



Lääkärin määräämän liikkumisreseptin käyttöä estävät ja edistävät tekijät terveydenhuollossa

Integroiva kirjallisuuskatsaus

Saara Sotikov

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveydenhoitaja (YAMK), S202126

Opinnäytetyö

19.10.2023

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen viitekehys	7
2.1	Fyysisen aktiivisuuden edistäminen terveydenhuollossa	7
2.2	Fyysinen passiivisuus	9
2.3	Liikunta lääkkeenä	9
2.4	Liikkumisresepti	11
2.4.1	Liikkumisreseptin kansainvälinen historia	12
2.4.2	Liikkumisreseptin historia Suomessa	13
2.4.3	Liikkumisreseptin kansainvälinen nykytila	14
2.4.4	Liikkumisreseptin nykytila Suomessa	15
2.5	Liikuntaneuvonta	15
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	16
3.1	Tarkoitus ja tavoite	16
3.2	Tutkimuskysymykset	17
4	Työelämälähtöisyys	17
4.1	Liikuntaneuvonnan ensimmäinen valtakunnallinen seminaari	17
5	Menetelmät	17
5.1	Tutkimusasetelma	17
5.2	Tiedonhaku ja aineiston valinta	18
5.2.1	Sisäänotto ja poissulkukriteerit	20
5.2.2	Tutkimusten laadunarviointi	21
5.3	Aineiston keruu	22
5.4	Aineiston kuvaus	23
5.5	Aineiston analyysi	24
6	Tulokset	26
6.1	Lääkärin määräämän liikkumisreseptin käyttöä estävät ja edistävät tekijät terveydenhuollossa	26
6.1.1	Yhteiskunta	28
6.1.2	Johtaminen	30
6.1.3	Lääkäri	32
6.1.4	Asiakas	35

6.2	Täydentävät tulokset	36
6.2.1	Terveysthuollon henkilöstön asenteet liikuntaneuvontaan	36
6.2.2	Liikkumisreseptin määräämismuoto	37
6.2.3	Liikkumisreseptin yleisyys eri sairauksien hoidossa	38
7	Pohdinta	38
7.1	Tulosten tarkastelua	38
7.1.1	Yhteiskunta- ja organisaatiotasot	39
7.1.2	Lääkäri ja asiakas	41
7.1.3	Täydentävät tulokset	42
7.2	Opinnäytetyön eettisyys	44
7.3	Opinnäytetyön luotettavuus	45
7.4	Johtopäätökset	50
7.5	Jatkotutkimus- ja kehittämisideat	51
	Lähteet	53
	Liitteet	
	Liite 1. Aineisto taulukko	
	Liite 2. Suomalainen liikkumisresepti	
	Liite 3. Eurooppalainen liikkumisresepti	

Tekijä	Saara Sotikov
Otsikko	Lääkäreiden määräämän liikkumisreseptin käyttöä estävät ja edistävät tekijät terveydenhuollossa
Sivumäärä	52 sivua + 3 liitettä
Aika	19.10.2023
Tutkinto	Terveydenhoitaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen ja liiketoiminnan johtamisen tutkinto-ohjelma
Ohjaaja	Tuntiopettaja Lotta Kuosmanen
<p>Tämän opinnäytetyönä toteutetun integroivan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvata lääkärin määräämän liikkumisreseptin käyttöä estäviä ja edistäviä tekijöitä terveydenhuollossa. Opinnäytetyön tavoitteena on koota yhteen tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä yksityisen ja julkisen terveyshuollon liikkumisresepti- ja liikuntaneuvontakäytänteitä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää osana monialaisten palveluketjujen kehittämistä.</p> <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin integroivana kirjallisuuskatsauksena, jonka aineistot kerättiin tietokannoista PubMed, CINAHL, ProQuest ja MEDIC. Hakulausekkeen avulla tiedonhaku tuloksia saatiin n=1186, joista katsaukseen valikoitui 9 artikkelia. Tulokset analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla.</p> <p>Tulokset jaettiin neljään pääluokkaan: yhteiskunta, johtaminen, lääkäri ja asiakas. Katsauksen tuloksien mukaan yhteiskunta tasolla liikkumisreseptin käyttöä merkittävimmin estävänä ja edistävänä tekijänä toistui liikuntaneuvonnan tunnettavuus. Johtamistasolla useimmin toistui tekijät työmenetelmien ja käytänteiden kehittäminen. Lääkäritasolla sen sijaan toistuivat useimmin liikkumisreseptien määräämiseen liittyvät osaamisen ja itseluottamuksen puute. Asiakas tasolla liikuntamotivaation puute oli analyysissä useimmin toistunut tekijä.</p> <p>Katsauksen johtopäätösten mukaan terveydenhuollossa on toteutettavissa useita sellaisia kehittämistoimenpiteitä, joilla voidaan vaikuttaa liikuntaneuvonnan toteutumiseen edistävästi. Tällaisia ovat erityisesti toimet, jotka tähtäävät liikuntaneuvonnan tunnettavuuden lisäämiseen, työmenetelmien ja käytänteiden kehittämiseen ja terveydenhuollon henkilöstön osaamisen kehittämiseen. Tuloksien voidaan nähdä merkitsevän, että liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan kehitys terveydenhuollossa on toistaiseksi varhaisessa vaiheessa. Tulevaisuudessa tarvitaan edelleen lisäpanostuksia, jotta liikunnan potentiaali sairauksien ennalta ehkäisyssä ja hoidossa saadaan täysimittaisesti hyödynnettyä osana terveydenhuoltoa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön alkuperä on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.</p>	
Avainsanat	Liikkumisresepti, Terveydenhuolto Fyysisen aktiivisuuden edistäminen, Liikuntaneuvonta

Author	Saara Sotikov
Title	The factors hindering and promoting the use of physician prescribed exercise prescription in health care
Number of Pages	52 pages + 3 appendices
Date	19 October 2023
Degree	Master of Health Care
Degree Program	Health Business Management
Instructor	Lotta Kuosmanen, Lecturer
<p>The purpose of this thesis, carried out as a literature review, is to describe the factors hindering and promoting the use of physician-prescribed exercise prescriptions in health care. The aim of the thesis was to gather information, which can be utilized when developing physical activity prescription and physical activity practices in public and private health care. The results of the thesis can be utilized as a part of the development of multidisciplinary service.</p> <p>Data for this thesis were collected from databases PubMed, CINAHL, ProQuest and MEDIC. Information search produced n=1186 results of which 9 articles were selected to review through selection criteria. The results were analyzed using inductive content analysis.</p> <p>The results of the content analysis were divided into four categories: society, management, physician and client. At the societal level, the most significant factor preventing and promoting the use of exercise prescription was familiarity of exercise prescription and exercise counseling. At the managerial level development of work methods and practices hindered the use most significantly. At the physician level, the lack of competence and self-confidence were the factors that appeared most often in the material. At the customer level, the lack of exercise motivation was the most frequent factor in the analysis.</p> <p>According to conclusions there are several development measures that can be implemented in health care, which can positively influence the implementation of exercise counseling. These are development activities that aims to increase awareness of exercise counseling, developing work methods and practices and developing the skills of health care personnel. The results may indicate that the development of exercise prescription and exercise counseling as a health care practice is still at an early stage. In the future, further efforts will be required that the potential of exercise in the prevention and treatment of diseases can be fully utilized as part of health care.</p>	
Keywords	Physical activity prescription, Healthcare Physical activity promotion, Physical activity counseling

1 Johdanto

Terveydenhoitojärjestelmät maailmanlaajuisesti ovat uuden haasteen edessä niiltä odotettaessa aiempaa tehokkaampia toimia väestön terveyden edistämiseksi sairauksien hoidon lisäksi. Tutkimusnäyttö liikunnan positiivisista vaikutuksista sairauksien ennalta ehkäisyyn ja hoitoon on vahvistunut jatkuvasti 2000-luvulla (OECD & WHO 2023; WHO 2018a). Mikäli liikuntasuositukset toteutuisivat 27 Euroopan maan väestössä, sillä estettäisiin muun muassa 10 000 ennen aikaista kuolemaa ja vähennettäisiin 11,5 miljoonaa ei tarttuvaa tautitapausta seuraavien 30 vuoden aikana. Edellä mainittu sisältäisi muun muassa 3,5 miljoonaa masennustapausta, 3,8 miljoonaa kardiovaskulaarista sairaustapausta ja 400 000 syöpätapausta. Huolimatta todetuista terveyshyödyistä, joka kolmas eurooppalainen liikkuu suhteessa suosituksiin liian vähän. (OECD & WHO 2023.) Terveydenhoitojärjestelmien tavoittaessa valtaosan väestöstä, niillä nähdään olevan merkittävä potentiaali vaikuttaa liikkumattomuuden aiheuttamiin haittoihin (mm. WHO 2018b; Vuori ym. 2013; Khan ym. 2012).

Fyysisen aktiivisuuden edistämiseksi terveydenhuollossa on kehitetty menetelmiä, kuten liikkumisresepti ja liikuntaneuvonta (WHO 2018a; WHO 2018b). WHO (2018a: 78) ja EU (2019) ovat asettaneet ohjaavia suosituksia näiden menetelmien käytön lisäämiseksi. Myös Suomessa menetelmien kehittäminen on ollut 2000-luvulla aktiivinen poliittinen kysymys (STM 2013: 36). Kansainvälisten kokemusten innoittamana Suomessa vuosina 2001–2004 toteutettiin osana terveydenhuoltoa Fyysisen aktiivisuuden edistämisen ohjelma (Aittasalo & Vasankari 2014: 199). Tuolloin kehitettiin suomalainen liikkumisresepti, terveyden edistämisen työkalu, jonka avulla lääkäri ja asiakas yhteistyössä suunnittelevat kirjallisen ohjeen liikunnan lisäämiseksi (Rajavaara & Kivimäki & Tuunanen 2021: 5). Ohjelman muina tavoitteina oli kehittää liikuntaneuvonnan käytänteitä lääkäreiden keskuudessa. Ohjelmalla ei kuitenkaan ollut toivottua vaikutavuutta esimerkiksi määrään, kuinka usein lääkärit kysyvät asiakkailtaan heidän liikuntatottumuksistaan. Haasteiksi arvioitiin muun muassa lääkäreiden luottamuksen puute liikuntaneuvonnan toteuttamiseen. (Aittasalo & Miilunpalo & Ståhl & Kukkonen-Harjula 2006: 26.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2013: 4) asetti tavoitteeksi liikunnan nostamisen osaksi terveyden edistämistä ja sairauksien ennalta ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. Tällä het-

kellä liikuntaneuvonnan kehittämisestä vastaavat liikuntapolitiikan koordinaatioelin LI-POKO (2020–2023) ja Liikkuva-aikuinen ohjelma (Valtioneuvosto 2020; Leppä & Nirhamo & Karapalo & Kivimäki 2022: 1). Viimeisimpien saatavilla olevien tietojen mukaan Suomessa liikkumisreseptin käyttö vaikuttaa kehittyneen suuntaan, jossa liikkumisreseptiä hyödynnetään erityisesti liikunnan puheeksi ottamisen työvälineenä terveydenhuollossa, sekä lähetteenä lisäohjaukseen terveydenhuolto tai liikunta-alan ammattilaisen vastaanotolle (UKK-instituutti 2023a). Terveydenhuollolla on erityisesti palveluihin ohjaava rooli ja toteuttajana toimii useimmiten kunnan liikuntapalvelut. (Leppä ym. 2022: 2–3; UKK-instituutti 2023a; Siitonen 2023.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lääkärin määräämän liikkumisreseptin käyttöä estäviä ja edistäviä tekijöitä terveydenhuollossa integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on koota yhteen tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä yksityisen ja julkisen terveyshuollon liikkumisresepti- ja liikuntaneuvontakäytänteitä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää osana monialaisten palveluketjujen kehittämistä.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Fyysisen aktiivisuuden edistäminen terveydenhuollossa

Fyysisen aktiivisuuden edistäminen ("physical activity promotion") osana terveydenhuoltoa voidaan ymmärtää aihealueen käsitteistä kaikkein laajimpana. Sen voidaan käsittää pitävän sisällään kaikki henkilöstön ja asiakkaan väliset kohtaamiset ja menetelmät, joissa terveydenhuollon ammattilaiset eri toimintaympäristöissä ohjaavat asiakkaitaan fyysiseen aktiivisuuteen osana sairauksien ennalta ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. Tällä tarkoitetaan myös lyhyitä ohjeistuksia ja kehotuksia osana muiden sairauksien hoitoa. Fyysisen aktiivisuuden edistämiseen liittyvät ohjelmat ovat alkoivat kehittyä maailmanlaajuisesti 1990-luvulla. Tyypillisimmin ohjelmat ovat sisältäneet liikuntaneuvontaa, neuvoja käyttäytymismuutokseen ja yksilöllistä neuvontaa liikkumisreseptin avulla terveydenhuollossa. (Albert & Crowe & Malau-Aduli & Malau-Aduli 2020: 2.)

Liikkumisresepti on terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön suunniteltu terveyden edistämisen menetelmä, joka on osa fyysisen aktiivisuuden edistämisen menetelmiä terveydenhuollossa (UKK-instituutti 2020). Käytössä olevat mallit vaihtelevat kansainvälisesti. Kaikkien mallien peruseriaatteena on, että lääkäri tai muu terveydenhuollon

ammattilainen ottaa liikunnan puheeksi inaktiivisen asiakkaan kanssa ja laatii yhteistyössä asiakkaan kanssa henkilökohtaisen ohjeistuksen liikkumisen lisäämiseksi. (Rajavaara ym. 2021: 4.)

Liikuntaneuvonnalla ("physical activity counseling") tarkoitetaan Lepän ym. (2022) mukaan liikuntaan liittyvän kokonaisvaltaisen elintapaohjauksen polkua, jonka toteuttaa pääasiassa kunnan liikuntapalvelut (Leppä ym. 2022). Liikuntaneuvonta on yksilöllinen noin 6–12 kuukautta kestävä prosessi, jonka tavoitteena on liikunnallisen elämäntavan rakentaminen. Prosessin tuki ja ohjaus toteutetaan liikunta-alan tai terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Yleisimmin palveluketju toteutetaan monialaisessa yhteistyössä. (Rajavaara ym. 2021: 7.) Suomalaisen käsitteen kohdalla on kuitenkin huomioitava, että se on toistaiseksi tuore ja käännöksen kirjoittajat tarkastelevat aiheetta suomen ja liikunta-alan näkökulmasta. Kansainvälisissä lähteissä termillä "physical activity counseling" tarkoitetaan myös terveydenhuollossa tapahtuvaa liikuntaneuvontaa (Fuzeki & Weber & Groneberg & Banzer 2020).

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että fyysisen aktiivisuuden edistämisen interventiot ovat vaikuttavia eri terveydenhuollon ympäristöissä (Public Health England 2014). WHO ja muut virastot ovat useasti toistaneet, että terveydenhuollon ammattilaiset ovat keskeisessä asemassa fyysisen aktiivisuuden edistämässä ja terveydenhuoltojärjestelmät ovat yksi tärkeimpiä väyliä vähentää kroonisia sairauksia ja fyysistä inaktiivisuutta (WHO 2013; WHO 2018b; Foster & Shilton, & Westerman & Varney, & Bull 2018). Ei-tarttuvat taudit (noncommunicable diseases – NCD) ovat nykyään globaalisti johtava kuolinsyy, joiden kehittämisessä elintavat, kuten fyysinen passiivisuus, on yksi keskeisiä riskitekijöitä (WHO 2010: 7–9). On kuitenkin esitetty, että tarvitaan useiden eri tahojen yhteistyötä, jotta fyysistä inaktiivisuutta saadaan vähennettyä kansallisilla ja globaaleilla tasoilla. Tämä voi vaatia toimia useilta eri tahoilta, kuten akateemiset ja tiedeyhteisöt, politiikan tekijät ja terveydenhuollon ammattilaiset. (Bull 2017.) Kuitenkin näyttö niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat terveydenhuollon ammattilaisten liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan käyttöön työssään, ovat epäselviä (Smith-Turchyn & Richardson & Tozer & McNeely & Thabane 2016).

2.2 Fyysinen passiivisuus

Tuoreimman 2010 toteutetun globaalin vertailun valossa 23 % maailman aikuisväestöstä ja 81 % nuorista (11–17 vuotiaista) ei täytä WHO:n määrittämiä suosituksia terveyden kannalta riittävälle fyysiselle aktiivisuudelle. Vuoteen 2030 mennessä WHO on asettanut tavoitteeksi vähentää fyysistä inaktiivisuutta 15 % nuorten ja aikuisten keskuudessa. (WHO 2018a.) WHO ja OECD (2023: 41) laatiman raportin mukaan mikäli 150 minuuttia viikoittaista kohtalaisen intensiivistä liikuntaa toteutuisi väestön osalta 27 Euroopan maassa, sillä saataisiin johdannossa mainittujen hyötyjen lisäksi 7,5 kuukautta lisää elinajan odotteeseen inaktiivisilla henkilöillä ja vähennettäisiin terveydenhuollon menoja 0,6 % (keskimäärin 14,4 euroa/asukas). Mikäli viikoittainen aktiivisuus toteutuisi 300 minuutin osalta, tällöin vaikutukset olisivat vieläkin positiivisempia.

Suomalaisista alle kolmasosa (31.2 %) liikkuu kestävyysliikunta suositusten mukaisesti, ainoastaan 17,2 % täyttää lihaskuntoharjoittelun suositukset ja vain 10,5–11,1 % täytti suomalaiset liikkumisen suositukset kokonaisuudessaan (Bennie & Pedisic & Suni & Tokola & Husu & Biddle & Vasankari 2017). Suomalaisten kestävyyskuntoa ja tutkittu erityisesti varusmiehillä, joiden kestävyyskunto on heikentynyt 1970-luvun lopulta alkaen ja negatiivinen kehitys jatkuu edelleen. Kestävyyskunto heikkenee myös elinkaarren ja työurien aikana. (UKK-instituutti 2023b.) Miesten keskimääräinen kestävyyskunto on työuran lopulla neljänneksen heikompi, kuin työuran alussa (Husu & Tokola & Vähä-Ylpyä & Vasankari 2022: 115). Kunnon heikkeneminen on riski työikäisten työssä jaksamiselle (UKK-instituutti 2023b). WHO:n ja OECD:n (2023: 41) arvioiman laskutavan mukaan fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä saavutettavat säästetyt vuosittaiset terveydenhuolto menot olisivat Suomen osalta noin 79,5–98 miljoonaa euroa. Kotimaassa toteutettujen arvioiden mukaan liikkumattomuuden kokonaiskustannukset ovat noin 3,2–7,5 miljardia euroa kustannuksia ja tulon menetyksiä (Vasankari & Kolu & Kari & Pehkonen & Havas & Tammelin & Jalava & Koski & Pihlainen & Kyröläinen & Santtila & Sievänen & Raitanen & Tokola 2018).

2.3 Liikunta lääkkeenä

Liikunnan rooli terveyden edistämisessä ja osana länsimaisia terveystalvueluita on toistaiseksi historiallisesti tuore ilmiö. Suni (2019) mukaan vasta vuoden 1992 American Heart Association -liikuntasuosituksissa mainittiin ensimmäistä kertaa liikunnan kuntoa

kohottavien vaikutuksien lisäksi hyödyt terveydelle, kuten sydänsairauksien ennaltaehkäisylle. Yhdysvaltojen terveysministeriön 1995 liikuntasuosituksia voidaan pitää lähtökohtana terveysliikunnan voimakkaalle esiinnousulle ja jatkuvalle tutkimukselle (Suni 2019). Terveysthuollossa liikuntaa on hyödynnetty osana ylipainon hoitoa vähintään 2000-luvun alusta (Suni 2019). Tutkimusnäyttö liikunnan terveyttä edistävästä ja sairauksia hoitavista vaikutuksista myös muiden sairauksien osalta on vahvistunut 2000-luvulla, joka on lisännyt sen roolin painottamista terveydenhuollossa (OECD & WHO 2023, WHO 2018, Swedish national institute of public health 2010, Vuori & Lavie & Blair 2013, Khan & Thompson & Blair & Sallis & Powell & Bull & Bauman 2012).

WHO:n ja OECD:n (2023) mukaan liikunnan avulla voidaan ennalta ehkäistä useita ei tarttuvia sairauksia, kuten sydänsairaudet, aivohalvaus, rinta- ja paksusuolen syövät, lievittää masennuksen ja ahdistuksen oireita, edistää aivojen toimintaa ja unenlaatua sekä ennalta ehkäistä kaatumisia. Lisäksi se auttaa ehkäisemään tarttumattomien sairauksien riskitekijöitä, kuten verenpainetauti, ylipaino ja lihavuus sekä on yhteydessä parantuneeseen mielenterveyteen, dementian puhkeamisen viivästyymiseen sekä parantuneeseen elämänlaatuun ja hyvinvointiin. (OECD & WHO 2023; WHO 2018.) Singh (2023) mukaan masennuksen ja ahdistuksen hoidossa liikunta voi olla jopa lääkkeitä ja terapiaa tehokkaampi hoitomuoto. WHO (2018b: 7) mukaan 23:sta EU maasta nykyään jo 75 % terveysalan ammattilaisten koulutukseen sisältyi fyysisen aktiivisuuden hyödyt terveydelle. Lääkäreistä edellä mainittu sisältyi 88,5 % koulutukseen.

Yhdysvalloissa vuonna 2007 käynnistyi ohjelma **Liikuntaa lääkkeeksi (Exercise is medicine)**, joka nykyään on levinnyt 40 maahan maailmanlaajuisesti. Ohjelman visio on tehdä fyysisen aktiivisuuden arvioinnista ja edistämisestä terveydenhuollossa vakiintunut käytäntö, jossa jokaisen terveydenhuoltokäynnin yhteydessä arvioidaan asiakkaan fyysisen aktiivisuuden taso, toteutetaan lyhyttä neuvontaa ja ohjataan asiakasta liikuntamahdollisuuksien ja palveluiden piiriin. Ohjelma tavoittelee näitä asioita muun muassa terveydenhuoltohenkilöstön ja liikunta-alan ammattilaisia kouluttamalla, terveydenhuolto ja liikunta-alojen välisiä palvelupolkuja kehittämällä, hyvinvointipolitiikkaan vaikuttamalla ja kaksisuuntaisen oppimisen avulla. (Exercise is medicine 2023.) Ohjelma pyrkii toimiin, jotka edistävät liikunnan roolin vakiintumista terveydenhuollossa. Exercise is Medicine -ohjelman toiminnasta Suomessa ei ole toistaiseksi löydettävissä tietoa.

Ruotsissa kansanterveyslaitos (2010) on koonnut yhteen ajantasaisen tieteellisen tiedon sellaisten sairauksien ennalta ehkäisystä ja hoidosta, joihin fyysisellä aktiivisuudella on todistetusti positiivinen vaikutus. Kirja on tuotettu 95 asiantuntijan voimin ja Ruotsissa sitä käytetään runsaasti apuna liikkumisreseptejä kirjoitettaessa. (Fisher 2010.) Myös suomalaisissa Käypä hoito -suosituksissa: Liikunta on lääkettä (2016) painotetaan, että säännöllinen liikunta on osa pitkäaikaissairauksien ennalta ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta tarvittaessa muihin elintapamuutoksiin ja hoitoihin yhdistettynä. (Tarnanen & Rauramaa & Kukkonen-Harjula 2016.)

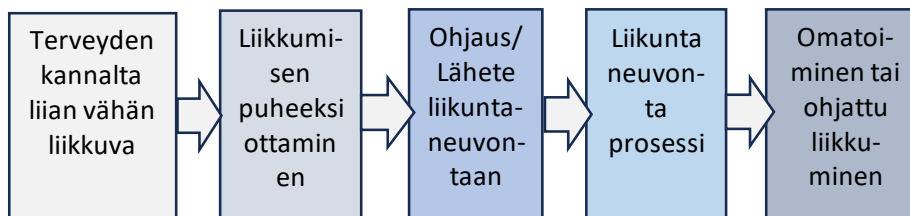
2.4 Liikkumisresepti

Liikkumisreseptistä (Liitteet 2 ja 3) kansainvälisesti yleisimmin käytettyjä termejä ovat liikuntaresepti (exercise prescription), liikuntalähete ("exercise referral") ja liikkumisresepti (physical activity prescription). Liikkumisreseptin nimi vaihtelee kansainvälisesti käytössä olevan mallin mukaan (EUPAP 2019: 4). Suomalaisen liikkumisreseptin käsitettä päivitettiin viimeisimmin 4.10.2023 UKK-instituutin toimesta. Uusimman päivitetyn käsitteen mukaan suomalainen liikkumisresepti on liikuntaneuvonnan työväline, joka on tarkoitettu liikunnanpuheeksi ottamiseen kaikille terveydenhuollon ammattilaisille. Menetelmää voidaan hyödyntää sekä terveydenhuollon sisällä, että lähetteenä lisäohjaukseen terveydenhuolto tai liikunta-alan ammattilaisen vastaanotolle. (UKK-instituutti 2023a.)

Käsitteen aiemman määrittelyn mukaan liikkumisreseptissä lääkäri ja asiakas laativat yhteistyössä kirjallisen ohjeen liikkumisen lisäämiseksi asiakkaan sen hetkisten resursien ja yhdessä asetetun tavoitteen mukaisesti. Asetettu tavoite voi liittyä esimerkiksi sairauksista kuntoutumiseen tai yleisen vireystilan kohottamiseen. (Aittasalon & Vasankarin 2014: 199; Rajavaara ym. 2021: 4.) Tavoitteiden tulisi olla konkreettisia, ymmärrettäviä ja toteutettavissa olevia sekä mitattavia, jotta jatkoseuranta on mahdollista. Liikkumisreseptin laatiminen vie arviolta noin 5–10 minuuttia. (Aittasalo & Vasankari 2014: 199.) Fyysisen aktiivisuuden ylläpito vaatii kuitenkin säännöllistä seurantaan terveydenhuollon ja liikunta-alan ammattilaisten yhteistyönä (Kukkonen-Harjula 2015). Edellä mainittu käsitteen määrittely vastaa myös liikkumisresepti mallien kansainvälistä peruseriaatetta. Liikkumisreseptimalleissa on kuitenkin kansainvälisesti eroja siinä, kenen vastuulla on palveluketjun eri vaiheiden, kuten; reseptin, lähetteen tai ohjeen kirjoittaminen sekä liikuntaneuvonnan tarjoaminen ja asiakkaan edistymisen seuranta.

(Rajavaara ym. 2021: 4.) Kallings (2016) on toteuttanut vertailua Pohjoismaisista liikumisreseptimalleista ja toteaa, että malli tulee aina mukauttaa asiakkaisiin, määrääjiin ja paikallisiin olosuhteisiin.

Kuvio 1. Liikuntaneuvonnan -palvelupolku (Liikkuva Aikuinen -Ohjelma 2023)



2.4.1 Liikkumisreseptin kansainvälinen historia

Liikkumisreseptin historia juontaa juurensa 1990-luvulle Englantiin ja Yhdysvaltoihin (Arsenijevic & Groot 2016: 2, Baer 1997). Baer (1997) mukaan Yhdysvalloissa vuonna 1996 julkaistiin urauurtava raportti fyysisen aktiivisuuden hyödyistä maassa, jossa passiivisen elämäntavan arvioitiin vievän noin 250 000 kansalaisen hengen vuosittain. Tuolloin Yhdysvaltain kansanterveyspalvelut reagoi asettamalla 2000-luvulle tavoitteeksi vähintään 50 % lisäyksen määrään, jossa perusterveydenhuollon henkilöstö arvioi ja neuvoo rutiininomaisesti potilaitaan koskien fyysisen aktiivisuuden toistuvuutta, kestoa ja intensiteettiä. Näiden tavoitteiden pohjalta kehittyi Project PACE (Physician-based Assessment and Counselling for Exercise), jonka aloite oli peräisin vuodelta 1990. Yhdysvalloissa jo Project PACE:n varhaisissa vaiheissa todettiin, että lääkäreillä oli halua neuvua potilaitaan lisäämään fyysistä aktiivisuutta, mutta haasteina koettiin tiedon puute liikuntaharjoittelusta, vastaanottoaikojen lyhyys ja riittämätön korvaus konsultaation käytetystä ajasta. (Baer 1997.)

Euroopassa liikkumisresepti kehitettiin ensimmäisenä kansallisella tasolla Englannissa 1990-luvulla. Esimerkkiä seurasivat 2002–2003 Ruotsi, Tanska, Norja ja Suomi. (Arsenijevic & Groot 2016). Myöhemmin menetelmä tuli käyttöön myös Hollannissa, Italiassa, Belgiassa, Espanjassa, Portugalissa ja Ranskassa. EU:n ulkopuolella liikkumisresepti on käytössä jo aiemmin mainittujen Englannin ja Yhdysvaltojen lisäksi Kanadassa, Uudessa-Seelannissa ja Australiassa. (EUPAP 2019: 4.) Vuonna 2018 Euroopan unionin 28 jäsenmaasta 75 prosentilla (21 maata) oli käytössä kansallinen ohjelma

tai hanke liikuntaneuvonnan edistämiseksi osana terveydenhuoltoa (WHO 2018b). Euroopan komission ohjausryhmä valitsi Ruotsin mallin ”Physical activity on prescription (PAP-S)” parhaimmaksi malliksi edistää fyysistä aktiivisuutta terveydenhuollossa (Public health agency of Sweden 2023; OECD 2022). Vuodesta 2019 on ollut käynnissä projekti EUPAP, joka pyrkii toimeenpanemaan liikkumisreseptin käytön loppuissa Euroopan maassa Ruotsin mallin mukaisesti (EUPAP 2023).

2.4.2 Liikkumisreseptin historia Suomessa

Suomessa liikkumisresepti kehitettiin osana Fyysisen aktiivisuuden edistämishjelmaa 2001–2004. Ohjelman tavoitteena oli lisätä erityisesti terveyden kannalta riskiryhmissä olevien asiakkaiden liikkumista. Liikkumisresepti suunniteltiin edistämään ja yhtenäistämään lääkäreiden toteuttamaa liikuntaneuvontaa terveydenhuollossa. (Aittasalo & Vasankari 2014: 199.) Kehitystyön pohjana toimi kansainvälinen ja kansallinen tutkimus. Aittasalo, Miilunpalo, Kukkonen-Harjula ja Pasanen (2005) tutkivat reseptipohjaisen neuvonnan tehokkuutta perusterveydenhuollon liikunnan edistämässä. Liikkumisresepti koettiin toimivana menetelmänä sekä asiakkaiden, että lääkäreiden näkökulmista ja sen todettiin lisäävän sekä keskimääräistä fyysistä aktiivisuutta, että kohtalaisen voimakasta fyysistä aktiivisuutta. Asiakkaan toteuttama omaseuranta tehosti saavutettuja tuloksia. Tuloksien perusteella liikkumisresepti nähtiin suositeltavaksi menetelmäksi lääkäreille edistämään fyysistä aktiivisuutta perusterveydenhuollossa. (Aittasalo & Miilunpalo & Kukkonen-Harjula & Pasanen 2005.) Aittasalon ja Vasankarin (2014: 199) mukaan vastuu liikkumisresepti hoidon seurannasta on ensisijaisesti reseptin määränneellä lääkärillä. Liikkumisreseptiä voidaan myös hyödyntää terveydenhuollon sisällä tai lähetteenä muille toimijoille, kuten fysioterapeutille, terveydenhoitajalle tai liikunnan ohjaajalle. (Aittasalo & Vasankari 2014: 199.)

Liikkumisreseptin käyttöönotto terveydenhuollossa ei kuitenkaan sujunut odotetusti. Fyysisen aktiivisuuden edistämishjelma 2001–2004 onnistui saavuttamaan terveydenhuollon yksiköt, toteuttamaan valtaosan täytäntöönpanotoimista ja käynnistämään useita paikallisia ylläpito projekteja. Kansallisella tasolla ohjelmalla ei kuitenkaan ollut vaikuttavuutta siihen, kuinka usein lääkärit kysyvät potilailtaan heidän liikkumistottumuksistaan. Myöskään liikkumisreseptin tai muiden liikkumiseen liittyvien neuvontamateriaalien käyttö lääkäreiden keskuudessa ei lisääntynyt. Toteuttajien arvioiden mukaan ohjelman vaikuttavuus olisi ollut parempi, mikäli ohjelman kesto olisi ollut pidempi ja

panostuksia toteutettu enemmän. Lisäksi merkittävänä nähtiin lääkäreiden luottamuksen vahvistaminen liikuntaneuvonnan toteuttamiseen ja tietoon sen tehokkuudesta kansallisella tasolla. Myös moniammatillisen yhteistyön lisääminen nähtiin merkittävänä liikkumisreseptin käytön vakiinnuttamisessa paikallisella ja kansainvälisellä tasolla. (Aittasalo ym. 2006: 26.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2013: 36) mukaan terveydenhuollon ammattilaiset kokevat liian vähän liikkuvien fyysisen aktiivisuuden edistämisen tärkeäksi. Neuvonnan esteiksi on kuitenkin koettu vastaanottoaikojen lyhyys ja koulutuksen puute. Liikuntaneuvontaa toteuttavat todennäköisimmin ammattilaiset, jotka ovat itse aktiivisia tai näkevät asiakkaan hyötyvän elintapojen muutoksesta.

2.4.3 Liikkumisreseptin kansainvälinen nykytila

Koottua tietoa liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan yleisyydestä on löydettävissä vähäisesti ja saatavilla olevat tiedot vaihtelevat lähteittäin, kansainvälisesti ja sairauskohdaisesti. Gabrys, Jordan ja Schlaud (2015) ovat tutkineet liikuntaneuvontaa perusterveydenhuollossa Saksassa vuosina 1997–1999 ja 2008–2011. Heidän mukaansa liikuntaneuvonnan yleisyys on päinvastoin vähentynyt huolimatta, että tutkimusnäyttö fyysisen aktiivisuuden hyödyistä terveydelle on vahva. Tutkimuksen mukaan liikuntaneuvonnan yleisyys laski kymmenessä vuodessa mieslääkäreillä 11,1 % > 9,4 % ja naislääkäreillä 9,3 % > 7,7 %. Myös Füzéki ym. (2020) ovat tarkastelleet saatavilla olevaa näyttöä liikkumisreseptin käytöstä perusterveydenhuollossa Saksassa. Heidän mukaansa liikkumisreseptin käyttö lääkäreiden toteuttamana on matalalla tasolla, ja tiedot liikuntaneuvonnan toteutumisesta vaihtelevat lähteittäin.

Ruotsissa vuonna 2008 toteutetun tutkimuksen mukaan tyypillisimmiksi syiksi määrätä liikkumisresepti raportoitiin tuki- ja liikuntaelinsairaudet (39,1 %), ylipaino (35,4 %), korkea verenpaine (23,3 %) ja diabetes (23,2 %). Terveydenhuollon henkilöstöstä määrällisesti eniten liikkumisreseptejä kirjoittivat lääkärit (31,5–38,1 %) ja hoitajat (28,4–31,4 %). Suhteessa ammattikuntaan eniten liikkumisreseptejä määräsivät fysioterapeutit ja käyttäytymistieteilijät. (Leijon & Bentsen & Nilsen & Ekberg & Ståhle 2008.) Toisen Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan fysioterapeutit ja lääkärit kirjoittivat liikkumisreseptejä yhtä paljon 37 % (Kallings & Leijon & Hellenius & Ståhle 2008).

2.4.4 Liikkumisreseptin nykytila Suomessa

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön (2013: 36) mukaan liikuntaneuvonnan käytäntöjä on kehitetty aktiivisesti muun muassa liikunnan edistämishelmien ja asiantuntijalaitosten toimesta. Näitä tahoja ovat muun muassa liikuntapolitiikan koordinaatioelin LI-POKO (toimikausi 2020–2023), joka jatkaa osin Terveyttä edistävän liikunnan ohjausryhmän TEHYLI työtä (Valtioneuvosto 2020). Liikuntaneuvonnan valtakunnallisesta kehittämisestä ja kunnissa toteutettavasta liikuntaneuvonasta vastaa opetus- ja kulttuuriministeriön valtakunnalliseen liikunnan edistämishjelmaan kuuluva Liikkuva aikuinen -ohjelma. Sen tavoitteena on, että jokaisessa kunnassa on tarjolla suositusten mukaista liikuntaneuvontaa, jossa saa tukea liikunnallisen elämäntavan rakentamiseksi. Liikuntaneuvonnan toteuttamisesta vastaa yleisimmin kunnan liikuntapalvelut, mutta yhteistyössä mukana ovat sosiaali- ja terveydenhuolto ja paikallisyhdistykset. (Leppä ym. 2022: 1.)

Suomessa liikkumisreseptin kehitys on aktiivinen kysymys kansallisessa politiikassa. Backman, Hyssälä, Kivelä, Norppa, Virta ja Vuolasto (2023) jättivät maaliskuussa eduskunnalle selvityksen kulttuurin ja liikunnan hyvinvointivaikutuksista osaksi päätöksenteko- ja ohjausjärjestelmää. Selvityksen hanketason toimenpiteissä ehdotetaan, että lääkärin tulee voida määrätä hoidoksi liikunta- ja kulttuuriresepti samalla tavoin, kuin muita hoitomuotoja. Työryhmä esittää lakimuutosta, jolla lääkärin määräämiin kulttuuri- ja liikuntapalveluihin voi saada rajoitetusti sairausvakuutuskorvausta terveyskeskushoidosta. (Backman & Hyssälä & Kivelä & Norppa & Virta & Vuolasto 2023: 38.)

2.5 Liikuntaneuvonta

Suomessa vuoden 2015 jälkeen liikkumisreseptin käyttö terveydenhuollossa vaikuttaa kehittyneen siihen suuntaan, että terveydenhuollolla on liikkumisreseptissä ja liikuntaneuvonnassa palveluihin lähettävä rooli. Lepän ym. (2022: 2–3) mukaan terveydenhuollon rooli palveluketjussa on nykyään erityisesti tunnistaa ja ohjata eteenpäin terveytensä kannalta liian vähän liikkuvia asiakkaita. Palveluketjun jatkosta, eli liikuntaneuvonnan toteuttamisesta huolehtii kunnan liikuntapalvelut. Kallings (2016) on vertailut pohjoismaisia liikkumisresepti malleja ja hänen mukaansa laaja elämäntapamuutoksen tuki tulisi varata lähinnä erityistä tukea tarvitseville. Ruotsalaisessa mallissa (**physical activity on prescription**) liikkumisreseptiä kuvaillaan käytettävän terveydenhuollossa myös hoitokäytänteenä (Fisher 2010).

Vuonna 2022 Leppä ym. ovat selvittäneet liikuntaneuvonnan nykytilaa Suomessa. Rajavaara ym. (2021: 7) mukaan liikuntaneuvonta on yksilöllinen yleensä noin 6–12 kuukautta kestävä tavoitteellinen prosessi, joka sisältää useita tapaamisia ja yhteydenottoja. Prosessin tavoitteena on auttaa asiakasta rakentamaan liikunnallinen elämäntapa, ja sitä kautta saavuttaa positiivisia vaikutuksia terveyteen ja elämänlaatuun. Prosessin tuki ja ohjaus toteutetaan liikunta-alan tai terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Yleisimmin palveluketju toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä. (Rajavaara ym. 2021: 7.) Selvityksen mukaan liikuntaneuvonta on kehittyvä palvelu, jota järjestetään eri puolilla suomea, mutta toistaiseksi käytännöt ovat hyvin kirjavia. (Leppä ym. 2022: 2–3.)

Liikuntaneuvonnan yleisimmät kohderyhmät kunnissa olivat liian vähän liikkuvat työkäiset, ylipainosta tai tyypin 2 diabeteksestä kärsivät tai sairastumisriskissä olevat kuntalaiset. Muita kohderyhmiä olivat työttömät ja korkeasta verenpaineesta, tuki- ja liikuntaelinvaivoista tai mielenterveyden haasteista kärsivät kuntalaiset. Asiakkaista 72 % ohjautuu liikuntaneuvontaan lääkärin, hoitajan, fysioterapeutin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen ohjaamana. Liikuntaneuvonnan keskeisinä kehityskohteina ammattilaisten näkökulmasta nähtiin erityisesti tieto ja mallit yhteistyöstä terveydenhuollon kanssa. Muina kehityskohteina nähtiin liikuntaneuvonnan markkinointi ja tietoisuuden lisääminen palvelusta. Koulutusta toivottiin liittyen vaikuttavuuden arviointiin ja tilastointiin sekä lähetekäytäntöihin. (Leppä ym. 2022: 10–12, 19–21.)

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

3.1 Tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata lääkärin määräämän liikkumisreseptin käytön toteutumista estäviä ja edistäviä tekijöitä terveydenhuollossa integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on koota yhteen tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä yksityisen ja julkisen terveyshuollon liikkumisresepti- ja liikuntaneuvontakäytänteitä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää osana monialaisten palveluketjujen kehittämistä.

3.2 Tutkimuskysymykset

Tämä opinnäytetyö pyrkii löytämään integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla vastauksia seuraavaan tutkimuskysymykseen:

1. Mitkä tekijät estävät ja edistävät lääkäreiden määräämän liikkumisreseptin käytön toteutumista terveydenhuollossa?

4 Työelämälähtöisyys

4.1 Liikuntaneuvonnan ensimmäinen valtakunnallinen seminaari

Liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan kehityksen nykytilan hahmottamiseksi, opinnäytetyön tekijä haki näkemystä osallistumalla Liikuntaneuvonnan ensimmäiseen valtakunnalliseen seminaariin Tampere-talolla 27-28.03.2023. Seminaarin järjestivät Hämeen liikunta ja urheilu yhteistyössä Sosiaali- ja terveys- sekä opetus- ja kulttuuriministeriöiden ja Liikkuva Aikuinen ohjelman kanssa. Seminaari käsitteli terveydenhoito- ja liikunta-alojen yhdyspintojen kehitystä ja liikuntaneuvonnan palveluketjujen nykytilaa. Seminaarin aikana kuultiin sekä tieteen uusimmista tuloksista liikunnan käytöstä lääkkeenä (Vasankari 2023), sekä eri kuntien nykytilanteesta ja haasteista palveluketjujen kehityksessä. Seminaarissa nousi esille myös liikkumisreseptin nykytila käytännössä. Kaukajärven terveysasemalla vastaavana lääkärinä toimivan Anna Siitosen (2023) mukaan osa lääkäreistä on kokenut liikkumisreseptin käytön osana terveydenhuollon arkea haasteelliseksi. Tampereen seudulla terveydenhuollossa oli koettu toimivimmaksi käytännöksi, että lääkäri määrää asiakkaalle liikuntaa hoidoksi usein suullisesti, ja jatko-ohjaa asiakkaan liikuntaneuvontaan kunnan liikuntapalveluihin. (Siitonen 2023.) Käytäntöjen toteutumisessa on kuitenkin toistaiseksi suuria paikallisia eroja (Leppä ym. 2022: 2–3).

5 Menetelmät

5.1 Tutkimusasetelma

Tämän opinnäytetyön tutkimusmetodi on integroiva kirjallisuuskatsaus. Integroiva kirjallisuuskatsaus tutkimusmetodinä pyrkii tiivistämään jo tuotettua empiiristä ja teoreettista

ymmärrystä tietystä ilmiöstä tai terveydenhuollon ongelmasta (Broome 2000: 231). Menetelmän avulla aiheeseen voidaan tuottaa uutta tietoa ja näkökulmia (Torraco 2005: 356). Integratiivinen katsaus nähtiin sopivimmaksi menetelmäksi liikkumisreseptin tutkimiseen, sillä aihe arvioitiin tutkimuksen lähtötilanteessa ja testihakujen perusteella suhteellisen tuoreeksi ja vähän tutkituksi ilmiöksi. Integroiva kirjallisuuskatsaus on metodina yksi harvoista, joka sallii eri metodein tuotettujen tutkimusten tarkastelun samassa katsauksessa (Whittemore & Knafel 2005: 546). Tämä mahdollistaa, että tutkittavasta aiheesta saadaan muodostettua mahdollisimman kattava otos (Salminen 2011: 8).

Integroiva kirjallisuuskatsaus sisältää viisi vaihetta: tutkimuskysymyksen tai ongelman asettaminen, tutkimusaineiston haku, tutkimusaineiston laadun arviointi, aineiston analysointi ja esittäminen (Whittemore & Knafel 2005: 549). Prosessin kaikkien vaiheiden hyvä suunnittelu on edellytys integroivan kirjallisuuskatsauksen onnistumiselle (Stolt & Axelin & Suhonen 2015: 113). Hyvin tehtyjen integratiivisten katsausten tulisi esitellä tieteen tilaa, osallistua teorian kehittämiseen ja sillä tulisi olla suora hyödynnettävyyden käytäntöön ja poliittisen päätöksenteon perustaksi (Whittemore & Knafel 2005: 546).

5.2 Tiedonhaku ja aineiston valinta

Opinnäytetyön aihe, hakusanat ja rajaukset kohdennettiin pitkäaikaisen ilmiön tutustumisen kautta syksyn 2022 - kevään 2023 aikana. Tiedonhaun kautta tutustuttiin ensin laaja-alaisesti aiheeseen fyysisen aktiivisuuden edistäminen terveydenhuollossa kentän käytännön kehitykselle ajankohtaisen tutkimusaiheen määrittämiseksi. Aiheeseen tutustuessa saatiin selville, että tutkimusta on löydettävissä lähinnä englannin kielellä. Liikkumisreseptiä on tutkittu muun muassa näkökulmista: käytettävyys ja vaikuttavuus eri sairauksien hoidossa, asiakkaiden ja terveydenhuoltohenkilöstön kokemukset ja asenteet liikkumisreseptistä, liikkumisreseptin käytön toteutuminen ja sen käyttöä estävät ja edistävät tekijät asiakkaiden ja terveydenhuollon henkilöstön ja johdon näkökulmista.

Kirjallisuuskatsauksen aihe on monialainen ja liikkuu terveydenhoidon, liikunta-alan ja lääketieteen rajapinnoissa. Tämän vuoksi systemaattisessa tiedonhaussa hyödynnettävien asiasanojen ja hakulausekkeen määrittely vaati erityistä tarkkuutta ja pitkäjänteisyyttä. Systemaattinen tiedonhaku aloitettiin syksyllä 2022 asiasanojen määrittelystä ja hakulausekkeen muodostamisesta. Aiheeseen liittyvää termistöä kartoitettiin sekä yleisen suomalaisen sanakirjan (YSO) avulla, että tiedonhaussa löydettyjen aineistojen

asiasanoista. YSO:n kautta haettiin englanninkieliset vastineet ja oheistermit sanoille terveyskeskus ja liikkumisresepti. Hakusanat täydentyivät ja päivittyivät hakujen edetessä. Aiheeseen liittyvä termistö koottiin taulukoksi PICO-metodin avulla. PICO-metodi on laajalti tutkimuksessa käytetty menetelmä, jonka avulla tutkimuskysymys selkeytetään ja muokataan hakutermeiksi (Aslam & Emmanuel 2010). Metodien C-osio (= control) jätettiin pois, sillä verrokkiryhmä ei ollut tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykselle oleellinen. Taulukkoon muodostetuista termeistä rakennettiin hakulauseke.

Taulukko 1. Kysymyksen asettelu ja hakusanat PICO-metodilla.

PICO	Hakusanat
Population	Healthcare, Health care, primary care, Physician*, doctor*, general practitioner*
Intervention	Physical activity prescription, Physical activity on prescription, Prescription of physical activity, Exercise prescription, Exercise on prescription, Exercise referral, Physical activity referral, Green prescription
Outcome	facilitat*, Facilitating factor, barrier*, experience*, obstacle*, implement*

Taulukkoon koottujen termien avulla toteutettiin hakusanojen ja -lausekkeen testaamista tietokannoista Metcat Finna, Proquest central, CINAHL ja Pubmed. Tietokannasta ja hakulausekkeesta riippuen testihaut tuottivat tuloksia 50–5,5 miljoonan tuloksen väliltä. Hakulausekkeen muodostamisvaiheessa huomattiin, että aiheeseen liitännäistä monialaista tietoa on löydettävissä runsaasti. Sen sijaan itse liikkumisresepti (physical activity prescription) on suhteellisen tuore menetelmä, jota on tutkittu vähän ja aiheeseen liittyvä termistö ei ole toistaiseksi kansainvälisesti vakiintunutta. Eri asiasanojen ja hakulausekkeiden tuottamaa sisältöä, runsautta ja aiheeseen liitännäisyyttä tutkittiin pitkäjänteisesti ja osittain asiasana kerrallaan eri tietokannoissa.

Hakulauseke muodostettiin ensin laajaksi, jonka jälkeen sanoja karsittiin mahdollisimman kohdentetun, mutta kattavan hakutuloksen saamiseksi. Sanat health centre*, health center, health station, medical center, medical centre, medial practice, medical care, medical practitioner poistettiin testauksen jälkeen, sillä ne eivät tuoneet hakutulokseen aihetta vastaavia tutkimuksia. Physical activity promotion ja Physical activity counseling jätettiin ulos, sillä eivät kohdentaneet hakua suoraan liikkumisreseptiä koskeviin tuloksiin. Hakulausekkeen muokkaamisessa ja kohdentamisessa hyödynnettiin

myös opinnäytteen ohjaajan ja informaatikon apua. Prosessi vaati tasapainoilua kahden tavoitteen välillä. Hakulausekkeesta pyrittiin rakentamaan riittävän kattava, mutta rajaamaan ulkopuolelle aiheeseen liitännäinen, mutta ei liikkumisreseptiä koskeva runsas määrä aineistoja. Lopulliseen hakulausekkeeseen valittiin ainoastaan aiheeseen tiiviisti liittyviä asiasanoja. Tutkittaviksi tietokannoiksi valittiin Pubmed, CINAHL, Proquest Central ja Medic, perustein, että katsauksessa haluttiin hyödyntää erityisesti lääke- ja hoitotieteellisiä sekä niiden lähialojen tietokantoja. Proquest Central valittiin mukaan tietokantoihin, jotta hakustrategiaan saatiin lisättyä myös monitieteisyyttä.

5.2.1 Sisäänotto ja poissulkukriteerit

Tämä katsauksen kohderyhmä on aikuisväestö ja toimintaympäristö avohoito, eli julki-set ja yksityiset terveyskeskukset, -asemat ja poliklinikat, jolloin hoidon aikana asiakas asuu kotona. Vastaavissa tilanteissa liikkumisreseptin hyödyntäminen hoitokäytän-teenä on tyypillisintä. Sairaalat rajattiin tämän katsauksen ulkopuolelle, sillä niissä to-teutettava fyysisen aktiivisuuden edistäminen on luonteeltaan lyhyempää neuvontaa, joka painottuu tyypillisesti hoitajakson ajalle. Katsaukseen valittiin ainoastaan kohde-ryhmää (lääkärit) ja toimintaympäristöä koskevia katsauksia. Maantieteellinen rajaus asetettiin koskemaan kehittyneitä maita (USA, Kanada, Australia, Uusi-Seelanti ja Eu-rooppa), joissa liikkumisreseptimalli on vertailukelpoisiin suomessa käytettävään mene-telmään. Jatkotarkasteluun valittiin ainoastaan aineistoja, jotka käsittelevät useita liik-kumisreseptin käyttöä estäviä ja edistäviä tekijöitä terveydenhuollossa. Liikkumisresep-tin vaikuttavuutta eri sairauksien hoidossa koskevat tutkimukset rajattiin ulos, sillä ne eivät suoraan vastaa tutkimuskysymykseen. Aikarajauksena käytettiin 20 vuotta ajalla 01.01.2003-15.06.2023. Kyseisenä aikana liikkumisresepti on ollut käytössä Euroo-passa. Tämä katsaus rajattiin koskemaan lääkäreiden määräämää liikkumisreseptiä, sillä alkuperäisessä mallissa lääkäri toimii reseptin kirjoittajana. Hoitajien ja asiakkaiden näkökulmia koskevat tutkimukset rajattiin katsauksen ulkopuolelle.

Taulukko 2. Sisäänotto ja poissulkukriteerit

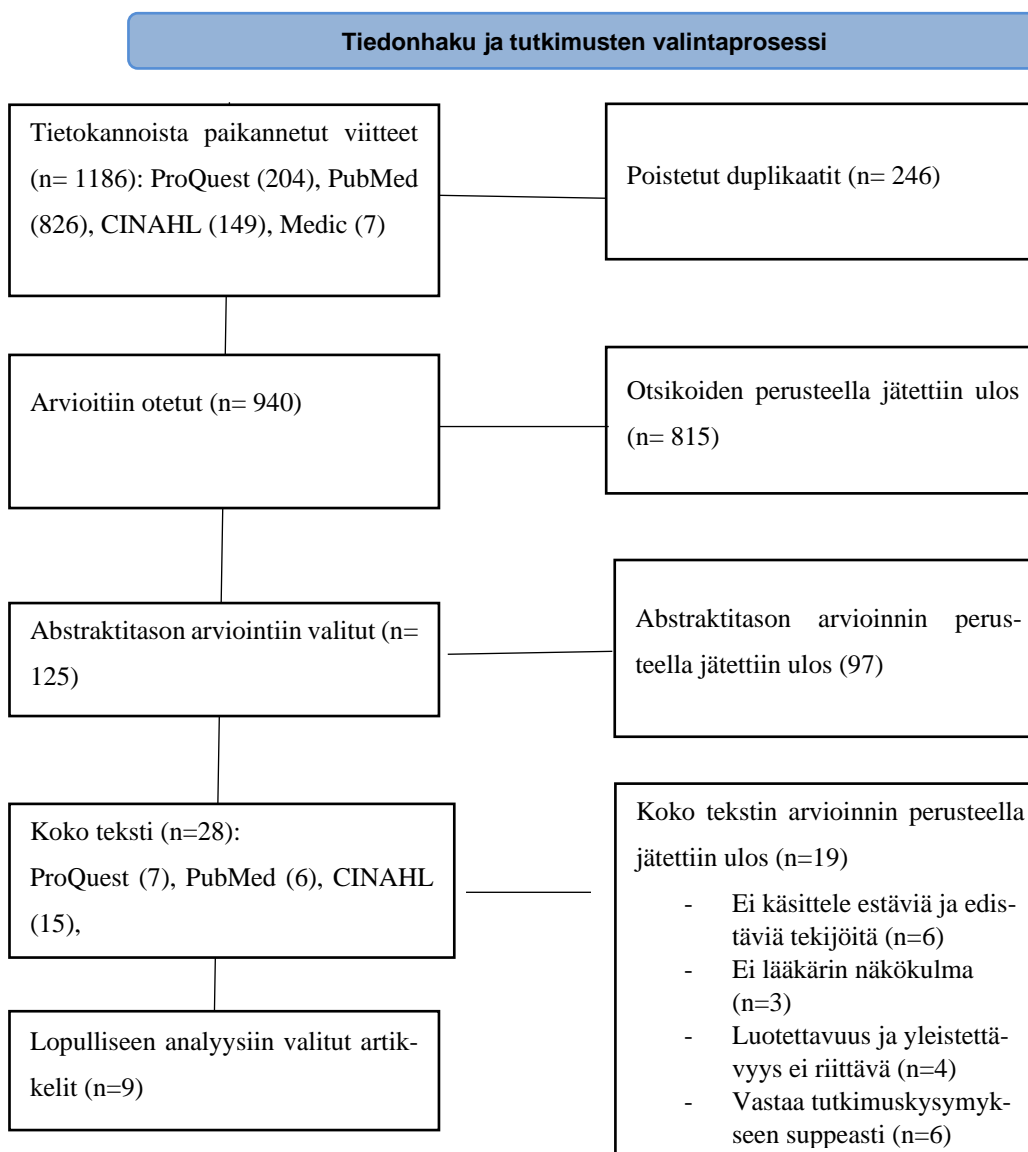
Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<p>Aihe: Lääkärin määräämän liikkumisreseptin käyttöä estävät ja edistävät tekijät terveydenhuollossa, käsittelee useampaa kuin yhtä estävää tai edistävää tekijää</p> <p>Maantieteellinen raja: Eurooppa, USA, Kanada, Englanti, Uusi-Seelanti, Australia</p> <p>Kohderyhmä: Lääkärit</p> <p>Toimintaympäristö: Avohoito (asiakas asuu kotona), vastaanotto kontakti lääkäriin, asiakas aikuisväestö</p> <p>Tieteellinen vertaisarvioitu tutkimus</p> <p>Aikarajaus 01/01/2003–15/06/2023</p>	<p>Aihe: Ei koske aihetta, COVID –19 pandemiaan liittyvät tutkimukset, liikkumisreseptin vaikuttavuus eri sairauksien hoidossa, liikkumisreseptin taloudellinen vaikuttavuus, suositukset eri sairauksien hoitoon liikunnan avulla</p> <p>Maantieteellinen raja: Afrikka, Aasia, Venäjä, Lähi-itä</p> <p>Kohderyhmä: Muu terveydenhuollon henkilökunta (Hoitajat, Fysioterapeutit), asiakkaat, opiskelijat</p> <p>Toimintaympäristö: Hoitokoti, sairaala tai muu ympäristö ei terveydenhuollossa, digitaalinen palvelu</p> <p>Ei ole tieteellinen tutkimus, vaan kehittämissyö tai muu artikkeli, ei vertaisarvioitu</p> <p>Ei vastaa aikaraameja</p>

5.2.2 Tutkimusten laadunarviointi

Laadun arviointi on merkittävä osa kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Laadun arvioinnin avulla aineistoksi voidaan valita menetelmälliseltä laadultaan mahdollisimman hyvälaatuisia tutkimuksia sekä vähentää tulosten harhan riskiä (HOTUS 2023). Tämän kirjallisuuskatsauksessa laadun arviointi toteutettiin Hotuksen kääntämällä Joanna Briggs instituutin (2019) tutkimuksen arviointikriteeristöillä, jotka ovat kirjallisuuskatsauksissa yleisesti käytettyjä ja hyväksi todettuja. Whitemore & Knafl (2005: 550) mukaan on tärkeää hyödyntää jokaiselle lähdeyyppille kehitettyä arviointikriteeristöä.

5.3 Aineiston keruu

Kuvio 2. Tiedonhaun prosessi



Aineiston keruu vaiheessa on tärkeää valita harkintaa käyttäen keskeiset lähteet ja tietokannat (Whittemore & Knafel 2005: 548). Opinnäytetyön tiedonhaku toteutettiin useassa vaiheessa. Loka-joulukuun 2022 aikana haettiin tietoa fyysisen aktiivisuuden edistämisestä terveydenhuollossa ajankohtaisen tutkimusaiheen määrittämiseksi. Tammi-kuussa – maaliskuussa 2023 tiedonhakua toteutettiin tarkentuneella aiheajauksella lääkärin määräämän liikkumisreseptin käyttöä estävät ja edistävät tekijät terveydenhuollossa. Lopullinen aineiston haku ja valikointi toteutettiin ajalla 01.06-05.07.2023.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin tietokannoista ProQuest Central, PubMed, CINAHL. Hakutuloksia tiedonhaussa saatiin: 1186 kappaletta. Duplikaattien poiston jälkeen otsikko tason arviointiin jäi 940 artikkelia, joista otsikoiden perusteella jatkotarkasteluun valittiin 125 artikkelia (CINAHL n= 48, Pubmed n= 38, Proquest n= 39). Abstraktien perusteella koko testien arviointiin valittiin 28 artikkelia (CINAHL n=15, Pubmed n=6, Proquest n=7). Koko tekstien perusteella laadun arviointiin valittiin 13 artikkelia (CINAHL n=10, Pubmed n=2, Proquest n=1). Viimeisessä vaiheessa tutkimusartikkeleista hylättiin neljä. Yksi artikkeli hylättiin sen vuoksi, että sairaus (kystinen fibroosi) on Suomessa poikkeuksellisen harvinainen, jonka vuoksi tutkimustuloksilla ei ole juurikaan merkittävyyttä. Laadun arvioinnin perusteella tutkimusartikkeleista hylättiin kolme. Kahden artikkelin kohdalla tutkijoiden omien arvioiden mukaan otoskoko ei ollut riittävä, jotta tutkimustuloksia voitaisiin pitää edustavina ja yleistettävänä. Yksi artikkeli hylättiin laadun arvioinnista saadun heikon pistemäärän vuoksi.

5.4 Aineiston kuvaus

Kokonaisuudessaan katsaukseen valikoitui sisäänotto ja poissulkukriteerien perusteella ja laadun tarkistuksen jälkeen 9 artikkelia (CINAHL n=7, Pubmed n=2, Proquest n=0). Maantieteellisesti tutkimukset on tuotettu Yhdysvalloissa (n=2), Kanadassa (n=1) Englannissa (n=2), Ruotsissa (n=1), Australiassa (n=2) ja Ranskassa (n=1) vuosina 2006–2022. Aineistoon valitut tutkimukset tuovat esille terveydenhuollon henkilöstön ja lääkäreiden asenteita ja kokemuksia liikkumisreseptin käytöstä terveydenhuollossa erilaisin tutkimusmetodein, kohdeympäristöissä ja asiakasryhmien keskuudessa. Aineiston kautta tulee esille liikkumisreseptin käyttöä estäviä ja edistäviä tekijöitä yleislääkäreiden, perusterveydenhuollon henkilöstön ja mielenterveyden parissa työskentelevien lääkäreiden näkökulmista. Valikoitujen tutkimusten metodeina on käytetty sekamenetelmiä (n=1), poikkileikkaustutkimusta (n=2), survey-menetelmiä (n=3) ja puolistukturoituja haastatteluja (n=3). Eri sairauksiin liitännäisenä estäviä ja edistäviä tekijöitä käsitellään aikuisiän masennuksen, ALS:n ja ylipainon hoidon sekä ikääntyvien osalta. Aineistossa korostuvat mielenterveyteen liittyvän hoidon näkökulmat, sillä aineistoon valikoitui kaksi aiheeseen liitännäistä artikkelia, joista toinen on julkaistu Australiassa ja toinen Yhdysvalloissa.

5.5 Aineiston analyysi

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällön analyysiä. Sisällönanalyysi on laadullisissa tutkimuksissa käytetty analyysimenetelmä (Elo & Kajula & Tohmola & Kääriäinen 2022). Lisäksi laadullinen sisällönanalyysi menetelmänä on sopiva monien erityyppisten aineistojen analysointiin (Elo 2022 ym: 216). Tämän opinnäytetyön menetelmäksi valittiin sisällön analyysi, sillä se on yleinen menetelmä ja sitä kautta toimivaksi testattu. Lisäksi laadullinen sisällön analyysi soveltuu integratiivisen kirjallisuuskatsauksen analyysimenetelmäksi. Aineiston analyysimenetelmien valintaa ohjasi aineiston keruu vaihetta aloitettaessa tehty arvio siitä, että aiheeseen liittyvää tutkimusta on sen tuoreuden vuoksi todennäköisesti vähän saatavilla. Tämän vuoksi katsauksen aineistoon jouduttaisiin todennäköisimmin valitsemaan usein eri menetelmin toteutettuja tutkimuksia. Samoista syistä tuloksien analyysiin valittiin induktiivinen, eli aineistolähtöinen lähestymistapa. Elo ym. (2022) mukaan vähän tutkituissa aiheissa induktiivinen menetelmä sopii aineiston analysointiin. Integratiivisen kirjallisuuskatsauksen datan analysointi vaiheen keskeisin tavoite on primärlähteiden kautta saadun tiedon perusteellinen ja puolueeton esittäminen sekä tulosten innovatiivinen tulkinta (Whittemore & Knafel 2005: 550).

Sisällönanalyysin päävaiheita ovat valmistelu-, analyysi- ja raportointivaiheet. Valmisteluvaiheessa valitaan analyysiyksikkö ja perehdytään aineistoon. Induktiivisessa analyysivaiheessa toteutetaan: tutkimuskysymyksiin vastaavien alkuperäiskysymyksien poiminta, pelkistäminen ja koodaus sekä luokkiin ryhmittely. Tulosten raportointi vaiheessa luodaan malli, joka sisältää käsitejärjestelmän, luokat ja kategoriat. Lisäksi tuloksia verrataan aikaisempiin tutkimuksiin, mikäli se on mahdollista. (Elo ym: 215–219.) Datan analysointi vaiheessa lähteistä saadun tiedon koonti visuaaliseksi kuvioiksi helpottaa tiedonvertailua (Whittemore & Knafel 2005: 551). Analyysivaiheen keskeisiä elementtejä ovat uskottavuuden näkeminen, kontrastien ja vertailun rakentaminen, tavallisten ja epätavallisten kaavojen erottaminen sekä loogisen todisteketjun rakentaminen (Whittemore & Knafel 2005: 551 mukailen Miles & Huberman 1994; Sandelowski 1995; Patton 2002). Analyysin viimeisessä vaiheessa johtopäätökset, tavoitellaan jo rakennettua tulkinnan, mallien ja suhteiden yhdistämistä laajempaan kokonaisuuteen. Tämä vaihe edellyttää tarkkuutta, läpinäkyvyyttä ja rehellisyyttä sekä aineiston näkemistä kokonaisuutena. (Whittemore & Knafel 2005: 551.)

Aineistojen sisällönanalyysi aloitettiin valmisteluvaiheella käymällä läpi useasti katsaukseen valikoituneet artikkelit tuloksien kokonaisuuden hahmottamiseksi. Tämän jälkeen siirryttiin induktiiviseen analyysi vaiheeseen, jossa aineistosta poimittiin olennaiset osiot, kuten tiivistelmät ja tulososiot, joissa vastattiin tutkimuskysymykseen. Poimituista osioista muodostettiin yksi yhtenäinen Word-tiedosto. Yksi artikkeleista oli paperisena, jota ei ollut saatavilla kirjaston kaukopalvelusta e-versiona. Analyysiä jatkettiin toteuttamalla uuden tiedoston teksteihin koodaus, jossa teksteistä maalattiin alustavin värein kaikki katsaukseen liittyvät olennaiset asiat, kuten tutkimuskysymykseen vastaavat päätulokset ja niitä täydentävät tarkennukset. Paperiseen artikkeliin koodaus toteutettiin värikynällä. Aineistot käytiin läpi useaan kertaan, jotta kaikki ilmaukset saatiin mukaan analyysiin. Värein koodattiin myös katsauksen täydentävät tulokset, kuten liikkumisreseptin yleisyys ja käyttö eri sairauksissa, liikkumisreseptin määräämismuoto ja määrätyt aktiviteetit. Edellä mainitut tekijät jäivät teoriassa avoimiksi, jonka vuoksi tuloksia täydennettiin aineistosta löytyvillä tiedoilla.

Seuraavassa ryhmittely ja luokitteluvaiheessa koodatut päätulokset ja niiden tarkennukset siirrettiin uuteen tiedostoon ja lisättiin manuaalisesti paperisena olleen artikkelin poimitut osiot suomeksi käännettynä. Tämän jälkeen aineiston koodausta jatkettiin edelleen tarkentavin värein koodaamalla saman sisältöisiä estäviä ja edistäviä tekijöitä samoin värein. Tarkennetun koodauksen tulokset siirrettiin kahteen eri Excel taulukoon. Toiseen taulukoon siirrettiin alkuperäiset ilmaukset suomeksi käännettynä tekijöiden alle jaoteltuna. Tämä helpotti analyysin toteuttajaa tuloksien kokonaisuuden hahmottamisessa. Toisessa taulukossa toteutettiin ilmausten pelkistäminen, vertailu ja uudelleen järjestely, jossa samaa tarkoittavat ilmaisut järjesteltiin allekkain. Jaottelun jälkeen pelkistetyille ilmauksille pohdittiin alaluokat, yläluokat ja pääluokat. Pelkistettyjen ilmaisujen jaottelua jatkettiin tarpeen mukaan. Analyysin eri vaiheissa toteutettiin tarkistuksia aineistoon, jotta pelkistettyjen ilmauksien merkitys pysyi samana ja analyysi etenisi loogisesti. Analyysin toteutuksessa hyödynnettiin myös ohjaajan tukea ja palautetta. Aineisto ymmärrettiin kokonaisuutena, jossa esiintyi sekä laajoja yhteiskunnallisen tason ja johtamiseen liittyviä estäviä ja edistäviä tekijöitä, että konkreettisempia terveydenhuollon arjessa esiintyviä tekijöitä. Analyysin pääluokiksi muodostuivat yhteiskunta, johtaminen, lääkäri ja asiakas.

Taulukko 3. Esimerkki sisällönanalyysistä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Lääkärin iän vaikutus työtapoihin ja käytettyihin menetelmiin	Ikä	Demografiset tekijät	Lääkäri
Sukupuolen vaikutustyötapoihin ja menetelmien käyttöön	Sukupuoli		
Terveydenhuollon ammattilaisten oma fyysinen aktiivisuus	Liikuntatottumukset		
Lääkäreiden omat liikuntatottumukset	Liikuntatottumukset		
Lääkäreiden omat liikuntatottumukset	Liikuntatottumukset		
Lääkärin koulutus	Osaaminen	Itseluottamus ja osaaminen	
Lääkärin osaaminen	Osaaminen		

Katsauksen aineistosta saatiin vastauksia sekä tutkimuskysymykseen, että täydentäviä tuloksia, kuten suuntaa antavia tietoja liikkumisreseptin käytöstä ja yleisyydestä eri sairauksissa ja maissa sekä määräysmuodoista ja tyypillisimmin määrätystä aktiviteeteista. Aineistosta johdettujen estävien ja edistävien tekijöiden painostusta määritettiin aineistoissa esiintyneiden toistuvuuksien kautta. Aineiston tuloksien pohjana käytetyt artikkelit ja niiden päätulokset taulukoitiin (Liite 1) ja numeroitiin luvuilla 1–9. Artikkelien numerointia hyödynnettiin rakennettaessa erilaisia kaavioita tuloksien havainnollistamiseksi. Kaavioihin numeroitiin tekstien yläindeksiin artikkelien numerot, joissa kaaviossa mainitut tulokset esiintyvät.

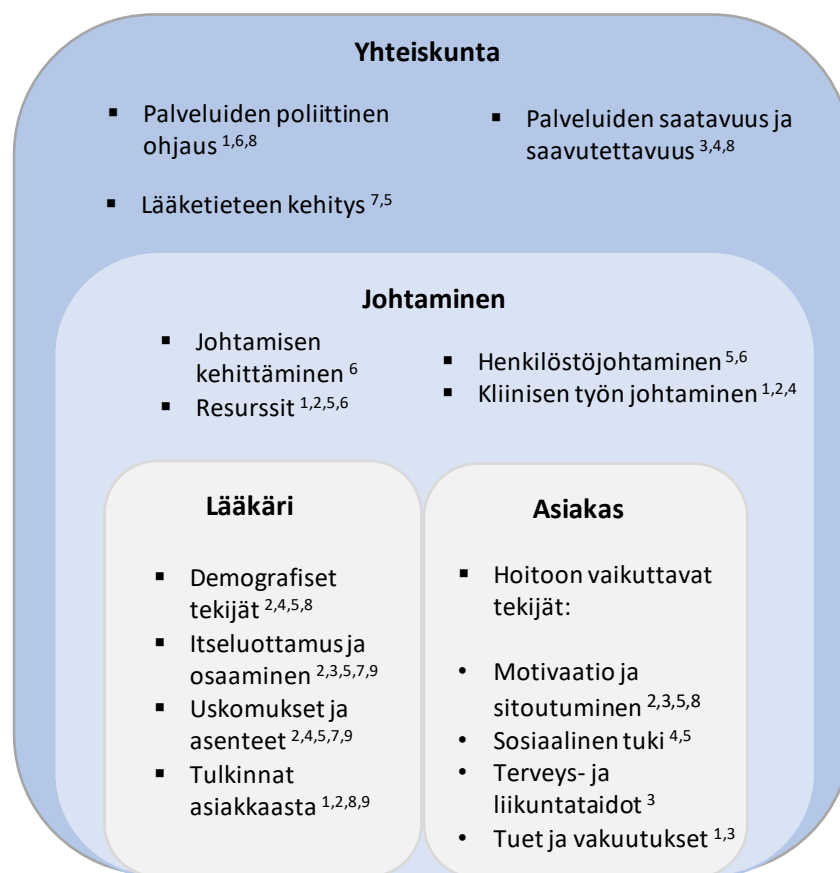
6 Tulokset

6.1 Lääkärin määräämän liikkumisreseptin käyttöä estävät ja edistävät tekijät terveydenhuollossa

Lääkärin määräämän liikkumisreseptin käyttöä estävistä ja edistävistä tekijöistä terveydenhuollossa, tunnistettiin neljä pääluokkaa: yhteiskunta, johtaminen, lääkäri ja asiakas. Vastaavan jaottelun kautta liikkumisreseptin käyttöä estäviä ja edistäviä tekijät voidaan ymmärtää laajemmasta yhteiskunnallisesta kokonaisuudesta kohti terveydenhuollon henkilöstön toteuttamaa päivittäistä työtä. Yhteiskuntatasolla pääluokiksi tunnistettiin palveluiden poliittinen ohjaus, palveluiden saatavuus ja saavutettavuus ja lääketieteen kehitys. Johtamistasolla pääluokiksi tunnistettiin johtamisen kehittäminen, henki-

löstöjohtaminen, kliinisen työn johtaminen ja resurssit. Erityisesti kahden edellä mainitun pääluokan sisällöistä suuri osa oli voimakkaasti sidoksissa toisiinsa. Lääkäritasolla pääluokiksi tunnistettiin lääkäreiden demografiset tekijät, itseluottamus ja osaaminen, uskomukset ja asenteet sekä tulkinnat asiakkaasta. Asiakastasolla sen sijaan tunnistettiin yksi pääluokka: hoitoon vaikuttavat tekijät. Sisällön analyysin pää- ja yläluokat sekä asiakastason alaluokat esitellään kootusti Kuviossa 3. Pääluokkien alle jaoteltuja alaluokkia ja niiden sisältöjä käsitellään tulevissa luvuissa.

Kuvio 3. Koonti tuloksista

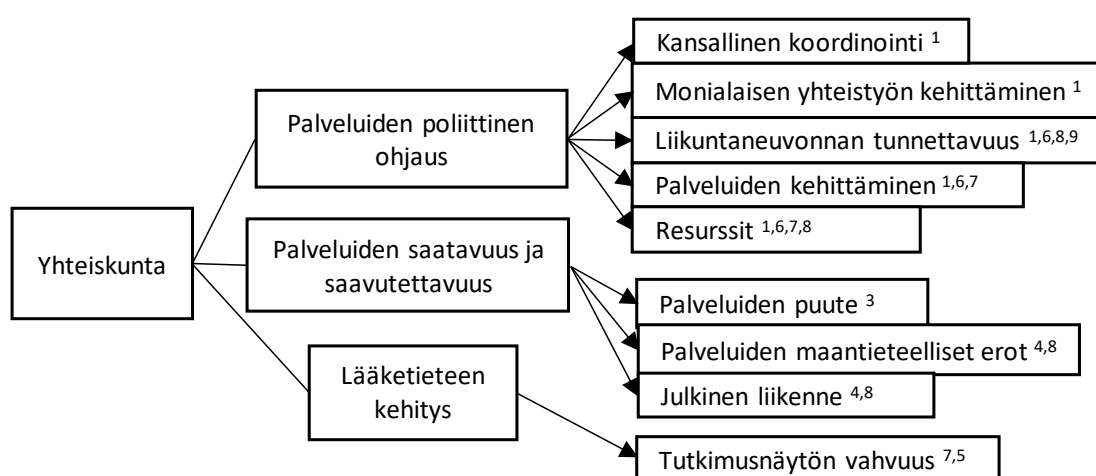


1. Albert ym. (2022) 2. Attalin ym. (2012) 3. Dauenhauer ym. (2006) 4. Din ym. (2015) 5. Escobar-Roldan ym. (2012) 6. Gustavsson ym. (2018) 7. Jones ym. (2019) 8. Morgan ym. (2021) 9. Radovic ym. (2017)

6.1.1 Yhteiskunta

Yhteiskuntatasolla aineiston estävät ja edistävät tekijät jaoteltiin seuraavien pääluokkien alle: palveluiden poliittinen ohjaus, palveluiden saatavuus ja saavutettavuus ja lääketieteen kehitys. Palveluiden poliittiselle ohjaukselle aineistosta tunnistettiin alaluokat: kansallinen koordinointi, monialaisen yhteistyön kehittäminen, liikuntaneuvonnan tunnettavuus, palveluiden kehittäminen ja resurssit. Yhteiskuntatason estävien ja edistävien tekijöiden ylä- ja alaluokat esitellään kootusti kuviossa 4.

Kuvio 4. Koonti sisällönanalysista yhteiskuntatason estävät tekijät



Yhteiskunnallisten palveluiden poliittinen ohjaus on perusta palveluihin suunnattaville resursseille ja kehitystoimille. Poliittiseen ohjaukseen liittyvistä tekijöistä aineistossa useimmin toistui liikuntaneuvonnan tunnettavuus ja liikkumisreseptiä ja liikuntaneuvontaa koskevan tiedon puute (Albert ym. 2022; Gustavsson ym. 2018; Morgan ym. 2021; Radovic ym. 2017). Erityisesti Gustavsson ym. (2018) ja Morgan ym. (2021) painottavat liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan laajemman kuvan johtamisen merkitystä, kuten tiedon ja tunnettavuuden kehittämistä. Gustavsson ym. (2018) ja Morgan ym. (2021) mukaan yleistä tietoisuutta liikkumisreseptistä ja liikuntaneuvonnasta tulisi lisätä. Morgan ym. (2021) mukaan kansallinen koordinointi edesauttaa liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan tunnettavuuden kasvua. Albert ym. (2022) mukaan 20 % lääkäreistä koki kansallisen koordinoinnin puutteen liikkumisreseptin käyttöä estäväksi tekijäksi.

Aineistossa nousivat esille myös tarpeet palveluiden poliittiselle ohjaukselle monialaisen yhteistyön ja palveluiden kehittämiseksi. Albert ym. (2022) toteuttamassa tutkimuksessa liikkumisreseptin käyttöä merkittävimmin edistäväksi tekijäksi 72 % lääkäreistä

määritteli liikuntafysiologien näkyvyyden lisäämisen ja 65 % lääkäreiden ja liikuntafysiologien välisen yhteistyön lisäämisen. Gustavsson ym. (2018) sen sijaan painottaa keskeisten- ja paikallisten tukirakenteiden kehittämistä. Tutkimuksen mukaan keskeisiä tukirakenteita tulisi kehittää muun muassa sisällyttämällä terveydenhuoltoon keskitettyjä toimintoja liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan kehittämiseksi sekä laajentamalla terveydenhoito- ja liikunta-alojen välistä yhteistyötä. Paikallisia tukirakenteita tulisi kehittää nimeämällä jokaiseen terveyskeskukseen paikallinen liikuntaneuvontakoordinaattori.

Myös liikuntaneuvontaan kohdennettujen resurssien, kuten lähetepolkujen määrään sekä investointeihin liittyvät tekijät nousivat aineistossa esille (Albert ym. 2022; Escobar-Roldan ym. 2012; Gustavsson ym. 2018). Yhteiskunnallisten resurssien alle jaoteltiin aineiston estävät ja edistävät tekijät, jotka toteutuvat poliittisen ohjauksen kautta. Gustavsson ym. (2018) mukaan liikkumisreseptiä ja liikuntaneuvontaa koskevien poliittisten asiakirjojen ja myönnettyjen resurssien välillä vallitsi ristiriitoja. Poliittisissa asiakirjoissa sairauksien ehkäisymenetelmien priorisointi todettiin pakolliseksi toimeksiannoksi, joka oli ristiriidassa vastauksiin terveydenhuollon henkilöstön pyytäessä johdolta lisää kiinnostusta, tukea ja resursseja, kuten aikaa ja tukirakenteita. Albert ym. (2022) mukaan Australiassa lähetepolkujen niukkuus oli 50 % lääkäreistä mukaan merkittävä liikkumisreseptin käyttöä estävä tekijä. Lääkäreistä 40 % koki myös, että liikunnan tukipalvelut olivat erittäin aliarvostettuja. Myös Jones ym. (2019) kuvailee, että 22 % lääkäreistä koki infrastruktuurin puutteen haastavan liikuntaneuvonnan toteuttamista osana ALS:n hoitoa. Morgan ym. (2021) mukaan palveluiden kehittämiseen suunnatut ajalliset investoinnit nähtiin edellytyksinä liikuntaneuvonnan onnistuneelle toteutukselle.

Palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden alle jaoteltiin alaluokat palveluiden puute, palveluiden maantieteelliset erot ja julkinen liikenne, jotka nousivat aineistossa toistuvasti esille (Dauenhauer ym. 2006; Din ym. 2015; Morgan ym. 2021). Morgan ym. (2021) kuvailee palveluiden alueellisia eroja, jossa ajan ja vaivan investointi sekä palveluiden kehittämisen fokus vaihtelivat. Din ym. (2015) ja Morgan ym. (2021) nostavat esille, että Englannissa maantieteellinen eriytyneisyys on liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan toteutumista estävä tekijä. Morgan ym. (2021) mukaan maantieteelliset erot lähetepoluissa, palveluihin pääsyssä ja saavutettavuudessa ovat merkittäviä. Myös kuljetusmahdollisuuksien puute ja pitkät välimatkat haastavat palveluiden piiriin pääsyä. Myös Dauenhauer ym. (2006) mainitsevat Yhdysvalloissa estäväksi tekijäksi liikenneyhteyksien puutteen harjoitusympäristöihin. Myös ikääntyville suunnattujen liikuntapalveluiden puute koettiin esteenä. Morgan ym. (2021) mukaan ajalliset investoinnit ja järjestelmän

jatkuva tasapainottaminen ja kehittäminen nähtiin edellytyksinä liikuntaneuvonnan onnistuneelle toteutukselle.

Tieteellä on merkittävä rooli tuottaa uutta tietoa, vahvistaa tutkimusnäyttöä ja sitä kautta edesauttaa lääketieteen ja vaikuttavien hoitomuotojen kehittymistä. Lääketieteen kehityksen alle jaoteltiin tutkimusnäytön vahvuuteen liittyvät tekijät, kuten näyttö liikunnan vaikuttavuudesta eri sairauksien hoidossa. Jones ym. (2019) mukaan ALS:n hoidossa 22 % lääkäreistä koki, että näyttö liikunnan hyödyistä on puutteellista. Sen sijaan Escobar-Roldan ym. (2012) mukaan mielenterveydensairauksien hoidon osalta vain harva lääkäreistä (3,2 %), koki näytön puutteelliseksi.

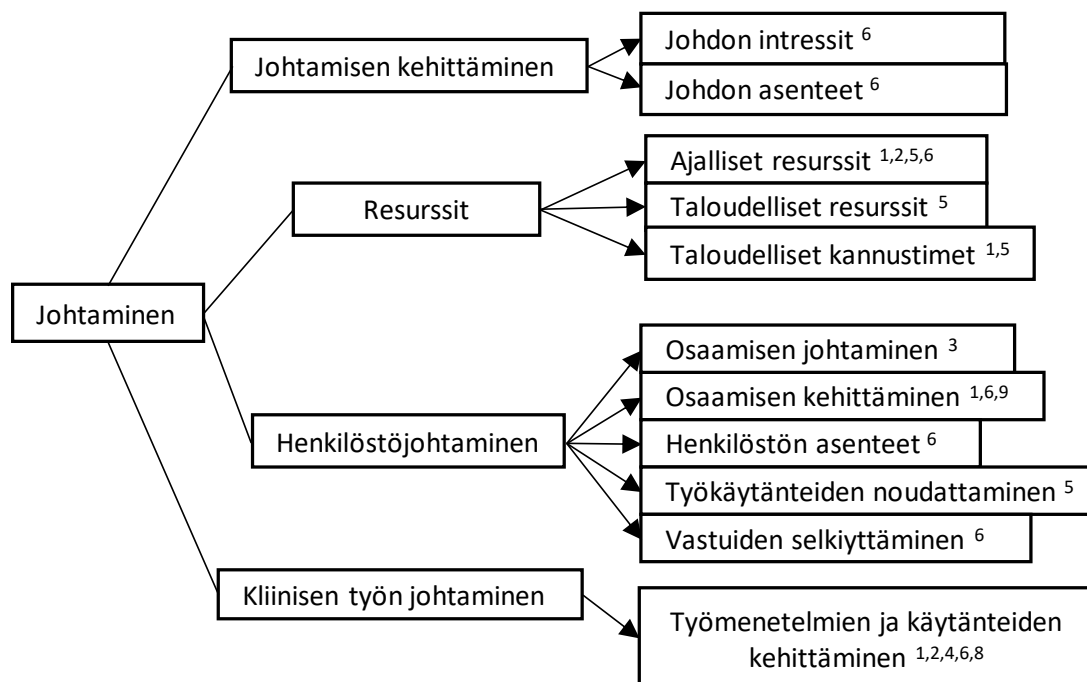
6.1.2 Johtaminen

Johtamistasolla aineiston estävät ja edistävät tekijät jaoteltiin pääluokkien: johtamisen kehittäminen, resurssit, henkilöstöjohtaminen ja kliinisen työn johtaminen alle. Johtamistasolla aineistossa useimmin toistuneita tekijöitä olivat työmenetelmien ja käytänteiden kehittämiseen liittyvät tekijät (Albert ym. 2022; Attalin ym. 2012; Din ym. 2015; Gustavsson ym. 2018; Morgan ym. 2021). Myös ajallisten ja taloudellisten resurssien puute toistuivat aineistossa runsaasti (Albert ym. 2022; Attalin ym. 2012; Escobar-Roldan ym. 2012; Gustavsson ym. 2018).

Pääluokan johtamisen kehittäminen alle jaoteltiin tekijät, kuten johdon intressit ja asenteet. Näihin linkittyivät myös resurssit, kuten ajalliset ja taloudelliset resurssit sekä kannustimet lääkäreille. Morgan ym. (2021) mukaan johdon tuki nähtiin edellytyksinä liikuntaneuvonnan onnistuneelle toteutukselle. Myös Gustavsson ym. (2018) mukaan liikkumisreseptin käytön fasilitoimiseksi tarvitaan johdon kiinnostusta ja tukea. Tutkimuksen mukaan johdon ja henkilöstön välillä vallitsi ristiriitaisia näkemyksiä havaituista esteistä ja vaatimuksista. Johdon käsityksistä poiketen koko henkilöstö piti liikunnan edistämistä tärkeänä, mutta heiltä puuttui aikaa, rutiineja ja osaamista liikuntaneuvonnan toteuttamiseen. Ajalliset resurssit nousivat esille myös muissa tutkimuksissa (Albert ym. 2022; Attalin ym. 2012; Escobar-Roldan ym. 2012; Gustavsson ym. 2018). Albert ym. (2022) mukaan lääkäreistä 22 % mukaan riittämätön konsultaatioaika esti liikkumisreseptin käyttöä. Attalin ym. (2012) mukaan vastaava luku ylipainon hoidossa oli lääkäreiden kokemana 14 %. Myös taloudellisten resurssien, kuten kannustimien ja korvausten puute nousi esille käyttöä estävänä tekijänä (Albert ym. 2022; Escobar-Roldan ym.

2012). Albert ym. (2022) mukaan Australiassa taloudellisten kannustimien puute vaikutti lääkäreistä 34 % mukaan liikkumisreseptin käyttöön. Myös Escobar-Roldan ym. (2012) mukaan kannustimien tai korvauksen puutteella oli 4,9 % lääkäreistä mielestä negatiivinen vaikutus liikuntaneuvonnan toteuttamiseen.

Kuvio 5. Koonti sisällönanalyysista johtamistason estävät tekijät



Pääluokan henkilöstöjohtaminen alle jaoteltiin tekijät, kuten osaamisen johtaminen ja kehittäminen, henkilöstön asenteet, työkäytänteiden noudattaminen ja vastuiden selkiyttäminen. Aineistossa nousi esille terveydenhuollon henkilöstön koulutuksen merkitys liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan toteutumiselle (Albert ym. 2022; Gustavsson ym. 2018; Radovic ym. 2017). Edellä mainitut tekijät jaoteltiin osaamisen johtamisen ja osaamisen kehittämisen alle. Dauenhauer ym. (2006) mukaan lääkärit itse toivoivat koulutusta erityisesti aiheista liikunnan määrääminen tietyissä sairauksissa ja lääkityksissä sekä ikään sopiva liikunta. Koulutusta toivottiin erityisesti konferenssin ja itseopiskeluoppaiden muodossa. Gustavsson ym. (2018) painottaa tietotaidon, kuten elämäntapojen puheeksi ottamiseen liittyvien taitojen merkitystä liikuntaneuvonnan käytön toteutumiseksi. Radovic ym. 2017 mukaan lääkäreistä 24,6 % mukaan liikkumisreseptiä koskeva tiedonpuute vaikutti liikkumisreseptin käyttöä estävästi aikuisiän masennuksen hoidossa. Albert ym. (2022) mukaan 37 % lääkäreistä koki, että koulutus lähetepoluista edistäisi liikkumisreseptin käytön toteutumista. Gustavsson ym. (2018) painottaa myös liikuntaneuvonnalle myönteisten asenteiden lisäämisen merkitystä terveydenhuollon

henkilöstön keskuudessa. Escobar-Roldan ym. (2012) mukaan liikkumisreseptin käyttöä edistää se, että liikuntaa määrätään kliinisten suositusten mukaan.

Kliinisen työn johtamisen alle sen sijaan luokiteltiin tekijät, jotka vaikuttivat terveydenhuollon henkilöstön liikkumisreseptin käyttöön estävästi ja edistävästi päivittäisessä työssä, kuten työmenetelmien ja käytänteiden kehittäminen. Gustavsson ym. (2018) mukaan jokaisessa organisaatiossa tulisi olla selkeät ohjeet ja käytänteet, jotka ovat läpi organisaation tunnettuja ja hyväksytyjä. Albert ym. (2022) mukaan ohjausmateriaalien puute, saatavilla oleva koonti lähetepoluista sekä liikkumisreseptin dokumentaatioprosessin yksinkertaistaminen vaikuttivat liikkumisreseptin käyttöön päivittäisessä työssä. Attalin ym. (2012) mukaan lääkärit arvioivat validoitujen työmenetelmien puutteen vaikuttavan liikkumisreseptin käyttöä estävästi 16 % tapauksia. Din ym. (2015) sen sijaan kuvaa estäviksi tekijöiksi lääkäreiden epävarmuuden asiakkaiden valintakriteereistä ja lääketieteellisistä vastuista sekä palautteen puutteen asiakkaiden edistymisestä. Morgan ym. (2021) nostaa esille, että käyttöä helpottaisi kaikkialla käytössä oleva automatisoitu yhteneväinen ja elektroninen järjestelmä läheteiden ja reseptien kirjoittamiseen. Gustavsson ym. (2018) mukaan terveydenhuollon roolia liikuntaneuvonnassa tulisi myös yleisesti selkiyttää henkilöstölle.

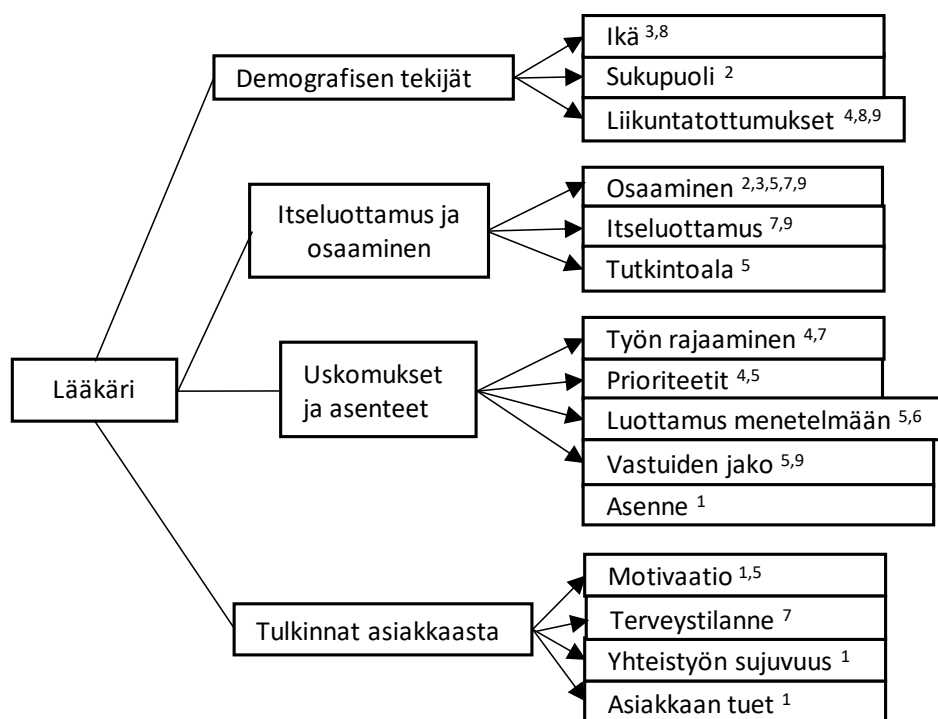
6.1.3 Lääkäri

Lääkäri tasolla liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan aineiston estävät ja edistävät tekijät jaoteltiin pääluokkiin: demografiset tekijät, itseluottamus ja osaaminen, uskomukset ja asenteet ja tulkinnat asiakkaasta. Lääkäritasolla liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan toteuttamista merkittävimmin estäviä ja edistäviä tekijöitä olivat lääkäreiden itseluottamus ja osaaminen (Attalin ym. 2012; Dauenhauer ym. 2006; Escobar-Roldan ym. 2012; Jones ym. 2019; Radovic ym. 2017). Radovic ym. (2017) mukaan lääkäreiden koetuilla tietotaidolla ja itseluottamuksella oli merkittävä yhteys liikkumisreseptien kirjoitusmääriin. Itseraportoitu tietotaito ja vahva itseluottamus olivat molemmat yhteydessä suurempiin määriin asiakkaalle määrättyjä liikkumisreseptejä. Attalin ym. (2012) mukaan 71 % lääkäreistä ei ollut saanut liikkumisreseptin määräämiseen koulutusta. Myös Dauenhauer ym. (2006) mukaan 83 % lääkäreistä ei ollut saanut koulutusta, kuinka määrätä liikuntaa ikääntyville.

Myös lääkäreiden demografisilla tekijöillä oli yhteys liikkumisreseptien määräämiseen ja annettuihin ohjeisiin. Attalin ym. (2012) mukaan naislääkärit arvioivat asiakkaidensa

fyysistä aktiivisuutta mieskollegojaan useammin (naiset 64 % ja 23 % useimmiten ja usein verrattuna miehiin 47 % ja 22 %). Miehet sen sijaan käyttivät naiskollegojaan useammin validoituja menetelmiä (4 % vrs. 12 %). Morgan ym. (2021) mukaan myös iällä oli merkitystä liikuntaneuvontakäytäntöihin. Nuoremmat lääkärit olivat tietoisempia liikunnan hyödyistä ja olivat sen edistämiseen vanhempia kollegojaan sitoutuneempia. Vanhemmat lääkärit sen sijaan suosivat useammin perinteisempiä hoitomuotoja, kuten lääkkeitä. Myös Dauenhauer ym. (2006) mukaan iältään 30–39-vuotiaat lääkärit osoittivat suurinta kiinnostusta liikkumisreseptiä ja liikunnan edistämishjelmia kohtaan. Escobar-Roldan ym. (2012) mukaan myös lääkäreiden tutkinnolla ja suuntautumisalalla oli yhteys liikuntaneuvonnan toteutumiseen. Perhelääkärit suosittelivat liikuntaa, antoivat ohjeita ja täyttivät suosituksissaan kansalliset ohjeet huomattavasti sisätauti- ja psykiatrian lääkäreitä todennäköisemmin.

Kuvio 6. Koonti sisällönanalysista estävät tekijät lääkäri



Terveystieteiden ammattilaisen omien liikuntatottumusten yhteydestä asiakkaille annettuun liikuntaneuvontaan, katsauksen tulokset olivat ristiriitaisia. Din ym. (2015) mukaan aktiiviset terveydenhuollon ammattilaiset suosivat elämäntapamuutoksien edistämistä lääkkeiden sijaan ja pitivät liikkumisreseptiä hyödyllisenä vaihtoehtona asiakkaiden kokonaisvaltaisen terveyden edistämiseen. Myös Morgan ym. (2021) mukaan lää-

käreillä, joiden oma elämäntapa oli aktiivinen, todennäköisyys liikkumisreseptien määräämiseen oli korkeampi. Sen sijaan lääkäreillä, joilla oli korkea painoindeksi, liikkumisreseptien määrääminen oli epätodennäköisempää. Myös Attalin ym. (2012) mukaan lääkäreiden persoonalliset ominaisuudet vaikuttivat asenteisiin ja käytäntöihin niin, että lääkärit, joilla itsellään oli ylipainoa suosivat sen hoidossa käyttäytymismuutoksiin suuntautuvaa hoitoa (psychobehavioral management) liikuntaneuvontaa useammin. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkittäviä. Myös Escobar-Roldan ym. (2021) mukaan todennäköisyys määrätä liikkumisresepti oli 5–9 kertaa todennäköisempi niiden ammattilaisten toimesta, jotka harrastivat liikuntaa säännöllisesti verrattuna inaktiivisiin verrokki kollegoihin. Lisäksi suositukset vastasivat huomattavasti useammin kansallisia fyysisen aktiivisuuden suosituksia. Sen sijaan Radovic ym. (2017) mukaan merkittävää yhteyttä lääkäreiden omien liikuntatottumusten ja liikkumisreseptin kirjoittamisen väliltä ei löydetty.

Myös lääkäreiden uskomukset sekä asiakkaasta tehdyt tulkinnat vaikuttivat liikuntaneuvonnan toteutumiseen. Lääkäreiden uskomuksiksi luokiteltiin oman työn rajaaminen ja prioriteetit, luottamus liikuntaneuvontaan menetelmänä ja uskomukset liikkumisreseptiin liittyvistä vastuiden jaosta. Din ym. (2015) mukaan osa lääkäreistä priorisoi muut terveydenedistämistehtävät, kuten tupakoinnin lopettamisen edistämisen, työtehtävissään liikuntaneuvontaa tärkeämmäksi. Samat näkökulmat toistuivat Escobar-Roldan ym. (2012) toteuttamassa tutkimuksessa, jonka mukaan 10,8 % lääkäreistä koki, ettei liikuntaneuvonta ole prioriteetti heidän työssään. Myös Jones ym. (2019) mukaan osa lääkäreistä koki, ettei liikuntaneuvonta kuulu osaksi heidän työtään. Myös liikkumisreseptiin liittyvään vastuun jakoon liittyi epäselvyyksiä. Radovic ym. (2017) toteuttaman tutkimuksen mukaan 28 % lääkäreistä koki, että liikkumisreseptin toimeenpano onnistuu parhaiten liikunta-alan ammattilaisen toimesta. Escobar-Roldan ym. (2012) mukaan sen sijaan ainoastaan 3,8 % lääkäreistä oli sitä mieltä, että liikkumisreseptin toimeenpano tulisi toteuttaa liikunta-alan ammattilaisen toimesta.

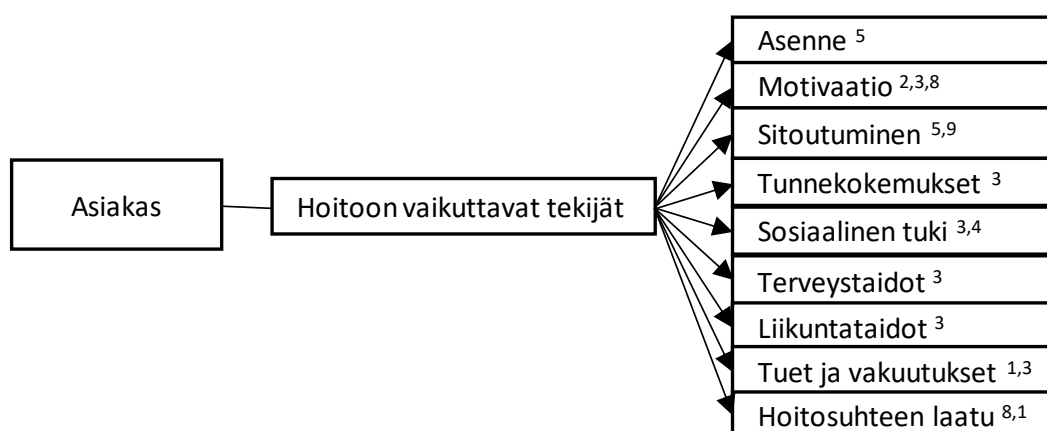
Myös lääkäreiden liikuntaneuvontaan ja liikkumisreseptiin liittyvät uskomukset tutkimusnäytöstä ja sen vahvuudesta vaihtelivat tutkimus ja sairauskohtaisesti. Din ym. (2015) mukaan osa yleislääkäreistä koki näytön liikkumisreseptin vaikuttavuudesta puutteelliseksi. Escobar-Roldan ym. (2012) mukaan mielenterveys sairauksien hoidossa ainoastaan 1,6 % lääkäreistä koki, että liikunta ei ole hyödyllistä mielenterveyden sairauksien hoidossa.

Myös lääkärin tulkinnat asiakkaasta vaikuttivat liikkumisreseptien määräämiseen. Tulkinta asiakkaan heikosta motivaatiosta, oli yksi aineistossa yleisimmin toistunut tekijä (Albert ym. 2022; Attalin ym. 2012; Dauenhauer ym. 2006; Escobar-Roldan ym. 2012; Morgan ym. 2021; Radovic ym. 2017). Myös arvioilla asiakkaan harjoituksen sietokyvystä ALS:ia sairastavilla oli 30 % lääkäreistä mukaan vaikutusta liikkumisreseptin määräämiseen (Jones ym. 2019). Morgan ym. (2021) mukaan asiakkaan ja lääkärin välisen yhteistyön sujuvuudella oli myös merkitys liikkumisreseptin määräämiseen jatkossa. Myös Attalin ym. (2012) mukaan 9 % lääkäreistä mukaan haasteet asiakkaan ylipainon pudotuksessa estivät liikkumisreseptin käyttöä.

6.1.4 Asiakas

Asiakastasolla aineistosta tunnistettiin yksi pääluokka hoitoon vaikuttavat tekijät, jonka alle jaoteltiin alaluokat: asenne, motivaatio, sitoutuminen, tunnekokemukset, sosiaalinen tuki, terveystaidot, liikuntataidot, tuet ja vakuutukset ja hoitosuhteen laatu. Asiakastasolla liikuntamotivaation puute oli aineistossa useimmin toistunut liikkumisreseptien ja liikuntaneuvonnan toteutumiseen vaikuttanut tekijä (Albert ym. 2022; Attalin ym. 2012; Dauenhauer ym. 2006; Escobar-Roldan ym. 2012; Morgan ym. 2021; Radovic ym. 2017). Tämä ilmeni aineistossa sekä asiakkaiden kiinnostuksen, motivaation ja sitoutumisen puutteena, ohjeiden noudattamatta jättämisenä sekä muiden hoitomuotojen suosimisena. Ylipainon (Attalin ym. 2012) ja ikääntyneiden hoidossa (Dauenhauer ym. 2006) asiakkaan motivaation puute oli kyseisten tutkimusten merkittävin estävä tekijä.

Kuvio 7. Koonti sisällönanalysista estävät tekijät asiakas



Attalin ym. (2012) mukaan ylipainon hoidossa asiakkaiden liikuntamotivaation puute oli 63 % lääkäreistä mukaan merkittävin este liikkumisreseptin käytölle. Myös Dauenhauer ym. (2006) mukaan ikääntyvien hoidossa asiakkaiden liikuntamotivaation puute oli esteistä tekijöistä merkittävin. Escobar-Roldan ym. (2012) mukaan mielenterveysasiakkaita hoitaneista lääkäreistä 33 % koki, etteivät asiakkaat ole kiinnostuneita liikuntasuosituksista ja 27,6 % koki, että asiakkaat ovat heikosti sitoutuneita liikuntaan. Myös (Radovic ym. (2017) aikuisiän masennuksessa hoidossa asiakkaat eivät välttämättä toteuta liikkumisreseptimääräystä, vaikka sellainen annettaisiin. Albert ym. (2022) mukaan sen sijaan yleislääkäreistä vain 5 % koki, että asiakkaan motivoituneisuus liikkumisreseptiin oli este liikkumisreseptin käytölle. Escobar-Roldan ym. (2012) mukaan 23,3 % asiakkaista suosi mielenterveydenhäiriöiden hoidossa liikunnan sijaan muita hoitomuotoja, kuten lääkkeitä tai psykoterapiaa.

Muita asiakkaasta lähtöisin olevia tekijöitä, jotka vaikuttivat liikkumisreseptin käyttöön, olivat asiakkaan terveys- ja liikuntataidot, liikuntatiloihin liittyvät tunnekokemukset, sosiaalinen tuki sekä mahdolliset tuet ja vakuutukset. Dauenhauer ym. (2006) mukaan ikääntyvien hoidossa se, että asiakkaat eivät tiedä kuinka harjoitella, oli toiseksi merkittävin este liikkumisreseptin käytölle. Asiakkaat eivät myöskään tunteneet harjoittelun terveyshyötyjä ja lisäksi kuntoilutilat koettiin usein pelottavina. Myös sosiaalinen tuki nähtiin merkittävänä tekijänä harjoittelun toteutumiseksi. (Dauenhauer ym. 2006.) Din ym. (2015) mukaan sosiaalisen tuen nähtiin lisäävän liikkumista. Myös asiakkaan ja lääkärin välisellä yhteistyöllä oli merkitys hoidon toteutumiseen (Morgan ym. 2021; Attalin ym. 2012). Dauenhauer ym. (2006) mukaan ikääntyneiden kohdalla vakuutussuojan puute oli liikkumisreseptimääräyksen toteuttamista estävä tekijä. Myös asiakkaille tarjottavilla erilaisilla kannustimilla ja tuilla voi olla vaikutusta harjoittelun toteutumiseen (Albert ym. 2022). Lisäksi asiakkaille tarjottava mahdollisuus pyytää liikkumisreseptiä itse nähtiin edistävän liikkumisreseptin käyttöä (Morgan ym. 2021).

6.2 Täydentävät tulokset

6.2.1 Terveystieteiden henkilöstön asenteet liikuntaneuvontaan

Aineiston tutkimuksissa terveydenhuollon henkilöstön asenteita mitattiin erillisenä perustana muiden liikkumisreseptin käyttöä estävien ja edistävien tekijöiden toteutumiseksi (Albert ym. 2022; Dauenhauer ym. 2006). Myös tässä katsauksessa terveyden-

huollon henkilöstön asenteita käsiteltiin täydentävinä tuloksina. Aineistossa terveydenhuollon henkilöstön asenteiden nähtiin joko voivan estää tai edistää liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan toteutumista (Albert ym. 2022; Dauenhauer ym. 2006; Gustavsson ym. 2018). Tuloksien mukaan terveydenhuollon henkilöstö suhtautuu kuitenkin pääasiassa positiivisesti liikunnan käyttöön eri sairauksien hoidossa ja ennalta ehkäisyssä (Attalin ym. 2012; Dauenhauer ym. 2006; Din ym. 2015; Gustavsson 2018; Jones ym. 2019; Radovic ym. 2017). Esimerkiksi Attalin ym. (2022) mukaan yleislääkäreistä valtaosa oli vahvasti samaa mieltä (57 %) tai samaa mieltä (39 %) siitä, että liikuntaneuvonta on tärkeä osa ammattikunnan toimintaa. Valtaosa yleislääkäreistä oli myös vahvasti samaa mieltä (68 %) tai samaa mieltä (31 %) siitä, että fyysinen aktiivisuus on heidän asiakkailleen hyödyllistä. Myös Dauenhauer ym. (2006) mukaan lääkäreistä valtaosa piti liikuntaa tärkeänä osana kroonisten sairauksien ennaltaehkäisyä, ja oli sitä mieltä, että perusterveydenhuollolla tulisi olla aktiivinen rooli liikunnan määräämisessä kaikille asiakkaille (Dauenhauer ym. 2006). Escobar-Roldan ym. (2012) mukaan se, että liikuntaneuvonta nähdään hyödyllisenä mielenterveydenhäiriöiden hoidossa ja sitä määrätään kliinisten suositusten mukaan edistää lääkäreistä 33 % mukaan käytön toteutumista.

6.2.2 Liikkumisreseptin määräämismuoto

Aineiston tuloksista saatiin vahvistusta myös sille, että lääkärin määräämä liikkumisresepti ja liikuntaneuvonta toteutuvat useimmiten suullisen keskustelun muodossa (Attalin ym. 2012; Dauenhauer ym. 2006; Radovic ym. 2017). Attalin ym. (2012) mukaan 88 % ylipainoon liittyvästä liikuntaneuvonnasta tapahtui suullisesti, ja ainoastaan 10 % lääkäreistä käytti kirjoitettua reseptiä. Myös Radovic ym. (2017) mukaan Australiassa aikuisiän masennuksen hoidossa käytetystä liikuntaneuvonnasta 96,8 % tapahtui suullisesti. Muita ohjausmuotoja olivat yhteisöpohjaiset ohjelmat (43,2 %), lähete liikuntalan ammattilaiselle (36,8 %) ja harjoitteluun liittyvien esitteiden tarjoaminen (22,4 %). Huolimatta annetuista ohjeista, ainoastaan vähemmistö niistä vastasi kuitenkin kansallisia suosituksia (Attalin ym. 2012; Escobar-Roldan ym. 2012) Samankaltaisesti suositusten toteutumattomuutta kuvailee myös Attalin ym. (2012) osana ylipainonhoitoa Ranskassa. Myös Escobar-Roldan ym. (2012) mukaan osana mielenterveydenhoitoa toteutetusta liikuntaneuvonnasta ainoastaan 24 % sisälsi tarkkoja ohjeita ja vain 30 % ohjeista täytti kansalliset suositukset.

6.2.3 Liikkumisreseptin yleisyys eri sairauksien hoidossa

Aineistosta oli löydettävissä myös täydentäviä suuntavia tuloksia liikkumisreseptin käytön yleisyydestä eri sairauksien hoidossa. Tutkimuksesta, kohderyhmästä ja määräämistarkoituksesta riippuen lääkäreistä 54–94 % kertoo määränneensä liikuntaa hoidoksi asiakkailleen liikkumisreseptin tai liikuntaneuvonnan avulla (Dauenhauer ym. 2006; Escobar-Roldan ym. 2021; Jones ym. 2019; Radovic ym. 2017). Määräämistarkoituksista ylipainon hoidossa liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan käyttö oli yleisintä. Attalin ym. (2012) mukaan valtaosa (94 %) ranskalaisista lääkäreistä kertoi määränneensä liikuntaa ylipainon hoitoon. Albert ym. (2022) mukaan sen sijaan Australialaisista yleislääkäreistä 78 % kertoi kirjoittaneensa liikkumisreseptejä. Yleisimmät syyt kirjoittaa liikkumisresepti olivat ylipaino (85 %), diabetes (80 %), sydän- ja verisuonisairaudet (79 %) ja tuki- ja liikuntaelin sairaudet (64 %).

Mielenterveys sairauksien hoidossa liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan käyttö oli hieman vähäisempää. Escobar-Roldanin ym. (2012) mukaan osana mielenterveys sairauksien hoitoa 58 % terveydenhuollon ammattilaisista Yhdysvalloissa kertoi määränneensä liikuntaa. Sitä hyödynnettiin yleisimmin masennuksen (84,9 %) ja ahdistukset (69,2 %) hoidossa. Radovic ym. (2017) mukaan aikuisiän masennuksen hoidossa 67,5 % tutkimukseen osallistuneista Australialaisista lääkäreistä kertoi määräävänsä liikuntaa joko useimmiten tai aina. Lääkärit pitivät liikuntaa toiseksi parhaana hoitomuotona aikuisiän masennukseen kognitiivisen käyttäytymisterapian jälkeen. Ikääntyneiden hoidossa Yhdysvalloissa 60 % lääkäreistä kirjoitti vähintään yhden tai useamman liikkumisreseptin kuukaudessa (Dauenhauer ym. 2006). Katsaukseen valikoituneista aineistoista ALS:n hoidossa liikunnan hyödyntäminen oli vähäisintä. Kanadalaisista lääkäreistä 54 % kertoi keskustelevansa liikunnasta osana ALS:n hoitoa (Jones ym. 2019). Liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan hyödyntäminen osana eri sairauksien hoitoa vaihteli hoitotarkoituksen mukaan ja maantieteellisesti.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelua

Liikkumisresepti ja liikuntaneuvonta terveydenhuollossa ovat menetelmiä, jotka osaltaan pyrkivät osaltaan vastaamaan globaalin inaktiivisuuden aiheuttamiin terveyshaas-

teisiin (WHO2018b). Tämän katsauksen päähuomio kohdistui niiden tekijöiden tutkimiseen, jotka estävät ja edistävät lääkärin määräämän liikkumisreseptin käyttöä terveydenhuollossa. Katsauksen päätuloksina löydettiin liikkumisreseptin käyttöä estäviä ja edistäviä tekijöitä yhteiskunta, johtaminen, lääkäri ja asiakas tasoilla. Valtaosa katsauksen tuloksista vastasi aiempaa tutkimusnäyttöä. Kuitenkin myös joitakin uusia asioita ja ristiriitaisuuksia suhteessa aiempaan näyttöön oli löydettävissä. Tämän katsauksen tulokset ovat synteesi juuri tähän katsaukseen valikoituneista aineistoista. On kuitenkin todennäköistä, että kokonaiskuva liikkumisreseptin käyttöä estävistä ja edistävästä tekijöistä on tässä katsauksessa esitettyjä tuloksia vielä laajempi ja moniulotteisempi.

7.1.1 Yhteiskunta- ja organisaatiotasot

Ilmiön, eli liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonta tunnettavuus, on perusta aiheeseen liittyvälle yhteiskunnalliselle päätöksenteolle, palveluiden järjestämiselle, resurssien jaolle sekä tieteen ja hoitomuotojen kehitykselle. Katsauksen yksi keskeisimpiä tuloksia oli, että liikkumisreseptiä ja liikuntaneuvontaa koskeva tiedon puute ja menetelmien heikko tunnettavuus ovat merkittävimpiä käyttöä estäviä tekijöitä (Albert ym. 2022; Gustavsson ym. 2018; Morgan ym. 2021; Radovic ym. 2017). Vastaavasti liikkumisreseptin ja liikuntaneuvontaan liittyvän tiedon lisääminen ja tunnettavuuden kasvu toistuivat käyttöä edistävinä tekijöinä (Albert ym. 2022; Gustavsson ym. 2018; Morgan 2021). Morgan ym. (2021) mukaan kansallinen koordinointi edesauttaa liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan tunnettavuuden kasvua. Tulokset ovat samansuuntaisia aiemman aihetta koskevat tiedon kanssa (Leppä ym. 2022). Suomessa Leppä ym. (2022: 10–12, 19–21) mukaan liikuntaneuvonnan markkinointi ja tietoisuuden lisääminen palvelusta nähtiin kehityskohteina. Lisäksi liikuntaneuvonnan toteuttajat toivoivat erityisesti tietoa ja malleja yhteistyöhön terveydenhuollon kanssa. Koulutusta toivottiin myös vaikuttavuuden arviointiin, tilastointiin ja lähetekäytäntöihin. Tuloksien perusteella voidaan ymmärtää, että liikuntaneuvonnan tunnettavuuden kehittäminen edistää liikkumisreseptin käytön toteutumista. Poliittisella ohjauksella, kiinnostuksella ja tuella on merkittävä rooli tunnettavuuden kasvattamisen kansallisessa koordinoinnissa ja palveluiden kehittämisessä.

Yhteiskunnallisella tasolla myös palveluiden saatavuuteen ja saavutettavuuteen liittyvät tekijät nousivat esille suurempana liikkumisreseptin käyttöön vaikuttavana kokonaisuutena. Selkeimmin esille nousivat palveluiden puute, maantieteelliset erot ja julkinen liikenne (Dauenhauer ym. 2006; Din ym. 2015; Morgan ym. 2021). Morgan ym. (2021)

mukaan maantieteelliset erot lähetepoluissa, palveluihin pääsyssä ja saavutettavuudessa ovat merkittäviä. Ajalliset investoinnit ja järjestelmän jatkuva tasapainottaminen ja kehittäminen nähtiin edellytyksinä liikuntaneuvonnan onnistuneelle toteutukselle. Edellä mainitut tekijät eivät nousseet esille teoriaosuudessa, joten niitä ei voida verrata aiempiin tutkimustuloksiin. Tuloksista voidaan kuitenkin päätellä, että palveluiden poliittisella ohjauksella on merkittävä rooli palveluiden toteutumiseen ja kehittämiseen eri puolilla maata.

Johtamistasolla merkittävimpänä liikkumisreseptin käyttöä estävinä ja edistävinä tekijöinä korostuivat kliinisen työn johtamisen osa-alueelta työmenetelmien ja käytäntöjen kehittäminen (Albert ym. 2022; Attalin ym. 2012; Din ym. 2015; Gustavsson ym. 2018; Morgan ym. 2021). Nämä nousivat esille aineistossa ohjeiden ja käytänteiden kehittämisenä, ohjausmateriaalien ja validoitujen työmenetelmien puutteena, dokumentaatioprosessin yksinkertaistamisena ja toiveina automatisoidusta elektronisesta järjestelmästä (Albert ym. 2022; Attalin ym. 2012; Gustavsson ym. 2018; Morgan ym. 2021). Lisäksi Din ym. (2015) kuvasivat lääkäreiden epävarmuutta asiakkaiden valintakriteereistä, lääketieteellisistä vastuista ja palautteen puutteesta asiakkaiden edistymisessä. Löydetty tulokset vastaavat myös aiempia tietoja Suomessa, jossa Leppä ym. (2022: 2–3) kuvailevat liikuntaneuvonnan käytäntöjä kirjaviksi. Liikuntaneuvonnan toteuttajat toivoivat erityisesti tietoa ja malleja yhteistyöhön terveydenhuollon kanssa. Koulutusta toivottiin myös vaikuttavuuden arviointiin, tilastointiin ja lähetekäytäntöihin. (Leppä ym. 2022: 2–3, 10–12, 19–21.) Johdon kiinnostus ja tuki ovat merkittävässä roolissa sellaisten kehittämistoimien toteuttamiseen, jotka edistävät liikkumisreseptin käytön toteutumista osana terveydenhuoltoa. Tarvitaankin toimia, jotka edesauttavat liikuntaneuvonnan integroitumista osaksi terveydenhuoltoa, kuten liikuntaneuvontaan liittyvien ohjeistuksien, käytänteiden, menetelmien ja vastuiden selkiyttäminen ja kehittäminen.

Yksi odotettavista liikkumisreseptin käyttöä estävistä tuloksista oli resurssien puutteen vaikutus liikkumisreseptin käytön toteutumiseen. Liikuntaneuvontaan käytössä olevan ajan, hoitopolkujen, menetelmien, kannustimien ja korvauksien puute vaikuttivat odotettavan negatiivisesti käytön toteutumiseen (Albert ym. 2022; Escobar-Roldan ym. 2012). Jo liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan varhaisissa kehitysvaiheissa Yhdysvalloissa vastaanottoaikojen lyhyys ja riittämätön korvaus konsultaation käytetystä ajasta tunnistettiin käyttöä estävinä tekijöinä (Baer 1997). Myös Suomessa Fyysisen aktiivisuuden edistämisen ohjelman 2001–2004 toteuttajat arvioivat, että lisäresursseilla ohjelman

vaikuttavuus olisi ollut parempi mukaan ohjelman vaikuttavuus olisi ollut parempi (Aittasalo ym. 2006: 26).

7.1.2 Lääkäri ja asiakas

Lääkäritasolla yksi katsauksen päätuloksista oli lääkäreiden osaamisen ja itseluottamuksen puute liikkumisreseptien määräämistä ja liikuntaneuvontaa estävinä tekijöinä (Attalin ym. 2012; Dauenhauer ym. 2006; Escobar-Roldan ym. 2012; Jones ym. 2019; Gustavsson ym. 2018; Morgan ym. 2021; Radovic ym. 2017). Edellä mainitut tekijät toistuivat lääkäritasolla aineistossa useimmin. Tutkimuksista useissa kävi ilmi, että ai-noastaan vähemmistö lääkäreistä on saanut aiheeseen liittyvää koulutusta (Albert ym. 2022; Attalin ym. 2012; Dauenhauer ym. 2006; Escobar-Roldan ym. 2012). Myös lääkäreiden osalta edistävänä tekijöinä toistuivat vastakohtaisesti koulutuksen ja itseluottamuksen lisääminen liikkumisreseptien määräämiseen ja liikuntaneuvontaan (Dauenhauer ym. 2006; Jones ym. 2019; Gustavsson ym. 2018).

Tulokset ovat pääosin samansuuntaisia aiemman tutkimusnäytön kanssa. Yhdysvalloissa jo Baer (1997) painotti, että lääkäreillä oli halua neuvoa potilaitaan lisäämään fyysistä aktiivisuutta, mutta haasteina koettiin muun muassa, ettei heillä ollut asiaan liittyvää osaamista. Suomessa jo osana fyysisen aktiivisuuden edistämisen ohjelmaa 2001–2004 edistävänä tekijöinä nähtiin lääkäreiden luottamuksen vahvistaminen liikuntaneuvonnan toteuttamiseen ja tietoon sen tehokkuudesta kansallisella tasolla (Aittasalo ym. 2006: 26). Myös Sosiaali- ja terveysministeriön (2013) mukaan terveydenhuollon ammattilaiset kokivat liikuntaneuvonnan esteiksi muun muassa koulutuksen puutteen. WHO (2018b: 7) mukaan kuitenkin terveysalan ammattilaisista 75 % ja lääkäreistä 88,5 % koulutukseen sisältyy fyysisen aktiivisuuden hyödyt terveydelle. Tiedot ovat ristiriidassa katsauksen aineistoissa lääkäreiden ilmoittamiin tietoihin vuosilta 2006 ja 2012. Attalin ym. (2012) Ranskassa toteuttaman tutkimuksen mukaan 71 % lääkäreistä ei ollut saanut liikkumisreseptien määräämiseen koulutusta. Dauenhauer ym. (2006) Yhdysvalloissa toteuttaman tutkimuksen mukaan 83 % lääkäreistä ei ollut saanut koulutusta, kuinka määrätä liikuntaa ikääntyville. Tuloksia vertaillen onkin mahdollista, että nykyään fyysisen aktiivisuuden hyötyjä on etenevissä määrin sisällytetty terveysalan ammattilaisten opetusohjelmiin.

Asiakastasolla liikuntamotivaation puute toistui estävistä tekijöistä useimmin. Estävän tekijän voimakkuudessa oli kuitenkin jonkin verran tutkimus- ja asiakasryhmäkohtaista

vaihtelua ja näkemys eroja (Albert ym. 2022; Attalin ym. 2012; Dauenhauer ym. 2006; Escobar-Roldan ym. 2012; Morgan ym. 2021; Radovic ym. 2017). Teoria osuudessa asiakkaiden liikuntamotivaation puute sen oli estävä tekijä, joka ei juurikaan nousut esille aiheen teoriassa (Albert ym. 2022; Attalin ym. 2012; Dauenhauer ym. 2006; Escobar-Roldan ym. 2012; Morgan ym. 2021; Radovic ym. 2017). Tämä saattaa johtua siitä, että kyseinen tekijä on asiakkaaseen liittyvä ja katsauksen teoria tutkii aihetta pääasiassa lääkäreiden näkökulmasta.

7.1.3 Täydentävät tulokset

Katsauksen tutkimuskysymykseen vastaavien tulosten lisäksi, aineistosta saatiin täydentäviä vastauksia sekä tuloksien pohjustamiseksi, että sellaisiin liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan toteutumisen liittyviin kysymyksiin, jotka jäivät teoriassa osin avoimiksi tiedon puutteen vuoksi. Useissa katsauksen aineistoissa terveydenhuollon henkilöstön asenteita mitattiin perustana liikuntaneuvonnan ja sen menetelmien toteutumiselle osana terveydenhuoltoa (Albert ym. 2022; Dauenhauer ym. 2006; Gustavsson ym. 2018). Katsauksen aineistojen mukaan terveydenhuollon henkilöstö suhtautuu pääasiassa positiivisesti liikunnan käyttöön eri sairauksien hoidossa ja ennalta ehkäisyssä (Attalin ym. 2012; Dauenhauer ym. 2006; Din ym. 2015; Gustavsson ym. 2018; Jones ym. 2019; Radovic ym. 2017). Tulokset vastaavat aiempaa tutkimusnäyttöä aiheesta, jonka mukaan terveydenhuollon ammattilaiset kokevat fyysisen aktiivisuuden edistämisen työssään tärkeäksi (Baer 1997; STM 2013: 36). Tutkimusnäyttö asiassa vaikuttaa pääosin vakiintuneelta ei lähteiden ja katsauksen tuloksien perusteella.

Katsauksen täydentävistä tuloksista saatiin myös vahvistusta sille, että lääkärin määräämä liikkumisresepti ja liikuntaneuvonta tapahtuvat useimmiten suullisen keskustelun muodossa (Attalin ym. 2012; Dauenhauer ym. 2006; Radovic ym. 2017). Attalin ym. (2012) mukaan ylipainoon liittyvässä liikuntaneuvonnassa ainoastaan 10 % lääkäreistä käytti kirjoitettua reseptiä. Radovic ym. (2017) mukaan Australiassa aikuisiän masennuksen hoidossa suullista keskustelua hyödynsi 96,8 % lääkäreistä ja 36,8 % hyödynsi lähetettä liikunta-alan ammattilaiselle. Myös Dauenhauer ym. (2006) mukaan suullinen ohjaus oli yleisintä. Tämän opinnäytetyöprosessin aikana kootun tiedon valossa voidaan todeta, että Suomessa liikkumisreseptin käyttö on kehittynyt suuntaan, jossa liikkumisreseptiä hyödynnetään erityisesti liikkumisen puheeksi ottamisen työvälineenä ja lähetteenä lisäohjaukseen terveydenhuollon tai liikunta-alan ammattilaisen vastaanotolle (Leppä ym. 2022: 2–3; UKK-instituutti 2023a; Siitonen 2023). Liikuntaneuvonnan

toteuttamisesta huolehtii useimmiten kunnan liikuntapalvelut (Leppä ym. 2022: 2–3). Katsauksen täydentävät tulokset vastaavat sekä uusinta UKK-instituutin (2023a) sivuilleen 4.10.2023 tekemää päivitystä, jossa liikkumisresepti käsitteen sisältöä määriteltiin uudelleen, että Siitonen (2023) Liikuntaneuvonnan seminaarissa kertomaa lääkäreiden kokemuksista liikkumisreseptin käytöstä terveydenhuollon arjessa. Käsitteen aiemman määrittelyn mukaan liikkumisreseptissä lääkäri ja asiakas laativat yhteistyössä kirjallisen ohjeen liikkumisen lisäämiseksi asiakkaan sen hetkisten resurssien ja yhdessä asetetun tavoitteen mukaisesti (Aittasalon & Vasankarin 2014: 199; Rajavaara ym. 2021: 4.) Liikkumisreseptin toteutuksesta vastaa ensisijaisesti reseptin määrännyt lääkäri (Aittasalon & Vasankarin 2014: 199). Viimeisimmin mainitut tiedot, ovat kuitenkin uusimpien tulosten ja käsitteen määrittelyn myötä osin vanhentunutta tietoa.

Katsauksen teoriassa myös liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan yleisyys ja käyttö eri sairauksissa jäivät epäselviksi. Täydentävillä tuloksilla saatiin suuntaa antavia vastauksia edellä mainittuihin kysymyksiin. Tulokset liikkumisreseptin käytön yleisyydestä olivat kuitenkin osin ristiriitaisia. Katsauksessa tarkastellut tutkimukset oli toteutettu tehty Ranskassa, Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Australiassa ja niissä tarkasteltiin liikkumisreseptin käyttöä osana yleislääketieteen, ikääntyvien, ylipainon, mielenterveysasiakkaiden ja ALS:n hoitoa. Tulosten mukaan lääkäreistä 54–94 % kertoo määränneensä liikuntaa hoidoksi asiakkailleen liikkumisreseptin tai liikuntaneuvonnan avulla (Albert ym. 2022; Attalin ym. 2012; Dauenhauer ym. 2006; Escobar-Roldan ym. 2021; Jones ym. 2019; Radovic ym. 2017). Ylipainon hoidossa Ranskassa menetelmien käyttö oli yleisintä, 94 % lääkäreistä kertoi hyödyntävänsä liikuntaneuvontaa useimmiten tai usein (Attalin ym. 2012). Albert ym. (2022) mukaan sen sijaan Australialaisista yleislääkäreistä 78 % kertoi kirjoittaneensa liikkumisreseptejä. Edellä mainittujen lukujen valossa lääkäreistä valtaosa on hyödyntänyt liikkumisreseptiä ja liikuntaneuvontaa osana työtään. Sen sijaan Gabrys ym. (2015) ja Füzéki ym. (2020) mukaan Saksassa liikkumisreseptin käyttö perusterveydenhuollossa on matalalla tasolla. Gabrys ym. mukaan liikuntaneuvonnan yleisyys perusterveydenhuollossa lääkäreiden toteuttamana oli vuonna 2008–2011 mieslääkäreillä 9,4 % ja naislääkäreillä 7,7 %. Tulokset kuitenkin vastaavat Füzéki ym (2020) näkemyksiä siitä, että tiedot liikuntaneuvonnan toteutumisesta vaihtelevat lähteittäin.

Täydentävät tulokset liikkumisreseptin määräämistarkoituksista olivat samansuuntaisia aiemman tutkimusnäytön kanssa. Esimerkiksi Albert ym. (2022) mukaan yleisimpiä

syitä kirjoittaa liikkumisresepti olivat ylipaino (85 %), diabetes (80 %), sydän- ja verisuonisairaudet (79 %) ja tuki- ja liikuntaelin sairaudet (64 %). Myös teorian mukaan Suomessa liikuntaneuvonnan yleisimmät kohderyhmät olivat liian vähän liikkuvat työkäiset, ylipainosta tai tyypin 2 diabeteksestä kärsivät tai sairastumisriskissä olevat kuntalaiset. Muita kohderyhmiä olivat työttömät ja korkeasta verenpaineesta, tuki- ja liikuntaelinvaivoista tai mielenterveyden haasteista kärsivät kuntalaiset (Leppä ym. 2022: 10–12, 19–21.) Ruotsissa vuonna 2008 toteutetun tutkimuksen mukaan tyypillisimmiksi syiksi määrätä liikkumisresepti raportoitiin tuki- ja liikuntaelinsairaudet (39,1 %), ylipaino (35,4 %), korkea verenpaine (23,3 %) ja diabetes (23,2 %) (Leijon & Bentsen & Nilsen & Ekberg & Ståhle 2008).

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. Tieteellisen tutkimuksen eettisyys ja uskottavuus edellyttävät, että tutkimus on toteutettu hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen. Tutkimustyö edellyttää tekijältään rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta läpi tutkimusprosessin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023.) Tämän opinnäytetyön toteuttamisessa on pyritty noudattamaan tieteellisiä perusarvoja mahdollisimman hyvin. Läpi opinnäytetyöprosessin on pyritty avoimuuteen ja eri työvaiheiden tarkkaan kuvaamiseen. Lähdeviitteiden ja aineistojen kanssa on noudatettu tarkkuutta ja huolellisuutta, jotta alkuperäisilmausten tarkoitukset ovat säilyneet mahdollisimman samaa tarkoittavina. Tämä on huomioitu erityisesti käännettäessä aineistoja englannista suomeksi.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön perustuvassa tutkimuksessa tutkija osoittaa johdonmukaisesti hallitsevansa tutkimusmenetelmiä, tiedonhankintaa ja tutkimustuloksia. Myös tulosten kannalta tieteelliselle tutkimukselle asetettujen vaatimusten täyttäminen on olennaista. Tällä tarkoitetaan, että tutkimuksen tulee tuottaa uutta tietoa, tai osoittaa keinoja, kuinka vanhaa tietoa voidaan hyödyntää ja yhdistellä uudelleen. Eettisesti kestävä tutkimus noudattaa yleisiä pelisääntöjä suhteessa tutkimuskohteeseen, kollegoihin, toimeksiantajiin ja yleisöön. Tutkimustyössään tutkija toimii vilpittömästi ja rehellisesti. (Vilka 2007: 31.) Tämä opinnäytetyö on toteutettu vilpittömästi halusta koota yhteen ja tuottaa uutta tieteellistä tietoa, joka voi osaltaan edesauttaa terveydenhoito- ja liikunta-alojen välisten yhdyspintojen kehitystä ja liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan käytön toteutumista terveydenhuollossa. Kirjallisuuskatsaus oli toteuttajalleen ensimmäinen ja prosessin aikana käytetyt tutkimusmenetelmät ennalta tuntemattomia.

Prosessin toteuttaminen vaatii tekijältään runsaasti uuden tiedon ja menetelmien opettelua ja haltuun ottoa. Tieteellisiä menetelmiä pyrittiin käyttämään ja soveltamaan tekijän parhaan osaamisen mukaan. Edellä mainitut tekijät vaikuttivat kirjallisuuskatsauksen sujuvuuteen. Opinnäytetyön ohjauksella oli prosessille kiistaton merkitys.

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus rakentuu useista tekijöistä läpi tutkimusprosessin aiheen ja tutkimusmetodien valinnasta, tietoperustan keräämisestä, tutkimuksen käytännön toteutukseen ja tulosten analysointiin saakka. Tutkimuksen laatu ja luotettavuus rakentuvat osin tutkijan taidoista käyttää ja soveltaa tutkimusmenetelmiä sekä toteuttaa tutkimuksen kannalta relevantteja valintoja tutkimusprosessin aikana (Vilkkä 2007: 27, 51–51). Tutkijalta vaadittava avoimuus, edellyttää valintojen perustelemista läpi tutkimusprosessin, sekä niiden tekijöiden pohtimista, jotka ovat vaikuttaneet tutkimusprosessin luotettavuuteen.

Tutkijan ammatillinen tausta ja sidokset voivat vaikuttaa tutkimuksessa esiintyviin näkökulmiin. Tämän opinnäytetyön tekijän ammatillisessa taustassa yhdistyvät terveydenhoito- ja liikunta-alojen sekä johtamisen opintojen näkökulmat. Monialainen ammatillinen tausta on edesauttanut moniulotteisen ilmiön ymmärtämistä, mutta voinut vaikuttaa opinnäytetyöprosessin aikana myös objektiivisuutta vähentävästi.

Katsauksen suunnitteluvaiheessa tutkimusongelman, tarkoituksen, tavoitteiden ja rajauksen selkeä määrittely on tärkeää tutkimuksen fokuksen säilyttämiseksi. Myös käsitteet, kohderyhmä ja terveydenhuollon ongelma tulisi tunnistaa tarkoin. Suunnitteluvaiheiden huolellinen toteuttaminen edesauttaa myöhempien vaiheiden toteutusta, ja mahdollistaa tiedonkeruu vaiheessa kyvyn hahmottaa oleelliset tekijät epäolennaisista sekä edesauttaa tutkimuksen selkeyden ja rajauksien ylläpitämistä. (Whitemore & Knafel 2005: 548.) Suunnitteluvaiheessa perusteena metodien valinnalle tulisi käyttää niiden soveltuvuutta tutkimusongelmalle ja tiedonintresseille. (Vilkkä 2007: 51–52) Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin integroiva kirjallisuuskatsaus. Menetelmä nähtiin parhaiten soveltuvaksi sellaisen ilmiön tutkimiseen, josta sen tuoreuden vuoksi arvioitiin löytyvän suhteellisen vähän tietoa. Whitemore & Knafel (2005: 546–548) mukaan integroiva kirjallisuuskatsaus on kuitenkin metodina salliva, jonka vuoksi sen käyttö vaatii erityistä kurinalaisuutta, tarkkuutta ja puolueettomuutta. Tarkkuus on

erityisen tärkeää yhdistettäessä samaan katsaukseen empiiristä ja teoreettista tietoa. (Whittemore & Knafel 2005: 546–548.)

Opinnäytetyöprosessin aloitus vaiheessa kiinnostuksen kohteena oleva ilmiö tunnistettiin haastavaksi ja monialaiseksi aiheeksi, joka liikkuu terveydenhoito- ja liikunta-alojen ja lääketieteen rajapinnoissa. Opinnäytetyön tekijällä oli takanaan jonkin verran aiempia tutkimus- ja menetelmä opintoja avoimesta yliopistosta, jonka vuoksi aiheeseen uskallettiin tarttua. Suhteessa historialliseen kehitykseen ilmiö on tuore, ja opinnäytetyöprosessin aikana siihen havaittiin liittyvän runsaasti epäselkeyksiä. Tällaisia olivat muun muassa vakiintumaton käsitteistö, kansainväliset erot menetelmien toteutuksessa ja vaihtelevat monialaiset näkökulmat, kuten epäselkeydet vastuista terveydenhoito- ja liikunta-alojen välillä. Liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan kehitys on lähtenyt liikkeelle 2000-luvulla ja vauhdittunut Suomessa koronapandemian ja vuoden 2021 jälkeen. Aiheesta löytyvä tieto on kirjoitettu menetelmien eri kehitysvaiheissa ja useiden eri ammattikuntien näkökulmista, jotka kaikki lähestyvät aihetta hieman eri perspektiiveistä. Ilmiön moniulotteisuus yllätti kuitenkin tekijän prosessin aikana. Opinnäytetyön aihe vaatikin tekijältä sinnikkyyttä ja erottelukykä. Tekijän tutkimus- ja menetelmätaitojen kehittyneisyys suhteessa ilmiön haastavuuteen, vaikuttivat opinnäytetyön luotettavuuteen heikentävästi.

Opinnäytetyön kiinnostuksen kohteena olevan ilmiön ymmärtäminen ja rajaaminen vaativat runsaasti aikaa. Aiheeseen liittyvä laaja-alainen tiedonhaku aloitettiin syksyllä 2022 rajauksella ”fyysisen aktiivisuuden edistäminen terveydenhuollossa”. Alustavan tiedonhaun aikana pyrittiin kartoittamaan, millaista tutkimusta aiheesta on tehty, kuinka paljon ja millaisia aukkoja tutkimuksessa on havaittavissa. Edellä mainitun ilmiöön tutustumisen kautta pyrittiin määrittämään kentän kehityksen kannalta ajankohtainen ja tarkkarajainen tutkimusaihe. Alustavaa tiedonhakua toteutettiin tietokannoista JYKDOK, CINAHL, Google Scholar ja METcat Finna suomen ja englannin kielillä. Alustavat haut tuottivat aiheeseen liittyviä tuloksia runsaasti, ja niiden aikana löydettiin terveydenhuollon käyttöön suunniteltu fyysisen aktiivisuuden edistämisen työkalu liikkumisresepti. Aihe rajattiin koskemaan liikkumisreseptiä ja sen käyttöä estäviä ja edistäviä tekijöitä terveydenhuollossa, sillä menetelmän käyttöönotto ei ollut sujunut toivotusti. Tammikuusta 2023 alkaen toteutettiin alustavaa tiedonhakua tarkemmin rajatusta aiheesta. Myöhemmin tutkimuskysymystä tarkennettiin edelleen koskemaan ammatti-

kunnista lääkäreiden määräämää liikkumisreseptiä. Opinnäytetyön tekijän pitkäaikainen ja motivoitunut aiheeseen perehtyminen voidaan nähdä opinnäytetyön luotettavuutta lisäävänä tekijänä.

Historiallisesti tuoreen ilmiön vakiintumaton käsitteistö haastoi myös opinnäytetyön tiedonhakuja ja hakulausekkeen muodostamista. Whittemore ja Knafl (2005: 548–549) mukaan epäjohdonmukaisuudet hakuterminologiassa ja tietokantoihin liittyvät rajoitukset vaikuttavat siihen, kuinka suuri osa aiheen kannalta relevantista tutkimuksesta tavoitetaan tiedonhaun avulla. Toistettavuuden kannalta tiedonhaku tulisi dokumentoida mahdollisimman tarkasti. (Whittemore & Knafl 2005: 548–549.) Tämän opinnäytetyön hakulauseke muodostamiseksi toteutettiin runsaasti testihakuja. Hakusanojen määrittämiseksi testihakuja toteutettiin osin yksi sana kerrallaan, jotta termien relevanttius aiheen kannalta saatiin selvitettyä määrällisesti ja sisällöllisesti. Lopullinen hakulauseke oli pitkäaikaisten testihakujen tulos. Hakulausekkeen muodostamisessa hyödynnettiin myös ohjaajan ja informaattikon apua. Huolimatta, että hakulausekkeen muodostamisessa pyrittiin parhaaseen mahdolliseen kompromissiin tulosten kattavuuden ja riittävän rajauksen välillä, on hakulausekkeen ulkopuolelle todennäköisimmin jäänyt merkittävä määrä tutkimuksen kannalta relevantteja aineistoja. Edellä mainitut tekijät vaikuttavat opinnäytetyön luotettavuuteen heikentävästi.

Aineiston keruu vaiheessa luotettavuuteen vaikuttaa merkittävästi se, kuinka tarkasti ensisijaiset lähteet on harkittu (Whittemore & Knafl 2005: 548). Tämän opinnäytetyön aineistot valikoitiin käymällä läpi tiedonhaun kautta saadut aineistot ensin otsikko tasolla, jonka jälkeen abstrakti ja koko teksti tasoilla jatkoon valikoituneiden artikkeleiden osalta. Aineistojen valikoinnissa noudatettiin tarkasti sisäänotto ja poissulkukriteerejä. Aineistojen hallintaa edesauttoi Zotero-ohjelma, jonka avulla jatkoon päässeet artikkelit siirrettiin aina uudelleen seuraavan valikointivaiheen kansioon. Zoteron avulla alkupe-
räisaineistot olivat myös helposti saatavilla tarkistuksia varten. Katsaukseen tuloksien perustaksi valikoitiin ainoastaan vertaisarvioituja artikkeleita, jotka arvioitiin yksi kerrallaan käyttämällä jokaiselle tutkimustypille soveltuvaa Joanna Briggs instituutin (2019) luotettavuuden arviointi kriteeristöä. Luotettavuus arvioinnissa toteutettiin kriittisyyttä ja vain vähän pisteitä saaneet artikkelit jätettiin ulos katsauksesta luotettavuuden arviointi vaiheessa. Lisäksi katsauksesta jätettiin ulos sellaisia tutkimuksia, joissa tutkimusjoukko oli pieni ja tämän vuoksi tutkimuksen toteuttajat itse arvioivat, että tulokset eivät ole yleistettävissä.

Tulosten analysointi vaiheen tärkeimpiä tavoitteita ovat perusteellinen ja puolueeton primaarilähteiden tulkinta ja näytön innovatiivinen synteesi (Whitemore & Knafel 2005: 550). Aineiston käsittelyn tulee vastata katsauksen tarkoitukseen ja valitut menetelmät tulee perustella. Systemaattisen katsauksessa aineistojen käsittelyn tulisi sisältää seuraavat vaiheet: käsittelymenetelmän valinta, aineistojen esittely sekä aineiston tulosten esittely. Aineiston esittely pyrkii selkeään ja loogiseen etenemiseen sekä aineiston havainnollistamiseen myös visuaalisesti. (Kangasniemi & Pölkki 2015: 83 teoksessa Stolt ym. 2015.) Datan analysointivaihe on yksi kirjallisuuskatsauksen vähiten kehittyneistä vaiheista huolimatta siitä, että se on yksi katsauksen vaikeimpia ja virheille alttiimpia vaiheita. Tämän vuoksi analyysimenetelmä tulisi olla selkeästi tunnistettu ennen katsauksen aloittamista. (Whitemore & Knafel 2005: 550.) Riskeinä on, että lähteistä otettu data voi olla virheellisesti poimittua ja tulkittua. Myös data-analyysi voi olla epätäydellinen, eikä se ole välttämättä tarkka synteesi ensisijaisisten lähteiden kaikesta datasta. (Whitemore & Knafel 2005: 548.) Sisällönanalyysin alkuvaiheessa prosessia on tärkeää tarkastella yhdessä ohjaajan kanssa, jotta analyysi etenee oikeaa suuntaan, luokittelu on johdonmukaista ja vältetään luokkien päällekkäisyyttä (Elo ym. 2022).

Tämän opinnäytetyön analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia, joka arvioitiin parhaiten soveltuvaksi analyysimenetelmäksi aiheelle, josta arvioitiin löytyvän tiedonhaun avulla suhteellisen vähän aiempaa tutkimusta. Induktiivinen sisällönanalyysi, eli aineistolähtöinen analyysi sopii erityisesti aiheille, joiden teoria ei ole vielä vakiintunutta. Sisällönanalyysi aloitettiin poiminta ja koodausvaiheilla, joissa alkuperäiskysymykseen vastaukset ensin poimittiin ja koodattiin väreihin. Toteutuksessa pyrittiin noudattamaan tarkkuutta, jotta kaikki tuloksien kannalta relevantti tieto tulee sisällytettyä osaksi tuloksia. Tämän takaamiseksi aineistot käytiin läpi useaan kertaan ja tarkistuksia toteutettiin runsaasti.

Seuraavassa pelkistämisen- ja luokkiin ryhmittelyvaiheessa ilmaukset siirrettiin uuteen tiedostoon, jossa ne käännettiin suomen kielelle, pelkistettiin, uudelleen järjesteltiin sekä määritettiin ala-, ylä- ja pääluokat. Luokkien määrittämisessä jouduttiin käyttämään runsaasti harkintaa ja pohdinnan tukena käytettiin myös ohjaajalta saatua palautetta. Ilmausten käänös- ja pelkistysvaiheessa pyrittiin tarkkuuteen, jotta ilmausten alkuperäinen tarkoitus säilyi mahdollisimman samaa tarkoittavana. Tuloksien hahmottamista helpottivat tutkijan oman muistin tukemiseksi toteutetut muistiinpanot ja taulukot. Sisällönanalyysi vaiheetta haastoivat erityisesti se, että menetelmä oli opinnäytetyön teki-

jälle uusi, jonka vuoksi se vaati opettelua ja ohjaajan tukea prosessin sujuvuuden taakamiseksi. Lisäksi aineistona käytetyt artikkelit olivat englanninkielisiä, jonka vuoksi sisältöjen kääntämiseen ja ymmärtämiseen kului runsaasti aikaa. Poiminta ja pelkistämismisvaiheiden käännös- ja tulkintavirheiden mahdollisuus ovat opinnäytetyön luotettavuutta heikentäviä tekijöitä.

Tulosten raportointivaihe toteutettiin sisällönanalyysin kautta saatujen tulosten pohjalta. Tuloksissa pyrittiin nostamaan kokonaisuuden ohella keskiöön sellaisia estäviä ja edistäviä tekijöitä, jotka toistuivat aineistossa useimmin. Tulosten raportointivaiheessa tunnistettiin ja pyrittiin välttämään erityisesti riskit: osittainen analyysi, objektiivisuuden väheneminen ja tulkinta. Tuloksien kokonaisuutta pyrittiin havainnollistamaan lukijalle erilaisten kuviodien avulla. Kuvioihin liitettiin artikkeleiden numerot mahdollisia tarkistuksia varten. Tämän opinnäytetyönä toteutetun katsauksen tulokset tuovat esille aineistoon valikoituneissa artikkeleissa liikkumisreseptin käyttöä estävät ja edistävät tekijät. On kuitenkin hyvin todennäköistä, että kokonaiskuva aiheesta on vielä tässä katsauksessa esille nousseita estäviä ja edistäviä tekijöitä huomattavasti laajempi.

Opinnäytetyön aihevalintaa tarkasteltaessa, aiheeksi pyrittiin valitsemaan ajankohtainen ja kentän kehityksen kannalta merkityksellinen aihe. Opinnäytetyöprosessin aikana kuitenkin huomattiin, että aihe on historiallisesti niin tuore, että siihen liittyvä käsitteistö ja tieto päivittyivät ja muuttuivat opinnäytetyöprosessin aikana. Uusimmat opinnäytteen teoriaperustassa hyödynnetyt raportit julkaistiin opinnäytetyöprosessin aikana vuosina 2022 ja 2023 ja ne päivitettiin osaksi työn teoriaa. Myös suomalaisen liikkumisreseptin käsite muuttui ja tarkentui vielä opinnäytetyön viimeistelyvaiheessa. UKK-instituutin (2023b) 4.10.2023 toteutetussa päivityksessä suomalaisen liikkumisreseptin käsite sai uuden merkityksen. Uusi päivittynyt tieto muokattiin viimeistelyvaiheessa osaksi työn kokonaisuutta. Valittu opinnäytetyön aihe voidaankin ymmärtää ajankohtaisena alan kehityksen kannalta. Opinnäytetyöprosessin aikana muuttunut ja päivittynyt käsitteistö ja tieto voidaan kuitenkin nähdä myös opinnäytetyön luotettavuutta ja ajantasaisuutta heikentäneinä tekijöinä. Liikkumisresepti käsitteen päivittyttyä on perusteltua pohtia, oliko opinnäytetyön aihe kuitenkin ollut hyödyllisintä kohdistaa liikuntaneuvontaan tai vähintään sisällyttää käsite "physical activity counseling" osaksi tiedonhakulauseketta. Johtopäätöksiin tultiin kuitenkin vasta liikkumisresepti käsitteen päivittyttyä opinnäytetyön viimeistelyvaiheessa.

7.4 Johtopäätökset

Suomalaisten terveyden, fyysisen kunnon ja toimintakyvyn kasvattaminen on tällä hetkellä ajankohtaisempaa, kuin koskaan aiemmin suomen historiassa. Väestön ikääntyessä ja terveydenhuollon ajautuessa kriisiin resurssien vähentyessä samaan aikaan palveluntarpeen kasvun kanssa, tarvitaan käyttöön kaikki keinot vähentää palveluntarpeen kysyntää kasvattamalla suomalaisten terveyttä. Tutkimusnäyttö liikunnan terveyttä edistävästä ja sairauksia hoitavista vaikutuksista on vahvistunut jatkuvasti 2000-luvulla (OECD & WHO 2023). Tämän myötä sosiaali- ja terveystieteiden (2013: 36–37) mukaan sen merkitys osana terveydenhuoltoa on aktiivisessa kehityksessä. Tämän katsauksen tuloksien sekä aiemman tutkimusnäytön mukaan terveydenhuollon henkilöstön asenteet liikuntaneuvonnan toteuttamiseksi osana terveydenhuoltoa ovat pääosin positiiviset. Tulevaisuudessa tarvitaan kuitenkin useiden eri tahojen yhteistyötä sen tavoitteen saavuttamiseksi, että liikunnan terveyttä edistävä potentiaali on täysimittaisesti hyödynnetty osana terveydenhuollon käytänteitä (STM 2013: 36–37).

Katsauksen tuloksien mukaan erilaisia liikkumisreseptin käyttöön terveydenhuollossa vaikuttavia tekijöitä on löydettävissä yhteiskunta-, johtamis-, lääkäri- ja asiakastasoilta. Liikuntaneuvonnan tunnettavuus, haasteet työmenetelmissä ja käytännöissä sekä lääkäreiden osaamisen ja itseluottamuksen puute korostuivat tässä katsauksessa tekijöistä merkittävimpinä. Löydettyjen tuloksien sekä aiheen historiallisen kehityksen valossa voidaan todeta, että liikkumisresepti ja liikuntaneuvonta ovat toistaiseksi uusia ja osin heikosti tunnettuja menetelmiä, joiden integroituminen osaksi terveydenhuoltoa vaatii runsaasti aikaa ja kehittämistoimenpiteitä. Katsauksen tuloksien perusteella on kuitenkin toteutettavissa runsaasti sellaisia kehittämistoimenpiteitä, joiden avulla liikuntaneuvonnan roolia osana terveydenhuoltoa on mahdollista vahvistaa. Poliittinen ja organisaatioiden johtotasolta lähtevä kiinnostus ja tuki ovat edellytys liikuntaneuvonnan kehitykselle.

Yhteiskunnallisesti palveluiden poliittisella ohjauksella ja kansallisella koordinoinnilla on merkittävä rooli liikuntaneuvonnan tunnettavuuden kasvuun, palveluiden saatavuuteen ja saavutettavuuteen sekä kehitykseen kaikkialla Suomessa. Lisäksi lääketieteen kehitys ja tutkimusnäytön vahvistaminen edesauttavat liikunnan roolin vakiintumista osaksi sellaisten sairauksien hoitoa, joihin sillä on todistetusti positiivinen vaikutus. Organisaatioiden johdolta tarvitaan tukea toimia erilaisille kehittämistoimille. Lisäksi osaamisen johtaminen on merkittävässä roolissa terveydenhuollon henkilöstön liikuntaneuvontaan

liittyvän osaamisen kasvattamisessa. Kaksisuuntaista oppimista terveydenhoito- ja liikunta-alojen välillä tulisi myös lisätä. Onkin esitetty, että liikunnan edistämistä osana lääke- ja hoitotieteiden opetusohjelmia tulisi edelleen vahvistaa (WHO 2018b). Liikuntaneuvonnan kehittämiseen käytetyt ajalliset ja taloudelliset resurssit määrittävät tulevaisuuteen sen, kuinka nopeasti uusin tutkimustieto integroituu osaksi terveydenhuollon henkilöstön osaamista, työmenetelmiä ja käytänteitä ja osaksi asiakkaiden hoitoa.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on liittyä osaksi aiheeseen liittyviä julkaisuja ja julkista keskustelua, joiden kautta liikuntaneuvonnan tunnettavuus kasvaa. Tunnettavuuden kasvu mahdollistaa tulevaisuuteen sen, että liikunnan potentiaali erilaisten sairauksien ennalta ehkäisyssä ja hoidossa on paremmin tunnistettu ja hyödynnetty osana terveydenhuoltoa. Opinnäytetyön tuloksien levittämiseksi, prosessin aikana julkaistiin useita sosiaalisen median päivityksiä kanavissa LinkedIn, Facebook ja Instagram. Tekijän verkostot koostuvat erityisesti terveydenhoito- ja liikunta-alan ammattilaisista. Viimeisessä opinnäytetyöprosessia koskevassa päivityksessä julkaistaan katsauksen tulokset ja tarjotaan niiden hyödyntämismahdollisuutta sellaisille henkilöille ja organisaatioille, joiden työhön niistä voi olla apua. Aiheen vastaanotto sosiaalisessa mediassa yllätti tekijän positiivisuudellaan ja saadun kannustuksen myötä aiheesta ja tuloksien levittämisestä oltiin yhteydessä myös Nuorten lääkärin yhdistykseen (NLY), jonka puheenjohtajan kanssa aiheen mahdollisesta esille nostosta yhdistyksen toiminnassa käytiin alustavaa keskustelua.

7.5 Jatkotutkimus- ja kehittämisideat

Tämän opinnäytetyön avulla löydettiin suunta antavia vastauksia muutamiin liikkumisreseptiä ja liikuntaneuvontaa koskeviin avoimiin kysymyksiin. Aiheeseen liittyvää tiedon vahvistamista ja käytännön kehittämistä osaksi terveydenhuollon rakenteita ja hoitopolkuja riittää tulevaisuuteen. Jatkotutkimus- ja kehittämisideoita voidaan löytää muun muassa seuraavaksi kuvailuista aiheista.

Opinnäytetyön tekijän näkemyksen mukaan liikuntaneuvonnalle ajankohtaisimpia kehitystoimenpiteitä ovat: liikuntaneuvonnan tunnettavuuden kasvattamiseksi tehdyt toimet sekä liikuntaneuvonnan hoitopolkujen, työmenetelmien ja käytänteiden kehittäminen. Edellä mainitut nousivat esille tämän katsauksen merkittävinä liikuntaneuvonnan käyttöä estävinä tekijöinä terveydenhuollon käytännön arjessa. Mainitut kehittämistoimet

suuntautuvat terveydenhuollon sisälle ja terveydenhoito- ja liikunta-alojen välisiin yhdyspintoihin. Vastaavilla toimenpiteillä tuettaisiin liikuntaneuvonnan integroitumista. Lisäksi tutkimus- ja kehittämistoimenpiteitä voidaan kohdistaa siten, että liikunta saadaan vakiinnutettua osaksi sellaisten sairauksien hoitopolkuja, joihin sillä on todistetusti positiivinen vaikutus. Esimerkiksi Lempiäinen, Jyrkkiö, Minn ja Heinonen (2021) ovat toteuttaneet katsauksen liikunnan merkityksestä syöpien ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Katsauksessa todetaan, että liikunnan lisääminen tulisi tuoda osaksi syöpäkliniikoiden ja asiakkaiden jokapäiväistä elämää.

Tämän opinnäytetyön täydentävissä tuloksissa käsiteltiin myös liikkumisreseptin ja liikuntaneuvonnan yleisyyttä eri sairauksissa kansainvälisesti. Toistaiseksi tutkimusnäyttö menetelmien yleisyydestä ja käytöstä eri sairauksissa on kuitenkin ristiriitaista ja vaihtelee lähteiden mukaan. Tulevaisuuteen onkin toivottavaa kehittää tutkimuksen avulla yhdenmukaisia mittareita, joiden avulla edellä mainittuja tekijöitä saadaan mitattua. Tässä katsauksen saatujen tuloksien myötä tulevaisuuteen on perusteltua harkita, tulisiko tutkimusta kohdentaa liikuntaneuvonnan ja liikunnan puheeksi ottamisen tutkimiseen liikkumisreseptin sijaan. Suomessa alan ja menetelmien käyttö vaikuttaa painottuneen vastaavaan suuntaan.

Lähteet

- Aittasalo, Minna & Vasankari, Tommi 2014. Terveysliikunnan edistämisen työvälineitä. Teoksessa: Fagelholm & Vuori & Vasankari. Terveysliikunta. Duodecim. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Aittasalo, Minna & Miilunpalo, Seppo & Kukkonen-Harjula, Katriina. & Pasanen, Matti 2005. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16297442/>.
- Aittasalo, Minna & Miilunpalo, Seppo & Ståhl, Timo & Kukkonen-Harjula Katriina 2006. From innovation to practice: initiation, implementation and evaluation of a physician-based physical activity promotion programme in Finland. *Health Promot Int.* 22 (1). 19-27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17135327/>.
- Albert Francis A & Crowe Melissa J. & Malau-Aduli Aduli E. O. & Malau-Aduli Bunmi. S. 2020. Physical Activity Promotion: A Systematic Review of The Perceptions of Healthcare Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (12). 4358. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124358>.
- Arsenijevic, Jelena & Groot, Wim 2016. Physical activity on prescription schemes (PARS): do programme characteristics influence effectiveness? Results of a systematic review and meta-analyses. *BMJ Open.* 2017;7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28153931>.
- Aslam, Sadaf & Emmanuel, Patricia 2010. Formulating a researchable question: A critical step for facilitating good clinical research. *Indian J Sex Transm Dis AIDS.* 31 (1). 47-50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140151/>.
- Backman, Jouni & Hyssälä, Liisa & Kivelä, Antti & Norppa, Laura & Virta, Sari & Vuolasto, Johanna. 2023. Kulttuurin ja liikunnan vaikutuksen osaksi päätöksenteko- ja ohjauksjärjestelmää. *Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja: 2023:16.* https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164740/OKM_2023_16.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 23.03.2023.
- Baer, N. 1997. Project PACE aims to make physicians exercise advocates. *Canadian Medical Association journal (CMAJ).* 156 (11). 1607-1607. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1227510/pdf/cmaj_156_11_1607.pdf.
- Bennie, J. A & Pedisic, Z & Suni, J. H & Tokola, K & Husu, P & Biddle, S. J.H & Vasankari, T. 2017. Self-reported health-enhancing physical activity recommendation adherence among 64,380 Finnish adults. *Julkaisussa: Scandinavian journal of medicine & science in sports.* 27 (12). 1842-1853. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.metropolia.fi/doi/epdf/10.1111/sms.12863>.
- Broome, Marion 2000. Integrative literature reviews for the development of concepts. In *Concept Development in Nursing, 2nd edn* (Rodgers B.L. & Knafk K.A., eds), W.B.

Saunders Co. Philadelphia. 231–250. https://www.researchgate.net/publication/238248432_Integrative_literature_reviews_for_the_development_of_concepts.

Bull, Fiona 2017. Translating science to inform global policy on physical activity. *Journal of Sports and Health Science* 7. 3-4. <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.metropolia.fi/science/article/pii/S2095254617301291?via%3Dihub>.

Elo, Satu & Kajula, Outi & Tohmola, Anniina & Kääriäinen, Maria 2022. Laadullisen sisällön analyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*. 34 (4). 215–225. https://moodle.metropolia.fi/pluginfile.php/1788771/mod_resource/content/1/Sis%C3%A4ll%C3%B6nanalyysi%20artikkeli.pdf.

EUPAP 2019. EUPAP Guidelide: Part 1 – The PAP-S Methodology. EU Physical activity on Prescription & Co-funded by the Health Programme of the European Union. <https://ec.europa.eu/research/participants/documents/downloadPublic?documentIds=080166e5c8e18a5d&appId=PPGMS>. Viitattu 04.06.2023.

EUPAP 2023. The final phase of EUPAP Project. <https://pre-view.mailerlite.com/o1r7h1z6y5>. Viitattu 30.04.2023.

Exercise is Medicine 2023. What is exercise is medicine – A Global Health Initiative. <https://www.exerciseismedicine.org/about-eim/>. Viitattu 08.05.2023.

Fisher, Christopher 2010. Physical Activity In The Prevention Ans Treatment Of Disease (Online Book Release). Bmedreport. <https://www.bmedreport.com/archives/20143>. Viitattu 08.05.2023.

Foster, Charlie & Shilton, Trevor & Westerman, Lucy & Varney, Justin & Bull, Fiona 2018. "World Health Organisation to develop global action plan to promote physical activity: time for action", *British journal of sports medicine*. 52 (8). 484. <https://www-proquest-com.ezproxy.metropolia.fi/docview/2020443030/fulltextPDF/4134E2BA67044D63PQ/1?accountid=11363>.

Füzéki, Eszter & Weber, Theresa & Groneberg, David A. & Banzer, Winfried 2020. "Physical Activity Counseling in Primary Care in Germany—An Integrative Review", *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17 (15). 5625. Physical Activity Counseling in Primary Care in Germany—An Integrative Review - ProQuest Central – ProQuest. <https://www.proquest.com/central/docview/2431613389/E72BA3010AA44675PQ/12?accountid=11363>.

Gabrys, Lars & Jordan, Susanne & Schlaud, Martin 2015. Prevalence and temporal trends of physical activity counselling in primary health care in Germany from 1997–1999 to 2008–2011. *Int J Behav Nutr Phys Act* 12. 136. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0299-9>.

HOTUS 2023. Tutkimustiedon laadun arvioiminen. <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen/>. Viitattu 01.09.2023.

Husu, Pauliina & Tokola, Kari & Vähä-Ypyä, Henri & Vasankari, Tommi 2022. Liikunta-
raportti – Suomalaisten mitattu liikkuminen, paikallaanolo ja fyysinen kunto 2018–2022.

Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 33/2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164370/OKM_2022_33.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Kallings, Lena 2016. The Organisation of promoting physical activity in health care – examples from the Nordic countries. *Clinical Health Promotion*, 6, Supplement 2. (“Implementation of physical activity in health care - facilitators and barriers” Supplement by the HPH Task Force on Health Enhancing Physical Activity in Hospitals and Health Services), 27-30. https://www.researchgate.net/publication/330523634_The_organisation_of_promoting_physical_activity_in_health_care_-_examples_from_the_Nordic_countries_Clinical_Health_Promotion_6_Supplement_2_Implementation_of_physical_activity_in_health_care_-_facili.

Kallings, L. V. & Leijon, M. & Hellenius, M.L. & Ståhle, A. 2008. Physical activity on prescription in primary health care: a follow-up of physical activity level and quality of life. *Scand J Med Sci Sports*. 18: 154–161. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.metropolia.fi/doi/epdf/10.1111/j.1600-0838.2007.00678.x>.

Kangasniemi, Mari & Pölkki, Tarja 2015. Aineistojen käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa: Stolt, M & Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. 83–96.

Khan, Karim & Thompson, Angela & Blair, Steven & Sallis, James & Powell, Kenneth & Bull, Fiona. & Bauman, Adrian 2012. Sport and exercise as contributors to the health of nations. <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.jyu.fi/science/article/pii/S0140673612608654>.

Kolu, Päivi & Vasankari, Tommi 2018. Esimerkkejä terveyden edistämistoimista käytännössä. Teoksessa: Vasankari, Tommi & Kolu, Päivi & Kari, Jaana & Pehkonen, Jaakko & Havas, Eino & Tammelin, Tuija & Jalava, Janne & Koski, Harri & Pihlainen, Kai & Kyröläinen, Heikki & Santtila, Matti & Sievänen, Harri & Raitanen, Jani & Tokola, Kari. Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnon yhteiskunnalliset kustannukset. 41–55. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160724/31-2018-Liikkumattomuuden%20lasku%20kasvaa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Kukkonen-Harjula, Katriina 2015. Liikkumisresepti-hanke Suomessa ja ulkomaalaisia vastaavanlaisia hankkeita. Käypähoito. <https://www.kaypahoito.fi/nix01209>.

Leijon, ME & Bendtsen, P. & Nilsen, P. & Ekberg, K. & Ståhle, A. 2008. Physical activity referrals in Sweden primary health care – prescriber and patient characteristics, reasons for prescriptions and prescribed activities. *BMC Health Service Research*. BioMed Central. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-201>.

Lempiäinen, Salla & Jyrkkiö, Sirkku & Minn, Heikki & Heinonen, Ilkka 2021. Liikunnan vaikutukset syövän ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 137 (5). 464–469. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16096>.

Leppä Heidi & Nirhamo Essi & Karapalo Inna & Kivimäki Sari 2022. Liikkuva aikuinen: Liikuntaneuvonnan nykytilaselvitys 2022. Liikkuva aikuinen -ohjelma. https://liikuntaneuvonta.fi/wp-content/uploads/sites/3/2022/11/Liikuntaneuvonnan_nykytilaselvitys_2022.pdf. Viitattu 13.04.2023.

Liikkuva Aikuinen -ohjelma 2023. Liikuntaneuvonnan palveluketju rakentuu yhteistyöllä. <https://liikuntaneuvonta.fi/ammattilaisille/liikuntaneuvonnan-palveluketju/>. Viitattu 05.10.2023.

OECD 2022. Physical activity on prescription. Healthy Eating and Active Lifestyles: Best Practices in Public Health. OECDiLibrary. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/c3310e47-en/index.html?itemId=/content/component/c3310e47-en>.

OECD & WHO 2023. Step up! Tackling the Burden of Insufficient Physical Activity in Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/366327/9789289058216-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Public Health Agency of Sweden 2023. EUPAP – A European model for Physical Activity on Prescription. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/living-conditions-and-lifestyle/physical-activity/eupap-a-european-model-for-physical-activity-on-prescription/>. Viitattu 30.04.2023.

Public Health England 2014. Everybody active, everyday – What works – the evidence. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/366113/Evidence_layout_23_Oct.pdf. Viitattu 27.08.2023.

Rajavaara, Johanna & Kivimäki, Sari & Tuunainen, Katariina 2021. Liikuntaneuvonta maailmalla. Liikkuva aikuinen. https://bin.yhdistys-avain.fi/1593028/vwRpMZ3m5MJtDBVA4QeQ0WyaUv/Liikuntaneuvonta_maailmalla_FINAL.pdf.

Rauramaa, Rainer & Kukkonen-Harjula, Katriina & Arokoski, Jari & Hohtari, Hannele & Ketola, Eeva & Kettunen, Jyrki & Komulainen, Pirjo & Kujala, Urho & Laukkanen, Jari & Pylkkänen, Liisa & Savela, Salla & Savonen, Kai & Tikkanen, Heikki 2016. Liikunta. Käypähoito suositus. <https://www.kaypahoito.fi/kht00080>.

Salminen, Ari. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopisto. https://www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

Siitonen, Anna 2023. Näin innostat terveydenhuollon mukaan liikuntaneuvontayhteistyöhön. Liikuntaneuvonnan valtakunnallinen seminaari 27.03.2022. https://liikuntaneuvonta.fi/wp-content/uploads/sites/3/2023/03/LN2023_Anna_Siitonen.pdf. Viitattu 29.04.2023.

Singh, Ben & Olds, Timothy & Curtis, Rachel & Dumuid, Dorothea & Virgara, Rosa & Watson Amanda, & Szeto, Kimberley & O'Connor, Edward & Ferguson, Ty & Eglitis, Emily & Miatke, Aaron & Simpson, EM Catherine, Maher, Carol 2023. Effectiveness of

physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*.
<https://bjsm.bmj.com/content/early/2023/07/11/bjsports-2022-106195>.

Smith-Turchyn, Jenna & Richardson, Julie & Tozer, Richard & McNeely, Margaret & Thabane, Lehana 2016. Physical Activity and Breast Cancer: A Qualitative Study on the Barriers to and Facilitators of Exercise Promotion from the Perspective of Health Care Professionals. *Physiother Can.* 68 (4). 383-390.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5125502/>.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013. Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. https://metropolia.finna.fi/Record/valto.10024_74509.

Stolt, Minna & Axelin, Anna & Suhonen, Riitta 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turku.

Suni, Jaana 2019. Liikkumisen suositusten lyhyt historia. Terveysliikuntapäivät 22.10.2019. <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumisen-suositukset/liikkumisen-suositusten-historia/>. Viitattu 6.10.2023.

Tarnanen, Kirsi & Rauramaa, Rainer & Kukkonen-Harjula, Katriina. Liikunta on lääkettä (Liikunta-suotius). Käypä hoito. 15.08.2016. <https://www.kaypahoito.fi/khp00077>.

Torraco, Richard J. 2005. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Human Resource Development Review*. 4 (3). 356–367.
<https://www.proquest.com/docview/221810269/fulltextPDF/A3EFF088A4414D86PQ/1?accountid=11363>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf. Viitattu 06.10.2023.

UKK-instituutti 2023a. Mikä on liikkumisresepti? Päivitetty: 4.10.2023. <https://ukkinstituutti.fi/elintapaohjaus/liikuntaneuvonta/liikkumisresepti/>. Viitattu 11.10.2023.

UKK-instituutti. 2023b. Työntekijöiden heikkenevä fyysinen kunto haastaa työurat ja talouden. 17.03.2023. <https://ukkinstituutti.fi/ajankohtaista/tyontekijoiden-heikkeneva-fyysinen-kunto-haastaa-tyourat-ja-talouden/>. Viitattu 29.08.2023.

UKK-instituutti 2020. Mikä on liikkumisresepti? Päivitetty: 30.10.2020. <https://ukkinstituutti.fi/elintapaohjaus/liikuntaneuvonta/liikkumisresepti/>. Viitattu 07.08.2023.

Valtioneuvosto 2020. Liikuntapolitiikan koordinaatioelin (LIPOKO) 2020–2023. <https://valtioneuvosto.fi/hanke?tunnus=OKM030:00/2020>. Viitattu 07.05.2023.

Vasankari, Tommi 2023. Tutkimustuloksista tukea liikuntaneuvontaan. Liikuntaneuvonnan valtakunnallinen seminaari 27.03.2023. https://liikuntaneuvonta.fi/wp-content/uploads/sites/3/2023/03/LN20233_Tommi_Vasankari.pdf. Viitattu 29.04.2023.

Vasankari, Tommi & Kolu, Päivi & Kari, Jaana & Pehkonen, Jaakko & Havas, Eino & Tammelin, Tuija & Jalava, Janne & Koski, Harri & Pihlainen, Kai & Kyröläinen, Heikki & Santtila, Matti & Sievänen, Harri & Raitanen, Jani & Tokola, Kari 2018. Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnon yhteiskunnalliset kustannukset. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160724/31-2018-Liikkumattomuuden%20lasku%20kasvaa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuori, Ilkka & Lavie, Carl & Blair, Steven 2013. Physical Activity Promotion in the Health Care System. *Mayo Clin Proc.* 88 (12). 1446–61. <https://www.mayoclinicproceedings.org/action/showPdf?pii=S0025-6196%2813%2900818-5>.

Whittemore, Robin & Knaf, Kathleen 2005. The integrative review: Updated methodology. *Methodological issues in nursing research.* *J Adv Nurs.* 52 (5). 546-53.

WHO 2018a. Global action plan on physical activity 2018-2030. More active people for a healthier world. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?ua=1>.

WHO 2018b. Promoting Physical Activity in the Health sector. Current status and success stories from the European Union Member States of the WHO European Region. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345137/WHO-EURO-2018-3311-43070-60279-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Viitattu 06.03.2023.

WHO 2010. Global status report on non-communicable diseases 2010. https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf. Viitattu 08.01.2023

Kirjoittajat, julkaisuvuosi, maa	Tavoitteet	Menetelmä ja aineiston keruu	Kohdejoukko ja ympäristö	Interventio / asetus	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset	Laadun arviointi pisteet
1. Albert ym. 2022, Australia	Selvittää yleislääkäreiden ja harjoitusfysiologien näkemyksiä fyysisen aktiivisuuden lähtökohtien ja hoidon optimoimiseksi.	Sekamenetelmä: 1. Kvantitatiivinen tiedonkeruu ja analyttiset tekniikat (n=207) Puolistrukturoidut haastattelut (n=25)	Yleislääkärit GP (n= 102) ja liikuntafysiologit EP (n= 105)	Ei erityisiä interventioita	Lääkäreiden kokemat esteet: Lähetepolkujen niukkuus 50 %, Liikunnan tukipalvelut ovat erittäin aliarvostettuja 40 %, Tiedonpuute lähetepoluista 36 %, taloudellisten kannustimien puute 34 %, riittämätön kuulemisaika 22 %, kansallisen tavoitteen ja koordinoitiprosessin puute lähetepolulla 20 %, viitemateriaalien puute 14 %, potilaiden vähäinen motivaatio 5 %. Lääkäreiden suositukset: Liikuntafysiologien parempi näkyvyys 72 %, Jatkuva vuorovaikutus yleislääkäreiden ja liikuntafysiologien välillä 65 %, liikkumisreseptin helppo saatavuus ja käytettävyys 46 %, yleiskatsaus käytettävissä oleviin hoitopolkuihin 43 %, hoitopolkuja koskeva koulutus 37 %, yksinkertainen dokumentointiprosessi 20 %, taloudelliset kannustimet tai tuki asiakkaille 8 %	9/9
2. Attalin ym. 2012, Ranska	Dokumentoi yleislääkäreiden asenteita ja käytäntöjä liittyen fyysisen aktiivisuuden määräämiseen liikalihavuuden hallinnassa	Poikkileikkaustutkimus, kyselylomake	Etelä-Ranskan 254 kaupungin johtavat yleislääkärit (n= 203)	Ei erityisiä interventioita	71 % lääkäreistä raportoi koulutuksensa riittämättömäksi liikunnan määräämiseen, mutta vain 52 % oli kiinnostunut osallistumaan vastaavaan koulutukseen. Potilaiden hoidon noudattamatta jättäminen oli suurin, lääkäreistä 63 % kokema este.	8/8
3. Dauenhauer, 2006, Yhdysvallat	Rakentaa ymmärrystä perusterveydenhuollon lääkäreiden liikuntamääräysten yleisyydestä, asenteista esteistä ja koulutustarpeista asiakasryhmässä ikääntyvät.	Survey	n= 177 lääkäriä, lääkäri avustajaa ja hoitajaa	Ei erityisiä interventioita	47 % perusterveydenhuollon henkilöstöstä ilmoitti, ettei määrää liikuntaa ikääntyneille (85 % ei ollut määräämiseen soveltuvaa koulutusta). Henkilöstön asenteet liikuttaa kohtaan olivat positiivisia. Edistäviksi tekijöiksi nähtiin liikkumisreseptin liittyvä kouluttaminen ja keinot, kuinka ohjata ikääntyviä noudattamaan tarjottuja ohjeita.	6/9

<p>4. Din ym. 2015, Englanti</p>	<p>Tutkii terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiä roolistaan liikunnan edistämisestä ja kokemuksia liikkumisreseptiohjelmasta Walesissa.</p>	<p>Laadulliset puolistrukturoidut ryhmähaastattelut</p>	<p>n=46 terveydenhuollon ammattilaista kuudella paikallisella terveyslautakunnan alueella</p>	<p>Yleislääkäriin tilat</p>	<p>Liikunnan edistäminen koettiin tärkeänä, mutta osin oman asiantuntemuksen ja toimivallan ulkopuolella sekä vähemmän tärkeänä kuin muut terveyttä edistävät toimet. Aktiiviset terveydenhuollon ammattilaisten suosivat elämäntapamuutosten edistämistä lääkkeiden sijaan. Esteet: Maantieteellinen eriytyneisyys, epävarmuus potilaiden valintakriteereistä, lääketieteellistä oikeuksista ja vastuista ja palautteen puute asiakkaiden edistymisestä.</p>	<p>9/10</p>
<p>5. Escobar-Roldan ym. 2021, Yhdysvallat</p>	<p>Kuvata liikkumisreseptin määräys käytäntöjä osana mielenterveydenhoitoa ja arvioida tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa liikkumisreseptin määräys käytäntöihin.</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus</p>	<p>Tutkimus toteutettiin tiedekunnissa ja psykiatrian, lääketieteen ja perhelääketieteen henkilöstön keskuudessa suuressa akateemisessa korkeasteen terveydenhuollon yksiköissä Yhdysvaltojen kaakkoisosassa (n=185)</p>	<p>Ei erityisiä interventioita</p>	<p>Riittämätön tieto ja koulutus olivat yleisimpiä esteitä harjoituksen määräämiselle. Reseptikäytännöissä havaittiin myös merkittäviä eroja riippuen palveluntarjoajan tutkinnosta ja omista harjoitustottumuksista. Todennäköisyys määrätä liikkumisresepti oli 5–9 kertaa todennäköisempi niiden ammattilaisten toimesta, jotka harrastivat liikuntaa säännöllisesti verrattuna inaktiivisiin verrokki kollegoihin.</p>	<p>7/8</p>
<p>6. Gustavsson ym. 2018, Ruotsi</p>	<p>Kuvailla terveydenhuollon ammattilaisten kokemia liikkumisreseptin käyttöä edistäviä ja estäviä tekijöitä ja sen onnistunutta toteutusta perusterveydenhuollossa.</p>	<p>Puolistrukturoidut haastattelut. Tulokset analysoitiin kvalitatiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>18 puolistrukturoitua haastattelua sidosryhmien, eli kymmenen paikallis- tai keskusjohdossa työskentelevän henkilön ja kahdeksan perusterveydenhuollon ammattilaisen kanssa kahdessa alueellisessa terveydenhuoltoorganisaatiossa.</p>	<p>Ei erityisiä interventioita</p>	<p>Onnistuneen toteutuksen vaatimukset: tiedon ja organisatorisen tuen tarve, joka koostuu neljästä pääkategorista: tarve lisätä tietämystä ja myönteisiä asenteita terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa; selkeän ja tukevan hallinnon tarve; keskitettyjen tukirakenteiden tarve; paikallisten tukirakenteiden tarve. Luottamus menetelmään vaihteli terveydenhuollon ammattilaisten kesken. Poliittisten asiakirjojen toimeksiantojen ja terveydenhuollon henkilöstön pyyntöjen välillä vallitsi ristiriitoja. Terveydenhuollon ammattilaiset kokivat liikunnan edistämisen tärkeäksi, mutta pyyntöihin lisäkiinnostuksesta, tuesta, resursseista (aika ja tukirakenteet), vastaus ei ole ollut riittävä. Aika, kirjallisten rutiinien puute ja myös osaamien koettiin esteiksi liikkumisreseptikäytäntöjen toteuttamiselle.</p>	<p>10/10</p>

7. Jones ym. 2019, Kanada	Tuottaa valtakunnallinen yleiskuva terveydenhuollon ammattilaisten asenteista, sosiaalisista paineista, koetuista kyvyistä ja aikomuksista liikkumisreseptin käyttöön ALS-potilaille.	Survey-tutkimus	Lääkärit (n= 25) ja muut terveydenhuollon ammattilaiset (n=53) yhteensä (n=84), jotka työskentelevät ALS-klinikoilla ympäri Kanadaa.	Ei erityisiä interventioita	Aikomukset antaa liikuntaneuvontaa jakautuivat jyrkästi: 24 % epätodennäköistä ja 45 % todennäköistä. Matalin todennäköisyys oli terveydenhuollon ammattilaisilla, jotka kokivat sen olevan ammatilliseen rooliinsa kuulumatonta. Liikkumisreseptin määräämisen esteiksi tunnistettiin: itseluottamuksen ja pätevyyden puute (31 % lääkäreistä), potilaan harjoituksen sietokyky (30 % lääkäreistä), näytön puute (22 % lääkäreistä) infrastruktuurin puute (22 % lääkäreistä).	7/9
8. Morgan ym. 2021, Englanti	Tutkii käsityksiä ja kokemuksia liikkumisreseptistä lähettäjien, toteuttajien ja potilaiden näkökulmista.	Yksilölliset puolistrukturoidut haastattelut. Analysointi teemaattisella analyysillä.	n=50 läheteiden kirjoittajat (n=9), liikkumisreseptin toteuttajat (n=22), potilaat (n=19).	Ei erityisiä interventioita	Analyysissä nousi esille viisi avain teemaa; lähetteen ominaisuudet, maantieteelliset erot läheteessä ja hoitopolulle pääsyssä, tietoisuuden lisääminen hoitopolusta, potilaan ominaisuudet ja konteksti läheteen taustalla. Esteiksi koettiin kuulemisajan ja palautteen puute asiakkain edistymisestä, tiedon puute hoitopoluista ja lähetyjärjestelmästä, joka koettiin aikaa vievänä ja hajanaisena. Edistäviksi tekijöiksi koettiin potilaiden omalahitteet, liikkumisreseptin kasvava maine ja toteuttajien tekemät edistämistoimet.	8/10
9. Radovic ym. 2017, Australia	Tutkia lääkäreiden asenteita ja käytäntöjä koskien liikunnan sisällyttämistä osaksi masennuksen hoitoa sekä estäviä ja edistäviä tekijöitä liikkumisreseptin käytölle.	Survey -tutkimus	n=125 lääkäriä, jotka työskentelevät mielenterveys asiakkaiden ja aikuisiän masennuspotilaiden parissa.	Ei erityisiä interventioita	Liikkumisreseptien määräämiseen positiivisesti olivat yhteydessä osaaminen ja kokemus liikkumisreseptien kirjoittamisesta. Sen sijaan merkittävää yhteyttä lääkärin omien liikuntatottumusten ja liikkumisreseptin kirjoittamisen väliä ei löydetty. Merkittävimmiä esteiksi tunnistettiin käsitys, että liikkumisreseptin toteutus tulisi tapahtua liikunta-alan ammattilaisten toimesta, tiedon puute liikunnasta osana aikuisiän masennuksen hoitoa ja uskomukset, että masentuneet potilaat eivät noudata harjoitteluehjeitä.	9/9

Liikkumisresepti aikuisille



Nimi _____ pvm ____ / ____ / ____

Sotu _____

Nykyinen säännöllinen liikkuminen

		Päivänä viikossa	Tuntia viikossa	Minuuttia viikossa
Kestävyystyypistä liikkumista	kevyesti, hieman hengästyen			
	reippaasti, kohtalaisesti hengästyen			
	rasittavasti, voimakkaasti hengästyen			
Lihaskuntoharjoittelua				
Tasapainoharjoittelua ja/tai ketteryyssiikuntaa (erityisesti yli 65-vuotiaille)				

Liikkumisen riittävyys terveyden kannalta

riittävää riittämätöntä

Istumisen tauottaminen vähintään 2 tunnin välein

toteutuu ei toteudu ei mahdollista

Liikkumisen tavoite

Liikkumisohje

Liikkumismuodot tai -lajit	Päivänä viikossa	Kesto päivässä, minuuttia	Rasittavuus	
			kevyt/reipas/rasittava	Koettu kuormituneisuus (6–20)

Lisäohjeet

- Esite _____
- Ammattihenkilö _____ puh. _____
- Muu _____

Toteutumisen seuranta

Ammattihenkilö _____ puh. _____

- Käynti ____ / ____ / ____ klo ____ : ____
- Puhelin ____ / ____ / ____ klo ____ : ____
- S-posti ____ / ____ / ____ Asiakkaan s-posti: _____ @ _____

Liikkumisreseptin laatijan nimi ja allekirjoitus _____



Prescription – type and dose of physical activity

Aerobic physical activity			Muscle strengthening activity			
Intensity	Duration minutes/session	Frequency days/week	Exercises number/session	Repetitions number/set	Sets number/exercise	Frequency days/week
<input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Vigorous <input type="checkbox"/> Combined	Enter	Enter	Enter	Enter	Enter	Enter

Prescription – form of activity and planning

Choose an alternative	Choose an alternative	Enter other activity
Note how/where/when the activity/activities should be implemented		

Reduce sitting time/sedentary behaviour by:
Enter

To consider

Enter

Support for behaviour change Choose Enter

Expected medical effect

Enter

Follow-up (essential part)

Follow-up by Prescriber Other, who Enter
When Enter time Enter date By Follow-up visit Telephone follow-up Video follow-up

Evaluation

Physical activity (activity minutes per week) [essential part]
 Muscle strengthening activity (days per week)
 Sitting time
 Person's own goal(s) [essential part]

Physical function/capacity
 Disease related factors
 Health-Related Quality of Life
 Other Enter

Referral to activity organiser

Enter the organizer
Diagnosis visible on PAP-S sent to activity organiser Yes No

Approval

Approval to send PAP-S to activity organiser
 Yes, to Enter No

Prescriber

Name First name, surname	Title Choose an alternative
Telephone Enter	Workplace Enter