

Liikuntaneuvonnan kehittäminen terveyskeskuksissa

Suomalaiset liikkuvat terveytensä kannalta liian vähän. Neuvonta on perusterveydenhuollon tärkein liikkumisen edistämisen keino, mutta sen toteuttamisessa on puutteita. Liikuntaneuvonnan kehittäminen terveyskeskuksissa -hankkeen tavoitteena oli lisätä erityisesti lääkäreiden, hoitajien ja fysioterapeuttien 1) terveystiikunnan ja liikuntaneuvonnan osaamista, 2) liikuntaneuvonnan toteuttamista ja sisällön monipuolisuutta, 3) Liikkumisreseptin tuntemista ja käyttöä, 4) sisäistä ja sektorirajat ylittävää liikuntaneuvonnan yhteistyötä ja 5) liikuntaneuvonnan kirjaamista potilastietojärjestelmään.

Aineisto kerättiin neljästä pirkanmaalaisesta terveyskeskuksesta. Kukin nimesi vastuutiimin puoli vuotta kestäneelle kehittämistyölle. Tutkijaryhmä tuki tiimejä neljällä tutortapaamisella. Tavoitteiden toteutumista arvioitiin 19 tulomuuttujan alku- ja lopputilanteen välisillä eroilla prosenttiyksiköissä ja niiden 95 prosentin luottamusväleinä (LV). Mittareina käytettiin työntekijäkyselyä (N=75 alussa ja 80 lopussa), työntekijöiden kirjanpitoa potilaskäynneistä (N=1008 ja 1000), potilaskyselyä (N=441 ja 431) ja yhteistyötoimijoiden puhelinhaastatteluja (N=48 ja 28). Prosessia arvioitiin kehittämistä vastuun ja -toimien toteutumisella vastuutiimin ja tutorin muistioiden avulla.

Liikkumisreseptin tunteminen lisääntyi (työntekijäkysely, 39 %; LV 25,5–52,5) ja käyttö yleistyi (työntekijäkysely, 32 %; LV 18,9–45,1 ja kirjanpito, 4 %; LV 2,7–5,3). Suurempi osa työntekijöistä oli sopinut Liikkumisreseptin käytöstä työpaikalla (työntekijäkysely, 32 %; LV 20,3–43,7) ja käyttänyt Liikkumisreseptiä lähetteenä terveyskeskuksen sisällä (kirjanpito, 1 %; LV 0,3–1,7). Terveystiikunnan ja liikuntaneuvonnan osaaminen lisääntyi, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi. Kehittämistä vastuun jakautui vastuutiimeissä epätasaisesti ja ajan varaaminen kehittämistyölle oli vaikeaa, mikä heijastui kehittämistoimien määrään.

Hanke onnistui parhaiten Liikkumisreseptin tuntemisen ja käytön mutta vähäisemmässä määrin terveystiikunnan ja liikuntaneuvonnan osaamisen lisäämisessä. Muiden tavoitteiden saavuttaminen saattaa edellyttää sitoutuneempaa, monipuolisempaa ja pidempikestoisempaa kehittämistä.

MINNA AITASALO, ERJA TOROPAINEN, KATRIINA KUKKONEN-HARJULA, MARJO RINNE, KARI TOKOLA, TOMMI VASANKARI

JOHDANTO

Yli 70 prosenttia suomalaisista työikäisistä liikkuu terveytensä kannalta liian vähän (1). Riittämätön liikkuminen altistaa muun muassa valtimosairauksille ja tyypin 2 diabetekselle sekä rinta- ja paksusuolensyövälle (2). Uudempi havainto on se, että tuntikausia kestävä yhtäjaksoinen istuminen on itsenäinen terveysriski riippumatta siitä, liikkuuko suositusten mukaisesti vai ei (3).

Perusterveydenhuolto on yksi tärkeimmistä liikkumisen edistämisen toimintaympäristöistä

kunnissa (4). Terveystiikunnan työntekijöiden luontevin tapa edistää potilaiden liikkumista on neuvonta. Liikuntaneuvonnan tarkoituksena on kehittää potilaan omia näkemyksiä ja taitoja tukemaan hänen terveyttään, hyvinvointiaan ja toimintakykyään (5).

Terveystiikunnan työntekijät suhtautuvat liikuntaneuvontaan pääosin myönteisesti (6). Silti liikuntaneuvonta toteutuu Suomessa (7,8) ja kansainvälisesti (9,10,11) vain osassa potilas-kontakteja, joissa siihen olisi erityisiä perusteita.

Työntekijät pitävät esteinä muun muassa ajan vähyyttä, puutteita omassa osaamisessaan ja epävarmuutta neuvonnan vaikuttavuudesta (6). Neuvonnan yleisyyteen vaikuttavat lisäksi yksittäisten työntekijöiden henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten ikä ja sukupuoli (8), liikkumistottumukset (12), työkokemuksen pituus (13) sekä potilaan ja ammattilaisen välisen hoitosuhteen kesto (7,14). Siitä, minkä suuntainen yhteys näillä tekijöillä on liikuntaneuvonnan yleisyyteen, ei kuitenkaan toistaiseksi ole yhdenmukaista näkemystä; esimerkiksi pidempi hoitosuhde on joissakin tutkimuksissa ollut yhteydessä suurempaan ja joissakin pienempään liikuntaneuvonnan määrään.

Yhdellä terveydenhuollon ammattiryhmällä tai ammattilaisella on harvoin mahdollisuutta toteuttaa pitkäjänteistä liikuntaneuvonnan prosessia alusta loppuun. Liikuntaneuvonnan prosessilla tarkoitetaan tässä esimerkiksi 5A:n (15) mukaista tapahtumaketjua, joka lähtee liikkeelle potilaan sen hetkisten liikkumistottumusten ja valmiuksien arvioinnista ja etenee yksilöllisten tavoitteiden asettamisen ja liikkumissuunnitelman laatimisen kautta muuttuneiden liikkumistottumusten seurantaan ja tukemiseen (Kuva 1). Pitkäjänteisyyttä voidaan edesauttaa palveluketjulla, johon kuuluu myös terveydenhuollon ulkopuolisia tahoja, kuten kunnan liikuntatoimi sekä kolmannen sektorin ja yksityisten liikuntapalveluiden tuottajia.

Liikuntaneuvonnan paikallisten käytäntöjen ja palveluketjujen kehittämiseksi Suomessa toteutettiin vuosina 2001–2004 valtakunnallinen Liikkumisresepti-hanke. Neuvonnan työkaluksi suunniteltiin Liikkumisresepti (Kuva 1, www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti), joka noudattaa 5A:n periaatteita (15). Liikkumisreseptin käyttö lisää terveytensä kannalta liian vähän liikkuvien aikuisten liikkumista lyhyellä aikavälillä (16) ja on kustannusvaikuttavaa (17). Tulokset ovat yhteneviä ulkomaisten ”lyhytneuvontaa” koskevien tutkimusten kanssa (18).

Valtakunnallinen Liikkumisresepti-hanke ei kuitenkaan onnistunut vaikuttamaan paikallisiin liikuntaneuvontakäytäntöihin (19), mikä on sopusoinnussa toimeenpanotutkimusten (20) ja teorioiden (21) kanssa. Paikalliset hankkeet, joissa käytännön toimijat ja tutkijat tekevät tiivistä yhteistyötä (22), voivat olla tehokkaampia

näyttöön perustuvien toimintatapojen, kuten Liikkumisreseptin, siirtämisessä käytäntöön (23) ja liikuntaneuvontakäytäntöjen kehittämisessä.

UKK-instituutti käynnisti vuonna 2010 sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen määrärahalta tällaisen paikallisen Liikuntaneuvonnan kehittäminen terveyskeskuksissa -hankkeen, johon osallistui neljä pirkanmaalaista terveyskeskusta. Kukin niistä toteutti puoli vuotta kestäneen kehittämistyön, joka kohdistui erityisesti lääkäreiden, sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja fysioterapeuttien liikuntaneuvontaan. Kehittämistyö päättyi viimeisimmässä terveyskeskuksessa keväällä 2012.

Hankkeen tavoitteena oli lisätä kohdejoukkoon kuuluvien työntekijöiden

- 1) terveysliikunnan ja liikuntaneuvonnan osaamista
- 2) liikuntaneuvonnan toteuttamista ja sisällön monipuolisuutta
- 3) Liikkumisreseptin tuntemista ja käyttöä
- 4) sisäistä ja sektorirajat ylittävää liikuntaneuvonnan yhteistyötä
- 5) liikuntaneuvonnan kirjaamista sähköiseen potilastietojärjestelmään.

Tässä raportissa arvioidaan tavoitteiden toteutumista yhdistämällä kaikkien neljän terveyskeskuksen aineistot. Raportissa kuvataan myös, miten tavoitteiden saavuttamiseksi suunnitellut kehittämisvastuut ja -toimet toteutuivat terveyskeskuksissa (prosessiarviointi).

AINEISTO JA MENETELMÄT

KEHITTÄMISTYÖ JA OSALLISTUJAT

Hanke jakaantui valmistelu- ja toteutusvaiheeseen (Kuva 2). Valmisteluvaiheessa terveyskeskukset rekrytoitiin tiedotteella, joka lähetettiin kesäkuussa 2010 sähköpostitse kaikille Pirkanmaan kuntien tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman yhdyshenkilöille. Hanke-esittelyn jälkeen kiinnostuneiden terveyskeskusten edustajien kanssa laadittiin osallistumisesta kirjallinen sopimus. Kukin terveyskeskus nimesi moniammatillisen vastuutiimin ja paikallisen ohjausryhmän, jotka perehdytettiin hankkeeseen yhteisessä taapamisessa. Ohjausryhmään pyrittiin saamaan edustajia erityisesti terveyskeskuksen ulkopuolelta, kuten kunnan liikuntatoimesta, kansalais- ja/

Liikkumisresepti aikuisille



© 2008 Suomen Kuntaliitto

Nimi _____
 Suku _____
 Puh. _____

Nykyinen aktiivisuuden taso

Hyvästi vähäistä Vain vähäistä Muutama viikkoa

| Kävelytyyppi koti- tai työmatkalla | Kävely, keuhkoterveystoiminta | | Muuta liikuntaa |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| | regulaarinen, vähintään 30 min | epiregulaarinen, vähintään 10 min | |
| Liikuntatuntien määrä | | | |
| Liikuntatuntien kesto | | | |
| Liikuntatuntien sisältö | | | |

Liikunnan riittävyys terveyden kannalta

Riittävä Riittämätön

Yksittäisen tavoitteen saavuttamiseksi 2 tunnin viikossa Suurella Vain hiukan Ei edellytettyä

Liikunnan tavoite

Liikuntatyyppi

Liikuntatuntien määrä _____ viikossa _____ kertaa viikossa _____ minuuttia _____ minuuttia _____ minuuttia _____ minuuttia

| Liikuntatyyppi | Määrä | Kerto | Kesto | Kokonaismäärä |
|----------------|-------|-------|-------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Uudet postit

Koti _____
 Aikataulu _____
 Muu _____

Tavoitteen seuranta

Aikataulu _____

Ei Osittain Täysin

Ei Osittain Täysin

Ei Osittain Täysin

Liikkumisresepti saatavana myös ja edullisemmin _____

www.kuntaliitto.fi/liikkumisresepti



Arvioi

Anna neuvoja

- Nykyinen liikkuminen ja sen riittävyys terveyden kannalta
- Istumisen tauottaminen 2 tunnin välein
- Liikunnan hyödyt
- Valmius lisätä liikunnista

Aseta tavoitteet

- Avusta toteuttamisessa
- Yksilöllinen liikkumistavoite
- Liikunnan viikko-ohjelma
- Lisäohjeet tai -materiaali
- Lähetä toiselle ammattilaiselle tai ohjattuun liikuntaan

Aikataulua seuranta

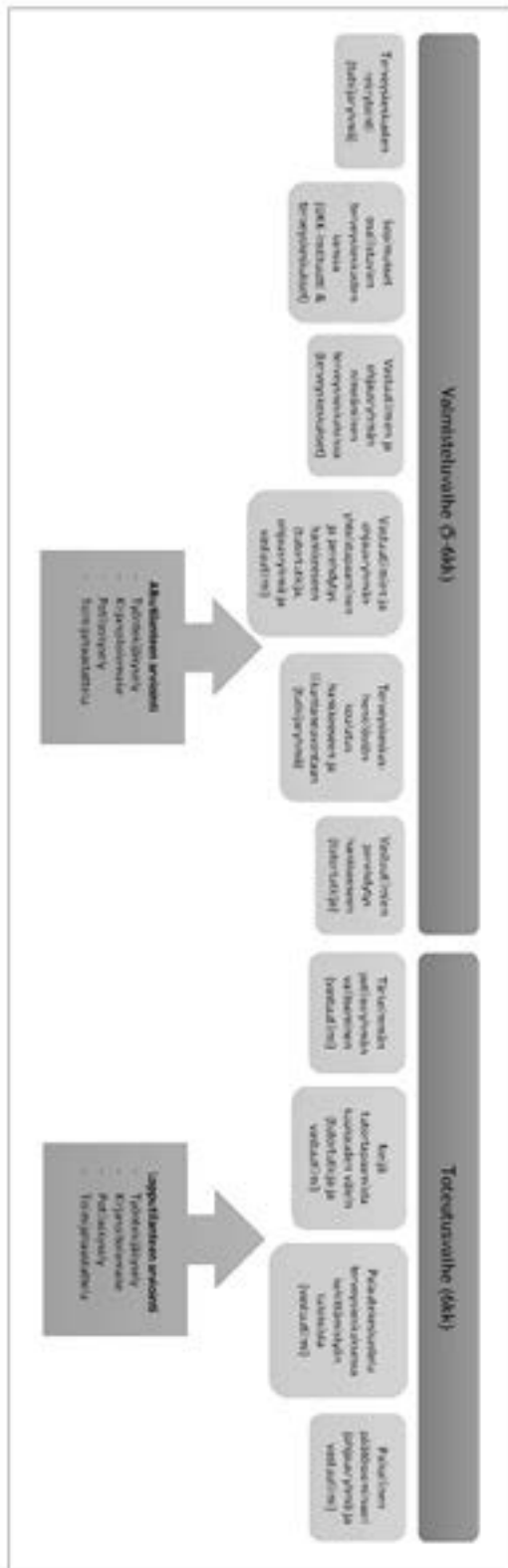
- Määritä asiantuntija, yhteyshenkilö ja seuranta-tapa

Kuva 1. Liikkumisresepti (www.kuntaliitto.fi/liikkumisresepti) jäsennettyinä 5A:n neuvontaperiaatteiden mukaisesti (15)

tai työväenopistoista, liikunta- ja urheiluseuroista sekä yksityisistä liikuntakeskuksista. Yhteista-paamisen jälkeen tutkijat (lääkäri ja kaksi fysio-terapeuttia) pitivät terveystieteiden kahden tunnin koulutuksen hankkeesta, vastuutiimin toiminnasta, liikunnasta, Liikkumisreseptistä ja liikuntaneuvonnasta. Tärkeimpiä kohderyhmiä olivat lääkärit, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja fysioterapeutit. Sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista käytetään tässä artikkelissa yhteistä termiä ”hoitajat”. Koulutuksen jälkeen yksi tutkijoista perehdytti vastuutiimin kehittämistyön vaiheisiin, sisältöihin ja arviointiin. Vastuutiimit nimisivät keskuudestaan henkilön, joka hoiti yhteydenpidon tutkijaryhmään ja terveystieteiden johtoon.

Toteutusvaiheessa, joka kesti puoli vuotta, kukin vastuutiimi valitsi tärkeimmän aikuisten potilasryhmän, jonka liikuntaneuvontaa he halusivat kehittää. Potilasryhmän rajaaminen oli tarpeen, jotta vastuutiimin jäsenet pystyivät toteuttamaan kehittämistyön muun työnsä ohessa osana terveystieteiden normaalia toimintaa. Tarkoituksena oli, että kehittämistä laajennettaisiin hankkeen päätyttyä muihin potilasryhmiin. Vastuutiimiä tuettiin neljällä, noin kuukauden välein toteutuneella tutortapaamisella (Taulukko 1). Tutorina toimi yksi tutkijaryhmän jäsenistä. Tapaamisten lähtökohtana oli tiimin valitsema kehittämiskohde ja kehittämistyön vieminen suunnitellusti eteenpäin asiantuntijan tuella (24). Kullekin tutortapaamiselle varattiin aikaa kaksi tuntia ja niiden yleinen sisältö oli jäsennetty ennakoon. Tutortutkija laati tapaamisista havaintomuistiot ja vastuutiimi omat muistionsa, joita vastuutiimin jäsenten toivottiin hyödyntävän käsiteltyjen asioiden esittämiseen omassa työyksikössään.

Tutortapaamisten lisäksi vastuutiimien jäsenten toivottiin varaavan kehittämistyölle aikaa kahdesta neljään tuntia viikossa. Vastuutiimi sai työnsä tueksi myös UKK-instituutin laatimaa kirjallista materiaalia, kuten sähköisen Liikkumisreseptin, liikuntapiirakkajulisteita ja liikuntaneuvontalehtisiä. Hankkeen lopuksi vastuutiimien tuli järjestää terveystieteiden palautekeskustelu ja niitä kannustettiin pitämään paikallinen päätösseminaari.



Kuva 2. Hankkeen vaiheet.

Taulukko 1. Tutortapaamisten tavoitteet ja sisällöt.

| Tapaaminen | Tavoite | Sisältö |
|-------------------|--|---|
| Perehdytys | Edellytysten luominen | <ul style="list-style-type: none"> - Vastuutiimin jäsenten roolien ja vastuiden täsmentäminen - Kehittämistyön toteuttaminen ja tutoroinnin työtavat - Liikuntaneuvonnan lähtötilanteen arviointi terveyskeskuksessa |
| I | Suunnittelu | <ul style="list-style-type: none"> - Kehittämistyön asiakasryhmän määrittäminen - Toimintasuunnitelman laatiminen |
| II | Arviointi ja muokkaus | <ul style="list-style-type: none"> - Toimintasuunnitelman arviointi - Sisäisten jatkotoimenpiteiden suunnittelu |
| III | Arviointi, muokkaus ja yhteistyön suunnittelu | <ul style="list-style-type: none"> - Toimintasuunnitelman arviointi - Sisäisten jatkotoimenpiteiden suunnittelu - Sektorirajat ylittävän yhteistyön suunnittelu |
| IV | Liikuntaneuvonnan palveluketju ja palautekeskustelun suunnittelu | <ul style="list-style-type: none"> - Sektorirajat ylittävän yhteistyön arviointi - Liikuntaneuvonnan palveluketjuluonnos - Palautekeskustelun sisältö ja työtavat |
| Palautekeskustelu | Juuruttaminen ja levittäminen | <ul style="list-style-type: none"> - Yhteenvedo vastuutiimin toiminnasta - Kehittämistyön tulokset - Kehittämistyön soveltaminen uuteen asiakasryhmään |

TULOSARVIOINTI

Tulosarvioinnilla selvitettiin hankkeelle asetettujen tavoitteiden toteutumista 19 tulosmuuttujan avulla neljän terveyskeskuksen aineistossa (Taulukko 2). Arviointi suoritettiin terveyskeskuksissa samoilla mittareilla ennen kehittämistyön alkamista (alkutilanne) ja sen päätyttyä (lopputilanne). UKK-instituutti vastasi arvioinnin suunnittelusta ja menetelmistä sekä aineiston tallennuksesta ja analysoinnista, mutta vastuutiimit toteuttivat arviointiin liittyvät käytännön järjestelyt, kuten arvioinnista tiedottamisen, lomakkeiden jakamisen ja palautukset.

TULOSARVIOINNIN MITTARIT

Mittareita olivat työntekijäkysely, työntekijöiden kirjanpitolomake, potilaskysely ja toimijahaastattelu. Vastuutiimit kohdistivat työntekijäkyselyn lääkäreille, hoitajille ja fysioterapeuteille, joiden työhön miellettiin kuuluvan liikuntaneuvontaa. Kysely oli teemoitettu hankkeen tavoitteiden mukaan. Tutortutkija kävi vastuutiimin kanssa läpi alkutilanteen vastauksia kehittämistyön käynnistämisen tueksi.

Lääkärit, hoitajat ja fysioterapeutit täyttivät myös kirjanpitolomaketta, johon he rastiivat viiden päivän ajan kunkin ei-päivystysluonteisen potilaskäynnin jälkeen ”kyllä” tai ”ei” seuraaviin kohtiin: 1) oliko potilaalla terveysongelma, johon liikunnasta voisi olla apua, 2) keskustel-

tiinko potilaan kanssa liikunnasta, 3) annettiinko hänelle liikuntaohjeita, 4) laadittiinko Liikkumisreseptiä, 5) käytettiinkö Liikkumisreseptiä lähteenä, 6) sovittiinko seurannasta ja 7) kirjattiinko liikuntaneuvontaa sähköiseen järjestelmään. Tavoitteena oli, että kukin työntekijä teki merkinnät vähintään 15 potilaskäynniltä. Käynnin jälkeen työntekijät antoivat potilailleen potilaskyselyn, jolla selvitettiin liikuntaneuvonnan toteutumista potilaan näkökulmasta.

Lisäksi UKK-instituutin tutkimussihteeri toteutti lomakeavusteisen toimijahaastattelun puhelimitse. Haastateltavina olivat toimijat, jotka vastuutiimi oli nimennyt tärkeimmiksi paikalliseksi yhteistyökumppaneiksi liikuntaneuvonnan palveluketjun kannalta. Tällaisia olivat esimerkiksi kunnan liikuntatoimi, kansalais- tai työväenopistot, liikunta- ja urheiluseurat sekä yksityiset liikuntakeskukset.

TAVOITTEIDEN TOTEUTUMISEN ARVIOINTI MITTAREIDEN AVULLA

Terveysliikunnan ja liikuntaneuvonnan osaamista arvioitiin työntekijäkyselyllä. Tulosmuuttujia olivat terveysliikuntaväittämiin oikein vastaaminen, liikuntasuosittelusten ja -vaikutusten tunteminen sekä koetut puutteet liikuntaneuvonnan osaamisessa. Liikuntaneuvonnan yleisyyttä ja monipuolisuutta arvioitiin työntekijäkyselyllä, kirjanpitolomakkeella ja potilaskyselyllä. Tavoitetta kuvasivat liikunnasta keskustelemisen ja liikunta-

Taulukko 2. Kehittämistyön tavoitteet, tulosmuuttujat ja niitä arvioivat mittarit. Tulosmuuttujakohtaiset prosenttiosuudet kehittämistyön alku- ja lopputilanteessa sekä niiden väliset erot (loppu miinus alku) on esitetty prosenttiyksiköinä ja 95 prosentin luottamusväleinä (95 % LV).

| Tavoitteet, tulosmuuttujat ja mittarit | Alku % | Loppu % | Ero %-yksiköissä (95 % LV) |
|--|--------|---------|----------------------------|
| 1. Terveysliikunnan ja liikuntaneuvonnan osaaminen | | | |
| Työntekijöiden osuus, jotka rengastivat oikean vastauksen kymmenessä tärkeimmässä terveystietoväittämässä. | | | |
| – työntekijäkysely | 12 | 24 | +12 (-1,6 – 25,6) |
| Työntekijöiden osuus, jotka mielestään tunsivat liikuntasuosituksen sekä kestävyys- ja lihaskuntoliikunnan vaikutukset terveyteen. | | | |
| – työntekijäkysely | 27 | 44 | +17 (-0,5 – 34,5) |
| Työntekijöiden osuus, joilla ei ollut mielestään lainkaan puutteita neljässä liikuntaneuvonnan osaamista kuvaavassa väittämässä. | | | |
| – työntekijäkysely | 5 | 15 | +10 (-0,6 – 20,6) |
| 2. Liikuntaneuvonnan yleisyys ja sisällön monipuolisuus | | | |
| Työntekijöiden osuus, jotka antoivat liikuntaa koskevia neuvoja vähintään kahdelle kolmesta asiakkaastaan. | | | |
| – työntekijäkysely | 40 | 38 | -2 (-2,0 – -18,7) |
| Käyntien osuus, joilla työntekijä oli keskustellut potilaan kanssa liikunnasta. | | | |
| – kirjanpitolomake | 44 | 38 | -6 (-10,4 – -1,6) |
| Potilaiden osuus, joiden kanssa vastaanotolla oli keskusteltu liikuntatottumuksista. | | | |
| – potilaskysely | 54 | 54 | 0 (-7,1 – 7,1) |
| Vastaajien osuus, jotka aina keskustelivat neljästä tärkeimmäksi luokitellusta liikunta-asiasta. | | | |
| – työntekijäkysely | 1 | 4 | +3 (-3,2 – 9,2) |
| – potilaskysely | 7 | 5 | -2 (-5,6 – 1,6) |
| 3. Liikkumisreseptin tunteminen ja käyttö | | | |
| Vastaajien osuus, jotka tiesivät, mikä Liikkumisresepti on. | | | |
| – työntekijäkysely | 56 | 95 | +39 (25,5 – 52,5) |
| – potilaskysely | 17 | 21 | +4 (-1,9 – 9,9) |
| – toimijahaastattelu | 65 | 70 | +5 (-19,5 – 29,5) |
| Työntekijöiden osuus, jotka ovat käyttäneet Liikkumisreseptiä työssään. | | | |
| – työntekijäkysely | 5 | 37 | +32 (18,9 – 45,1) |
| Työntekijöiden osuus, jotka olivat käyttäneet Liikkumisreseptiä kahden viimeksi kuluneen viikon aikana. | | | |
| – työntekijäkysely | 5 | 14 | +9 (-1,5 – 19,5) |
| Käyntien osuus kaikista käynneistä, joilla työntekijä oli laatinut Liikkumisreseptin. | | | |
| – kirjanpitolomake | 0 | 4 | +4 (2,7 – 5,3) |
| Potilaiden osuus, jotka ilmoittivat, että he olivat laatineet työntekijän kanssa vastaanotolla Liikkumisreseptin. | | | |
| – potilaskysely | 4 | 5 | +1 (-2,2 – 4,2) |
| Vastaajien osuus, jotka ilmoittivat, että työpaikalla oli sovittu Liikkumisreseptin käytöstä. | | | |
| – työntekijäkysely | 0 | 32 | +32 (20,3 – 43,7) |
| toimijahaastattelu | 2 | 18 | +16 (-1,9 – 33,9) |
| 4. Liikuntaneuvonnan sisäinen ja ulkoinen yhteistyö | | | |
| Työntekijöiden osuus, jotka olivat ohjanneet potilaan liikuntaneuvontaan jonkun muun terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle joskus tai aina. | | | |
| – työntekijäkysely | 83 | 80 | -3 (-16,6 – 10,6) |
| Käyntien osuus kaikista käynneistä, joilla työntekijä oli käyttänyt Liikkumisreseptiä lähetteenä jollekin muulle terveydenhuollon ammattilaiselle. | | | |
| – kirjanpitolomake | 0 | 1 | +1 (0,3 – 1,7) |
| Työntekijöiden osuus, jotka ohjasivat potilaitaan liikunta-asioissa terveyskeskuksen ulkopuolelle joskus tai aina. | | | |
| – työntekijäkysely | 84 | 91 | +7 (-4,8 – 18,8) |
| Toimijoiden osuus, jotka ilmoittivat työpaikkansa tekevän terveystietoliikunnan yhteistyötä terveyskeskuksen kanssa. | | | |
| toimijahaastattelu | 67 | 75 | +8 (-15,7 – 31,7) |
| 5. Liikuntaneuvonnan kirjaaminen potilastietojärjestelmään | | | |
| Työntekijöiden osuus, jotka kirjasivat keskustellut liikunta-asiat aina potilastietojärjestelmään. | | | |
| työntekijäkysely | 37 | 48 | +11 (-5,8 – 27,8) |
| Käyntien osuus kaikista käynneistä, joilla työntekijä oli kirjannut liikunta-asiat potilastietojärjestelmään. | | | |
| kirjanpitolomake | 27 | 25 | -2 (-6,0 – 2,0) |

neuvojen antamisen useus sekä tärkeimmiksi luokiteltujen asioiden sisältyminen liikuntakeskusteluihin. Liikkumisreseptin tuntemista ja käyttöä arvioitiin kaikilla neljällä mittarilla, ja tulosmuuttujia olivat Liikkumisreseptin tunteminen, käyttäjien lukumäärä, työpaikkakohtainen käytöstä sopiminen ja potilaskäyntien lukumäärä, joissa sitä oli käytetty. Liikuntaneuvonnan sisäistä ja ulkoista yhteistyötä arvioitiin työntekijäkyselyllä, kirjanpitolomakkeella ja toimijahaastattelulla, ja sitä kuvasivat potilaan ohjaaminen jollekin muulle terveydenhuollon ammattilaiselle tai terveydenhuollon ulkopuolelle sekä ulkopuolisten toimijoiden yhteistyö terveyskeskuksen kanssa. Liikuntaneuvonnan kirjaamista potilastietojärjestelmään arvioitiin työntekijäkyselyllä ja kirjanpitolomakkeella, ja tulosmuuttajat liittyivät liikunta-asioiden kirjaamisen yleisyyteen.

PROSESSIARVIOINTI

Prosessiarvioinnin tarkoituksena oli, että vastuutiimit oppivat soveltamaan kehittämistyön tuloksia myös muuhun käytäntöjen kehittämiseen (25). Samalla prosessiarviointi suuntasi kehittämistyötä ja varmisti, että mahdolliset korjausliikkeet tehtiin riittävän ajoissa. Prosessiarvioinnin kohteita olivat kehittämissvastuun ja -toimien toteutuminen. Aineistona olivat tutortutkijan havaintomuistiot tutortapaamisista ja niiden välillä mahdollisesti tapahtuneesta muusta yhteydenpidosta sekä vastuutiimien laatimat muistiot tutortapaamisista ja mahdollisista omista työkokouksista.

Kehittämissvastuun tärkeimpiä kuvaajia, jotka poimittiin muistioista, olivat vastuutiimin kokoonpanon moniammatillisuus, tutortapaamisten lisäksi pidettyjen työkokousten määrä ja niihin osallistuminen sekä kehittämistyöhön käytetty työaika. Kehittämistöimiin puolestaan kuuluivat potilasryhmän valinta, vastuutiimien jäsenten keskinäinen ja terveyskeskuksen ulkopuolelle ulottuva yhteistyö, kehittämistöimien sisältö, palautekeskustelun järjestäminen ja kehittämistyön jatkaminen.

TILASTOLLISET MENETELMÄT

Kehittämistyön tuloksia tarkasteltiin vertaamalla kunkin tavoitteen tulosmuuttujien prosenttiosuuksia alku- ja lopputilanteessa. Tulokseksi saatiin osuuksien erotus prosenttiyksiköissä.

Tilastollisen merkitsevyyden osoittamiseksi prosenttieroille laskettiin 95 prosentin Waldin jatkuvuuskorjatut luottamusvälit. Waldin menetelmää käytetään yleisesti prosenttiosuuksien erotusten luottamusvälien laskemiseen ja se tuottaa luotettavan luottamusvälin kohtuullisen isolla aineistolla. Jatkuvuuskorjausta käytettiin poistamaan binomijakautuneen aineiston normaalijakauma-approksimaation virhettä.

Luottamusväli kertoo, että muutos asettuu 95 prosentin varmuudella luottamusvälin osoittamien lukujen väliin ja on pienimmillään alarajan ja suurimmillaan ylärajan suuruinen. Mikäli ylä- ja alarajan väliin ei sisälly nolaa, muutoksen tilastollinen merkitsevyys eli p-arvo on vähintään 0,05 (26). Luottamusvälin etuna p-arvoon nähden on se, että sen avulla voi tulkita muutoksen suuntaa ja suuruutta (27) sekä käytännön merkitystä (26).

Ammattiryhmäkohtaiset tulokset esitetään ainoastaan kirjanpitolomakkeen aineistosta, koska se sisälsi eniten ammattiryhmittäisiä havaintoja. Sen arveltiin myös olevan työntekijäkyselyaineistoa luotettavampi muun muassa lyhyemmän muistinvaraisen jakson vuoksi. Ammattiryhmittäisessä tarkastelussa aineisto rajattiin niihin käynteihin, joissa työntekijä oli todennut potilaalla sellaisen terveysongelman, johon liikunnasta voisi olla apua. Liikunnasta keskustelun ajateltiin olevan näillä käynneillä erityisen tarpeellista.

TULOKSET

AINEISTO

Terveyskeskuksissa oli yhteensä 141 (vaihteluväli 29–47 terveyskeskuksittain) kohderyhmään kuuluvaa terveydenhuollon ammattilaista. Työntekijäkyselyyn, kirjanpitolomakkeeseen, potilaskyselyyn ja toimijahaastatteluun osallistuneiden henkilöiden määrä hankkeen alussa ja lopussa on esitetty taulukossa 3. Suurin osa työntekijäkyselyyn vastanneista (alku 56 %, loppu 54 %) ja kirjanpitolomaketta täyttäneistä (alku 46 %, loppu 61 %) oli hoitajia.

Hankkeen tavoitteiden toteutuminen eli tulosmuuttajat alku- ja lopputilanteessa sekä niissä tapahtuneet muutokset on esitetty taulukossa 2 (tulosarviointi).

Taulukko 3. Aineiston kuvaus mittareittain kehittämistyön alussa ja lopussa. Pääosa luvuista on lukumääriä, joiden prosenttiosuudet on esitetty suluissa. Keskiarvot ja niiden keskihajonnat (SD) on ilmoitettu erikseen.

| | Alku | Loppu |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Työntekijäkyselyyn vastanneet ¹ | N=75 (53%) | N=80 (57%) |
| Ammattiryhmä | | |
| – lääkäri | 18 (24) | 13 (16) |
| – hoitaja | 42 (56) | 43 (54) |
| – fysioterapeutti | 15 (20) | 24 (30) |
| Työskentelyvuodet nykyisessä työpaikassa, keskiarvo (SD) | 11,3 (10,4) | 11,2 (10,0) |
| Työskentely vastaanotto toiminnassa (neuvola, koulu- tai opiskelijaterveydenhuolto, työterveyshuolto, erikoisvastaanotto) ² | 74 (80) | 79 (87) |
| Potilaita päivässä, keskiarvo (SD) | 9,0 (5,6) | 12,7 (23,5) |
| Minuuttia potilasta kohden, keskiarvo (SD) | 36,5 (18,3) | 37,6 (18,7) |
| Kirjanpitolomaketta täyttäneet ³ | N=112 (79%) | N=89 (63%) |
| Ammattiryhmä | | |
| – lääkäri | 35 (31) | 17 (19) |
| – hoitaja | 51 (46) | 54 (61) |
| – fysioterapeutti | 26 (23) | 18 (20) |
| Kirjatut potilaskäynnit | 1008 | 1000 |
| – lääkäri | 413 (41) | 228 (23) |
| – hoitaja | 417 (41) | 633 (63) |
| – fysioterapeutti | 178 (18) | 139 (14) |
| Kirjatut potilaskäynnit työntekijää kohden, keskiarvo (SD) | 9,1 (8,0) | 9,1 (6,9) |
| – lääkäri | 11,0 (9,5) | 10,0 (8,1) |
| – hoitaja | 8,0 (6,6) | 9,3 (6,5) |
| – fysioterapeutti | 7,0 (6,1) | 7,2 (6,1) |
| Potilaskyselyyn vastanneet | N=441 (44%) ⁴ | N=431 (43%) ⁴ |
| Ikä, keskiarvo (SD) | 54,1 (17,8) | 58,6 (17,3) |
| Sukupuoli | | |
| – nainen | 286 (65) | 280 (65) |
| – mies | 153 (35) | 148 (35) |
| Vastaanottokäynti | | |
| – lääkäri | 193 (44) | 198 (46) |
| – hoitaja | 152 (35) | 135 (32) |
| – fysioterapeutti | 81 (19) | 87 (20) |
| – muu | 10 (2) | 8 (2) |
| Käynnin pääasiallinen syy | | |
| – sairauden, oireen tai tapaturman tutkimus, hoito tai seuranta | 261 (60) | 277 (64) |
| – terveystarkastus tai määräaikaistarkastus | 54 (12) | 55 (13) |
| – raskauden ehkäisy, seuranta tai äitiyshuolto | 35 (8) | 27 (6) |
| – muu | 85 (20) | 71 (17) |
| Ensikäynti | 152 (35) | 128 (30) |
| Jokin lääkärin toteama sairaus ⁵ | 338 (83) | 350 (87) |
| Reipasta kestävyystyypistä liikuntaa 1-2 tuntia viikossa ja lihaskuntoharjoittelua vähintään 2 kertaa viikossa | 137 (33) | 146 (37) |
| Toimijahaastatteluun osallistuneet | N=48 | N=28 |
| Pääasiallinen toimipaikka | | |
| – kansanterveys- tai potilasjärjestö | 8 (17) | 6 (21) |
| – urheilu- tai liikuntaseura | 7 (15) | 4 (14) |
| – vapaa-aika- tai liikuntatoimi | 7 (15) | 2 (7) |

| | | |
|--|---------|---------|
| – yksityinen liikuntapalvelujen tuottaja | 6 (12) | 2 (7) |
| – kansalais- tai työväenopisto | 4 (8) | 3 (11) |
| – muu | 16 (33) | 11 (39) |
| Toteuttaa liikuntaneuvontaa omassa työssään | 20 (42) | 9 (32) |
| Terveysliikunnan koordinoinnista sovittu kunnassa | 24 (50) | 18 (64) |
| Terveysliikunnan edistämisen työnjaosta sovittu kunnassa | 15 (31) | 8 (29) |

¹ Työntekijäkysely kohdistettiin lääkäreille, hoitajille ja fysioterapeuteille, n=141.

² Osa vastaajista oli merkinnyt pääasiallisesti toimipaikaksi useamman vaihtoehdon, joten vastauksia oli enemmän kuin vastaajia. Prosenttiosuudet on laskettu vastausten määrästä, joita oli alkutilanteessa 92 ja lopputilanteessa 91.

³ Kirjanpitomake annettiin lääkäreille, hoitajille ja fysioterapeuteille, n=141.

⁴ Prosenttiosuus on laskettu kirjanpitomakkeille kirjattujen asiakaskäyntien kokonaismäärästä, joka oli alkutilanteessa 1008 ja lopputilanteessa 1000.

⁵ Sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine, katkokävely, jokin muu sydän- tai verenkiertoelimistön sairaus, kohonnut kolesteroli, ylipaino, astma, tyypin 1 diabetes, tyypin 2 diabetes, nivelrikko tai -kuluma alaraajojen nivelissä, nivelreuma tai muu tulehduksellinen nivelsairaus, pitkäaikaisia tai toistuvia selkävaivoja, pitkäaikaisia tai toistuvia niskahartiavaivoja, osteoporoosi tai siihen liittyviä murtumia, alentunut mieliala tai masentuneisuus, unihäiriöitä, rintasyöpä, paksusuolensyöpä

TERVEYSLIIKUNNAN JA LIIKUNTANEUVONNAN OSAAMINEN

Alkutilanteessa noin joka kymmenes (12 %) työntekijä tiesi oikean vastauksen terveystuotteen koskeviin väittämiin ja joka kolmas (27 %) ilmoitti tuntevansa terveystuotteen vaikutukset terveyteen. Vain viidellä prosentilla työntekijöistä ei mielestään ollut puutteita liikuntaneuvonnan osaamisessa. Lopputilanteessa osaaminen oli lisääntynyt tulomuutujasta riippuen 10–17 prosenttiyksikköä, mutta ei tilastollisesti merkitsevästi.

LIIKUNTANEUVONNAN YLEISYYS JA SISÄLLÖN MONIPUOLISUUS

Alkutilanteessa 40 prosenttia työntekijöistä ilmoitti antavansa suurimmalle osalle potilaistaan liikuntaa koskevia neuvoja ja hieman alle puolet (44 %) potilaskäynneistä sisälsi kirjauksen liikuntakeskustelusta. Joka toinen (54 %) potilas puolestaan ilmoitti, että vastaanotolla oli keskusteltu liikunnasta. Potilaskäyntien mukaan seitsemän prosenttia ja työntekijäkäyntien mukaan ainoastaan yksi prosentti liikuntakeskusteluista sisälsi kaikki neljä liikuntaneuvonnan kannalta tärkeimmäksi luokiteltua asiaa. Lopputilanteessa liikuntaa koskevia neuvoja antaneiden työntekijöiden osuus oli vähentynyt kahdella ja liikuntakeskustelujen sisältäneiden käyntien määrä kuu-della prosenttiyksiköllä. Molemmat vähenemiset olivat tilastollisesti merkitseviä. Muut tulomuutujat olivat käytännössä säilyneet ennallaan.

LIIKKUMISRESEPTIN TUNTEMINEN JA KÄYTTÖ

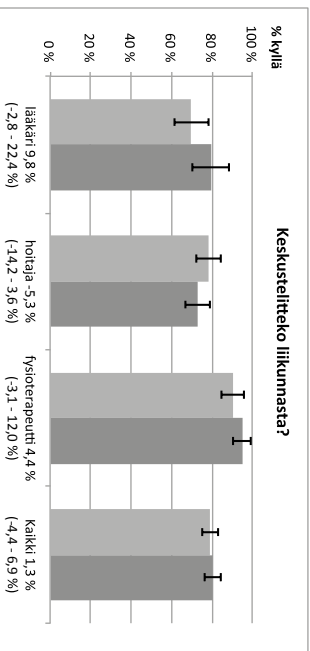
Alkutilanteessa yli puolet työntekijöistä (56 %) ja toimijoista (65 %), mutta vain noin viidesosa

potilaista (17 %) tunsivat Liikkumisreseptin. Sitä oli kuitenkin käyttänyt vain viisi prosenttia työntekijöistä kahden viimeksi kuluneen viikon aikana tai yleensä eikä sen käyttöä ollut kirjattu yhteenkään potilaskäyntiin. Silti neljä prosenttia potilaista ilmoitti saaneensa Liikkumisreseptin. Työntekijöistä ei yhtään ja toimijahaastatteluun osallistuneista vain kaksi prosenttia vastasi, että Liikkumisreseptin käytöstä oli sovittu työpaikalla. Lopputilanteessa työntekijöiden Liikkumisreseptin tunteminen oli lisääntynyt 39 prosenttiyksikköä, käyttö 32 prosenttiyksikköä ja käytöstä so-piminen työpaikalla 32 prosenttiyksikköä. Myös potilaskäyntejä, joiden aikana Liikkumisreseptiä oli käytetty, oli 4 prosenttiyksikköä enemmän kuin alkutilanteessa. Muutokset potilaskäyntien ja toimijahaastattelun perusteella olivat saman suuntaisia, mutta eivät tilastollisesti merkitseviä.

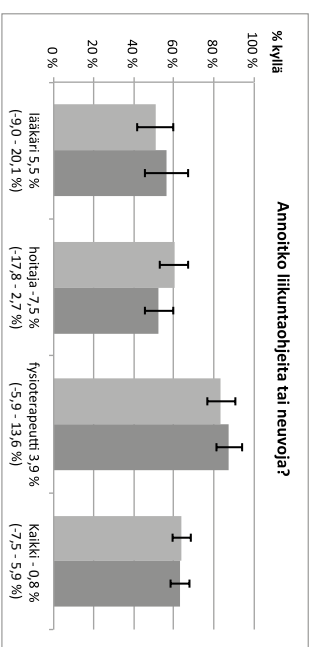
LIIKUNTANEUVONNAN SISÄINEN JA ULKOINEN YHTEISTYÖ

Alkutilanteessa valtaosa (83 % ja 84 %) työntekijöistä ohjasi potilaistaan liikunta-asioissa muiden terveydenhuollon ammattilaisten luo tai terveyskeskuksen ulkopuolelle. Yhdelläkään käynnillä ei kuitenkaan ollut käytetty Liikkumisreseptiä terveydenhuollon sisäisenä lähetteenä. Suurin osa (67 %) toimijoista ilmoitti tekevänsä terveystuotteen yhteistyötä terveyskeskuksen kanssa. Lopputilanteessa Liikkumisreseptin käyttö terveyskeskuksen sisäisenä lähetteenä oli lisääntynyt tilastollisesti merkitsevästi yhden prosenttiyksikön. Muissa tulomuutujissa ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia, vaikka suunta terveyskeskuksen ulkopuolelle ohjaamisessa ja

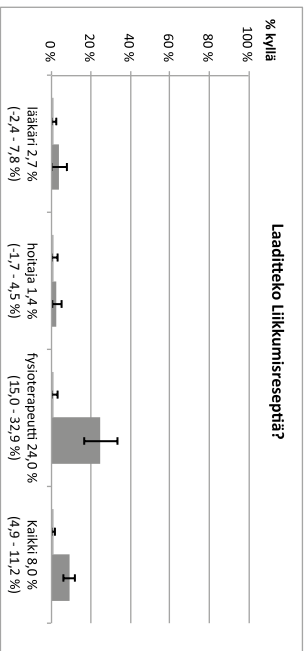
Keskusteltteko liikunnasta?



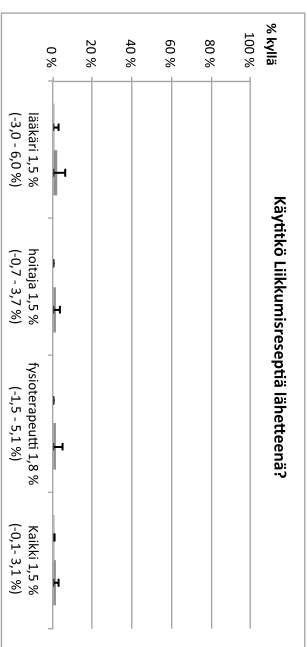
Annoitko liikuntaohjeita tai neuvoja?



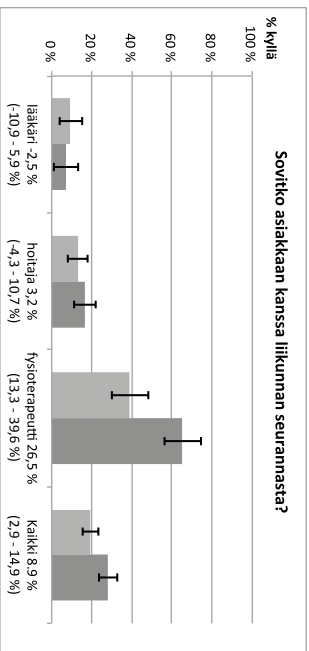
Laaditteko liikumisreseptiä?



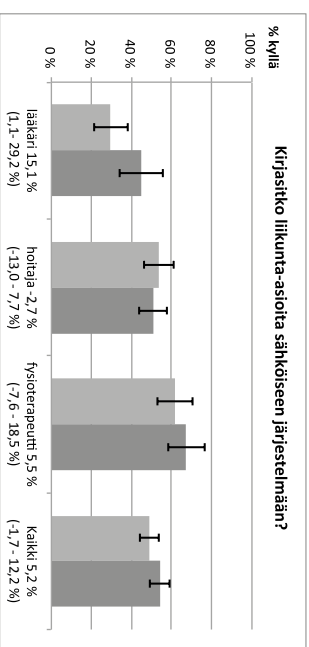
Käyttökö liikumisreseptiä lähteenä?



Sovitko asiakkaan kanssa liikunnan seurannasta?



Kirjasitko liikunta-asiota sähköiseen järjestelmään?



Kuva 3. Liikuntaneuvonnan toteuttaminen ammattiryhmittäin millä kirjaintirolomakkeiden mukaisilla käynnellä, joissa asiakkaalla oli sellainen terveysongelma, johon liikunnasta voisi olla apua (n=442). Luvut ovat alku- ja lopputilanteen välisiä muutoksia prosenttiyksiköissä ja niiden 95 prosentin luottamusvälejä.

toimijoiden terveyskeskuksen kanssa tekemässä yhteistyössä oli myönteinen.

LIIKUNTANEUVONNAN KIRJAAMINEN POTILASTIETOJÄRJESTELMÄÄN
Alkutilanteessa reilu kolmasosa (37 %) työntekijöistä ilmoitti kirjaavansa liikunta-asiat aina potilastietojärjestelmään. Neljäsosa (27 %) käynneistä sisälsi merkinnän, että liikuntakeskustelu oli kirjattu potilastietojärjestelmään. Lopputilanteessa 11 prosenttiyksikköä suurempi osuus työntekijöistä (48 %) raportoi kirjaavansa liikunta-asiat aina potilastietojärjestelmään, mutta muutos ei yltänyt tilastollisesti merkitseväksi.

AMMATTIRYHMÄT

Lopputilanteessa fysioterapeuttien Liikkumisreseptin laatiminen oli lisääntynyt 24 prosenttiyksikköä ja seurannasta sopiminen 27 prosenttiyksikköä alkutilanteeseen verrattuna (Kuva 3). Lääkäreillä puolestaan liikunta-asioiden kirjaaminen sähköiseen potilastietojärjestelmään oli yleistynyt 15 prosenttiyksikköä. Hoitajien kohdalla ei havaittu tilastollisesti merkitseviä muutoksia.

KEHITTÄMISVASTUUN TOTEUTUMINEN (PROSESSARVIOINTI)

Vastuutiimeissä oli yhteensä 24 jäsentä, joista lääkäreitä oli viisi, hoitajia kolmelta ja fysioterapeutteja kuusi. Vastuutiimeissä, joiden jäsenmäärä vaihteli viidestä kahdeksaan, oli yksi tai useampi edustaja kustakin ammattiryhmästä. Terveyskeskuksen johto oli edustettuna yhdessä vastuutiimissä säännöllisesti ja yhdessä epäsäännöllisesti. Muita kuin terveyskeskuksen henkilökuntaan kuuluvia jäseniä oli kahdessa vastuutiimissä (liikuntatoimi tai kansalaisopisto).

Vastuutiimeille pidettiin kuudesta kahdeksaan tutorkokousta, joista kaikkiin osallistui kahdeksan jäsentä (33 %). Tutorkokouksiin kuului kussakin terveyskeskuksessa aikaa yhteensä 12–16 tuntia. Lisäksi vastuutiimit pitivät terveyskeskuksittain yhdestä neljään työkokousta, joissa valmisteltiin tutorkokouksissa sovittuja asioita. Puolesta tunnista muutama tuntiin kestäneisiin työkokouksiin osallistui yleensä vain muutama vastuutiimin jäsen. Kellään vastuuryhmän

jäsenellä ei ollut mahdollisuutta käyttää kehittämistyöhön säännöllisesti kahdesta neljään tuntia viikossa, jota oli ehdotettu hankkeen alussa.

KEHITTÄMISTOIMIEN TOTEUTUMINEN (PROSESSARVIOINTI)

Kaksi terveyskeskusta kohdensi liikuntaneuvonnan kehittämisen diabetesasiakkaisiin, yksi valitsi kohderyhmäksi 40-vuotisterveystarkastuksen asiakkaat ja yksi terveyskeskus otti kohteekseen pienten lasten äidit. Vastuutiimin jäsenten välinen yhteistyö liikuntaneuvonnassa lisääntyi kaikissa terveyskeskuksissa. Vastuutiimissä, jossa johdon edustaja oli säännöllisesti läsnä, sitouduttiin muita vastuutiimejä paremmin kehittämistyöhön. Kahdessa vastuutiimissä, joissa oli liikuntatoimen tai kansalaisopiston edustus, yhteistyö näiden tahojen kanssa lisääntyi, mikä johti molemmissa terveyskeskuksissa liikuntaneuvonnan palveluketjun syntymiseen. Toisessa aloitettiin säännölliset liikuntaneuvojan vastaanotot ja toisessa kohderyhmälle räätälöity ryhmäliikunta.

Tutkijaryhmän järjestämä koulutus hankkeen alussa jäi kehittämistyön ainoaksi koulutus tapahtumaksi kaikissa terveyskeskuksissa. Yhdessä terveyskeskuksessa harjoiteltiin Liikkumisreseptin täyttämistä lääkärin koulutuksessa. Kolmessa terveyskeskuksessa saatiin aikaan muutoksia kirjaamiskäytännöissä sähköiseen potilastietojärjestelmään muokkaamalla kirjaamisohjauksen käyttöoikeuksia. Kaikissa terveyskeskuksissa ammatillisille jaettiin liikuntaneuvonnan tukimateriaalia, mutta niiden käyttöä vastaanotoilla ei tarkemmin selvitetty.

Kaikki vastuutiimit toteuttivat hankkeen jälkeisen palautekeskustelun. Osallistuneiden määrä ja kokoonpano vaihteli terveyskeskuksittain: osassa mukana oli vain vastuutiimi ja osa ohjausryhmää, toisissa kutsuttujen joukko oli laajempi. Hankkeen jälkeinen kehittämistyö jatkui kaikissa terveyskeskuksissa: yhdessä kohderyhmälle järjestettyä ryhmäliikuntaa jatkettiin ulkopuolisen rahoituksen turvin, yhdessä terveystarkastuskäyntien liikuntaneuvontamalli ulotettiin myös muuhun vastaanottotyöhön ja kahdessa jatkettiin jo toteutunutta toimintaa.

POHDINTA

TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN JA PROSESSI

Hanke onnistui parhaiten Liikkumisreseptin tunnettuuden ja käytön lisäämisessä. Tätä osoitti se, että muutoksen suunta kaikissa tavoitetta kuvaavissa tulomuuttujissa oli myönteinen ja kohde-ryhmän kannalta keskeisten tulomuuttujien, kuten työntekijöiden Liikkumisreseptin tuntemisen, käytön ja laatimisen sekä käytöstä sopimisen, osalta myös tilastollisesti merkitsevä. Myös terveysliikunnan ja liikuntaneuvonnan osaaminen parani johdonmukaisesti, vaikkakaan ei tilastollisesti merkitsevästi. Liikuntaneuvonnan sisäisen ja ulkoisen yhteistyön sekä liikuntaneuvonnan kirjaamisen lisäämisessä tulokset olivat vaatimattomampia. Liikuntaneuvonnan yleisyydessä ja monipuolisuudessa tapahtui jopa ei-toivotun suuntaisia muutoksia, kun liikuntaa koskevia neuvoja suurimmalle osalle asiakkaistaan anta-neiden työntekijöiden osuus pieneni tilastollisesti merkitsevästi. Samalla käyntien osuus, jona aika-na työntekijä oli keskustellut liikunnasta, pieneni.

Prosessiarvioinnin perusteella kehittämisvas-tuu jakautui epätasaisesti: vastuutiimit olivat kokoonpanoltaan moniammatillisia, mutta osal-listuminen tutorkokouksiin ja harvoin työkokouksiin tuntui jäävän muutaman jäsenen harteille. Lisäksi johdon sitoutuminen vastuutiimin toimintaan oli heikkoa ja yhteistyö terveydenhuollon ulkopuolisten toimijoiden kanssa vähäistä. Yksikään vastuutiimeistä ei pystynyt varaamaan kehittämistyölle säännöllisesti työ-aikaa edes kahta tuntia viikossa, mikä saattoi olla yksi syy kehittämistoimien niukkuuteen. Myönteistä oli jäsenten välisen yhteistyön lisääntyminen etenkin niissä vastuutiimeissä, joissa oli mukana terveyskeskuksen ulkopuolisia toimijoi-ta. Tärkeä havainto vastaavanlaisten hankkeiden toteuttamiselle jatkossa oli myös se, että terveyskeskukset valitsivat liikuntaneuvonnan kehittä-miskohteeksi varsin erilaisia potilasryhmiä. Tämä heijastaa terveyskeskusten erilaisia tarpeita liikuntaneuvonnan kehittämisessä ja puoltaa paikallisesti räätälöityjä kehittämishankkeita.

VAHVUUDET JA HEIKKOUEDET

Hankkeen tärkeimpiä vahvuuksia olivat järjestel-mällisen prosessi- ja tulosarvioinnin toteuttami-nen sekä se, että kehittämistyö tapahtui terveyskeskusten omista lähtökohdista ja pääosin omin voimin. Kaikki ne vahvistavat tulosten käytän-nön soveltamisarvoa ainakin paikallisesti.

Etuna oli myös tulosarvioinnin laaja mittari-valikoima ja tulomuuttujien monipuolisuus, minkä vuoksi tavoitteisiin pääsemistä oli mah-dollista tarkastella eri näkökulmista. Lähtökoh-tana oli ajatus, että samansuuntainen muutos eri mittareilla ja tulomuuttujilla arvioituna vahvis-taa näyttöä tavoitteen toteutumisesta. Monipuo-linen arviointi oli erityisen tärkeää, koska mitta-reiden luotettavuudesta muutoksen arvioinnissa ei ollut aiempaa tietoa.

Monipuolisuudesta huolimatta valikoiman mittareihin liittyi virhetekijöitä, jotka heikentä-vät tulosten luotettavuutta. Esimerkiksi takautu-va kysely on altis yli- ja aliraportoinnille (28), joh-on vaikuttavat muun muassa muistivirheet ja se, että tiedostamatta tai tiedostaen halutaan antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia (29). Muis-tinvaraisen jakson lyhentämiseksi työntekijä-kyselyä täydennettiin useimpien tavoitteiden kohdalla vastaanottokäynnin jälkeisellä tiedon-keruulla (työntekijöiden kirjanpito ja potilas-kysely), joka on todettu neuvontatutkimuksissa kohtuullisen luotettavaksi suhteessa ”kultaisena standardina” pidettyyn havainnointiin (30). Ha-vainnointimenetelmän käyttäminen olisi paran-tanut etenkin liikuntaneuvonnan yleisyyden ja monipuolisuuden, sisäisen ja ulkoisen yhteistyön sekä kirjaamisen arvioinnin luotettavuutta, mut-ta siihen ei tässä hankkeessa ollut mahdollisuutta.

Tulosten tulkintaa häirtäsi eniten se, että eri mittareilla kerätyt aineistot olivat eri kokoisia. Siksi suurelta näyttävä prosenttiero pienen aineiston tulomuuttujassa ei yltänyt tilastolliseen merkitsevyyteen, kun taas pienikin ero ison aineiston samaa asiaa kuvaavassa tulomuuttujassa näyttäytyi tilastollisesti merkitsevä. Tätä epäkohtaa pyrittiin korjaamaan tarkastelemalla luottamusvälejä.

Tulosarviointia vaikeutti myös terveyskeskusten erikokoisuus, minkä seurauksena isommista terveyskeskuksista kerätty aineisto saattoi saada suuremman painoarvon tulosten tarkastelussa. Tämä voi heikentää havaintojen yleistettävyyttä eri kokoihin terveyskeskuksiin.

Tulosarviointiin puutteeksi voidaan myös lukea se, ettei tavoitteisiin pääsemistä tarkasteltu erikseen niiden potilasryhmien kohdalla, jotka terveyskeskukset olivat valinneet kehittämistyön kohteeksi. Tarkastelutapaa ei valittu, koska potilasryhmien valinta tapahtui vasta alkutilanteen arvioinnin jälkeen. Voi kuitenkin olla, että tulokset olisivat potilasryhmäkohtaisen tarkastelun myötä näyttäytyneet myönteisempinä etenkin niiden tavoitteiden kohdalla, jotka nyt jäivät saavuttamatta. Kompromissina hankkeessa toteutettiin erillinen tulosarviointi kirjanpitolomakkeiden aineistossa, jossa potilailla oli työntekijän mielestä sellainen terveysongelma, johon liikunnasta voisi olla apua. Tämä aineisto ”osui” todennäköisesti paremmin kehittämistyön kohteena olleisiin potilasryhmiin, kuten esimerkiksi diabetesasiakkaisiin.

Tulosarviointiin heikkoutena oli myös vertailuryhmän puute, jonka vuoksi ei voida todentaa, että havaitut muutokset tapahtuivat juuri kehittämistyön tuloksena. Vertailuryhmän muodostaminen muutamasta terveyskeskuksesta ei kuitenkaan olisi paljon parantanut asetelmaa. Lisäksi kaltaistaminen olisi erilaisuuden vuoksi ollut vaikeaa, vaikka osallistujina olisi ollut useampia terveyskeskuksia. Tutkimusasetelma oli siis sekä tutkimuksellisesti että käytännön kannalta taroitukseen sopiva.

AIEMMAT TUTKIMUKSET

Vastaavanlaista tutkimusta ei ole aiemmin raportoitu Suomessa. Terveystieteiden tutkimuksessa on kansainvälisestäkin tehty vähän toimeenpanotutkimusta (implementation research) (31). Suurin osa liikuntaneuvontatutkimuksista on keskittynyt selvittämään erilaisten menetelmien vaikutuksia potilaiden liikkumiseen (esim. 32) tai terveydenhuollon työntekijöille suunnatun koulutuksen vaikutuksia toimintakäytäntöihin (esim. 33,34,35). Tutkimustietoa on sen sijaan vähän siitä, miten vaikuttaviksi osoitetut liikunnan edis-

tämiskeinot siirretään terveydenhuollon pysyviksi käytännöiksi (36).

Poikkeuksena on tuore australialaistutkimus (37), jossa pyrittiin lisäämään terveydenhuoltohenkilöstön toteuttamaa neuvontaa tupakoinnissa, hedelmien ja vihannesten syömisessä, alkoholin kulutuksessa ja liikkumisessa. Interventiossa muun muassa muokattiin potilastietojärjestelmää, tuotettiin neuvonnan tukimateriaalia, koulutettiin henkilökuntaa, kehitettiin lähetekäytäntöjä ja seurattiin neuvonnan toteutumista kuukausiraporteilla. Toimipisteiden vastuuhenkilöitä koulutettiin ja tuettiin tapaamisilla, puhelinkontakteilla, sähköpostilla ja internetin resurssisivustolla. Potilaiden puhelinhaastattelut osoittivat, että työntekijät selvittivät potilaiden liikkumistottumuksia ja ottivat liikkumisen puheeksi useammin kuin ennen interventiota, mutta seurannan järjestäminen tai lähettäminen muille ammattilaisille ei lisääntynyt. Australialaistutkimuksen tulokset olivat siis varsin samansuuntaisia kuin tässä hankkeessa.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Hanke onnistui parhaiten Liikkumisreseptin tuntemisen ja käytön ja vähäisemmässä määrin terveysliikunnan ja liikuntaneuvonnan osaamisen lisäämisessä. Muiden tavoitteiden saavuttaminen saattaa edellyttää enemmän organisaatiotason päätöksiä (esim. ajankäyttö), ammattiryhmien välistä sopimista (esim. seuranta- ja lähetekäytäntö) ja suunnitelmallista sektorirajat ylittävää yhteistyötä (esim. liikuntapalveluihin ohjaaminen), joiden toteuttamiseksi tarvitaan sitoutuneempaa, monipuolisempaa ja pidempikestoisempaa kehittämistä.

Liikuntaneuvonnan toimintatapojen laaja-alainen muutos ei siis tapahdu hetkessä. Tämä on hyvä tunnistaa hankkeissa, joissa pyritään kehittämään liikuntaneuvonnan käytänteitä. Siitä, millaista tuloksellisen kehittämistyön pitäisi liikuntaneuvonnassa olla, tarvitaan kuitenkin vielä lisää tutkimustietoa.

Tutkijaryhmä hyödynsi hanketta tuottamalla työkirjan, joka ohjaa toteuttamaan ja arvioimaan kahdeksanvaiheisen jäsenyneen liikuntaneuvonnan kehittämistyön omassa työyhteisössä (www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti/materiaalit).

Most Finns are insufficiently physically active for health. Counseling is the most important mean to promote physical activity (PA) in primary care but is implemented defectively. Developing physical activity counseling in primary care – project aimed at increasing especially physicians', nurses' and physiotherapists', 1) know-how about health-related PA and PA counseling, 2) implementation and quality of PA counseling, 3) acquaintance and use of Physical Activity Prescription (PAP), 4) internal and external collaboration in PA counseling and 5) entries on PA counseling to electronic patient record system.

Four primary care centers from Pirkanmaa region participated. Each nominated a team for the six-month development project, which was supported with monthly tutorial meetings by the research group. The evaluation was based on 19 outcome variables, which reflected the five goals and were assessed at baseline and after the project. The variable-specific differences in percentages (%) and their 95 % confidence intervals (CI) between the time points indicated the change. The measures were a questionnaire to the health professionals (N=75 at baseline and N=80 after the project), a record sheet for professionals about each patient-visit (N=1008 and N=1000), a questionnaire to the patients

(N=441 and N=431) and a telephone interview to external collaborators (N=48 and N=28). The process was evaluated by the extent the team members took responsibility for the development and implemented the actions, which were drawn from the meeting minutes of tutorials and team sessions. The acquaintance of PAP (questionnaire, 39 %; CI 26.5–52.5) and use of PAP (questionnaire, 32 %; CI 18.9–45.1 and record sheet, 4 %; CI 2.7–5.3) increased among health professionals. A greater proportion of professionals had agreed in their working unit on using PAP (questionnaire, 32 %; CI 20.3–43.7) and used PAP as a reference to other health professionals (record sheet, 1 %; CI 0.3–1.7). Positive but statistically non-significant change was also discovered in know-how about health-related PA and PA counseling. The responsibility of the team members was unevenly distributed and allocating time for the project was difficult leading to limited number of actions implemented. The project succeeded best in increasing the acquaintance and use of PAP and to less extent in increasing know-how about health-related PA and PA counseling. Meeting other goals may require more multifaceted, committed and long-term actions.

KIRJALLISUUS

- (1) Husu P, Suni J, Vähä-Ypyä H, ym. Suomalaisten aikuisten kiihtyvyyssmittarilla mitattu fyysinen aktiivisuus ja liikkumattomuus. *Suomen Lääkäril* 2014;69:1860–1866.
- (2) Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, ym. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012;380:219–229. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9.
- (3) de Rezende LF, Rodrigues Lopes M, Rey-López JP, ym. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PLoS One* 2014;21;9(8):e105620. doi: 10.1371/journal.pone.0105620.
- (4) STM (Sosiaali- ja terveysministeriö). Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:10. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere 2013. <http://www.julkari.fi/handle/10024/110504>.
- (5) Nupponen R, Suni J. Henkilökohtainen liikuntaneuvonta. Kirjassa: Fogelholm M, Vuori I, Vasankari T (toim.) *Terveysliikunta*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2011, s. 212–213.
- (6) Hébert ET, Caughy MO, Shuval K. Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: a systematic review. *Br J Sports Med* 2012;46:625–631.

- (7) Miilunpalo S. Liikuntaneuvonta terveyskeskuksissa. Tutkimus liikuntaa koskevan terveysneuvonnan tarpeesta, kysynnästä, toteutumisesta ja vaikuttavuudesta. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyden edistäminen, tutkimukset 13/1989 (väitöskirja).
- (8) Ståhl T, Borodulin K, Kujala S, ym. Lääkärien toteuttaman liikuntaneuvonnan yleisyys ja tarve. Suomen Lääkäril 2004;40:3729-3734.
- (9) Aittasalo M. Promoting physical activity of working aged adults with selected personal approaches in primary health care. Feasibility, effectiveness and an example of nationwide dissemination. Studies in Sport, Physical Education and Health 128. Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto, 2008. <http://dissertations.jyu.fi/studsport/9789513932961.pdf>.
- (10) Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, ym. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2010;153:736-750.
- (11) van Dillen SME, van Binsbergen JJ, Koelen MA, ym. Nutrition and physical activity guidance practices in general practice: A critical review. Patient Educ Couns 2013;90:155-169.
- (12) Stanford FC, Durkin MW, Stallworth JR, ym. Factors that influence physicians' and medical students' confidence in counseling patients about physical activity. J Primary Prevent 2014;35:193-201.
- (13) van Dillen SME, Hiddink GJ, van Woerkum CMJ. Determinants of Dutch general practitioners' nutrition and physical activity guidance practices. Public Health Nutr 2012;16:1321-1331.
- (14) Eakin E, Brown W, Schofield G, ym. General practitioner advice on physical activity – who gets it? Am J Health Promot 2007;21:225-228.
- (15) Estabrooks PA, Glasgow RE, Dzawaltowski DA. Physical activity promotion through primary care. JAMA 2003;289:2913-2916.
- (16) Aittasalo M, Miilunpalo S, Kukkonen-Harjula K, ym. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. Prev Med 2006;42:40-46.
- (17) Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, ym. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- (18) NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Physical activity: brief advice for adults in primary care. Issued: May 2013. NICE public health guidance 44. guidance.nice.org.uk/ph44.
- (19) Aittasalo M, Miilunpalo S, Ståhl T, ym. From innovation to practice: initiation, implementation and evaluation of a national physician-based physical activity promotion programme. Health Promot Int 2007;22:19-27.
- (20) Carlford S, Lindberg M, Bendsen P, ym. Key factors influencing adoption of an innovation in primary health care: a qualitative study based on implementation theory. BMC Fam Pract 2010;11:60.
- (21) Rogers EM. 2003. Diffusion of innovations. New York: Free Press. 5th edition.
- (22) Gooden AD, Owen N, Reeves MM, ym. Translation from research to practice: community dissemination of a telephone-delivered physical activity and dietary behavior change intervention. Am J Health Promot 2012;26:253-259.
- (23) Bauman AE, Nelson DE, Pratt M, ym. Dissemination of physical activity evidence, programs, policies, and surveillance in the international public health arena. Am J Prev Med 2006;31:S57-S65.
- (24) Mäkinen R, Helin-Salmivaara A, Mäntyranta T. ROHTO-toiminnalla ryytiä ja ryhtiä terveyskeskustyön kehittämiseen. Kunnallislääkäri, vuosikirja 4B/2005, 46-48, http://www.rohto.fi/doc/Kunnallislääkäri_vuosikirja_2005.pdf.
- (25) Seppänen-Järvelä R. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus julkaisuja 4/2004. Helsinki. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/.../Arviointiraportteja4_04.pdf
- (26) Uhari M. Tutkimustulosten tulkinta luottamusvälien avulla. Duodecim 1992;108:1163.
- (27) Gardner MJ, Altman DG. Estimation rather than hypothesis testing: confidence intervals rather than p values. Teoksessa: Gardner MJ, Altman DG (toim.). Statistics with confidence. Confidence intervals and statistical guidelines. British Medical Journal, Lontoo, 1989 (kolmas painos).
- (28) Montaña DE, Phillips WR. Cancer screening by primary care physicians: a comparison of rates obtained from physician self-report, patient survey, and chart audit. Am J Public Health 1995;85:795-800.
- (29) Brotons C, Björkelund C, Bulc M ym. on the behalf of the EUROPREV network. Prevention and health promotion in clinical practice: The views of general practitioners in Europe. Prev Med 2005;40:595-601.
- (30) Sciamanna CN, Goldstein MG, Marcus BH, Lawrence K, Pinto BM. Accuracy of recall of exercise counseling among primary care patients. Prev Med 2004;39:1063-1067.

- (31) Peters DH, Adam T, Alonge O, ym. Republished research: Implementation research: what is it and how to do it. *Br J Sports Med* 2014;48:731–736.
- (32) Van Achterberg T, Huisman-Dewaal GGJ, Ketelaar NABM, ym. Determinants of Dutch general practitioners' nutrition and physical activity guidance practices. *Public Health Nutr* 2013;16:1321–1331.
- (33) Carroll JK, Winters PC, Sanders MR, ym. Clinician-targeted intervention and patient-reported counseling on physical activity. *Prev Chronic Dis* 2014;11:130302.
- (34) Jay M, Schlair S, Caldwell R, ym. From the patient's perspective: The impact of training on resident physician's Obesity counseling. *J Gen Intern Med* 2010;25:415–422.
- (35) Wilcox S, Parra-Medina D, Felton GM, ym. Adoption and implementation of physical activity and dietary counseling by community health center providers and nurses. *J Phys Act Health* 2010;7:602–612.
- (36) Ballew P, Brownson RC, Haire-Joshu D, ym. Dissemination of effective physical activity interventions: are we applying the evidence? *Health Educ Res* 2010; 25:185–198.
- (37) McElwaine KM, Freund M, Campbell EM, ym. Increasing preventive care by primary care nursing and allied health clinicians. A non-randomized controlled trial. *Am J Prev Med* 2014;47:424–434.
- MINNA AITTASALO
TtT, dosentti, erikoistutkija
UKK-instituutti, Tampere
- ERJA TOROPAINEN
THM, tutkija
UKK-instituutti, Tampere
- KATRIINA KUKKONEN-HARJULA
LKT, dosentti, vanhempi tutkija
UKK-instituutti, Tampere
Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (EKSOTE), kuntoutus, Lappeenranta
- MARJO RINNE
TtT, erikoistutkija
UKK-instituutti, Tampere
- KARI TOKOLA
FM, tilastotieteilijä
UKK-instituutti, Tampere
Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto
- TOMMI VASANKARI
LT, professori, UKK-instituutin johtaja
UKK-instituutti, Tampere
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki