja lähtevät mielellään vaikkapa kävelylle selvittämään ajatuksiaan. Yksilöliikuntaa voi harrastaa eri muodoissa, eikä siihen läheskään aina tarvitse erikoisia varusteita tai välineitä. Aika pitkälle Liikkumisreseptin liikuntaohjeiden suunnittelua ohjaa se, onko potilas pohjimmiltaan yksilö- vai ryhmäliikkuja. Tämä vaikuttaa esimerkiksi lajivalintaan.

Liikunnan harrastamista aloitettaessa on tärkeää, että tuetaan yksilön pyrkimystä kohti elämäntapojen pysyvää muutosta. Ryhmäliikkujien kohdalla korostuu ryhmänvetäjien ammattitaito. Esimerkiksi KKI-hankkeissa on koulutettu vertaisohjaajia, joiden vetämästä ryhmätoiminnasta on saatu hyviä kokemuksia. Vertaisohjaajat pystyvät samaistumaan vasta liikuntaa aloittelevien ihmisten elämäntilanteisiin sekä rohkaisemaan aloittelijoita omalla esimerkillään. (Miettinen & Rajala 2003, 13.) Myös jotkut haastateltavat tuovat esiin sen, että olisi mielekkäämpää käyttää

ohjaajia, joihin liikuntaa aloittelevat voivat samaistua. Huippuunsa treenattu ohjaaja saattaa edustaa aloitteleville kuntoilijoille jotain sellaista, mihin pääseminen tiedetään omalla kohdalla mahdottomaksi.

*”...jotenkin tällasta vertais... Et ne on ne ihmiset, jotka on ylipainosia ja vähän liikkuvia. Että niitten ois helppo olla sen ohjaajan kanssa. Että se on valitettavasti niin, että kun tämmöset hoikat, hyväkuntoiset ja.. Meilläkin on semmonen fysioterapeuttiopiskelija, joka piti meän omalle porukalle muutaman kerran semmosen ryhmän. Että vaikka mäkin aika paljon oon liikuntaa harrastanu... Se ei tavallaan tajunnu sitä, et tavallaan oli liian rankkaa. Et just nää tämmöset ihmiset hirveen helposti sortuu siihen, siis jotka ei oo paljoa tehny, niin he kokee heti, et tää on hirveen rasittavaa ja tylsää ja he heti luovuttaa. Sitä pitäs ihan hirveesti miettiä, et mitä niitten ihmisten kanssa, joiden lähtökohta on tosi olematon, niin miten ne saatas mukaan.”*

## 5.2 Liikuntaneuvonta ja sen tarpeellisuus

Lääkärit korostavat vastauksissaan sitä, että potilaille annetaan jatkuvasti suullista liikuntaneuvontaa. Mitä sairaammasta potilaasta on kyse, sitä tärkeämpänä nähdään liikuntaan liittyvä ohjaus ja neuvonta. Liikuntaan liittyviä kysymyksiä pohdittaessa täytyy ottaa huomioon myös potilaan asuinympäristö ja sen liikkumiselle asettamat rajoitukset ja mahdollisuudet.

*”Esimerkiksi ne, jotka asuu haja-asutusalueella. Jos on pimeätä, jäistä, lumista ja jos oot päivän töissä. Ne lähtee pimeellä, ne tulee pimeellä, niin kyllä siinä saa olla aika sankari, joka lähet siellä pimeessä, pilkkopimeessä tuola maalla lenkille! Että kaikki tämmöset täytyy ottaa huomioon, että mikä nyt yleensä on realistista sille ihmiselle.”*

Lisäksi kartoitetaan potilaan liikuntatottumuksia, mahdollisia kiinnostavia lajeja sekä mahdollisen sairauden liikunnalle asettamia rajoitteita. On tärkeää, että liikkumiselle asetettavat tavoitteet ovat riittävän pieniä ainakin aluksi, jotta liikunnasta saatavat kokemukset olisivat positiivisia ja kannustaisivat jatkamaan aloitettua liikuntaharrastusta. Mikäli tavoitteet asetetaan liian korkealle, tulee helposti epäonnistumisia, minkä seurauksena riski liikkumisen lopettamiselle kasvaa. Tässä vaiheessa on tarpeen pohtia myös sitä, liikkuisiko potilas mieluummin yksin vai ryhmässä. Sopivaa lajia ja ryhmää valittaessa on myös otettava huomioon se, minkä tasoiseen ryhmään potilas olisi syytä ohjata. Mikäli ryhmässä on samantasoisia liikkujia, voi ryhmän tuki muodostua merkittäväksi tekijäksi liikuntaharrastuksen jatkumisessa. Mikäli potilas ohjataan hänen lähtötasonsa huomioon ottaen liian vaativaan ryhmään, eivät

mahdollisesti syntyvä alemmuudentunne ja ulkopuolisuus kannusta jatkamaan harastuksen parissa.

Monilla sairausvastaanotoilla on keskityttävä ensisijaisesti selvittämään sitä ongelmaa, minkä vuoksi potilas on vastaanotolle tullut, liikuntaan liittyvät asiat jäävät toissijaisiksi. Sen sijaan terveystarkastukseen tulevilta potilailta on luonteva kysyä myös liikkumistottumuksista. Useimmiten potilaiden lähtötaso on melko alhainen ja liikkeelle lähdetäänkin siitä, että potilas aloittaisi säännöllisen liikkumisen. Ei ole olemassa sellaista potilasta, joka ei hyötyisi liikuntaneuvonnasta. Eräs lääkäri arvioi, että tulevaisuudessa vastaan tulee yhä enemmän sellaisia tautitiloja, joissa voidaan suoraan osoittaa liikkumattomuuden merkitys sairastumisessa.

Muutamien lääkäreiden mielestä on selvää, että yksityiskohtaisemmalle liikuntaneuvonnalle on olemassa selkeä tarve. Monien potilaiden kohdalla epätietoisuus omista mahdollisuuksista ja todellisista rajoitteista saattaa paitsi kokonaan estää liikuntaharastuksen aloittamisen myös aiheuttaa kipuja, turhautumista tai vastenmielisyyttä väärän lajivalinnan myötä ja sitä kautta innostus liikkumiseen katoaa. Joidenkin potilaiden kohdalla ongelmaksi voi muodostua se, että ainoa mieleen tuleva, itselle sopivaksi katsottu laji on kävely. Potilaat eivät itse välttämättä osaa valikoida omaan terveydentilaansa sopivia lajeja ja tarkastella liikuntamahdollisuuksia laajemmin. Esimerkiksi kävely ei ole erityisen hyvä vaihtoehto iskiasvaivoista tai alaraajojen nivelrikko-oireista kärsiville potilaille. (Ks. myös Riihimäki 1995, 30; ks. myös Korhonen 1995, 80–81.)

*”Uinti, pyöräily, hiihto, ei kävely pelkästään. Selkäpotilaitten kohdalla semmonen aika hauska ilmiö, et ne saa jonku iskiasoireista. Ja sitte niiden suurin ongelma on justin se kipu. Ja sit ne saa jonkinlaisen herätyksen oltuaan siinä hiton huonos kunnos kaikin puolin muuten. Sit ne per-kule rupeaa kävelemään! Mä oon alkanu säännönmukaisesti sanomaan, et älkää nyt sitte ruvetko mitään kilometritehtailuun tän jälkeen. Sekä leikatut selkäpotilaat ja ei-leikatut. Eikä ne tee mitään muuta ku kävelee. Tästä mä pidän puheita, et älkää nyt, et ei se iskunvaimennin oo oikein kunnossa... Tää samanen neuvonta, mikä koskee tätä selkää, et älä nyt kävele selkääs pilalle. Mut sit taas artroosin (nivelrikko) kans, miksi vain kävelet koska se aiheuttaa oireita ja lopettaa muunkin liikkumisen. Taas koittaa motivoida, et tee nyt jotain muutaki ja valikoi lajia.”*

### **5.3 Liikuntaneuvontaan käytettävä aika**

Kaiken kaikkiaan lääkärit käyttävät liikuntaneuvontaan aikaa hyvin vaihtelevasti. Yksittäisen lääkärin käyttämä aika vaihtelee tilanteen mukaan riippuen siitä, kuinka kiireinen aikataulu on tai millainen potilas on kyseessä. Liikuntaneuvonnalle ei jää

aikaa, mikäli potilaalla on useampia välitöntä hoitoa vaativia sairauksia ja/tai oireita tai mikäli vaivan selvittelyyn on käytettävä paljon aikaa. Joka tapauksessa lääkärin on ensisijaisesti selviteltävä sitä asiaa, minkä vuoksi potilas on vastaanotolle tullut.

*”Hirvittävästi sitä asiaa on, mitä pitäis käydä läpi. Että kun on kuitenkin vielä se asia, mitä ei kukaan muu voi tehdä – lääkehoito – niin sitä ei voi siirtää terveydenhoitajalle eikä fysioterapeutille, niin silloin mun mielestä pitää keskittyä siihen, mitä se lääkärin ydinosaaminen on, mitä ei kukaan muu tee. Meän pitää käyttää aikaa siihen ja silloin me joudutaan väistämättä siihen, että meän aikaresurssi on mikä on...”*

Kyse ei ole niinkään siitä, etteivätkö lääkärit pitäisi liikuntaneuvontaa tärkeänä tai etteivätkö lääkärit haluaisi siihen enemmän panostaa. Ongelmana on aikaresurssien rajallisuus ja siitä seuraava töiden priorisointi. Lääkäreiden on keskityttävä siihen työhön, joka on vain ja ainoastaan lääkäreiden tehtävissä. Lääkäreiden kohdalla kyse on muun muassa lääkehoidoista vastaamisesta, sillä siihen liittyviä tehtäviä ei voida delegoida muulle terveydenhuoltohenkilöstölle.

Haastateltavien näkemyksen mukaan liikuntaneuvontaan käytetään kokonaisuudessaan liian vähän aikaa. Lääkärit kaipaisivat itselleen enemmän ohjausta liikuntaneuvontaan sekä lisää henkilökuntaa, esimerkiksi fysioterapeutteja, jotta voitaisiin yksityiskohtaisemmin käydä potilaiden kanssa läpi henkilökohtaista liikkumissuunnitelmaa sekä huomioida mahdolliset rajoitteet. Tulevaisuudessa olisikin tarve saada lisää resursseja liikuntaneuvontaan, sillä kattava liikuntaneuvonta osaltaan ehkäisee sairauksia. Periaatteessa ongelma palautuu yleisemmälle tasolle ja kyse on kansanterveys-työn laajemmista ongelmista. (Ks. myös Mertaniemi & Miettinen 1998, 33.)

*”Kyllä nuo aika vakuuttavia minusta on mitä kirjoitetaan. Et sydän- ja verisuonitautien, pelkän verenpaineaudin, diabeteksen. Niin sehän ois valtava säästö. Totta hitossa siihen pitäis panostaa ihan hemmetisti enemmän! Laskee vaan et mitä lääkärit nyt maksaa ja... Se on semmonen kansanterveystyön isompi probleema, että miten se tapahtuu.”*

Joidenkin lääkäreiden mukaan Liikkumisreseptin kirjoittaminen vie yllättävän paljon aikaa. Etenkin sopivien liikuntamuotojen etsiminen voi olla työlästä. Liikkumisreseptin kirjoittamiseen käytettävä aika riippuu kunkin lääkärin perusteellisuudesta sekä aiheeseen perehtyneisyydestä. Toisaalta voidaan ajatella, ettei ole tarkoitukseen, että lääkärit vastaanottoaikojen puitteissa yksin ottavat vastuulleen Liikkumisreseptin kirjoittamisen ja seurannan. Joidenkin haastateltavien mielestä Liikkumisreseptin kirjoittaminen ei vie niin paljon aikaa, etteikö sitä olisi mahdollista vastaanotolla kirjoittaa. Liikkumisreseptin kirjoittamiseen kuluva aika vaihtelee sen mukaan, onko lääkärillä itsellään riittävästi tietoa liikkumiseen liittyvistä asioista. Mikäli lääkäri itse harrastaa aktiivisesti liikuntaa tai hän on itse kiinnostunut liikunnan

terveysvaikutuksista, on hänen helpompi ja myös nopeampi ohjeistaa potilasta. Mikäli lääkäri katsoo Liikkumisreseptin kirjoittamisen olevan ensisijaisesti hänen tehtävänsä alusta loppuun, kuluu työhön huomattavasti aikaa. Vähemmän aikaa kuluu, mikäli tarkennetut liikkumisohjeet antaa joku muu kuin lääkäri, esimerkiksi fysioterapeutti. Näin myös vastuu Liikkumisreseptin laadinnasta ja seurannasta jakautuu tasaisemmin terveydenhuoltohenkilöstön kesken.

#### 5.4 Liikkumisresepti liikuntaneuvonnan työkaluna

Osa lääkäreistä toteaa, että kirjallisen Liikkumisreseptin kirjoittaa samalla, kun keskustele potilaan kanssa liikunnasta ja antaa liikuntaneuvontaa eikä reseptin kirjoittaminen vie välttämättä enempää aikaa. Ajanpuute on tosiasia, mutta toisaalta aikaa kuitenkin useimmiten löydetään siihen, mikä koetaan tärkeäksi.

*”Kyllähän se mistä innostutaan ja mikä koetaan tärkeäksi, niin se kyllä tungetaan johonkin väliin.”*

Osa lääkäreistä ei välttämättä näe lisäarvoa sillä, että liikkuminen kirjataan paperille, vaan he katsovat suullisen neuvonnan ajavan saman asian. Jotkut lääkärit suhtautuvat Liikkumisreseptin kirjoittamiseen kielteisesti ja ovat sitä mieltä, että ainoastaan suullisesti toteutettu liikuntaneuvonta on aidosti keskustelevaa. Näin korostetaan tälle ajalle tyypillistä lääkärin konsulttiroolia sen sijaan, että lääkäri auktoriteetillaan määräisi reseptillä liikkumaan.

*”Mä en koe sitä paperia vaikuttavaks, vaan mää koen sen ihmisen kohtaamisen tärkeemmäks asiaks. Et kohtaanko minä sen, sainko mää välitettyä sen hänelle, et tää ois nyt oikeesti tärkeetä.”*

Kyse ei välttämättä ole siitä, että suullinen neuvonta nähtäisiin tehokkaampana tai parempana kuin kirjallisten ohjeiden antaminen. Lisäarvoa kirjoitetulle ei nähdä, minkä seurauksena kirjoittamisesta on helppo luopua. Erityisesti kun resurssit ovat muutenkin rajalliset ja priorisointia on tehtävä, Liikkumisreseptit jäävät helposti kirjoittamatta. Osalle haastatelluista lääkäreistä Liikkumisresepti näyttäisi tarkoittavan sitä, että kirjallinen liikuntaneuvonta korvaisi suullisen neuvonnan. Kaikille lääkäreille ei siis ole selvää, että Liikkumisresepti on tarkoitettu nimenomaan suullisen liikuntaneuvonnan tueksi ja rinnalle, ei korvaamaan sitä. Joillekin lääkäreille reseptin kirjoittamista mielekkäämpi vaihtoehto on antaa potilaalle mukaan liikkumiseen liittyvää kirjallista materiaalia tai ohjata suoraan fysioterapeutille, mikäli kyseessä on niin sanotusti ”potentiaalinen” potilas eli voidaan olettaa, että hän noudattaa lääkärin ohjeita tai on ainakin motivoitunut aloittamaan liikkumisen.

Joka tapauksessa lääkärit näyttävät kaipaavan suullisen liikuntaneuvonnan tueksi kirjallista materiaalia, jota voivat antaa potilaille. Kokkosen (1995, 42) mukaan lääkärit tarvitsisivatkin käyttöönsä enemmän liikuntamahdollisuuksia esittelevää aineistoa. Lääkäreille ei aina ole selvää se, mikä on terveyden kannalta sopivaa ja riittävää liikuntaa. Tämän lisäksi potilaat reagoivat eri tavoin eri materiaaleihin ja tarvitaankin erilaisia yhdistelmiä, jotta kullekin potilaalle saadaan räätälöityä sopiva materiaali-paketti.

*”Sitte joku on sanonu, että ei tunne olevansa riittävän asiantunteva kirjottaakseen reseptiä. Niin siihen vois olla avuksi tosiaan joku vihkonen, jossa ois niinku selkeästi sanottu se, että mikä on nykyinen käsitys sitä, mikä on terveyden kannalta riittävä liikunta. Ei se ole lääkäreillekään (aina selvää)- Ja eikö se oo aika uuski tämä UKK-instituutin antama arvio siitä asiasta. Että ei se oo sillä tavalla tuttu asia. Että kun siitä olis tämmönen selkeä, mustaa valkosella. Että tietää niinkun puhuvansa oikeeta asiaa.”*

*”Jotku ottaa vastaan silmillä, jotku ottaa korvilla, jotku kokemuksella. Että oppimisen perusasioista. Ja sillon tietysti joku yhdistelmä tarvitaan. Eli kyllä mä näen, että jotenki se yhdistelmä on niin, että miten se kolahtaa sille ihmiselle.”*

Erään fysioterapeutin sanoin liikunta yhtenä hoitomuotona on erittäin monipuolinen lääke. Erään lääkärin mielestä hyvä motivointikeino on antaa potilaalle Liikkumisresepti ja kertoa, että ensin kokeillaan sitä ja vasta myöhemmässä vaiheessa katsotaan tarvitaanko lääkitystä, mikäli liikkumisen aloittaminen tai lisääminen ei auta.

## **5.5 Potilaiden suhtautuminen liikuntaan ja Liikkumisreseptin kirjoittamiseen**

Muutaman haastateltavan mukaan lääkäreiden asenteita Liikkumisreseptiin voitaisiin saada muutettua melko nopeastikin. Pelkkä lääkäreiden asenteisiin vaikuttaminen ei kuitenkaan riitä, sillä lopulta vastuu liikkumisesta on kuitenkin reseptin saaneella potilaalla. Potilaan tulisi ottaa liikkuminen osaksi jokapäiväistä elämää, kyseessä on suurempi elämäntapamuutos. Suomisen ym. (2000, 180) mukaan yksilöllinen liikunta- ja terveysneuvonta sekä myönteisten liikunta-asenteiden tukeminen on terveysalan työntekijöiden tärkeä tehtävä. Lääkärin ohjeilla ja muiden terveydenhuoltoalan työntekijöiden neuvonnalla on todettu olevan tehokas kannustava vaikutus harrastuksen aloittamisessa. Haastateltavien mukaan potilaiden asennoitumisessa liikkumiseen ja Liikkumisreseptin kirjoittamiseen on suurta vaihtelua. Osa potilaista on hämmästeltyt ajatusta Liikkumisreseptin kirjoittamisesta. Osa potilaista ajattelee, että lääkkeet ovat helpompi vaihtoehto ja ottaa lääkereseptin mieluummin kuin Liikkumisreseptin. Kokkosen ym. (2004, 15) mukaan lääke onkin yleensä helpompi nielaista

kuin totuus omista elämäntavoista. Erään lääkärin mukaan miehet ovat naisia reippaammin sanoneet suoraan, että ottavat mieluummin lääkkeit.

Lääkäreiden mukaan joissakin potilaissa on havaittavissa selvää muutosvalmiutta ja potilaat olisivat usein asettamassa itselleen korkeampia tavoitteita kuin lääkäri. Potilaat eivät lääkäreiden näkemyksen mukaan välttämättä aina ymmärrä sitä, kuinka pienistä tavoitteista on lähdettävä liikkeelle, jotta tavoitteisiin ylipäättään olisi mahdollista päästä. Osa potilaista arvioi omat voimavaransa ja oman lähtötasonsa paremmiksi kuin ne tosiasiallisesti tai lääkärin näkemyksen mukaan ovat. Smolanderin (1995, 65) mukaan harjoitusten määrä on pidettävä kohtuullisena ja realistisena, jotta vammautumisen riski on mahdollisimman vähäinen. Aloittelevalle terveystoimijalle on tärkeää saada myönteisiä kokemuksia eli liikunnan on tunnettava hyvältä ja virkistävältä sekä oman toimintakyvyn rajoissa olevalta. Liikuntaa harrastamattomille potilaille tulisi saada syntymään oivallus siitä, että vaikka liikkumisen aloittaminen aiheuttaa esimerkiksi lihaskipuja, ovat ne ohimeneviä ja pidemmällä tähtäimellä liikkuminen vaikuttaa positiivisesti muuhunkin jaksamiseen. Tärkeää on ottaa huomioon oma lähtötaso, jotta suurimmilta alkuvaiheen ongelmilta vältyttäisiin ja positiivinen asenne liikunnan harrastamiseen säilyisi. (Ks. myös Korhonen 1995, 82; Louhevaara & Perkiö-Mäkelä 2000, 259.)

Potilaille on Liikkumisresepteissä asetettu tavoitteiksi painonpudotusta ja -hallintaa, kunnon ja mielialan kohottamista sekä sairauksien hoitoa ja ehkäisyä. Osa potilaista on itse tuonut esille, että liikkumisella on vaikutusta myös psykososiaaliseen hyvinvointiin. Eniten Liikkumisreseptistä ovat innostuneet ja vakavimmin sen ovat ottaneet ne potilaat, joilla on todettu suuri riski sairastua esimerkiksi diabetekseen. Ylipainon kanssa kamppaileville on asetettu tavoitteeksi noin 5–10% painonpudotus. Liikkumisreseptistä ovat innostuneet myös ne potilaat, joilla on vastikään diagnosoitu jokin pitkäaikaissairaus. Lääkärin mukaan kyseessä on tällöin sekundaaripreven-tio: Terveystoiminnan herätään vasta siinä vaiheessa, kun on jo sairastuttu. Tällaisilla potilailla motivaatio on hyvä. Esimerkiksi Soinissa on 115 ihmisen ryhmä, jolla on todettu korkea riski diabetekseen sairastumiseen. Nämä potilaat ovat erittäin tyytyväisiä siihen, että heihin on satsattu ja heille on tehty perusteellinen terveydentilan kartoitus. Tälle ryhmälle on lääkärin mukaan systemaattisesti kirjoitettu Liikkumisresepti ja potilaat ovat erittäin kiinnostuneita omasta tilanteestaan. Motivaatio on erityisen hyvä niillä potilailla, joilla sairaus ei ole vielä edennyt lääkehoitoa edellyttävälle tasolle. Lääkärin mukaan Liikkumisresepti sopii tällaisiin tilanteisiin erittäin hyvin. Kun liikkumista pyritään lisäämään sairauden ehkäisemiseksi ja tämä on kirjattu tavoitteisiin yhdessä seurannan kanssa, nostaa tämä potilaan motivaation tasoa.

Potilaiden motivaatiolla on merkitystä myös lääkärin motivaatiolle kirjoittaa Liikkumisreseptejä. Mikäli potilaat ovat motivoitumattomia tai orastava motivaatio sammuu alkuinnostuksen myötä, horjuu myös lääkäreiden usko Liikkumisreseptin tuottamaan hyötyyn. Mikäli potilaat eivät motivoitu, joutuvat lääkärit pohtimaan

Liikkumisreseptiin panostamista ja sitä, kannattaako reseptien kirjoittamiseen käyttää aikaa, jota muutenkin on vähän. Liikkumisesta keskusteleminen voi kuitenkin saada jotkut ihmiset liikkeelle. Lääkäri ammattitaitoa on tunnistaa potilaasta sen hetkinen asenne liikkumiseen ja mahdollinen muutosvalmius kohti terveempää elämäntapaa. Erään lääkärin mukaan Liikkumisreseptiä ei edes kannata harkita liikkumiseen välinpitämättömästi suhtautuvien potilaiden kohdalla. Mikäli potilaassa kuitenkin on havaittavissa edes orastavaa motivaatiota, voi Liikkumisresepti olla hyvä keino motiivoida potilasta kiinnittämään enemmän huomiota omaan liikkumiseensa. Toisaalta voidaan myös ajatella, että mikäli motivaatio näyttäisi olevan heräteltävissä, ei avuksi välttämättä tarvita mitään reseptejä. Riippumatta siitä, miten Liikkumisreseptin ja kirjallisten liikuntaohjeiden antamiseen suhtaudutaan, kuuluvat liikkumiseen liittyvät asiat joka tapauksessa lääkäreiden enemmistön mukaan vastaanotolla tavalla tai toisella käsiteltäviin teemoihin.

Lääkäreiden mukaan potilaiden motivaatiota voidaan herätellä monin eri tavoin. Ensimmäinen keino motivaation löytämiseksi voisi olla perusteellinen terveystarkastus, jonka yhteydessä mitattaisiin myös fyysistä suorituskykyä. Huonot tulokset voisivat herätellä potilaita huomaamaan oman heikon fyysisen tilanteensa ja sitä kautta voisi syntyä kipinä liikkumisen aloittamiseen. Toisaalta erään lääkärin mielestä tällaisella kuntotestauksella liikunnasta saadaan innostumaan vain pieni osa väestöstä.

*”Kyllähän kaikki nää tämmöset, että työpaikoilla tehdään UKK-kävelytestejä ja muuta... Että niille ihmisille jotenkin konkretisoidaan sitä, että mikä se sun kunto nyt sitten on ja mikä se sun työ huomioon ottaen pitäis olla, että sä hyvin jaksaisit. Niin kyllä ne varmaan aina joitain ihmisiä innostaa, mutta varmaan se prosentti on aika pieni kyllä.”*

Joitakin potilaita motivoivat mittaustulokset, joiden kautta saadaan tietoa liikunnan konkreettisista vaikutuksista ja hyödyistä. Mitä pienempi Vuolteen (2000, 40) mukaan on jonkin lajin omaksumisen todennäköisyys, sitä enemmän tulisi rakentaa sen ympärille harrastamista suosivia determinantteja. Esimerkiksi kuntoliikkuajalle voidaan ”keinotekoisesti” järjestää tietoa hänen terveytensä ja kuntonsa edistymisestä tai tarjota kannustus-palkintoja tietyn tavoitteen saavuttamisesta. Esimerkiksi diabeteksen hoidossa liikunnalla on suora yhteys verensokerin tasoon ja liikkumisen verensokeria laskevan vaikutuksen havaitseminen voisi olla tehokas keino kannustaa potilaita säännöllisen liikunnan pariin. Lääkärit ehdottavat erilaisia järjestettyjä kävelytestejä, jotka motivoivat ainakin osaa väestöstä, mutta korostavat samaan aikaan sitä, että viime kädessä vastuu on kuitenkin ihmisellä itsellään. (Ks. myös Miettinen & Rajala 2003, 14; Smolander 1995, 101–102.)

Osa potilaista ottaa liikkumisen puheeksi lääkärin vastaanotolla ja myöntää heti, ettei liikkuminen ole riittävää. Liikkumisreseptiä kirjoitettaessa osa potilaista haluaa itse selkeästi vaikuttaa siihen, millainen liikkumisohje hänelle kirjoitetaan. Erityisesti

sellaiset potilaat, joiden liikunta on ennen Liikkumisreseptin kirjoittamista ollut lähes olematonta, ovat suhtautuneet hyötyliikunnan lisäämiseen myönteisesti helposti toteutettavissa olevana liikunnan aloittamisen muotona. Toisaalta potilaat ovat Liikkumisreseptin myötä löytäneet itselleen täysin uusia lajeja ja osa on löytänyt sopivan liikuntaryhmän, jonka myötä liikkumiseen on tullut säännöllisyyttä.

Kaikkien kohdalla riittävää motivaatiota ei ole kuitenkaan löytynyt. Esimerkiksi joidenkin kroonisten kipupotilaiden on lääkärin mukaan vaikea mieltää yhteyttä liikunnan puutteen ja oireiden välillä ja näille potilaille liikunnan vaikutusta terveyteen joutuu perustelemaan enemmän. Lääkärin mukaan etenkin työterveyshuollon puolella tapaa sellaisia potilaita, joille säännöllinen liikkuminen olisi ensiarvoisen tärkeää, mutta motivaatio puuttuu. Työterveyshuollossa tulisikin tehdä pitkäjänteistä työtä, jotta näiden potilaiden asenteita saataisiin muokattua liikuntamyönteisempään suuntaan. Lääkäreiden mukaan osa potilaista vastustaa kaikenlaisia reseptejä eikä heille ole mielekästä kirjoittaa Liikkumisreseptiä. Erään lääkärin mukaan nämä potilaat ilmaisevat kantansa selkeämmin hoitajille kuin suoraan lääkärille. Tämä osaltaan kertonee lääkärin auktoriteettiasemasta suhteessa muuhun terveydenhuoltohenkilöstöön.

Raevaaran & Sorjosen (2001) mukaan potilaalla on vastaanotolla ja lääkärin silmissä taipumus esiintyä suotuisassa valossa. Käytännössä tämä saattaa näkyä siten, että liikuntaneuvontaan potilas vastaanotolla suhtautuu vakavasti ja antaa ymmärtää sitoutuvansa Liikkumisreseptiin kirjattuihin tavoitteisiin. Todellisuudessa hän saattaa kuitenkin haluta antaa itsestään kuvan hyvänä potilaana, joko tietoisesti tai tiedostamattaan, eikä sitoutuminen välttämättä konkretisoidu arkielämässä. Tällainen toiminta saattaa virheellisesti tuottaa mielikuvan vahvemmassa lääkärin auktoriteetista kuin mistä todellisuudessa on kyse. Jos potilas tietoisesti tai tiedostamattaan pyrkii esiintymään myönteisessä valossa, on lääkärin vaikea arvioida potilaan todellista motivaation tasoa.

Erään lääkärin mukaan hyötyä on saavutettu, vaikka Liikkumisreseptiä ei täysin noudatettaisikaan, mikäli asennoitumisessa on tapahtunut muutoksia positiiviseen suuntaan. Myönteistä kehitystä on jo se, että liikkumiseen liittyvät asiat on otettu puheeksi, liikkumisen merkitys on selkeytynyt potilaalle ja liikkumiseen liittyvät asiat pidetään mielessä. On tärkeää, että lääkäri kannustaa potilasta liikkumiseen liittyvissä asioissa ja antaa potilaalle tämän tarvitseman tiedon liikunnan ja terveyden välisestä yhteydestä. Erään lääkärin sanoin:

*”...vielä toistan sen, tällä keinolla (Liikkumisreseptillä) siihen on pakko satsata, et sen verran tosissaan ihmiset tän ottaa!”*

Joidenkin lääkäreiden näkemyksen mukaan terveydenhuollon resurssit eivät riitä siihen, että ihmisten liikkumiseen ryhdyttäisiin vaikuttamaan systemaattisesti. He

pitävät mediaa tehokkaana keinona, jolla voidaan vaikuttaa ihmisen asenteisiin ja liikuntatottumuksiin. Näiden lääkäreiden mielestä tarvitaan enemmän julkista näkyvyyttä kuten lehtikirjoittelua, sillä heidän mukaansa ihmiset lukevat aika tarkkaan terveydenhuoltoon liittyviä kirjoituksia ja kyselevät niissä esitetyistä asioista tarkemmin lääkäriltä. Tämä voisi lääkäreiden arvion mukaan luoda positiivisen kierre-teen: ihmiset hankkisivat itse tietoa lehdistä ja ottaisivat itse vastuuta omasta liikkumisestaan ja terveydestään ikään kuin median kautta. Erään lääkärin mukaan asiakasiltapäiviin voitaisiin ottaa joku Liikkumisreseptin avulla onnistuneesti liikkumisen aloittanut henkilö kertomaan omista kokemuksistaan.

Joidenkin lääkäreiden mukaan media on täynnä tietoa liikunnasta ja liikkumisen hyödyllisyydestä. Näin on ollut jo pitkään, mutta tiedon hyödyntäminen käytännössä ei ole oikein onnistunut. Nykyään ihmisillä on käytössä esimerkiksi internet, mitä käytetäänkin paljon ja tietoa on saatavilla sille, joka tietoa tarvitsee ja sitä aktiivisesti haluaa saada.

Joka tapauksessa liikkumiseen ja sen lisäämiseen tulisi panostaa enemmän, sillä lääkäreiden näkemysten mukaan pienten ja suurempienkin terveyteen liittyvien vaivojen hoitaminen ennalta ehkäisevästi on yhteiskunnalle huomattavasti edullisempaa kuin jo sairastuneiden hoidon järjestäminen. Nykyään terveydenhuolto keskittyy vielä hyvin pitkälti reagoimaan potilaiden oireisiin sen sijaan, että painopistettä siirrettäisiin enemmän ennalta ehkäisevään työhön. Liikunta on ainakin yksi vaihtoehto muiden joukkoon ja liikkuminen on halpa keino ylläpitää ja parantaa terveyttä. Lisäksi se on jokaisen ulottuvilla.

## **5.6 Liikkumisreseptikäytäntö ja liikunnan terveysvaikutuksista tiedottaminen**

Lääkärit, terveydenhoitajat ja fysioterapeutit ovat avainasemassa terveyskeskusten asiakkaiden ohjaamisessa liikunnan pariin. Terveyden ammattilaiset voivat vaikuttaa passiivisen ihmisen asennoitumiseen liikuntaa kohtaan ja vahvistaa hänen uskoaan liikunnan terveyttä edistäviin vaikutuksiin. (Miettinen & Rajala 2003, 11.)

Varsin monet haastateltavat kannattavat yleisen tiedottamisen lisäämistä paitsi Liikkumisreseptistä ja sen mahdollisuuksista, myös liikunnan terveysvaikutuksista yleensä. Selkeää näkemystä siitä, kenen toimesta tiedottaminen tulisi organisoida ja toteuttaa, ei kuitenkaan tule esiin. Liikkumisreseptistä sekä liikunnan terveysvaikutuksista tulisi tiedottaa niin lääkäreille, muulle terveydenhuoltohenkilöstölle kuin potilaillekin. Toistaiseksi Liikkumisreseptistä tiedetään suhteellisen vähän ja tieto on keskitynyt aktiivisiin työyksiköihin, joissa Liikkumisreseptejä kirjoitetaan melko paljon. Lääkärit toteavat, että tarvitsisivat itsekkin tarkempaa tietoa liikunnan terveysvaikutuksista ja etenkin liikunnan mahdollisuuksista eri sairauksien hoidossa. Yleisesti tiedetään, että liikkumisella ja liikunnan harrastamisella on suotuisia vaikutuksia

terveyteen. Yhtä tietoisia ei kuitenkaan olla siitä, mitä tämä käytännössä yksilön kohdalla tarkoittaa: kuinka usein, kuinka paljon kerrallaan ja millaisia liikuntamuotoja tulisi harrastaa.

Liikkumisreseptin yleinen esillä pitäminen tekisi asiaa tunnetuksi ja sitä kautta voisi innostaa sen kokeilemiseen ja käyttöönottoon. Tämä ei kuitenkaan riitä, vaan lisäksi tulisi lisätä yleistä tiedottamista liikunnan terveysvaikutuksista. Yleisemmän tiedottamisen organisointi on kuitenkin haasteellinen tehtävä, jonka toteuttamiseksi vaadittaisiin laaja-alaista yhteistyötä sekä selkeästi suunnattuja resursseja, ja jostain täytyisi myös löytää selkeä vastuutaho. Terveysliikunnan paikallisten suositusten (2000) mukaan eräs perusterveydenhuollolle kuuluva terveystieteiden edistämisen keino on koko väestölle suunnattava terveystiedotus samoin kuin yksilöiden ja ryhmien ohjaus sekä neuvonta.

Lienee perustelua kysyä, saataisiinko aktiivisella tiedotuskampanjalla ihmisiä liikkeelle. Yleisellä tiedottamisella innostetaan mukaan niitä, jotka jo harrastavat jonkin verran liikuntaa. Terveystensä kannalta liian vähän liikkuvien tavoittamiseksi tarvitaan yksilöllisempiä keinoja. Kunnossa Kaiken Ikää -hankkeissa on todettu, että uusia liikkujia tavoitetaan parhaiten terveyskeskusten sekä työterveyshuoltojen henkilökunnan kautta. (Miettinen & Rajala 2003, 11.) Eräs haastateltavista ei usko, että tiedottamisella saataisiin aikaan ainakaan suuria muutoksia ihmisten liikuntatottumuksissa.

*”Et jokainenhan tietää, että hyviä ravitsemusohjeita on annettu jo vuosikymmeniä. Jumalaton määrä jaettu pumaskoja ja mitä se vaikuttavuus on ollu?”*

Kirjallista materiaalia on ollut tarjolla jo vuosikymmeniä, mutta vaikuttavuus on lääkärin näkemyksen mukaan ollut aika heikko. Lienee perusteltua olettaa, että parhaimminkin tuloksiin päästään, mikäli ohjausta annetaan sekä suullisesti että kirjallisesti. Suullisen neuvonnan etu on suora kontakti, mihin ei pelkällä kirjallisella materiaalilla päästä. Suullisesta neuvonnasta ei kuitenkaan jää mitään tietoa tai merkintää muulle henkilökunnalle, minkä osaltaan vaikeuttaa seuranta- ja mahdollistaa myös väärinymmärrykset ja yksityiskohtien unohtamisen. Potilaan on helpompi muistaa saamansa ohjeet, kun ne on selkeästi kirjattu paperille. Lisäksi terveydenhuoltohenkilöstön on mahdollista osallistua seurantaan ja pysyä ajan tasalla potilaan liikkumisesta, kun asia on kirjattu ylös potilaan tietoihin.

## 6 YHTEISTYÖ JA TYÖNJAKO

Liikuntasektorin ja terveydenhuollon välillä on toistaiseksi varsin vähän toimivia, sektorirajat ylittäviä yhteistyökäytäntöjä. Yhdistettäessä terveydenhuollon ja liikuntasektorin palveluja saattaa ongelmaksi muodostua näiden kahden sektorin toimintaperiaatteiden erilaisuus. Terveydenhuollon toiminta perustuu pääasiassa oireisiin reagoimiseen ja jo olemassa olevien terveydellisten ongelmien ratkaisemiseen. Liikuntasektorin perusajatuksena on edistää terveyttä ja ehkäistä sairauksia ennalta. Liikuntasektorilla pääpaino ei välttämättä aina ole terveydessä, vaan hyvin usein painotus on liikunnan harrastuksenomaisuudessa. Näiden kahden sektorin välille kaivattaisiin toimivia yhteistyökäytäntöjä, jotta liikunnan terveyttä edistävä merkitys saataisiin vahvemmin esiin. Mertaniemen & Miettisen (1998, 34) mukaan liikunnan ja terveydenhuollon ammattilaisten tulee nykyistä selkeämmin ja tiiviimmässä yhteistyössä levittää tietoa liikunnan terveysvaikutuksista. Liikkuminen ja terveys kytkeytyvät tiiviisti yhteen: säännöllinen liikkuminen edistää terveyttä, vastaavasti liikkumattomuus kasvattaa riskiä sairastua esimerkiksi diabetekseen, tuki- ja liikuntaelinten sekä sydän- ja verisuonisairauksiin. Liikuntaa voidaan käyttää myös yhtenä hoitomuotona monien sairauksien hoidossa.

Voidaan kuitenkin ajatella, että mikäli eri alojen toimijat saadaan innostumaan asiasta ja kaikilta löytyy yhteistyöhalua sekä kiinnostusta liikunta- ja terveystalvelujen yhteen kytkemiseksi, voidaan sektorirajat ylittävää yhteistyötä kehittää ja sitä kautta löytää toimivia käytäntöjä. Yhteistyötä tarvitaan paitsi liikuntasektorin ja terveydenhuollon välille, myös eri sektoreiden sisällä. Hyvien käytäntöjen löytämiseksi eri toimijoiden on tunnettava toistensa työtä ja tiedettävä, mitä missäkin tehdään tai hoidetaan ja miten. Yhteistyöverkostoja luotaessa jokaisen toimijan on löydettävä oma paikkansa verkostossa sekä tiedostettava oma roolinsa siinä. Rynnäsen ym. (1999, 39–40) mukaan tiimityöskentely lääkäreiden ja muun terveydenhuoltohenkilöstön välillä tulee olemaan tulevaisuudessa entistä tärkeämpää. Tämän lisäksi tarvitaan yhteistyötä myös terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välille, sillä vanhukset ja kroonisesti sairaat tarvitsevat heille räätälöityjä palveluja. Yhteistyö vaatii ennakkoluulotonta kehittämistä, johon viestintäteknologia tarjoaa mahdollisuuksia. Yhteistyö ei Rynnäsen (mt., 39–40) mukaan kuitenkaan tarkoita työpäivien täyttämistä kokouksilla. Yhteistyön onnistumiseksi tarvitaan myös henkilökuntasuhteiden selvittämistä sekä järjestelmällistä työtä hyvään tiimityöskentelyyn kykenevän yhteisön luomiseksi. Yhteistyön tärkeydestä kertoo sekin, että Kvistin (2004, 164) tutkimuksessa lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan välisen yhteistyön sujumattomuus vaikutti negatiivisesti jopa hoidon laatuun.

## 6.1 Lääkäriin auktoriteettiasema terveydenhuollossa

Lääkäriin ja potilaan vuorovaikutusta käsittelevässä kirjallisuudessa on esitetty kahta vastakkaisista näkemystä potilaan ja lääkäriin välisestä suhteesta. Ensimmäisen mukaan suhde on väistämättä epäsymmetrinen, kun taas toisen mukaan se on – tai sen ainakin tulisi olla – symmetrinen. Epäsymmetrian korostajia ovat esimerkiksi Talcott Parsons (1951), Eliot Freidson (1970) sekä Andrew Abbott (1988). Heidän mukaansa lääkäri on väistämättä auktoriteetti suhteessa potilaaseen: lääketieteellisen tietonsa ja taitojensa avulla hän kykenee diagnosoimaan ja hoitamaan sairauksia. Yhteiskunta on myös virallisesti valtuuttanut lääkäriin tutkimaan ja hoitamaan sairauksia sekä antamaan lausuntoja – potilaalla tai muilla maallikoilla ei tällaista valtuutusta ole. On kuitenkin tutkijoita (esim. Stimson ja Webb 1975, Kleinman 1980, Helman 1992), joiden mielestä potilaan ja lääkäriin suhde on symmetrinen tai sen ainakin pitäisi olla sitä. He korostavat, että potilaalla ja lääkäriillä on molemmilla tulkintoja ja teorioita potilaan sairauden alkuperästä, sen hoidosta ja ennusteesta. Näin ollen vastaanoton tulisi olla keskustelua, jossa molempien osapuolten näkemykset pääsevät esiin ja jossa niitä sovitellaan keskenään. Parhaaseen tulokseen päästään, kun osapuolet löytävät yhteisen näkemyksen sairauden luonteesta ja hoidosta. (Peräkylä 2001, 71.) Mishlerin (1984) näkemyksen mukaan lääkäri puhuu yleensä lääketieteen ja potilas elämysmaailman äänellä. Vastaanotoilla lääketieteen ääni vaientaa elämysmaailman äänen. (Peräkylä ym. 2001, 14.)

Liikkumisresepti-hankkeen taustalla on ajatus siitä, että lääkäriin auktoriteettiasemaa voitaisiin hyödyntää kannustettaessa ihmisiä liikkumaan. Fysioterapeutin mielestä lääkäriin auktoriteetti on ehdottomasti tarpeen. Se, että lääkäri ottaa liikkumisen puheeksi vastaanotolla ja korostaa liikkumisen tärkeyttä, antaa potilaalle lisää motivaatiota. Lääkäriin antama kirjallinen kehoitus säännöllisen liikunnan aloittamisesta voi hyvinkin olla avaintekijä motivaation synnyttämisessä. Potilaat ovat tottuneet saamaan ruokavalio-ohjausta esimerkiksi terveydenhoitajalta. Se, että lääkäri ottaa liikkumiseen liittyvät asiat puheeksi, nostaa asian tärkeysarvoa. Enemmistö haastateltavista on yhtä mieltä siitä, että lääkäriin sanalla on potilaalle suurempi painoarvo kuin esimerkiksi terveydenhoitajan tai fysioterapeutin neuvolla. Näin ollen lääkäriin auktoriteettiasemaan tukeutuminen voi tuottaa parempia tuloksia kuin ilman lääkäriä toteutettu liikuntaneuvonta tai Liikkumisreseptin kirjoittaminen. Lääkäreiden mukaan lääkäriin auktoriteettiasemalla voi olla suurta merkitystä etenkin iäkkäämmälle väestölle.

Osa lääkäreistä katsoo, että liikuntaneuvonta ja sitä kautta terveiden elämäntapojen edistäminen kuuluu ehdottomasti lääkäriin tehtäviin (vrt. Peräkylä ym. 2001, 181). Liikkumisreseptiä kirjoittaessaan lääkäri ottaa vastuun potilaan liikuntaneuvonnasta ja ainakin osittain myös liikkumisen seurannasta. Lääkäriin sanomana liikkumiseen liittyvillä asioilla on enemmän painoarvoa kuin hoitajien tai fysioterapeuttien

ohjeistuksella. Lääkäri voi tieteeseen vedoten antaa paljon yksityiskohtaista tietoa liikkumisen terveystaikutuksista, mikä samalla motivoi potilasta aloittamaan säännöllisen liikuntaharrastuksen. Joidenkin haastateltavien mukaan lääkäri on siis yhä edelleen auktoriteetti ja siten paras motivoija.

*”...lääkäri on mun mielestä kumminkin ylivoimaisesti paras motivoija mun mielestä tänäkin päivänä, että ja sitten on kumminkin sitten lääkäriillä se tieteellinen tieto, et kyllä se meidän toimenkuvaan kuuluu, että me annetaan potku ja otetaan vastuu ja sanotaan, että ollaan mukana seurannassa ja sitten ohjataan taas paremmille ammattilaisille se jatkotäyttö...”*

Lääkärien auktoriteettiin nojaaminen on kuitenkin joidenkin haastateltavien mukaan vanhanaikaista. Melko moni haastateltavista korostaa, ettei heidän työskentelytapaansa ole auktoriteettiasemaan perustuva, vaan he näkevät itsensä pikemminkin eräänlaisina konsultteina ja mukana kulkijoina. Nämä haastateltavat eivät näe varsinaisesti eroa siinä, antaako liikuntaneuvontaa lääkäri vai joku muu terveydenhuollon ammattilainen. (Ks. myös Peräkylä ym. 2001, 8–9.)

*”Et tää on ollu just semmonen lääkärikeskeisyyteen ja lääkärin auktoriteettiin nojaava asia. Ja se on kyllä vanhanaikainen tänä päivänä.”*

*”Siis potilas–lääkärisuhde on sellainen konsulttisuhte, eikä sellainen, että minä määrään sinulle jotakin. Me ollaan enemmänkin sellaisia tasavertaisia kumppaneita, ja mä oon enemmänkin sellainen konsultti, tai... Kyllähän tänä päivänä vielä tulee sellaisia potilaita, joista huomaa, et se potilas todella toivoo, et se lääkäri määrää. Mutta se on aika harvoin nykyään. Toisaalta ihmiset haluaa jotenkin itse olla oman elämänsä sankareita...”*

*”Ajatellaan, et se lääkäri on joku semmonen ihmeitä tuova juttu, vaikka ei se oikeesti oo.”*

*”Siihen (Liikkumisresepti-hankeeseen) ladattiin niin valtavasti niitä odotuksia. Että kun lääkäri kirjoittaa ihmisille näitä reseptejä, että sillä on valtavasti vaikutusta, eikä sillä ole.”*

Lääkärien auktoriteettiasemaan kielteisesti suhtautuvat eivät näe lääkärin mukanaololla erityistä lisäarvoa. Lääkärit eivät omasta mielestään ole, eikä heidän tarvitsekaan olla, liikunnan asiantuntijoita siinä määrin kuin esimerkiksi fysioterapeutit. Erään haastateltavan mukaan fysioterapeutti on oikea ammattihenkilö tarkennettujen liikumisohjeiden antamiseen. Fysioterapeutilla on hänen mukaansa paitsi enemmän tietoa, myös enemmän aikaa käytettävissään. Osa lääkärin auktoriteettiasemaan

kielteisesti suhtautuvista haastateltavista myöntää kuitenkin, että lääkärin sanalla voi joidenkin potilaiden kohdalla olla painoarvoa. Vain harva haastateltava kieltää lääkärin auktoriteettiaseman olemassaolon potilaan näkökulmasta katsottuna.

Joka tapauksessa yhdessä asiantuntijan kanssa, oli kyseessä sitten lääkäri, fysioterapeutti tai terveydenhoitaja, laaditut henkilökohtaiset tavoitteet lisäävät liikkumisen tärkeyden tunnetta. Asiantuntija osaa myös neuvoa aloittelijalle sopivat liikuntaryhmät. Kun liikunta liitetään osaksi laajempaa elämäntapojen muutosta ja sen merkitys on asiantuntijan perusteleva, voidaan liikkunnallisesti passiivisiakin ihmisiä saada liikkeelle. (Mertaniemi & Rajala 2003, 11.)

## **6.2 Näkemyksiä terveydenhuoltohenkilöstön suhtautumisesta Liikkumisreseptikäytäntöön**

Erään haastateltavan näkemyksen mukaan fysioterapeutit ovat suhtautuneet Liikkumisreseptiin hyvinkin myönteisesti ja asiaa on yritetty viedä eteenpäin lääkäreille ja kouluterveydenhuoltoon. Haastateltavan mukaan lääkärit ovat kuitenkin suhtautuneet Liikkumisreseptien kirjoittamiseen melko kielteisesti erityisesti aikapulaan vedoten. Haastateltavan mukaan tällekin asialle luulisi löytyvän aikaa, jos se haluttaisiin nähdä sen arvoisena etenkin, kun ajatellaan liikkumisen positiivisia terveysvaikutuksia ja sen ennalta ehkäisevää merkitystä.

Sairaanhoitopiirin ja työyksiköiden johdon asennoitumisella Liikkumisreseptien kirjoittamiseen sekä liikuntaneuvontaan yleensä voi olla suurtakin merkitystä yksittäisen lääkärin toiminnalle. Johdon tuki antaa asialle painoarvoa ja myönteisessä mielessä asian esillä pitäminen myös johdon toimesta kannustaa eteenpäin. Jotkut haastateltavat pitävät johdon asennoitumista jopa ratkaisevan tärkeänä. Esimerkiksi Soinessa Liikkumisreseptistä ja liikkumisesta on innostuttu myös virkamiestasolla ja kunnan johtoa myöten on lähdetty systemaattisesti mukaan terveydenedistämistyöhön. Smolanderin (1995, 99) mukaan johdon sitoutuminen liikunnan edistämiseen on useissa tutkimuksissa osoittautunut erittäin tärkeäksi. Sitoutuessaan johto osoittaa voimavaroja liikunnan edistämiseen ja kannustaa omalla esimerkillään muita työyhteisön jäseniä osallistumaan.

Erään haastateltavan mielestä Liikkumisreseptiasiaasta innostuminen tai innostumatta jääminen palautuu kuitenkin yksilötasolle. Mikäli työyksiköstä löytyy yksikin ihminen, joka innostuu asiasta oikein todella, voidaan ajatella, että tämä yksilö ikään kuin vetää muun henkilökunnan mukanaan. Toisaalta niin kauan, kun tällaista toimintaa lähdetään viemään eteenpäin yksilökeskeisesti, vaarana on, että idean leviäminen jää liiaksi muutamien yksilöiden innostumisen varaan. Toistaiseksi Liikkumisresepti-idean leviäminen onkin ollut lähinnä yksittäisten lääkäreiden innostumisen varassa.

Yhden ihmisen eteenpäin viemä hanke on suuremmissa vaarassa kaatua kuin sellainen, jota viedään eteenpäin yhteistyöllä.

### 6.3 Yhteistyön nykytila

Eri pilottipaikkakunnilla yhteistyötä tehdään vaihtelevassa määrin. Osassa lääkäri ohjaa potilaita fysioterapeutille liikuntaneuvontaan ja saa palautetta fysioterapeutilta. Ongelmana on kuitenkin resurssipula, johon on pyritty vastaamaan töitä uudelleen järjestelemällä ja delegoimalla mahdollisuuksien mukaan. Tavoitteena on ollut ”järkevöittää” toimintaa siten, että kukin keskittyy omaan erityisosaamiseensa ja päällekkäistä työtä pyritään välttämään. Yhteistyötä tehdään jatkuvasti etenkin pienemmissä työyksiköissä. Lääkärit ja fysioterapeutit konsultoivat toisiaan, mikä hoituu normaalitilanteissa ilman erityisesti tarkoitusta varten luotuja yhteistyöverkostoja. Yhteistyötä tulee ikään kuin huomaamatta eikä se ole mitenkään systemaattista eikä ennalta sovittua. Erään haastateltavan näkemyksen mukaan fysioterapeutin ammattitaitoa käytetään, mikäli lääkäri näkee sen tarpeelliseksi. Yhtenäisiä käytäntöjä ei kuitenkaan ole.

### 6.4 ...sekä ehdotuksia Liikkumisreseptikäytäntöjen kehittämiseksi

Suurimman kannatuksen haastateltavien keskuudessa saa ehdotus toimintamallista, jossa hoitohenkilökunta yhteistyössä laatii potilaalle Liikkumisreseptin kuitenkin siten, että myös lääkäri olisi prosessissa merkittävänä osapuolena. Sillä ei olisi merkitystä, kuka laittaisi Liikkumisreseptin kirjoittamisen alulle tai ohjaisi potilaan tarkempaan liikuntaneuvontaan. Tämän alkuksisäyksen voisi antaa yhtä lailla lääkäri, fysioterapeutti tai vaikkapa työterveyshoitaja tai ylipäätään kuka tahansa, joka olisi kontaktissa potilaan kanssa ja kiinnittäisi huomiota tämän terveyden kannalta liian vähäiseen liikkumiseen. Tärkeintä olisi, että liikunnan merkitys potilaan terveyden edistämiseksi tai sairauden hoidossa tulisi esiin eri tahoilla ja koko terveydenhuoltohenkilöstö tukisi asian etenemistä.

Työkaluksi kaivattaisiin esimerkiksi sähköistä lomaketta, johon kukin potilaan kanssa asioiva taho kirjoittaisi ylös mahdolliset potilaan kanssa tehdyt sopimukset sekä omat havaintonsa ja ehdotuksensa jatkoon suhteen. Liikuntaa koskeville muistiinpanoille tulisi olla oma lomakkeensa, jotta se olisi aina nähtävillä kun potilastietoja käsitellään. Mikäli liikkumista koskevat asiat kirjataan vain sairauskertomukseen, katoavat ne ajan myötä, kun tekstiä tulee lisää. Ruudulla näkyvät vain viimeisimmät ylös kirjatut vastaanottokäynnit. Sähköisessä muodossa oleva lomake muistiinpanoille olisi yhtäläillä koko terveydenhuoltohenkilöstön käytettävissä, jolloin kaikilla olisi sama tieto potilaan tilanteesta.

On ehdotettu, että fysioterapeutti laatisi Liikkumisreseptin, minkä jälkeen reseptiin otettaisiin ikään kuin vahvistukseksi lääkärin allekirjoitus. Eräs haastateltava sanoo kuitenkin, ettei hän lääkärinä viitsisi edes ehdottaa fysioterapeutille järjestelyä, jossa fysioterapeutti laatisi Liikkumisreseptin, jonka hän lääkärinä allekirjoittaisi. Hän pitää tällaista toimintamallia fysioterapeutin ammattitaitoa aliarvioivana ja turhana lääkärin auktoriteettiaseman korostamisena. Hän kuitenkin myöntää, että lääkärin sana tuo jonkinlaista painokkuutta asiaan.

*”Mun mielestä meidän fysioterapeutti on niin vaikuttava henkilö jo itsessään, että musta tuntuu, että se tuntuu jotenkin nöyryyttävältä edes ehdottaa tämmöstä. Että hän tekis jotain ja määh pistäisin siihen nimen alle! Ei, jos ei meidän fysioterapeutti saa niitä ihmisiä omilla kirjoituksillaan liikkumaan, niin ei se mun nimi siinä kyllä mitään auta. Ei se mun nimi, eikä se mun paperille kirjoittaminen, niin se ei mitään auta. Mutta se on erityistä, että mä tuon sen esiin, kuinka tärkeää tää on ja se tuo sitä painokkuutta lisää siihen. Se, et varataan se aika sille fysioterapeutille saman tien. Että mä en myöskään jätä ilmaan roikkumaan sitä asiaa, vaan et varataan se aika sulle nyt heti.”*

On esitetty ajatus, että vastaanotolla olisi mahdollisuus varata erillinen aika Liikkumisreseptin kirjoittamiseen tai liikuntaneuvontaan. Erään haastateltavan mukaan järjestely, jossa hän ryhtyisi systemaattisesti varaamaan aikoja pelkästään Liikkumisreseptin kirjoittamiseen tai liikuntaneuvontaan, tuottaisi varmasti ongelmia. Tällainen toiminta loisi painetta muun henkilökunnan suuntaan, sillä töiden määrä pysyisi kuitenkin samana ja liikuntaneuvontaan tai Liikkumisreseptien kirjoittamiseen varattu aika olisi pois esimerkiksi sairausvastaanotoista. Käytännössä tällaisten erityisaikojen varaaminen ei ole haastateltavan näkemyksen mukaan mitenkään mahdollista.

Liikkumisreseptiin kirjattujen tavoitteiden ja potilaan liikkumisen systemaattinen seuranta on ensiarvoisen tärkeää. Jo Liikkumisreseptin kirjoitusvaiheessa tulisi olla selvillä, miten potilaan liikkumisen ja Liikkumisreseptissä tehdyn suunnitelman toteutumisen seuranta järjestetään. Toimivan seurantajärjestelmän kehittäminen on yksi perusedellytys sille, että Liikkumisresepti-idea saataisiin toimimaan tarkoituksenmukaisesti. Lääkärin näkökulmasta on turhauttavaa huomata, että on kirjoittanut potilaalle reseptin, mikä ei kuitenkaan ole johtanut käytännöllisesti katsoen mihinkään. On voinut käydä niin, että potilas on jonkin ajan kuluttua palannut vastaanotolle muissa asioissa ja lääkäri on muistanut kirjoittaneensa Liikkumisreseptin tälle henkilölle ja todennut reseptin olemattoman vaikutuksen.

*”Kyllä se varmaan tuossa seurannassa sitten on se ongelma. Kyllä mul-laki tämmösiä potilaita käy, joille mä huomaan kirjottaneeni liikkumisreseptin, mut se ei oo sitten oikein johtanu mihinkään. Et heille on saatettu soittaa ja he on ehkä sanonu, että ei he nyt oo paljon muuttanu mitään. En mä oikein tiedä, et mitä sen jälkeen sitten pitäis tehdä. Tietysti mielellään mä aattelen niinkin, et ihmiset tekee omat valintansa, et he on sen oman elämänsä asiantuntijoita ja me ollaan sitten tämän asian asiantuntijoita. Et me annetaan tää mahdollisuus ja se tieto, mikä meillä on. Ja he tarttuu sitten siihen tai ei. Mutta on se tietty vähän turhauttavaa sitten havaita, ettei asiat oo muuttunu miksikään.”*

Haastateltavat kertovat myös esimerkkejä tilanteista, joissa lääkäriellä ei välttämättä ole tietoa siitä, mitä tapahtuu sen jälkeen, kun potilaalle on annettu Liikkumisresepti ja hänet on ohjattu lähetteen kanssa fysioterapeutille. Pitkäaikaispotilaiden kohdalla seuranta hoituu helpommin, sillä terveydenhuoltohenkilöstö tapaa potilaita säännöllisesti ja liikkumiseen liittyvät asiat voidaan ottaa puheeksi tarkastuskäyntien yhteydessä.

Eräs mahdollisuus potilaiden liikkumisen seuraamiseksi olisi hyödyntää Omalääkäri-järjestelmää. Järjestelmän etuna on hoitosuhteen jatkuvuus sekä potilaan ja häntä hoitavan lääkärin keskinäisen tuntemuksen paraneminen. Näin ollen potilaan ongelmien kokonaisvaltainen huomioon ottaminen on helpompaa. (Engeström 1999, 318.) Omalääkäri-järjestelmässä lääkärin ja potilaan välillä on henkilökohtaisempi hoitosuhde. Asioiden kertominen tutulle lääkärille voi olla helpompaa. Kun potilas käy toistuvasti saman lääkärin vastaanotolla, on tilanteen kokonaiskehityksen seuraaminen helpompaa. Näin myös liikuntatottumuksien ja niissä mahdollisesti tapahtuvien muutosten seuraaminen olisi yksinkertaisempaa. (Ks. myös Peräkylä ym. 2001, 9-10.)

## **6.5 Liikkumisreseptikäytäntöjä – paikalliset mallit**

### **Soini**

Soinissa on kehitetty Liikkumisreseptin ryhmätäyttö-malli. Lääkäri tekee aloitteen Liikkumisreseptin laatimisesta, hän asettaa tavoitteet sekä arvioi mahdolliset kontraindikaatiot. Tämän jälkeen hän ohjaa potilaan fysioterapeutille liikkumisohjeen laatimiseksi. Fysioterapeutti kerää tällaisista potilaista ryhmän, ja potilaat täyttävät ryhmässä itsenäisesti liikkumisohjeen fysioterapeutin ohjauksessa. Aloite Liikkumisreseptiin voi tulla myös diabeteshoitajalta.

Liikkumisreseptin toteutumisen seuranta järjestetään yksilöllisesti. Tarkoituksena on seurata mahdollisimman kevyesti, mutta jämerästi. Liikkumisreseptin

kirjoittamisessa ja koko prosessissa ovat mukana diabeteshoitaja, lääkäri ja fysioterapeutti. Kirjoitetut Liikkumisreseptit löytyvät sekä mapista että jokaisen tietokoneelta. Potilaat käyvät kontrollissa eri ammattihenkilöillä, eikä erityistä seurantajärjestelmää ole kehitetty. Seuranta toteutuu normaalin vastaanottotyön puitteissa. Mikäli resursseja olisi enemmän, voisi seurannan järjestää systemaattisemmin. Paikkakunnalla hyvin käynnistyneen Liikkumisreseptikäytännön avaintekijät ovat olleet aktiiviset toimijat ja hyvä yhteistyö.

## **Alavus**

Alavudella on olemassa alustava malli Liikkumisreseptin käyttöönotosta, jossa työterveyslääkäri kirjoittaa reseptin ja kirjaa samalla yhteydenoton seurantaan liittyen. Noin kahden kuukauden kuluttua Liikkumisreseptin kirjoittamisesta työfysioterapeutti soittaa potilaalle ja kyselee liikkumiseen liittyvistä ja Liikkumisreseptiin kirjatusta asioista. Mikäli potilaalla on jotain kysyttävää tai tarvetta lisäohjeisiin, varataan hänelle aika työfysioterapeutille. Vaihtoehtoisesti potilas voi tulla työfysioterapeutille tarkempaan ohjaukseen suoraan työterveyslääkärin vastaanotolta. Alavudella toimintaa helpottaa erillisen työterveyshuoltoyksikön olemassaolo. Potilastiedoissa näkyy, että potilaalle on kirjoitettu resepti ja työfysioterapeutti on ottanut potilaaseen yhteyttä. Lääkäri huomioi asian seuraavalla vastaanottokäynnillä. Huolimatta siitä, että työterveyshuollossa on jatkuva kiire ja resurssipula, on Liikkumisresepti otettu yhdeksi toimintatavaksi.

## **Ilmajoki**

Ilmajoella Liikkumisreseptikäytäntö on kokeiluasteella ja siellä selvitetään, mikä on eri ammattihenkilöiden rooli Liikkumisreseptien kirjoittamisessa ja seurannassa. Mukaan on otettu kattavasti erilaisia toimijoita kuten kansalaisopistot, liikuntatoimi, yksityiset toimijat sekä seurakunnat. Liikkumisresepti-hanketta varten on perustettu oma suunnitteluryhmä. Liikkumisreseptikäytännön kehittämisessä fysioterapeutit ovat olleet aktiivisia. Toistaiseksi ongelmana on ollut lääkäreiden alhainen kiinnostus Liikkumisreseptien kirjoittamiseen. Ilmajoella on esitetty, että fysioterapeutit kirjoittaisivat Liikkumisreseptit ja katsoisivat potilaalle sopivat liikuntamuodot. Näin ollen lääkäreiden kohdalla riittäisi pelkkä Liikkumisreseptin allekirjoittaminen ja maininta normaalin vastaanottotyön puitteissa. Liikuntakalenteria, joka on kaikkien saatavilla internetissä, pidetään Ilmajoella hyvänä työkaluna.

Varsinaisia olemassa olevia malleja Liikkumisreseptin käyttöönotosta ei juuri ole, mutta kokeiluasteella olevia kyllä on. Yleisluontoinen malli ei varmasti olisi edes mahdollinen ottaen huomioon erilaiset toimintaympäristöt. Onkin erittäin tärkeää muodostaa kuhunkin yksikköön omannäköisensä ja siinä ympäristössä toimiva malli Liikkumisreseptin käyttöönotosta. Seurannan järjestäminen on avaintekijä, sillä sitä kautta saadaan yksilölle motivaatiota ja tukea liikkumistapojen muutokseen.

## 7 HYVÄT KÄYTÄNNÖT

**Lääkäreiden mukanaolo liikuntaneuvonnassa on tärkeä**, sillä heillä on auktoriteettia monien potilaiden kohdalla. Fysioterapeutti on oikea henkilö arvioimaan liikunnan lisäämisen keinoja, tarpeellisen liikunnan laatua sekä paikkakunnalla olevia eri mahdollisuuksia, mutta lääkärin auktoriteetti tukee muutoksen käynnistymistä. Liikkumisreseptiä kirjoitettaessa lääkäri on asiantuntijan roolissa. Hänen tehtävänä on antaa lääketieteelliseen tutkimukseen perustuvaa tietoa motivaation tueksi, asettaa tavoitteet yhdessä potilaan kanssa ja tehdä selväksi oma roolinsa seurantaprosessissa. Tällaisessa tilanteessa lääkärin työskentelyote ei ole autoritäärinen, vaan kyseessä on hyvä konsultaatio.

**Terveytensä kannalta liian vähän liikkuvia potilaita tavoitetaan juuri lääkärin vastaanotolla**, jolloin saadaan potilaalle myös ”*se (lääkärin) painava sana siihen sitten*”. Nämä henkilöt tulevat harvoin suoraan fysioterapeutin vastaanotolle. Liikkumisreseptin myötä heidät on mahdollista ohjata liikunnan ammattihenkilön eli esimerkiksi juuri fysioterapeutin ohjaukseen.

**Liikkumisreseptikäytännön muokkailtavuus.** Lääkäri voi täyttää liikkumisreseptin kokonaisuudessaan ja ohjata potilaan seurantaan fysioterapeutille. Tehokkuutta toimintaan saadaan ryhmätöiden avulla. Lääkäri ottaa liikkumisen lisäämisen puheeksi, motivoi ja ohjaa fysioterapeutille. Liikkumisreseptiä tarvitsevista kerätään pieni ryhmä, jossa jokainen henkilö itsenäisesti täyttää Liikkumisreseptin fysioterapeutin ohjauksessa. Tämän jälkeen lääkäri tarkistaa Liikkumisreseptin ja allekirjoittaa sen. Liikkumisreseptin voi täyttää kokonaisuudessaan myös lääkäri ja ohjata potilaan edelleen fysioterapeutille.

**Yhteistyö.** Liikkumisresepti-käytännön toteuttaminen moniammatillisesti on hyvä. Lääkärin ei ole välttämätöntä kirjoittaa reseptiä loppuun, vaan voi tehdä oman osuutensa eli laittaa asian vireille ja motivoida potilasta. Myös erikoissairaanhoidon lääkäri voi olla aloitteentekijä Liikkumisreseptin kirjoittamisessa. Hän voi kirjoittaa sen itse ja ohjata potilaan seurantaan esimerkiksi terveyskeskuksen kuntoneuvolaan, työterveyshuoltoon tai diabetesneuvolaan. Erikoislääkäri voi myös käyttää fysioterapeuttia apuna tarkemman liikkumisohjeen määrittämisessä erikoissairaanhoidon potilaalle. Erikoissairaanhoidon kannanotto tuo lisää painoarvoa asialle.

## 8 KESKEISET SOLMUKOHDAT

### *Ongelmat idean käytäntöön siirtämisessä*

**Lääkäreiden innostuksen puute** lienee yksi suurimpia Liikkumisresepti-hankkeen solmukohtia. Lääkäreiden innostumattomuus ja skeptisyys johtuvat sekä liikkumisresepti-idean luonteesta ja siihen sisältyvistä ristiriitaisuuksista että käytännön toteuttamisen vaikeuksista. Epäily lääkäreiden asemasta ja heidän käytössään olevista keinoista yksilön liikkumistapojen muutokseen ehdollistavat voimakkaasti koko idean laajamittaista soveltamista. Kyse on lääkäreiden mukaan henkilöstöresurssien vähäisyydestä, minkä vuoksi kärsitään kroonisesta **aikapulasta**. Liikkumisreseptien osalta aikapulasta puhuttaessa näkyy myös vähäinen kiinnostus niiden kirjoittamiseen. Liikkumisreseptiin ei olla valmiita käyttämään aikaa. Reseptien kirjoittamista vähentää myös se, etteivät lääkärit usko potilaan kuitenkaan jaksavan noudattaa ohjeita. Lääkäreiden vastahakoisuutta lisää myös se, etteivät he koe itsellään olevan tarpeeksi tietoa liikkumisen vaikutuksista terveyteen, puhumattakaan liikunnan merkityksestä eri sairauksien hoidossa. **Lääkäreillä ei myöskään aina ole tietoa** paikkakunnalta löytyvistä liikkumismahdollisuuksista. Nämä kaikki tekijät aiheuttavat lääkäreiden keskuudessa motivaatiopulaa. Mikäli lääkäreillä itsellään on innostusta Liikkumisreseptien kirjoittamiseen, ajanpuute ei välttämättä ole ylitsepääsemätön ongelma. Osa lääkäreistä on kirjoittanut reseptejä jo ennen Liikkumisreseptikoulutukseen osallistumistaan. Jatkuvan kiireen vuoksi lääkäreiden on mielestään keskityttävä omaan ydinosaamiseensa eli diagnoosin selvittelyyn ja lääkehoidon arviointiin, minkä delegoiminen muille ei ole mahdollista. Aikaresurssit ovat joissain työyksiköissä hyvin rajalliset ja priorisointi on jatkuvaa. **Liikkumisen teema jää usein vastaanotolla melko marginaaliseen rooliin.**

**Liikkumisreseptiä ei koeta hyväksi työvälineeksi.** Lääkäreitä ei voida pakottaa kirjoittamaan reseptejä, tai jos siihen ryhdytään, ei se erään haastateltavan mielestä välttämättä johda mihinkään hyvään. **Potilaiden liikkumiseen puuttuminen ei kaikkien mielestä välttämättä kuulu lääkärin työhön.** Ongelmana on myös se, **etteivät lääkärit välttämättä näe eroa suullisen ja kirjallisen ohjeistuksen välillä.** Suullista liikuntaneuvontaa annetaan jatkuvasti ja Liikkumisreseptin kirjoittamisessa askarruttaa se, antaako kirjoittaminen asialle mitään lisäarvoa. Joidenkin lääkäreiden mielestä liikkumisesta keskusteleminen on reseptin kirjoittamista huomattavasti parempi vaihtoehto. Liikkumisreseptin kirjoittaminen koetaan turhana ja ylimääräisenä paperityönä etenkin, kun suullista liikuntaneuvontaa annetaan joka tapauksessa. Resepti ei välttämättä ole se toimivin vaihtoehto, vaan tärkeää on keskustella potilaan kanssa ja ohjata häntä.

**Osa lääkäreistä epäilee suuresti Liikkumisreseptin vaikuttavuutta,** mikä osaltaan on vähentänyt kirjoitusintoa. Erään haastateltavan mukaan resursseja tulisi

ehdottomasti suunnata vain sellaisiin potilaisiin, joilla on omaa halua lisätä liikunnastaan ja kiinnostusta oman terveydentilan hoitamiseen myös liikunnan keinoin. Hänen mukaansa on turha toistaa samoja asioita ja käyttää vähäistä aikaa siihen, että yritetään väkisin. Toisaalta jotkut lääkärit ovat kokeneet ongelmaksi sen, että ihmiset itse haluavat asettaa itselleen liian kovia tavoitteita, mitkä jälkikäteen todetaan epärealistisiksi lähtötaso huomioon ottaen. Tavoitteiden saavuttamatta jääminen laskee potilaan motivaatiota ja alkuinnostuksen jälkeen liikkumisinto vähitellen sammuu. Monet haastateltavat epäilevät Liikkumisreseptin todellista vaikuttavuutta. Nämä lääkärit eivät usko potilaiden motivoitumiseen tai sitten ajatellaan, että potilaat innostuvat asiasta vain hetkellisesti. Joissain tapauksissa kyse voi olla myös siitä, että liikkumiseen liittyvistä asioista ollaan innostuneita vain vastaanotolla. Mikäli innostus saataisiinkin syntymään, uskotaan sen joka tapauksessa olevan vain väliaikaista. Osa lääkäreistä myöntää suhtautuneensa Liikkumisreseptiin hieman ”hälläväliä” -asenteella: kokeillaan nyt vähän tässä ja katsotaan tuleeko tästä nyt mitään ja onko tästä mitään hyötyä.

Kyse ei ole pelkästään lääkäreiden innostumisesta, vaan **myös potilaat on saatava innostumaan Liikkumisreseptistä ja ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydentilastaan**. Potilas on ”*saatava syttymään sille asialle*”, ja innostuksen ja kiinnostuksen on usean lääkärin mukaan lähdettävä ennen kaikkea ihmisestä itseltään. Tämä vaatii erityistä oivallusta ja motivaatiota, sillä erään lääkärin sanoin ”*kyl-lähän ihminen on luontaisesti rakennettu niin, et se pyrkii välttämään itsensä kiusaamista*”. Tässä yhteydessä keskeinen kysymys on se, miten ihminen motivoituu liikkumisestaan ja miten ihmisen omaehtoinen rooli muodostuu - tapahtuuko se auktoriteetin kautta vai omaehtoisesti. Liikkumisreseptin onnistumisen kannalta yksilön (asiakkaan) rooli on keskeinen ja siten suurelta osin lääkärin kontrollin ulkopuolella. Kysymys on osin sama kuin kuntoutuksessa kuntouttamisen (palveluiden tarjoaminen) ja kuntoutumisen (yksilön terveyden, toimintakyvyn, työkyvyn muutos) ero. Liikunnallisemman elämäntavan omaksuminen edellyttää virikkeen syntymistä, motivaatiota ja sitoutumista, jossa lääkärin kirjoittaman Liikkumisreseptin osuus on toissijainen.

#### *Konkreettisen toteuttamisen ongelmat*

Terveydenhuoltohenkilöstö joutuu työpaineen vuoksi jatkuvasti tasapainoilemaan sen suhteen, mikä olisi varmasti vaikuttavaa hoitoa ja millä keinoin päästään mahdollisimman hyvään lopputulokseen. Lääkärit joutuvat koko ajan punnitsemaan ja tekemään kokonaisarviointia: jos tehdään tätä ja tätä näin paljon, niin mistä muualta käytetty aika on pois. **Kysymys on toiminnan priorisoimisesta ja ennakoidusta vaikuttavuudesta**. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutustilanteissa puututaan mieluummin niihin kysymyksiin, joissa asiantuntijan rooli on selkeä, mahdollisuus kontrollointiin suuri sekä hoidon vaikuttavuus mahdollisimman yksinkertainen ja näkyvä. Lääkäreiltä saa kritiikkiä myös **ylenpalttinen hankkeiden määrä**. Hankkeita tulee ja menee,

ne teettävät ylimääräistä työtä kaikille ja näin hyvätkin hankkeet hautautuvat hankkeiden valtavaan massaan.

**Osa lääkäreistä suhtautuu varsin kriittisesti Liikkumisreseptin yhteydessä käytettävään resepti-sanaan.** Heidän mukaansa reseptistä tulee vain ikäviä mielikuvia. Lääkärit korostavat, että tässä yliarvioidaan reseptin mahdollisuuksia ja vaikuttavuutta. Reseptillä ei välttämättä näiden lääkäreiden mukaan ole potilaalle niin suurta vaikutusta kuin kuvitellaan. Erään lääkärin mukaan oletetaan, että lääkärin kirjoittamalla reseptillä on valtavasti vaikutusta, vaikkei asia ole niin. Liikkumisreseptiin on ladattu valtavasti odotuksia olettaen, että reseptin kirjoittaminen näyttäytyy määräyksenä ja siten ”kalskahtaa ylhäältä päin ohjautuvalta”. Tällaisessa ajattelussa korostuu lääkärin auktoriteettiasema, mitä osa haastateltavista pitää vanhanaikaisena ajattelutapana. Resepti-sanana luo mielikuvan, jossa potilaalle annetaan määräys ja kerrotaan miten tulee menetellä. Resepti sanan käyttö liikkumisen yhteydessä ei ole kaikkien lääkäreiden mielestä hyvä ajatus. Osa lääkäreistä korostaa myös, että lääkärin roolin muuttuessa konsultoivaan suuntaan resepti-käsite on muuttanut luonnettaan eikä se ole niin vahva väline kuin saatetaan kuvitella. Liikkumisreseptin yhteydessä tulee mielikuva, että lääkäri ja resepti olisivat jokin ihmeitä aikaansaava asia. Suurin osa lääkäreistä myöntää kuitenkin, että resepti saattaa joidenkin potilaiden kohdalla antaa asialle enemmän painoarvoa, mutta ei vielä tee siitä kestävästä ideasta. Liikuntaneuvonta on huonosti potilaslähtöistä, mikäli lääkäri kirjoittaa reseptin ja määrää tekemään jotain. Ongelma on siinä, ottaako potilas sen vastaan siten, että reseptistä olisi jotakin hyötyä vai kokeeko hän sen ylhäältä päin tulevana määräyksenä.

Osa lääkäreistä pitää **ongelmana selkeän toimintamallin ja työnjaon puuttumista niin terveydenhuoltosektorin sisällä kuin liikuntasektorinkin kanssa.** Erään lääkärin mukaan terveyskeskuksissa on oltu ihmeissään, kun potilaita on tullut sinne seurantaan. On ihmetelty, mitä tämän potilaan ja Liikkumisreseptin kanssa pitäisi tehdä, mitä on tarkoitus seurata ja miten. Lääkäreiden innostumiseen olennaisesti vaikuttava tekijä on Liikkumisreseptin kirjoittamiseen ja seurantaan liittyvä työnjako. Periaatteessa lääkärit kirjoittavat Liikkumisreseptin siinä missä muitakin papereita. Kyse onkin siitä, mihin/miten liikkumisasiaa viedään eteenpäin.

**Seurannan järjestäminen** olisi erittäin tärkeää, mutta sekin on lopulta kustannuskysymys. Mikäli seuranta ei järjestetä, unohtuu resepti helposti sekä potilaalta että lääkäriltä.

Jotkut lääkärit pitävät ongelmana sitä, että **Liikkumisresepti on paperilomake.** Perusterveydenhuollon henkilöstö on jo niin tottunut työskentelemään sähköisessä muodossa, että paperilomakkeiden täyttöön palaaminen ei tunnu mielekkäältä.

**Yhteistyön ongelmakohdat** liittyvät muun muassa lääkäreiden kokemukseen siitä, etteivät he osaa riittävän tarkasti neuvoa potilaitaan, mutta eivät myöskään osaa hahmottaa, minne tai kenen puheille potilaita voisi ohjata.

## 9 SUOSITUKSET/KEHITYSEHDOTUKSET

### *Kenen tehtävä?*

**Liikuntaneuvonta ja sitä kautta myös Liikkumisreseptin kirjoittaminen kuuluvat osaksi perusterveydenhuollon tehtäväkenttää**, eivät niinkään erikoissairaanhoidon piiriin. Erikoissairaanhoidossa joudutaan pitkälti keskittymään spesifien terveysongelmien hoitoon ja yleisemmän tason asiat, kuten liikunta, jäävät marginaaliseen rooliin. Liikkumisreseptin myötä pitäisi kehittää ennaltaehkäisevän kuntoutuksen muotoja, jotka ovat luonteva osa terveyskeskusten ja erityisesti työterveyshuollon tehtäviä.

**Liikkumisreseptiasioissa voitaisiin aiempaa enemmän korostaa työterveyshuollon roolia.** Potilaat tulevat työterveyshoitajan tarkastuksiin ja hoitajat voisivat kirjoittaa näille potilaille Liikkumisreseptejä. Tämän jälkeen jatkoa ja tarkennettua liikkumissuunnitelmaa voitaisiin pohtia yhdessä esimerkiksi fysioterapeutin ja lääkärin kanssa. Joka tapauksessa lääkäri jossain vaiheessa vahvistaisi Liikkumisreseptin omalla allekirjoituksellaan. Työterveyshuollon roolin korostaminen on perusteltua, sillä työterveyshuollon asiakkaat ovat vielä työikäisiä, useimmiten myös työkykyisiä, eivätkä terveysongelmat vielä aseta esteitä liikkumiselle. Näiden potilaiden kohdalla voitaisiin korostaa liikunnan merkitystä sairauksien ennalta ehkäisyssä ja yleensä terveyden edistämisessä. Koko liikkumisresepti-idea tulisi kytkeä varhaiseen havaitsemiseen, varhaiskuntoutukseen ja terveyttä edistävien elämäntapojen omaksumiseen.

### *Yleisluonteisen mallin kehittäminen*

**Liikkumisreseptiin liittyvät käytännöt olisi järjestettävä systemaattisemmin ja selkeämmin paikallisten mahdollisuuksien ja rajoitteiden mukaan.** Ensiarvoisen tärkeää olisi selkeyttää työnjako: kenen vastuulla on Liikkumisreseptien kirjoittaminen, kuka antaa potilaille tarkennetut liikkumisohjeet, kuka huolehtii seurannasta ja millä tavoin. Tärkeää olisi tiivis yhteistyö siten, että kaikki toimijat olisivat tietoisia toistensa tekemisistä ja yhteistyö perustuisi moniammatillisuuteen jo alkuvaiheessa.

**Liikkumisreseptin käyttöönottoon olisi hyvä olla valmis, sovellettavissa oleva toimintamalli,** joka olisi esimerkinomainen, valmiiksi pohdittu esitys reseptin kirjoittamisesta, liikuntaneuvonnan ja seurannan järjestämisestä. Kynnys lähteä

kokeilemaan uutta toimintatapaa olisi valmiin mallin avulla matalampi kuin ilman sitä. Tällaisen mallin tulisi kuitenkin olla mahdollisimman väljä, jotta sen soveltaminen paikallisiin olosuhteisiin olisi mahdollista.

### *Liikkumisreseptikoulutuksen kehittäminen*

**Liikkumisreseptikoulutukset tulisi järjestää siten, että saman yksikön liikuntaneuvontaa antavat ammattihenkilöt olisivat koulutuksessa samanaikaisesti.** Tämä mahdollistaisi paikallisen yhteistyö- ja toimintamallin pohtimisen ja kehittämisen tiiviissä yhteistyössä alusta lähtien. Liikkumisreseptikoulutusta olisi syytä järjestää terveydenhuollon työyksiköiden sisällä, jotta kynnys lähteä koulutukseen olisi mahdollisimman matala. Mikäli koulutusta järjestettäisiin näin, voitaisiin liikkumisneuvontaa antavan henkilökunnan edellyttää osallistuvan koulutuksiin osana heidän työtehtäväänsä. Koulutuksessa tulisi myös harjoitella konkreettisesti Liikkumisreseptilomakkeen täyttöä. Tärkeä olisi esittää vaihtoehtoisia Liikkumisreseptikäytännön toteuttamisen tapoja liittyen esimerkiksi työnjakoon yksiköiden sisällä.

### *Työnjako*

Joidenkin lääkäreiden mukaan **työnjako tulisi järjestää** siten, ettei lääkäreiden tarvitsisi käyttää työaikaansa tarkennettujen liikkumisohjeiden antamiseen. Lääkärin tehtävänä olisi laittaa alulle Liikkumisresepti, jota joku muu ammattihenkilö, esimerkiksi fysioterapeutti, täydentäisi liikkumisohjeiden osalta. Toisaalta fysioterapeutti voisi kirjoittaa Liikkumisreseptin arvioiden eri liikkumisvaihtoehtoja sekä tehdä tarkennetun liikuntasuunnitelman, jonka lääkäri tarkistaisi ja vahvistaisi allekirjoituksellaan. Huolimatta siitä, laittaako Liikkumisreseptin alulle fysioterapeutti vai lääkäri, on lääkärin mukanaolo tärkeää ja antaa lisää painoarvoa liikkumisen tärkeydelle. Liikkumisreseptin yhteydessä voisi olla perusteltua **korostaa koko hoitohenkilökunnan roolia**. Vastuun jakautuminen useammalle henkilölle saattaisi saada koko prosessin jouhevammin liikkeelle unohtamatta kuitenkaan sitä, että lääkärin on mukana ja ottaa osaltaan vastuun. Esimerkiksi työterveyshoitajat ja diabeteshoitajat kysyvät lähes aina potilaan liikkumisesta. Tämän tiedon hyödyntäminen olisi erittäin tärkeää samoin kuin se, että **kaikki olemassa oleva tieto asiakkaan liikkumisesta ja liikuntaneuvonnasta saataisiin muiden asiaa hoitavien ammattihenkilöiden tietoon**. Tässä voisi auttaa Liikkumisreseptin vieminen sähköiseen muotoon. Sähköinen lomake tulisi laatia siten, että se olisi erillisenä kaikkien liikuntaneuvontaa antavien ammattihenkilöiden nähtävissä ja käytettävissä.

### *Informaatio*

Joidenkin lääkäreiden mielestä olisi suositeltavaa **lisätä yleistä tietoisuutta paitsi Liikkumisreseptistä, myös yleisemmin liikunnan terveysvaikutuksista sekä**

**erityisesti liikunnan merkityksestä eri sairauksien hoidossa.** Informaatiota tulisi levittää niin lääkäreille kuin suurelle yleisöllekin. Tällaisen tiedottamisen tueksi tarvittaisiin kirjallista materiaalia sekä selkeitä tutkimustuloksia. Eduksi olisi myös, mikäli Liikkumisresepti-hankkeelle saataisiin joku puolestapuhuja. Liikkumisreseptiä olisi pidettävä jatkuvasti esillä ja saatava siitä ”arvostettu asia”. Keinoja voisivat olla koulutus ja ääneen puhuminen.

Kokeilusta saatuja **hyviä käytäntöjä tulisi ehdottomasti levittää** eteenpäin. Erään lääkärin mukaan kukaan ei voi kiistää selviä tuloksia: kerrotaan mitä on tehty ja miten sekä mitkä ovat ne tulokset, joita kyseisillä toimintatavoilla on saavutettu. Lisäksi olisi ehdottomasti tarpeen panostaa enemmän myös lääkäreiden kouluttamiseen. Tarvittaisiin enemmän luennoitsijoita puhumaan esimerkiksi liikkumisen vaikutuksista ja merkityksestä sairauksien hoidossa.

Tarvittaisiin jonkinlainen liikkumisen yleisohje, jota voitaisiin käydä läpi potilaan kanssa. Kyseeseen voisi tulla esimerkiksi jonkinlainen **terveysliikkujan ohje**, josta kävisi ilmi, millaisia vaikutuksia terveysliikkunnalla on. Siihen voitaisiin kirjata tieto liikkumisen tärkeimmistä vaikutuksista sekä esityksiä liikuntamuodoista, jotka kunkin potilaan kohdalla voisivat tulla kyseeseen. **Kokonaisuudessaan liikunnan terveysvaikutuksia pitäisi tuoda selkeämmin esille ja kirjallinen materiaali olisi hyvä tuki suulliselle liikuntaneuvonnalle.** Liikuntaneuvonnan työkaluksi kaivattaisiin esimerkiksi jotakin vihkosta, jossa olisi selkeästi esitetty nykyinen käsitys siitä, mitä tarkoittaa terveyden kannalta riittävä liikunta. Näin lääkärikin saisi vahvistusta sille, että ”*tietäisi puhuvansa oikeaa asiaa*”. Liikuntaan liittyvät asiat eivät välttämättä ole täysin selviä lääkäreillekään. Myös yleispätevämpiä ohjeistuksia kaivattaisiin, jotta liikkumissuunnitelmien ei tarvitsisi välttämättä olla erityisen henkilökohtaisesti suunniteltuja.

### *Idea*

Jotkut haastateltavat ovat huolissaan erityisesti nuorista, jotka eivät enää liiku samassa määrin kuin aiemmin. Heidän mukaansa panostuksia tulisi tehdä kouluterveydenhuoltoon ja koululiikuntaan, jotta **nuoret saataisiin ajoissa liikkeelle** ja siten onnistuttaisiin ehkäisemään ongelmien syntyä jo ennalta. Näin ollen myös kouluterveydenhuolto ja sitä kautta nuoret voisivat olla Liikkumisreseptin kohderyhmä. Kodin merkitystä liikkumistottumusten omaksumisessa tulisi korostaa enemmän. Myös koululiikunnasta tulisi saada mahdollisimman monipuolista ja innostavaa, sillä liikkumistottumukset ja mielikuvat liikunnan harrastamiseen syntyvät jo lapsuus- ja nuoruusiässä. Lasten ja nuorten innostus lähtee paitsi kotoa, myös koululiikunnasta ja koulujen liikuntakasvatuksesta, minkä vuoksi näihin olisi tärkeää vaikuttaa.

Liikkumisreseptin kehittämässä **resepti-termin vaihto** voisi olla paikallaan. Mahdollisesti voitaisiin puhua esimerkiksi Liikkumissuunnitelmasta tai Liikkumissuosituksista. Suositusmuoto olisi joka tapauksessa potilaslähtöisempi kuin resepti.

### *Käytännöt*

Seurantajärjestelmää voitaisiin kehittää esimerkiksi siten, että potilaat ottaisivat itse enemmän vastuuta Liikkumisreseptin seurannasta ja ottaisivat itsekin yhteyttä hoitohenkilökuntaan. Potilaat voisivat itse oma-aloitteisesti kysyä lisäohjeita liikkumisen jatkamisesta, mikäli Liikkumisresepti olisi alkanut tuntua omalta. Resurssit eivät välttämättä riitä ainakaan pitemmän päälle, mikäli systemaattinen seuranta joudutaan järjestämään hoitohenkilökunnan normaalityön puitteissa.

**Liikkumisen tärkeyttä ja merkitystä sairauksien hoidossa tulisi korostaa jokaisen potilaiden kanssa työskentelevän henkilön toimesta.** Näin potilaalle osoitettaisiin, että asiaa pidetään ainakin terveydenhuollon näkökulmasta tärkeänä.

Järjestelmään tulisi sisällyttää kannustin lääkäreille, jolloin heille voitaisiin maksaa **toimenpidepalkkio kirjoitetusta Liikkumisreseptistä.**

Erään haastateltavan mukaan tarvittaisiin työpaikka-aktiiveja, niin sanotusti normaalikuntoisia ihmisiä organisoimaan ja ohjaamaan liikuntaa toisille normaalikuntoisille tai aloittelijoille. Tärkeää olisi, että tällaiset vertaisohjaajat *”oivaltaisivat sen, et kuinka vähän nää ihmiset oikeesti pystyy”*. **Vertaisohjaajien käyttö** olisi suositeltavaa sen vuoksi, että ”tavallisten” ihmisten motivaatio saattaa laskea hyvin äkkiä, mikäli ohjaajana on hyväkuntoinen aktiiviurheilija.

**Ryhmätoimintaa voitaisiin hyödyntää** niin liikuntaan tutustuttamisessa, liikuntaharrastuksen virittämässä kuin Liikkumisreseptin kirjoittamisessa ja liikkumisen seurannassakin. Esimerkki helposti toteutettavasta ryhmästä olisivat diabetespotilaat, joille voitaisiin perustaa omia ryhmiään. Liikkumisreseptejä voitaisiin täyttää ryhmissä samoin kuin antaa tarkennettuja liikkumisohjeitakin. Liikkumisreseptien ryhmätäyttö voisi olla yksi ratkaisumalli siihen, kuinka aikaresurssit saataisiin riittämään paremmin. Tällöin liikuntaneuvonta ja Liikkumisreseptien kirjoittaminen veisivät vähemmän lääkäreiden tai fysioterapeuttien aikaa. Ryhmävastaanotolla voisi mahdollistua tehokkaampi informaation levittäminen sekä interaktiivinen työskentely myös potilaiden kesken. Ainakin joidenkin potilaiden kohdalla elämäntapamuutoksissa tarvitaan ryhmän tarjoamaa vertaistukea.

**Liikuntaryhmiä tulisi järjestää** aiempaa enemmän, sillä vertaisryhmällä voi olla suuri merkitys etenkin liikunnan aloittamisvaiheessa. Erityisesti henkilöt, jotka eivät juuri ole liikkuneet aiemmin ja joiden motivaatio liikunnan aloittamiseen on vähäinen, tarvitsevat usein ryhmän tukea päästäkseen alkuun ja innostuakseen liikunnasta.

Ryhmällä voi olla myös suurta sosiaalista merkitystä ja ryhmän kanssa liikkuminen saattaa antaa paitsi paremman kunnon (fyysinen hyvinvointi), myös uusia ystäviä (sosiaalinen ja psyykinen hyvinvointi). Mikäli liikuntakipinä saataisiin syntymään ryhmässä, voisivat yksilöt jatkossa aloittaa myös itsenäisen liikuntaharrastuksen. On kuitenkin tärkeää, että liikuntaryhmät kehitetään vastaamaan kohderyhmän tarpeita. Erityisesti sairauksien hoidossa käytettävä liikunta tulee suunnitella tarkkaan potilaiden terveydentilaan sopivaksi. Tarvitaan **erityisliikuntaryhmiä**, joilla on koulutettu ohjaaja. Tarvitaan myös niin sanottuja **matalan kynnyksen ryhmiä** henkilöille, jotka eivät aiemmin ole harrastaneet juurikaan liikuntaa ja joiden lähtötaso on alhainen. Tärkeää olisi, että kunnassa tarjolla olevat eritasoiset ryhmät olisivat kirjattuna ajan tasalle päivitettyyn **liikkumiskalenteriin**, joka olisi sähköisessä muodossa kaikkien kuntalaisten nähtävillä.

## LÄHTEET

Engeström, Ritva. 1999. Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus lääkärinvastaanottojen keskusteluista. Toiminnan teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikön teoksia. Helsinki University Press.

Klemola, Pertti. 2002. Suomalaisen terveydenhuollon kriisi. Art House. Hakapaino. Helsinki.

Kokkonen, Jouko. 1995. Liikuntaa mielikuvissa (toim. Pyykkönen, Teijo). Liikuntatieteellisen Seuran Impulssi nro VIII. Tampere.

Kokkonen, Paula & Holi, Tarja & Vasantola, Satu. 2004. Hoitotahto – Potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Talentum Media Oy. Jyväskylä.

Kopperi, Marjaana. 2000. Vastuu hyvinvoinnista. Kunnallisan alan kehittämissäätien tutkimusjulkaisut nro 22. Vammala.

Korhonen, Olli. 1995. Liikuntaturvallisuus. Teoksessa Korhonen, Olli & Kukkonen, Ritva & Louhevaara, Veikko & Smolander, Juhani (toim.). Liikunnasta työkykyä ja hyvinvointia – periaatteita ja käytännön esimerkkejä. Työterveyslaitos. Helsinki. 80-88.

Kukkonen, Ritva & Hanhinen, Helena & Cedercreutz, Gabriella & Rauas, Sirpa. 1995. Ryhmäliikunta toimistotyöntekijöiden työkyvyn tukena. Teoksessa Korhonen, Olli & Kukkonen, Ritva & Louhevaara, Veikko & Smolander, Juhani (toim.). Liikunnasta työkykyä ja hyvinvointia – periaatteita ja käytännön esimerkkejä. Työterveyslaitos. Helsinki. 130-133.

Kvist, Tarja. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 111. Kuopio.

Louhevaara, Veikko. 1995. Liikunta osana työkykyä ylläpitävää toimintaa. Teoksessa Korhonen, Olli & Kukkonen, Ritva & Louhevaara, Veikko & Smolander, Juhani (toim.). Liikunnasta työkykyä ja hyvinvointia – periaatteita ja käytännön esimerkkejä. Työterveyslaitos. Helsinki. 14-18.

Louhevaara, Veikko & Perkiö-Mäkelä, Merja. 2000. Miten liikunta on esillä työelämässä? Teoksessa Miettunen, Mari (toim.). Haasteena huomisen hyvinvointi – Miten liikunta lisää mahdollisuuksia? Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu II. Tutkimuskatsaus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 124. LIKES. Jyväskylä. 243-272.

Mertaniemi, Maarit & Miettinen, Mari. 1998. Suuntana hyvinvointi – mitkä ovat liikunnan mahdollisuudet? Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 113. LIKES. Jyväskylä.

Miettinen, Mari & Rajala, Katja. 2003. Lisää liikkujia! Ideoita menestyvistä KKI-hankkeista. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 141. LIKES. Jyväskylä.

Nurminen, Eija. 2000. Työpaikkaliikunnan vaikuttavuus liikuntaharrastukseen, fyysiseen toimintakykyyn, tuki- ja liikuntaelinoireisiin, koettuun työkykyyn sekä kustannus-hyötyyn ruumiillisesti keskiraskasta työtä tekevillä naisilla. Systemoitu kirjallisuuskatsaus ja satunnaistettu vertailututkimus. Työ ja ihminen, tutkimusraportti 18. Työterveyslaitos. Helsinki.

Peräkylä, Anssi. 2001. Diagnoosin kertominen ja vastaanottaminen. Teoksessa Sorjonen Marja-Leena & Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.). Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Vastapaino. Jyväskylä. 71-88.

Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari & Sorjonen, Marja-Leena. 2001. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Teoksessa Sorjonen, Marja-Leena & Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.). Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Vastapaino. Jyväskylä. 7-26.

Peräkylä, Anssi & Sorjonen, Marja-Leena & Tammi, Tuukka & Raevaara, Liisa & Haakana, Markku. 2001. Potilaan elämäntavoista keskusteleminen. Teoksessa Sorjonen, Marja-Leena & Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.). Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Vastapaino. Jyväskylä. 161-182.

Radley, A. 1994. Making sense of illness. The social psychology of health and illness. Sage. London.

Raevaara, Liisa & Sorjonen, Marja-Leena. 2001. Lääkärin kysymykset ja potilaan vastaukset. Teoksessa Sorjonen, Marja-Leena & Peräkylä, Anssi & Eskola, Kari (toim.). Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Vastapaino. Jyväskylä. 49-69.

Rantanen, Taina. 1994. Liikunnan merkitys iäkkäille. Teoksessa Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 90. LIKES. Jyväskylä. 77-81.

Riihimäki, Hilikka. 1995. Liikunnan ja työn vaikutukset tuki- ja liikuntaelimiin. Teoksessa Korhonen, Olli & Kukkonen, Ritva & Louhevaara, Veikko & Smolander, Juhani (toim.). Liikunnasta työkykyä ja hyvinvointia – periaatteita ja käytännön esimerkkejä. Työterveyslaitos. Helsinki. 27-32.

Ryynänen, Olli-Pekka & Myllykangas, Markku & Kinnunen, Juha & Isomäki, Veli-Pekka & Takala, Jorma. 1999. Terveysten ja sairauden valinnat. Suomen kuntaliitto. Kuopion yliopisto. Helsinki.

Salmela-Aro, Katariina & Nurmi, Jari-Erik (toim.). 2002. Mikä meitä liikuttaa. Modernin motivaatiopsykologian perusteet. PS-kustannus. Keuruu.

Schmidtz, David. 1998. Taking Responsibility. Teoksessa Schmidtz, David & Goodin, Robert E. Social Welfare and Individual Responsibility. Cambridge University Press. Cambridge. 1-96.

Smolander, Juhani. 1995. Kestävyysharjoittelu. Teoksessa Korhonen, Olli & Kukkonen, Ritva & Louhevaara, Veikko & Smolander, Juhani (toim.). Liikunnasta työkykyä ja hyvinvointia – periaatteita ja käytännön esimerkkejä. Työterveyslaitos. Helsinki. 64-68.

Sosiaali- ja terveystietokertomus 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:11. Helsinki.

Ståhl, Timo. 2005. RESEPTILLÄ liikkeelle. Liikkumisresepti -hankkeen arviointi. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 170. LIKES. Jyväskylä.

Terveysliikunnan paikalliset suositukset. 2000. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:1. Helsinki.

Vuolle, Pauli. 2000. Liikunnan merkitys rakentuu elämäntavalla. Teoksessa Miettinen, Mari (toim.). Haasteena huomisen hyvinvointi – Miten liikunta lisää mahdollisuuksia? Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu II. Tutkimuskatsaus. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 124. LIKES. Jyväskylä. 23-48.

Vuori, Ilkka & Miettinen, Mari. 2000. Kuinka tärkeää liikunta on terveydelle ja toimintakyvylle? Teoksessa Haasteena huomisen hyvinvointi – miten liikunta lisää mahdollisuuksia? Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 124. LIKES. Jyväskylä. 91-122.

### **Painamattomat lähteet**

<http://www.liikkumisresepti.net/mikaonhanke.html> 24.5.2005

<http://www.liikkumisresepti.net/koulutus.html> 13.6.2005