

Liikuntalääketiede Suomessa

Timo Takala & Arja Uusitalo

Liikuntalääketieteen kehittyminen, nykytilanne ja kehitysnäkymät

Kerstin Ehnholm & Mirja Virtala

Liikuntalääketieteen kehitys valtionhallinnon näkökulmasta



LTS

Liikuntatieteellinen Seura
Finnish Society of Sport Sciences

Liikuntalääketiede Suomessa

Timo Takala & Arja Uusitalo

**Liikuntalääketieteen kehittyminen,
nykytilanne ja kehitysnäkymät (osa I)**

Kerstin Ehnholm & Mirja Virtala

**Liikuntalääketieteen kehitys valtionhallinnon
näkökulmasta (osa II)**

Ohjausryhmä (osa 1):

ylilääkäri Olli J. Heinonen, Paavo Nurmi -keskus, Turku

ylilääkäri Jari Parkkari, Tampereen urheilulääkäriasema, Tampere

ylilääkäri Rainer Rauramaa, Terveystieteiden ja ravinnon tutkimussäätiö, Kuopio

ylilääkäri Harri Selänne, Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö, Jyväskylä

ylilääkäri Heikki Tikkanen, Urheilulääketieteen säätiö, Helsinki

Liikuntatieteellisen Seuran tutkimuksia ja selvityksiä nro 9

© Kirjoittajat, Liikuntatieteellinen Seura ry, Helsinki 2013

Teksti: Timo Takala ja Arja Uusitalo (osa I); Kerstin Ehnholm ja Mirja Virtala (osa II)

Ulkoasu: Mainostoimisto Soihtu

Kirjapaino: Mondia Oy

ISBN 978-951-8982-97-8

ISSN 1798-2464

Tiivistelmä

Selvityksen tarkoituksena on kuvata liikuntalääketieteen kehitystä Suomessa omana lääketieteen erikoisalana ja erikoisalan kansainvälistä kehitystä. Selvitys jakaantuu kahteen toisistaan erilliseen osaan. Ensimmäinen osa antaa kokonaiskuvan erikoisalan nykytilanteesta ja kehitystarpeista pohjautuen liikuntalääketieteen erikoislääkärien keskuudessa tehtyyn kyselytutkimukseen. Toinen osa valottaa Liikuntalääketieteessä tapahtunutta kehitystä valtionhallinnon näkökulmasta, valtion liikuntahallinnossa pitkään toimineiden virkamiesten kuvaamana.

Selvitys tuo esille, että liikunnan merkitys terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitämisessä on korostunut erityisesti viimeisten vuosikymmenten aikana. Lääkärien vastaanotolla antama liikuntaneuvonta on kustannusvaikuttavaa ja liikunnan oikea käyttö osana vammojen ja sairauksien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta on myös saanut entistä suurempaa yhteiskunnallista ja lääketieteellistä merkitystä. Merkittävä havainto on, että liikuntalääketieteen erikoisala perustettiin Suomeen jo vuonna 1985 ja Suomi on sen myötä ollut yksi edelläkävijämaista liikuntalääketieteen erikoisalan kehityksessä. Tällä hetkellä erikoisala on 21:ssä Euroopan maassa, joista 12 on EU-maita. Liikuntalääketieteen varsinainen erikoistuminen ja erikoistumispalvelu (erikoistumiskoulutuksen eriytyvä osa) suoritetaan maamme kuudessa liikuntalääketieteen keskuksessa. Koulutus rahoitetaan osittain opetus- ja kulttuuriministeriön kautta saatavalla valtionavustuksella, mutta siihen ei ole osoitettu ns. erityisvaltionosuutta (EVO-rahoitusta).

Osan I kyselytutkimuksen tulokset osoittivat, että liikuntalääketieteen erikoislääkärit ovat keskimääräistä useammin tohtorin tutkinnon suorittaneita ja dosentteja. Vastanneista kahdellakymmenellä on liikuntalääketieteen tutkinnon lisäksi toisen erikoisalan tutkinto ja 12 heistä toimii pääosin tällä toisella alalla. Keskeinen syy jollakin muulla erikoisalalla toimimiseen on liikuntalääketieteen erikoislääkärien virkojen ja toimien puute muualla, erityisesti julkisessa terveydenhuollossa. Alan erikoislääkärien vastaanottotoiminta tapahtuukin lähinnä yksityissektorilla tai kolmannen sektorin toimintana ja liikuntalääketiede on tästä syystä julkisella alalla osin myös huonosti tunnettu. Nykytilanteessa liikuntalääketieteellisen tiedon ja taidon käyttö täysimääräisesti osana potilaan kokonaisuhoitoa ei siten myöskään toteudu tarkoituksenmukaisesti ja tasa-arvoisesti.

Tämän selvityksen osan I johtopäätöksenä ja keskeisenä suosituksena esitetään, että liikuntalääketieteen kehitysedellytykset turvataan lakisääteisellä erikoistumiskoulutuksen rahoituksella ja perustamalla liikuntalääketieteen virkoja ja tehtäviä myös julkiselle sektorille. Jotta liikuntalääketiede voisi kehittyä akateemisena oppiaineena, pitäisi lääketieteellisiin tiedekuntiin perustaa liikuntalääketieteen professuureja. Tämän ohella alan opetusta pitäisi lisätä ja kehittää lääkäreiden ja muun terveydenhuollon henkilöstön perus- ja jatkokoulutuksessa.

Tämän selvityksen osa II johtopäätöksenä esitetään, että liikuntalääketieteen edistäminen edellyttää nykyistä vahvempaa edunvalvontaa, yhteistyötä ja tiedottamista. Koulutuksen kehittäminen, alan olemassaolon varmistaminen lääketieteen spesialiteettien joukossa, koulutuksen rahoittaminen ja erikoisalan laajentaminen yleisen terveydenhuollon osaksi ovat esimerkkejä toiminnoista, jotka edellyttävät nykyistä vahvempaa yhteiskunnallista panostusta.

Selvityksen osa I tekijät Timo Takala ja Arja Uusitalo ovat toimineet sekä liikuntalääketieteen erikoislääkäreinä että liikuntalääketieteen hallinnollisissa ja edistämistehtävissä. Selvityksen I-osuuteen ovat antaneet kommentteja ja korjaus ehdotuksia professori Ilkka Vuori ja professori Esko Länsimies. Selvityksen osan II tekijät Kerstin Ehnholm ja Mirja Virtala ovat toimineet opetusministeriön virkamiehinä ja osaltaan vaikuttaneet niihin hallinnollisen päätöksenteon valmisteluun, joilla on ollut vaikutusta liikuntalääketieteen kehittymiseen kuluneiden vuosikymmenten aikana.

Sisällys

Tiivistelmä	3
Osa I: Liikuntalääketieteen kehittyminen, nykytilanne ja kehitysnäkymät	5
1. Johdanto	5
2. Liikuntalääketieteen kehittyminen Suomessa	6
3. Liikuntalääketieteen erikoisalan kansainvälinen kehitys	11
4. Erikoislääkärikoulutuksen sisältö, tavoitteet ja toteuttaminen	13
5. Liikuntalääketieteen erikoislääkäriselvitys	14
6. Pohdinta	25
7. Johtopäätökset ja suositukset	26
Lähteet	27
Liitteet	28
Osa II: Liikuntalääketieteen kehitys valtionhallinnon näkökulmasta.....	31
1. Liikuntalääketieteen organisoitumisen askeleet	31
2. Liikuntalääketieteen erikoislääkäritutkinto	32
3. Erikoislääkärikoulutuksen rahoitus	33
4. Liikuntalääketieteen asiantuntemus terveydenhuollon palvelujärjestelmässä	33
5. Kehittämistarpeet	36

Osa 1

Liikuntalääketieteen kehittyminen, nykytilanne ja kehitysnäkymät

Timo Takala & Arja Uusitalo

1. Johdanto

Liikuntalääketiede on yksi lääketieteen 49 erikoistumisalasta. Se perustettiin Suomeen yli 25 vuotta sitten. Erikoisala integroi lääketieteen erikoisalojen, liikuntatieteen ja terveystieteiden tietämystä ja osaamista. Tutkimustieto liikunnan merkityksestä sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa on kuluneen 25 vuoden aikana huomattavasti lisääntynyt. Liikunta on välttämätöntä työ- ja toimintakyvyn säilyttämiselle, mutta siitä on tullut myös lääke potilaiden hoitoon. Lääkärin tarve tuntea ja ymmärtää liikunnan lääkinälliset aiheet, vasta-aiheet, annostelu ja vaaratekijät on kasvanut. Liikuntalääketiede on paitsi erikoisalana lääketieteen osa-alue myös merkittävä osa liikuntatieteen kokonaisuutta.

Terveystieteiden kehitys on vahvasti sidoksissa lääketieteen piirissä tapahtuvaan kehitykseen. Vastasyntyneiden odotettu keskimääräinen elinikä Suomessa on noussut viimeisten 2–3 sukupolven aikana noin 15 vuotta. Tästä suurin osa johtuu yleisestä yhteiskunnallisesta kehityksestä ja noin kolmasosa lääketieteen kehityksestä. Terveystieteiden kasvu on teollistuneissa maissa ollut vuosikymmenien ajan suurempaa kuin bruttokansantuotteen kasvu ja tämän kehityksen on ennakoitu jatkuvan. Terveystieteiden kasvusta suurin osa aiheutuu lääketieteellisen diagnostiikan ja hoidon kehityksestä ja monimutkaistumisesta ja pienempi osa väestön ikääntymisestä (Terveystieteiden tulevaisuus 2006). Elämäntapatekijät ovat tulleet yhä tärkeämmiksi sairastavuutta ja sairauksien aiheuttamia kustannuksia lisääviksi tekijöiksi. Tällaisia elintavoista johtuvia terveysongelmia ovat mm. lihavuus, verenpainetauti ja tyypin 2 diabetes. Esimerkiksi hoidossa olevia tyypin 2 diabetesta sairastavia henkilöitä oli Suomessa vuonna 2010 lähes 230 000. Tämän ohella tiedetään, että tyypin 2 diabetesta sairastavista vain noin puolet on diagnosoitu. Kun lisäksi arvioidaan, että sairaus yleistyy nopeasti, lienee sairaiden määrä tällä hetkellä jo noin puoli miljoonaa ja epäsuotuisan kehityksen on arvioitu jatkuvan nopeana (esimerkiksi Koski 2010).

Vähäisellä fyysisellä aktiivisuudella tai suoranaishalla liikkumattomuudella on ratkaiseva merkitys terveydelle, hyvinvoinnille ja fyysiselle suorituskyyvylle (esim. Lee et al. 2012). Liikunnan määrällä on suora vaikutussuhde useiden sairauksien ehkäisyyn ja hoitotasapainoon, sillä liikunnan määrän lisäys saattaa omalta osaltaan vaikuttaa epäsuotuisien elintapojen muuttumista terveellisemmiksi. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan mukaan terveyden edistymisen vaatii tulevaisuudessa entistä enemmän jokaisen kansalaisen vastuuta omasta ja läheistensä terveydestä (Terveystieteiden tulevaisuus 2006). Tähän liittyy oleellisesti fyysisen aktiivisuuden lisääminen.

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin julkaiseman liikunnan Käypä hoito -suosituksen (Duodecim, 2010) keskeisenä sanomana on, että liikunnan lisääminen on keskeinen elintapamuutos useiden kansanterveydellisesti tärkeiden pitkäaikaissairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa sekä itsenäisenä toimenpiteenä että yhdistettynä muihin elintapamuutoksiin ja hoitoihin. Lääkärin keskeinen tehtävä on arvioida liikunnan aiheet, vaarat ja sairauksiin liittyvät liikkumisrajoitteet sekä motivoida liikkumaan. Erityistä huomiota tarvitsevan ryhmän

muodostavat ikääntyneet henkilöt. Heidän fyysisen ja psyykkisen toimintakykynsä ylläpidossa liikunnalla on keskeinen merkitys.

Sairaudet, joissa suositusten mukaan liikuntaa voidaan käyttää osana ennalta ehkäisyä, hoitoa tai kuntoutusta (www.kaypahoito.fi) ovat sepelvaltimotauti, aivoinfarkti ja aivoverenvuoto, perifeerinen valtimotauti, sydämen vajaatoiminta, sydämen rytmihäiriöt, lihavuus, kohonnut verenpaine, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, metabolinen oireyhtymä, tyypin 2 diabetes, heikentyneet kognitiiviset toiminnot mukaan lukien Alzheimerin tauti, masennus, osteoporoosi, nivelrikko, niskakipu, epäspesifinen selkäkipu, fibromyalgia, nivelreuma, selkärankareuma, ahtauttavat keuhkosairaudet, syövät kuten rintasyöpä ja paksunsuolen syöpä, ja virtsan karkailu.

Liikuntaa lisääviä toimia ja niiden kustannusvaikuttavuutta väestötasolla on selvitetty muun muassa liikuntaan houkuttelevien sisätilojen ja liikuntaympäristöjen rakentamisen, liikuntamahdollisuuksien lisäämisen, tiedotuskampanjoiden ja sosiaalisen tuen tarjoamisen osalta (Kiiskinen ym., 2008) kuten taulukosta 1 ilmenee.

Lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten tekemien liikunta-interventioiden vaikuttavuutta on tutkittu mm. Isossa-Britanniassa ja Uudessa Seelannissa. Lääkäriin tai muun terveydenhuollon henkilön antama henkilökohtainen liikuntaneuvonta lisää terveyden kannalta riittävästi liikkuvien osuutta ja on useassa tapauksessa kustannustehokasta (Kiiskinen ym. 2008, Orrow ym. 2012 (Garrett ym. 2011)). On kuitenkin huomattava, että interventioiden kustannusvaikuttavuus ei välttämättä takaa, että niiden monistaminen olisi väestön terveyden kannalta kovinkaan merkittävää. Muissa maissa toteutettujen toimenpiteiden siirtäminen Suomen olosuhteisiin ei myöskään välttämättä johda samanlaisiin tuloksiin. Kansallisiin tutkimusaineistoihin perustuvien mallien kehittämiseen onkin viime aikoina panostettu mm. Australiassa (Segal ym. 2006) ja laajaa kansanterveysvaikutusten arviointimallia on sovellettu lasten ja nuorten lihavuudenehkäisyä koskevassa hankkeessa (Haby ym., 2006). Myös Suomessa liikuntaa lisäävien toimenpiteiden kustannusvaikuttavuuden selvittäminen on välttämätöntä, jotta terveyden edistämisen eri keinoja voidaan kattavasti arvioida ja resursseja osataan kohdentaa tarkoituksenmukaisesti (Kiiskinen ym. 2008, OKM 2009.)

Kulttuuri- ja urheiluministeri Stefan Wallin esitti Liikuntalääketieteen Päivillä vuonna 2008, että alan toimijat selvittäisivät liikuntalääketieteen erikoisalan asemaa ja merkitystä Suomessa. Liikuntatieteellinen Seura ja sen liikuntalääketieteen valiokunta saivat OKM:ltä toimeksianton selvityksen tekemiseksi vuosina 2009–2011. Tämän selvityksen tarkoituksena oli kuvata, miten liikuntalääketiede on kehittynyt Suomessa omaksi erikoisalakseen ja millainen on ollut alan kansainvälinen kehittyminen. Toisaalta selvityksellä pyritään antamaan kokonaiskuva alan nykytilanteesta.

Tämän selvityksen ovat toteuttaneet professori LKT Timo Takala ja dosentti LT Arja Uusitalo. Liikuntatieteellisen Seuran liikuntalääketieteen valiokunta (Olli Heinonen, pj, Jari Parkkari, Rainer Rauramaa, Harri Selänne ja Heikki Tikkanen) on toiminut hankkeen ohjausryhmänä. Aineiston toimittamisessa selvityksen tekijöitä avusti pääsihteeri Kari L. Keskinen Liikuntatieteellisestä Seurasta.

Selvitystä täydentää Kerstin Ehnholmin ja Mirja Virtalan laatima erillisselvitys (osa II) otsikolla ”Liikuntalääketieteen kehitys valtionhallinnon näkökulmasta”.

2. Liikuntalääketieteen kehittyminen Suomessa

Urheilulääketiede 1930-luvulta 1960-luvulle

Suomalaisten kestävyysjuoksijoiden menestyminen 1920- ja 1930-luvuilla sai aikaan sen, että monet lääkärit kiinnostuivat muun muassa aktiivisten ja kilpailu-uran lopettaneiden urheilijoiden terveyden ja fyysisten ominaisuuksien tutkimisesta. Liikuntatieteellisessä Seurassa nousi esiin tarve urheilulääkärikoulutuksen aloittamisesta vuonna 1934. Heikki Savolainen, lääkäri ja moninkertainen olympiavoittaja, esitti urheilulääkäritoiminnan käynnistämistä Suomessa

Toimenpide	Vaikuttavuus	Kustannusvaikuttavuus
Sisätilojen arkkitehtuuri (portaiden käyttöön kannustava)	Vaikeasti tutkittava alue. Ei tutkimusnäyttöä.	Ei taloudellisia tutkimuksia.
Ympäristön mahdollistavat toimet (tiet, kävelyväylät)	Tutkimusnäyttö on liikunnan lisäämisestä erittäin epävarma. Liikuntamahdollisuuksia lisäävät toimet yhdistettynä tietoon liikunnan hyödyistä.	Yksittäisissä tutkimuksissa on löydetty vaikuttavuutta. Vaikea tutkia luotettavasti
Liikuntamahdollisuuksia lisäävät toimet ja tiedotus (saavutettavuus)	Tutkimusnäyttöä on	Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa on saatu näyttö kustannusvaikuttavuudesta.
Kehotteet portaiden käytöstä hissin oven viereen	Vaikuttavuusnäyttöä on.	Taloudellista tutkimustietoa ei ole saatavissa.
Tiedotuskampanjat	Voidaan käyttää osana monitahoista terveyden edistämisen projektia.	Taloudellisesta vaikuttavuudesta ei näyttöä.
Sosiaaliseen tukeen perustuva interventio	Jonkin verran on näyttöä vaikuttavuudesta.	Ei taloudellista tutkimusnäyttöä.
Liikuntainterventiot (vapaaehtoisilla)	Fyysistä aktiivisuutta voidaan intervention avulla lisätä. Intensiiviset interventiot olivat lyhyitä tehokkaampia. Henkilökohtainen liikuntaohjelma ja toteutettavuus kotiloissa sekä säännöllinen seuranta lisäävät intervention onnistumista.	Kustannusvaikuttavaa.
Perusterveydenhuollossa (fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen tähtäävät interventiot)	Fyysinen aktiivisuus voi lisääntyä lyhyellä aikavälillä (3-4 kk). Perusterveydenhuollossa saavutetut tulokset ovat vähäisempiä kuin vapaaehtoisilla koehenkilöillä tehtyjen tutkimusten tulokset.	Kustannusvaikuttavaa.

Taulukko 1. Liikunnan lisäämistoimien vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus (Kiiskinen ym. 2008)

tutustuttuaan Saksan ja Unkarin toimintaan alalla. Urheilulääkäritoimintaa perusteltiin sekä kilpaurheilun että liikuntakasvatuksen näkökulmasta. 33 lääkäriä ja lääketieteen kandidaattia perustivat Suomen Urheilulääkäriyhdistyksen vuonna 1938. Yhdistyksen tarkoituksena oli saattaa yhteen urheilusta ja sen edistämisestä kiinnostuneet lääkärit ja lääketieteen kandidaatit, edistää urheilulääketieteellistä tutkimustyötä sekä avustaa urheilijoiden ja nuorison huollossa maamme urheilujärjestöjä ja kouluja.

Yhdistykseen muodostettiin kolme jaostoa: tieteellinen jaosto, joka huolehti urheilulääketieteellisistä tehtävistä, liikuntakasvatusjaosto, joka vastasi koululaitokseen liittyvistä kysymyksistä ja käytännöllisten asioiden jaosto, joka toteutti urheilijoiden lääkintähuoltoa ja tutkimusten käytännön järjestämistä. Tieteellinen kiinnostus kohdistui muun muassa vartalotyyppeihin, fyysiseen suorituskyykyyn sekä verenkierto- ja hengityselimistön tutkimiseen.

Koulutus- ja tutkimustoiminta oli alusta lähtien vilkasta. Kansainvälisen toiminnan vilkastuttamiseksi yhdistys järjesti vuonna 1959 Helsingissä ensimmäisen pohjoismaisen urheilulääkäririkokokouksen. Varsinaiseen käytännön työhön päästiin Stadionin Urheilulääketieteellisen poliklinikan aloitettua toimintansa kesällä 1946. Toiminta jatkui Stadionilla innokkaiden liikunnasta ja urheilusta kiinnostuneiden lääkäreiden ja lääketieteen kandidaattien avulla aina 1980-luvun alkuun saakka kunnes toiminta siirtyi Urheilulääketieteen Säätiön Helsingin Urheilulääkäriaseman toiminnaksi. Yhdistys painotti heti toimintansa alussa koko kansan liikuntaharrastuksen ja fyysisen kunnon ylläpidon tärkeyttä. (Rehunen, 1989). Turun yliopiston fysiologian laitoksen yhteyteen perustettiin vuonna 1957 lääketieteellinen tutkimusyksikkö (Turun yliopiston Urheilututkimusasema).

International Council of Sport Science and Physical Education ICSSPE) julkaiseman Directory of Sport Science teoksen mukaan ensimmäinen virallinen määritelmä liikuntalääketieteestä annettiin Kölnin Kardiologian ja Liikuntalääketieteen Instituutissa vuonna 1958. Sen mukaan liikunta-/urheilulääketiede sisältää sellaisia teoreettisia ja käytännöllisiä lääketieteen osa-alueita, jotka tutkivat yhtäältä liikkumisen, fyysisen harjoittelun ja urheilun sekä toisaalta liikunnan puutteen vaikutuksia terveisiin ja sairaisiin henkilöihin ja urheilijoihin, ja joita voidaan soveltaa käytännön toimenpiteissä (sairauksien ja vammojen) ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa.

Valtion urheilulautakunta (nykyisen valtion liikuntaneuvoston edeltäjä) totesi vuonna 1959 urheilijoiden lääkintähuollon kehittämisestä muun muassa, että ”kyse on perustan luomisesta sille, että voitaisiin kehittää yhteistyötä urheilupiirien ja lääkäreiden kesken urheilua edistävän tieteellisen tutkimustoiminnan, terveystarkastusten ja hoidon kehittämiseksi. Myös lääkäreiden panosta urheilijoiden valmennuksessa olisi tehostettava” (Hartiala ym., 1967).

Opetusministeriö (OPM) myönsi vuonna 1946 urheilulautakunnan aloitteesta 1 000 markkaa Suomen urheilulääkäriyhdistyksen toiminnan tukemiseen. Vuonna 1958 OPM päätti jakaa veikkausvoittovaroista urheiluun liittyvään tutkimukseen 25 000 markkaa. Summa jaettiin viidelle lääkärielle ja kuudelle muiden alojen edustajalle. Valtion urheilulautakunta käsitteli vuonna 1959 lääkäreiden ja urheilujärjestöjen yhteistyön kehittämistä. Tavoitteena oli urheilijoiden terveystarkastustoiminnan kehittäminen ja lääketieteellisen osaamisen tehostaminen urheiluvalmennuksessa. (Hartiala ym., 1967).

Vuonna 1964 perustettiin Suomeen opetusministeriön tuella kaksi urheilulääkärin virkaa. Työterveyslaitokselle fysiologian osastolle Helsinkiin perustetun viran ensimmäinen haltija oli LL Risto Elovainio ja Turun yliopiston fysiologian laitokselle perustetun LL Ilkka Vuori. OPM laati ohjesäännön urheilulääkärin tehtäväkuvasta. Tehtäviin kuuluivat sen mukaan muun muassa urheilijoiden kunto- ja terveystarkastusten suorittaminen, urheilulääketieteellinen ja fysiologinen tutkimustyö, tarpeellinen valistus- ja opetustyö sekä urheilulääketieteellisen toiminnan organisoiminen ja ohjaaminen yhteistoiminnassa muiden alan elinten ja edustajien kanssa. Jyväskylän yliopiston liikuntatieteelliseen tiedekuntaan perustettiin vuonna 1970 urheilulääketieteen apulaisprofessori (nykyisin liikuntalääketieteen professori). Alan ensimmäinen apulaisprofessori oli LKT Eino Heikkinen.

Urheilulääketiede 1970-luvulla

Suomen urheilulääkäriyhdistys ja Suomen Olympiakomitea alkoivat järjestää urheilusta kiinnostuneille lääkäreille kaksipäiväisiä koulutustilaisuuksia. Vuonna 1974 käynnistyi uusi mittava koulutusmuoto, kun ensimmäinen urheilulääketieteen peruskurssi järjestettiin Vuokatin urheiluoipistolla. Turun ja Helsingin urheilulääkäriasemien lisäksi OPM alkoi taloudellisesti tukea liikuntalääketieteen palvelu- ja tutkimusasemia Oulussa, Kuopiossa, Jyväskylässä ja Tampereella.

OPM:n liikuntatieteellisen toimikunnan mietinnössä vuonna 1979 esitettiin liikunta- ja urheilulääkäritoiminnan yleistavoitteina olevan liikunnan eri muotojen harjoittamiseen sisältyvien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten vaikutusten ja mahdollisuuksien selvittäminen ja käyttö kansalaisten hyvinvoinnin lisäämiseksi. Hyvinvoinnilla mietinnössä tarkoitetaan elämisen tason ja laadun kohottamista, erityisesti terveyden edistämistä, sen säilyttämistä tai palauttamista. Mietinnön mukaan liikunnan hyödyntäminen liikunta- ja urheilulääketieteen avulla tapahtuu siten, että tutkimustyöllä hankitaan tietoa terveyttä edistävän liikuntakäyttämisen piirteistä. Tiedonvälityksellä tuodaan tietoa päätöksentekijöille ja yksityisille henkilöille, ja annetaan näin tiedollinen panos liikuntaedellytysten luomiseen ja oman liikuntakäyttämisen tietopohjaiseen säätelyyn. palvelutoiminnassa kohdennetaan mietinnön mukaan lääketieteellinen ammattitaito liikunnan harjoittamiseen liittyvien erityisongelmien ratkaisemiseksi. (Komiteamietintö 1979, Opetusministeriö). Tästä juontuu OKM:n nykyisinkin käyttämä liikuntalääketieteen keskusten toiminnan jako tutkimustoimintaan, tiedonvälitykseen ja palvelutoimintaan. Suomen urheilulääkäriyhdistys teki esityksen urheilulääketieteen erikoisalan perustamisesta vuonna 1976. OPM:n liikuntatieteellinen toimikunta esitti 1979 liikunta- ja urheilulääketieteen erikoisalan tai suppean erikoisalan perustamista (Komiteamietintö 1979, Opetusministeriö).

Liikuntalääketieteen erikoisalan perustaminen 1980-luvulla

Ajatukset oman erikoisalan tai suppean erikoisalan perustamisesta urheilu- tai liikuntalääketieteeseen konkretisoituivat 1980-luvun alkupuolella, jolloin keskusteluissa ja asiakirjoissa urheilulääketieteen erikoisalan tilalle tuli laaja-alaisempi liikuntalääketiede-nimike. Perusideana oli liikunnan vaikutusten laaja-alainen tutkiminen ja liikunnan ja terveyden välisten yhteyksien selvittäminen ja tutkimustiedon soveltaminen mahdollisimman suoraan myös sairauksien ehkäisyyn ja potilaiden hoitoon. Sen lisäksi alalla pyrittiin kiinnittämään huomiota huippu- ja kilpaurheiluun liittyvien lääketieteellisten ongelmien selvittämiseen ja hoitamiseen. Monet alan pioneerit kiinnittivät alusta lähtien huomiota myös antidoping-toiminnan ylläpitämiseen ja kehittämiseen (Järvinen 2010).

Liikuntalääketieteen erikoisalan perustamista vauhditti maaliskuussa vuonna 1981 Kuopiossa järjestetty Kansainvälinen Puijo Symposium teemalla *Liikuntalääketiede – lääketieteen uusi erikoisala*. Symposiumin esitysten pohjalta syntyi ”Suunnitelma liikuntalääketieteen erikoislääkäriskoulutuksen aloittamiseksi maassamme”. Sen laativat Risto Elovainio, Osmo Hänninen, Markku Järvinen, Timo Kuurne, Rainer Rauramaa ja Ilkka Vuori ja se julkaistiin Suomen Liikuntalääketiede – Finnish Sports and Exercise Medicine -sarjassa (1982;1:4–11). Kuopion korkeakoulun (nykyisin Itä-Suomen yliopisto) fysiologian professori Osmo Hänninen toimi keskeisenä liikuntalääketieteen asian edistäjänä (Järvinen 2010, liite 1). Liikuntalääketieteen erikoisalan tueksi perustetun *Suomen Liikuntalääketiede* -lehden päätoimittajana toimi alkuun professori Osmo Hänninen ja toimitussihteerinä LKT Rainer Rauramaa. Lehden toimituksesta vastasi Kuopion liikuntalääketieteen tutkimuslaitos. Lehden painos oli reilu 10 000 kpl ja se meni ilmaisjakeluna kaikille lääkäreille. Lääketehtas Orionin taloudellisen tuen ansiosta lehden ilmestyminen oli mahdollista neljän vuoden ajan. Ajatus oli, että tuon ajan kuluessa löydettäisiin pysyvä taloudellinen pohja lehden julkaisemiseksi. Ajatus ei kuitenkaan toteutunut.

Suomen Olympiakomitea, Urheilulääketieteen säätiö, Suomen urheilulääkäriyhdistys ja Suomen fysiologiyhdistys tekivät vuonna 1981 yhteisen aloitteen liikuntalääketieteen erikoisalan luomiseksi (Suomen Olympiakomitea, 1981). Lääkintöhallituksen spesialiteettineuvottelukunta asetti samana vuonna erityisen jaoston selvittämään liikuntalääketieteen erikoisalan tai vastaavan suppean erikoisalan perustamisen tarpeellisuutta sekä kyseisen erikoisalan tai suppean erikoisalan niveltämistä maamme terveydenhuoltojärjestelmään. Jaoston tuli selvittää myös alan koulutusvaatimuksia, koulutuspaikkoja ja muita koulutuksessa edellytettäviä näkökohtia.

Jaoston puheenjohtajaksi kutsuttiin professori Kaarlo Hartiala ja jäseniksi Markku Järvinen, Timo Kuurne, Reijo Vihko, Ilkka Vuori ja Markku Äärimaa. Työryhmän sihteeriksi kutsuttiin Manu Jääskeläinen Suomen Lääkäriliitosta. Valmistelutyön aikana työryhmä keskusteli myös monien ulkopuolisten tahojen mm. Lääkintöhallituksen kanssa. Työryhmä jätti mietintönsä

OPM:lle vuonna 1983. Jaoston näkemyksen mukaan liikuntalääketiede täytti erikoisalan kriteerit. Toisen mahdollisen vaihtoehdon, suppean spesialiteetin ”rakennettuna muun erikoisalan päälle”, se katsoi muun muassa johtavan liian kirjaviiniin eikä tarpeeksi kattaviin osaamisprofileihin. Jaosto esittikin näkemyksensä mukaisesti täyden liikuntalääketieteen erikoisalan perustamista. Jaosto asetti liikuntalääketieteen erikoisalan tavoitteiksi (Hartiala, ym. 1983):

1. Yksilön ja väestön terveiden elämäntapojen kehittäminen liikunnallista aktiviteettia lisäämällä ja liikunnan vaikutusten suuntaamisella siten, että sillä on terveyttä säilyttävää, lisäävää tai kuntouttavaa vaikutusta väestöön.
2. Liikuntavammojen ja liikuntaan liittyvien riskitekijöiden ennalta ehkäisy, minimointi ja hoito.
3. Yksilön fyysiseen suoriutuskykyyn liittyvien lääketieteellisten keinojen ja mahdollisuuksien eettisesti hyväksyttävissä oleva hyödyntäminen ja käyttäminen; edellisiin tavoitteisiin liittyvä tieteellinen tutkimustyö sekä tämän tiedon luomiseen ja lisäämiseen liittyvä opetus- ja valistustoiminta.

Esimerkkeinä merkittävistä kohderyhmistä jaosto mainitsi kuntoilijat, kilpaurheilua harjoittava väestönosa, kouluikäiset, vanhuksat ja liikuntarajoitteiset erityisryhmät. Jo 1980-luvun alussa nähtiin, että liikuntalääketieteen kehittäminen on osa yhteiskunnan pyrkimyksiä vaikuttaa terveyttä edistäviin toimintoihin. Liikuntalääketiede nähtiin yhtenä keinona, jolla voidaan vaikuttaa yleisen kansanterveyden myönteiseen kehittämiseen (Hartiala ja Jääskeläinen, 1983). Tämä selvitys osoittaa että tällainen näkemys erikoisalan roolista on kolmen vuosikymmenen aikana voimistunut. Koulutus voitaisiin jaoston mukaan parhaiten toteuttaa maamme kuudessa liikuntalääketieteen keskuksessa.

Työryhmän raportti tuli aikanaan Lääkintöhallituksen spesialiteettineuvottelukunnan käsittelyyn. Lääkintöhallituksen silloinen pääjohtaja, professori Erkki Kivalo, kannatti työryhmän esitystä ja käytti arvovaltaansa niin, että esitys tuli hyväksytyksi. (Markku Järvinen 2010). Liikuntalääketieteen erikoisala päätettiin perustaa vuonna 1985 ja sitä koskeva asetus tuli voimaan seuraavana vuonna.

Kuten Ehnholmin ja Virtalan erillinen selvitys (osa II) osoittaa, erikoisalan perustamisessa keskeistä oli opetusministeriön ja joidenkin ministereiden, kuten Matti Ahteen kannat ja toiminta. Sosiaali- ja terveysministeriö ei pitänyt erikoisalan hyötyä merkittävänä. Koulutusta varten joukko lähinnä muiden erikoisalojen lääkäreitä (dosentteja), jotka työskentelivät liikuntalääketieteen alueella, saivat liikuntalääketieteen erikoislääkärinoikeudet vuonna 1986. Samana vuonna perustettiin erikoistuvien lääkärin toimet kuuteen liikuntalääketieteen keskukseseen OPM:n myöntämällä rahoituksella.

Kiellettyjen aineiden ja menetelmien käytön valvonta

Urheilijan suorituskyvyn parantamisella erilaisilla aineilla on pitkä historia. 1800–1900-lukujen vaihteen molemmiin puoliin yleisin käytetty aine oli alkoholi. Myöhemmin tulivat mukaan piristeet, anaboliset steroidit ja muut lääkkeet. Suomessa hormonien käyttö yleistyi 1960-luvun puolivälin jälkeen.

Doping-valvonnan katsotaan varsinaisesti alkaneen vuonna 1928, kun Kansainvälinen yleisurheiluliitto IAAF laati listat suorituskykyä parantavista kielletyistä aineista. Pian muut kansainväliset lajiliitot seurasivat perässä. Dopingkontrolli toimi kuitenkin aluksi vain teoriassa, sillä ensimmäiset käytännön dopingtestit tehtiin vuoden 1968 Grenoblen talviolympialaisissa. Kansainvälinen Olympiakomitea listasi kielletyt aineet ensimmäisen kerran vuonna 1968. Suomen antidopingtyö terävöityi vuoden 1983 yleisurheilun maailmanmestaruuskilpailujen myötä ja kun Suomeen saatiin dopinganalyysiin akkreditoitu laboratorio (nykyisin Yhtyneet Medix Laboratoriot Oy), joka on yhä ainoa KOK:n akkreditoima dopingtestauslaboratorio Suomessa.

Los Angelesin olympialaisten myötä Suomeen perustettiin vuonna 1984 Kansallinen Dopingtoimikunta (KDT). 1980-luvun lopulla ilmeni tarvetta KDT:n organisaatorakenteen kehittämiseksi ja sen seurauksena syntyi vuonna 1990 Suomen Antidopingtoimikunta (ADT),

joka oli keskeinen osa Liikuntalääketieteen ja testaustoiminnan edistämisyhdistystä (Liite ry) liikuntalääketieteen ja kuntotestaustoiminnan ohella. Samana vuonna Suomi ratifioi Euroopan neuvoston dopinginvastaisen yleissopimuksen.

Hiihdon 2001 MM-kilpailujen tapahtumien johdosta perustettu työryhmä suositti, että antidopingtoimintaa pitää edelleen tehostaa. Suosituksen pohjalta päätettiin perustaa uusi, opetusministeriön rahoittama, itsenäinen organisaatio, joka toimisi Maailman Antidopingtoimisto WADA:n hallintomallin mukaisesti. Liite ry:n toiminta lakkautettiin vuonna 2002. Liikuntalääketieteen ja kuntotestaustoiminnan edistäminen siirrettiin osaksi Liikuntatieteellisen Seuran (LTS) toimintaa ja antidopingtyö vuonna 2001 perustetulle Suomen Antidopingtoimikunnalle (ADT ry). Liikuntalääketieteen erikoistumiskoulutukseen on sisällynyt alusta lähtien antidopingkoulutus.

3. Liikuntalääketieteen erikoisalan kansainvälinen kehitys

Suomi on ollut yksi edelläkävijämaista, joissa liikuntalääketieteestä on tullut itsenäinen lääketieteen erikoisala ja Suomen liikuntalääketieteen osaamista arvostetaan myös kansainvälisesti. Erikoisala on vuonna 2008 tehdyn raportin (EFSMA:n, European Federation of Sports Medicine Associations, internet-sivuilla) mukaan olemassa itsenäisenä erikoisalana 21:ssä Euroopan maassa, joista 12 on EU-maita. Tämän selvitystyön yhteydessä lähestyttiin myös EFSMA:n ilmoittamia sen eri jäsenmaiden yhteyshenkilöitä, joista kuuden maan edustaja vastasi kyselyyn koskien tietoja erikoisalan olemassaolosta ja koulutuksen pituudesta ja rakenteesta.

Vuosina 2009–2012 EU:n tasolla on ollut meneillään koulutusrakenteen yhtenäistämishanke myös liikuntalääketieteen alalla. Työtä on käytännössä tehnyt Euroopan erikoislääkäriiliiton, UEMS:n (European Training Chapter for Medical Specialists) alainen liikunta- ja urheilulääketieteen komitea (MJC, *Multidisciplinary Joint Committee on Sports Medicine*, 29.10.2011) ja samaa työtä on tehty ainakin 37 muulla erikoisalalla. Tämän työn yhteydessä tehdyissä selvityksissä todettiin, että 13 EU maassa 27:stä liikuntalääketieteen erikoisala on itsenäinen erikoisala siten, että koulutuksen pituus kattaa EU:n asettamat vähimmäiskriteerit koulutusohjelman pituudelle. Nämä maat ovat Bulgaria, Espanja, Hollanti, Iso-Britannia, Italia, Irlanti, Latvia, Malta, Portugali, Romania, Slovenia, Suomi ja Tsekin tasavalta. Lisäksi ala on ns. alaeirikoisala (subspesialiteetti) seitsemässä EU-maassa.

Hanke on tuottanut EU-pätevyyteen vaadittavat kriteerit, jotka ovat esillä osoitteessa <http://www.efsm.net/uems.html>. Suomalaiset koulutusvaatimukset ovat pääosin yhtäpitäviä EU-tasojen vaatimusten kanssa.

Erikoisalan nimi vaihtelee maittain. Yleisimmin ja myös EU:ssa nimikkeenä käytetään englanninkielistä sanaparia Sports Medicine, jonka yleinen suomenkielinen käännös on urheilulääketiede. Isossa-Britanniassa on englanninkielisenä nimikkeenä käyttöön alkanut kuitenkin vakiintua Sports and Exercise Medicine, joka kuvaa aiempaa paremmin liikuntalääketieteen koko laajuutta.

Vaikka joissakin Euroopan maissa erikoisala on perustettu jo ennen Suomea, on myös maita, joissa se on perustettu vasta 2000-luvulla. Näistä merkittävimmät ovat Iso-Britannia ja Australia, joissa urheilu- ja liikuntalääketieteellinen toiminta on muutoin ollut erittäin vilkasta ja edistyksellistä. Isossa-Britanniassa erikoisala perustettiin vuonna 2005 Lontoon vuoden 2012 olympialaisten vauhdittamana. Australiassa erikoisala perustettiin vuoden 2009 lopussa. Ison-Britannian ja Australian erikoisalan valmistelutyön ja hakuvaiheen asiakirjoissa (<http://www.fsem.co.uk/DesktopModules/Documents/DocumentsView.aspx?tabID=0&ItemID=114532&Mid=5261&wversion=Staging>, <https://acsp.org.au/modules/content/index.php?id=17>) tuodaan esille, miten liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden hyödyntäminen perusterveydenhuollossa tuo huomattavia säästöjä ja ohjaa potilaita pois muusta erikoissairaanhoidosta (ortopedit, fysioterit ja reumatologit) ja nopeuttaa potilaiden kulkua hoitoketjuissa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että liikuntalääketieteen erikoislääkärit toimivat konsultteina perusterveydenhuollon potilaille,

jolloin läheteet erikoissairaanhoidon vähenevät ja liikunnan käyttö mm. tyypillisten kansantautien ehkäisyssä ja hoidossa voi tehostua.

Samoihin selvityksiin perustuen esitetään, että perusterveydenhuollossa toimivat liikuntalääketieteen erikoislääkärit voivat vastata erikoissairaanhoidosta palautetuista potilaista esim. ortopedisten leikkausten jälkeen. Myös erikoissairaanhoidon puolella tällainen rooli on mahdollinen. Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden mukanaolo julkisen terveydenhuollon hoitoketjuissa toisi asiantuntemusta liikunnan käyttöön sairauksien ja vammojen ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Liikuntalääketieteen erikoislääkäreitä voisi myös käyttää koulutuksessa, tuotekehityksessä ja strategisessa suunnittelutyössä tavoitteena liikunnallisen elämäntavan edistäminen yhteisöissä ja eri ikäryhmissä. Liikuntalääketieteen koulutusta ja tutkimusta vahvistaisi erityisesti alan professuurien perustaminen lääketieteellisiin tiedekuntiin.

Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden erikoisosaamista tulisi kansanterveydellisen ja kliinisen funktion lisäksi käyttää huippu-urheilijoiden hoidossa ja valmennuksen tukena. Australialaisissa selvityksissä arvioitiin, että liikuntalääketieteen erikoislääkäreistä 60–70 % tulisi toimimaan yksityislääkäreinä, 10–20 % yleisissä ja yksityisissä sairaaloissa, 5–10 % kansallisissa urheilu-keskuksissa, 5–10 % yliopistoissa ja 5 % puolustusvoimissa. Niissä maissa, joista saatiin henkilökohtaista tiedonantoa, erikoislääkärit työskentelivät yksityisklinikoissa, julkisissa sairaaloissa ja kaupallisissa liikuntakeskuksissa. Yleinen yhteiskunnallinen tarve on johtanut useissa maissa siihen, että alaa ja alan osaamisen hyödyntämistä terveydenhuolto- ja koulutusjärjestelmässä ollaan kehittämässä ja laajentamassa monimuotoisilla toimintatavoilla.

Vuonna 2005 annettu EU-direktiivi käsittelee ammattipätevyyksiä. Siinä määritellään lyöhyesti myös lääketieteen erikoisalojen koulutus keston mukaan kolmen, neljän ja viiden vuoden koulutusohjelmiin. Yleisesti kuitenkin todetaan, että mikään erikoisalakoulutus ei voi olla riittävä, jos se kestää vain kolme vuotta (Halila selvityksessä Puolijoki ja Tuulonen 2007). Direktiivissä ei oteta tarkemmin kantaa koulutuksen rakenteeseen. Se asettaa kuitenkin raamit koulutusrakenteen standardointityölle. Liikuntalääketieteen erikoisalaa ei mainita direktiivissä, jossa mainitaan 52 muuta lääketieteen erikoisalaa. Tämä ei kuitenkaan ole hidastanut liikuntalääketieteen erikoistumiskoulutuksen standardointityötä EU-tasolla.

Liikuntalääketieteen koulutuksen rakenne ja pituus vaihtelevat huomattavasti eri maissa, mikä ilmenee muun muassa Euroopan erikoislääkäriiliiton ja EFSMA:n selvityksissä. Kesto vaihtelee kahdesta viiteen vuoteen. Lyhimmat koulutusohjelmat eivät johda alan erikoislääkäriin pätevyys, vaan ovat ns. täydentäviä opintoja tai johtavat ns. sub-spesialiteettiin. Koulutus sisältää yleisesti liikunta- ja urheilulääketieteellisen palvelun lisäksi teoria-, perus- ja täydennysopintoja keskeisillä alaan liittyvillä muilla lääketieteen erikoisaloilla. Liikunta- ja urheilulääketieteellisen palvelun pituus vaihtelee kahdesta neljään vuoteen. Joissakin maissa koulutukseen pääsy vaatii kirjallisen ja/tai suullisen kuulustelun läpäisyä.

Liikuntalääketieteen kansainvälistä kehitystä heijastaa se, että uusia kansainvälisiä toimijayhteisöjä on perustettu kehittämään ja tarjoamaan alan koulutusta ja toimintaa. Tällainen on brittiläisten ja kreikkalaisten vuonna 2007 perustama European College of Sports and Exercise Physicians (ECOSEP).

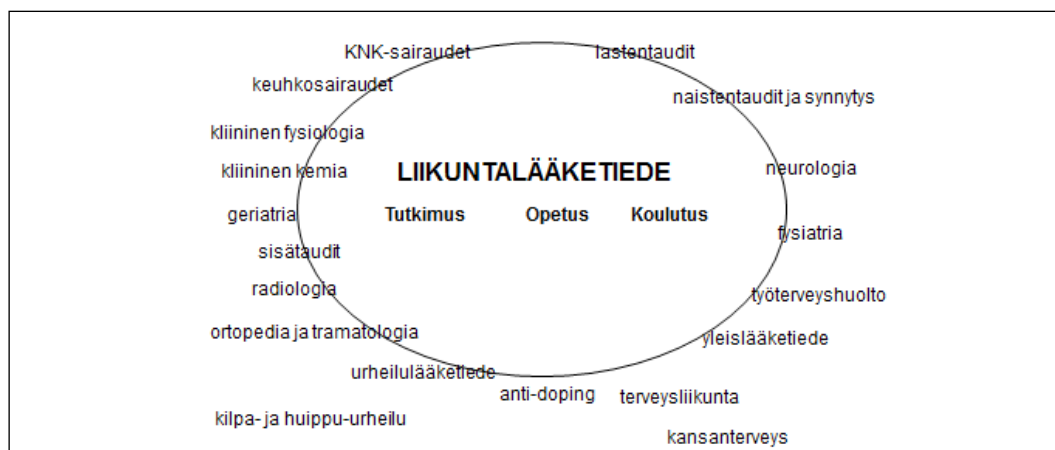
Yhteenvedon liikuntalääketieteen kansainvälisestä kehityksestä voidaan todeta, että liikunta- ja urheilulääketieteen erikoisala on vahvistamassa asemaansa sekä Euroopassa että muualla maailmassa erityisesti lihavuuden, diabeteksen ja muiden elintapasairauksien räjähdysmäisen lisääntymisen takia. Erikoislääkäreiden tarpeellisuus sekä kansanterveydellisinä että terveydenhuollon ja sairaanhoidon kliinisinä toimijoina, kouluttajina ja opettajina sekä liikunnan asiantuntijoina on laajasti todettu. Suositeltavaa on, että myös Suomessa kehitys menee tähän suuntaan, ja että erikoisalan osaamista tullaan vahvistamaan julkisissa terveydenhuollon ja muissa organisaatioissa.

4. Erikoislääkärikoulutuksen sisältö, tavoitteet ja toteuttaminen

Yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien antamien tietojen mukaan liikuntalääketieteeseen erikoistuminen tapahtuu kunkin tiedekunnan oman opetusohjelman ja -vaatimusten mukaisesti. Erikoistumiskoulutuksen kesto on viisi vuotta. Erikoistumisohjelmat eri tiedekunnissa ovat hyvin samankaltaiset, mutta eivät täysin identtisiä. Erikoislääkärien tenttivaatimukset ovat koko maassa yhtenevät. Liikuntalääketieteen erikoistumiskoulutuksen tavoitteina on, että lääkäri tuntee liikunnan terveysvaikutukset eri-ikäisillä, hallitsee liikunnan käytön sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa sekä tuntee liikunnan sydän- ja verenkiertoriskit sekä tuki- ja liikuntaelimestön riskit. Hänen tulee hallita liikunnan aiheuttamien ylläsitustilojen ja vammojen ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus.

Liikuntalääketieteen erikoislääkärin on hallittava terveyden, toimintakyvyn ja fyysisen suori-tuskyvyn selvittämisessä keskeiset menetelmät. Alan erikoislääkärin täytyy lisäksi muun muassa kyetä toimimaan koulutus-, asiantuntija- ja lääkäritehtävissä terveydenhuollon ja liikunnan organisaatioissa. Hänen pitää tietää kilpaurheilussa kielletyt lääkeaineet ja menetelmät ja doping-valvonnan periaatteet. Hyväksytyjen lääketieteellisten menetelmien ja ravitsemustieteellisen tiedon käyttö urheiluvalmennuksen ja tavallisen liikkujan tukena kuuluvat osaamisalueeseen.

Osaamisessa integroituu useiden lääketieteen erikoisaloilla ja erityispätevyyksissä tarvittava tietämys. Näihin kuuluvat muun muassa fysiatria, kliininen fysiologia, työterveyshuolto, kuntoutus, ortopedia ja traumatologia sekä sisätaudit. Kuvassa 1 on esitetty liikuntalääketieteen integroiva luonne. Vastaavanlainen laaja-alainen specialiteetti on esimerkiksi työterveyshuolto. Erikoistumiskoulutuksesta noin puolet tapahtuu yhdessä tai useammassa maamme kuudesta liikuntalääketieteen keskuksesta. Toinen puoli käytännön koulutuksesta on kirurgian, ortopedian ja traumatologian, fysiatrian, kliinisen fysiologian, sisätautien ja/tai muuta erikoisalaa tukevaa sairaalalääkäripalvelua ja koulutusta.



Kuva 1. Liikuntalääketieteeseen integroituu muita erikoisaloja (Tikkanen 2010, luentokalvo).

Lääkärikoulutukseen tarkoitettuja liikuntalääketieteen professuureja tai muita tutkimus- ja opetustoimia ei ole lääketieteellisissä tiedekunnissa, vaikka alan koulutusta niissä annetaankin. Erikoisalan koulutuksen vastuuhenkilöinä yliopistoissa toimivat liikuntalääketieteen keskusten ylilääkärit.

Jyväskylän ja Itä-Suomen yliopistoissa on liikuntalääketieteen opetustoimia terveystieteiden ja terveydenhuollon maisteri- ja tohtorikoulutuksessa. Koulutukseen osallistuu pääosin muun kuin lääketieteen perustutkimuksen suorittaneita eikä se näin ollen liity erikoislääkärikoulutukseen. Lisäksi Jyväskylän yliopistossa on liikuntalääketieteen professuuri terveystieteiden laitoksella.

5. Liikuntalääketieteen erikoislääkäriselvitys

Tätä selvitystyötä varten tehtiin vuonna 2010 kaikille (43 hlöä) työelämässä oleville Suomen liikuntalääketieteen erikoislääkäreille (Lääkäriliiton rekisteri) Webropol-kysely, jota täydennettiin kirjeenvaihdolla. Kyselyllä selvitettiin erikoislääkäreiden suorittamat tutkinnot, tieteellinen ja ammatillinen pätevytyminen, erikoisalan osaaminen ja hyödyntäminen sekä sijoittuminen työelämään. Kyselyyn vastasi 35 liikuntalääketieteen erikoislääkärää (81 % kaikista). Kyselyyn vastanneista 21 (60 %) oli yli 50-vuotiaita. Miehiä vastanneista oli 25 (71 %). Kaikista liikuntalääketieteen erikoislääkäreistä miehiä on 72 % ja koko lääkärikunnasta 47 % (Suomen lääkärin 2010). Kyselyyn vastanneista liikuntalääketieteen erikoislääkärin pätevyyden oli saanut 1980-luvulla seitsemän, 1990-luvulla 15 ja 2000-luvulla 13 lääkärää.

Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden rinnakkainen erikoislääkäritutkinto, erityispätevyys ja tieteellinen pätevytyminen

Kahdeksalla vastanneista oli muu erikoislääkärin tutkinto ennen liikuntalääketieteen tutkintoa. Näistä neljä oli saanut liikuntalääkärin erikoislääkärin oikeudet 1980-luvulla, kun tarvittiin vastuuhenkilöitä erikoislääkärikoulutuksen aloittamista varten. Liikuntalääketieteen tutkinnon jälkeen toisen erikoislääkärin tutkinnon oli suorittanut kaksitoista lääkärää. Yleisimmät näistä rinnakkaisista spesialiteeteista olivat yleislääketiede, ortopedia ja traumatologia, fysiatria ja kliininen fysiologia.

Neljä liikuntalääketieteen erikoislääkärää oli erikoistumassa toiselle lääketieteen erikoisalalle. Liikuntalääketieteen specialistien erikoistuminen myös toiselle alalle on siis yleistä. Selvityksen sanallisten vastausten perusteella keskeinen syy tähän on liikuntalääketieteen virkojen tai toimien puute julkisella sektorilla.

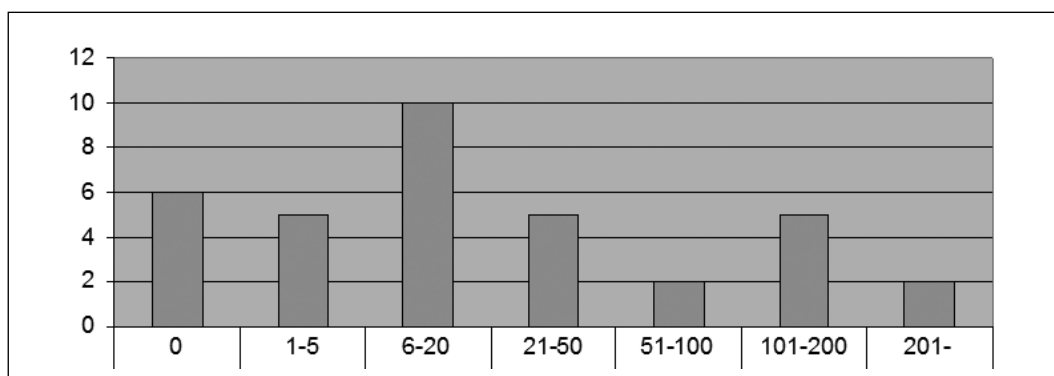
Rinnakkaisten erikoislääkärin tutkintojen lisäksi selvitettiin sitä, kuinka monella ja millainen Suomen Lääkäriliiton myöntämä erityispätevyys kyselyyn osallistuneilla on. Kolmellakymmenellä vastanneella (86 %) oli liiton myöntämä hallinnon pätevyys ja neljällä erityispätevyys (kuntoutus ja liikennelääketiede).

Kyselyyn vastanneista 35 henkilöstä tohtorin tutkinnon oli suorittanut 22 (63 %). Tämä osoittaa alan lääkäreiden erittäin yleistä tieteellistä pätevyitymistä, sillä kaikista Suomessa toimivista lääkäreistä oli väitellyt vain noin kolmannes. On kuitenkin huomattava, että jälkimmäisessä luvussa ovat mukana myös erikoistumattomat lääkärin. Myös dosenttien määrä oli huomattavan suuri, sillä dosenttuuri oli kolmellatoista (37 %) ja näistä kuudella (17 %) dosenttuuri oli liikuntalääketieteen alalla. Vastaajista 24 (69 %) oli julkaissut vähintään kuusi vertaisarvioitua kansainvälistä alkuperäisartikkelia ja 14 (40 %) vastaajaa oli julkaissut yli 20 kansainvälistä artikkelia (kuva 2).

Professori Markku Järvisen mukaan alkuvaiheesta lähtien alan keskeiset edustajat ja kouluttajat olivat voimakkaasti sitä mieltä, että liikuntalääketieteen erikoisalan arvostus yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa sekä lääketieteen sisällä riippuu merkittävästi siitä, miten erikoisala tuottaa korkeatasoista ja myös käytännön lääketiedettä kiinteästi palvelevaa tieteellistä tutkimusta (Järvinen 2010).

Liikuntalääketieteen erikoislääkärin osaaminen ja erikoistumiskoulutuksella saadut valmiudet

Erikoislääkärikyselyssä selvitettiin lääkäreiden omaa arviota siitä, miten he ovat koulutuksen aikana hankineet ja saaneet valmiudet liikuntalääketieteen erikoistumisvaatimuksien eri alueilla. Keskiarvot 1,0–5,0-asteikolla ovat tyypillisesti 4,0–4,5. Erikoislääkärit siis arvioivat saaneensa hankituksi hyvät valmiudet. Alin arvio (2,9) on perehtymisessä terveydenhuollon hallintaan. Tämä voi liittyä siihen, että koulutuksen pääosa tapahtuu liikuntalääketieteen keskuksissa, jotka toimivat erillään julkisen terveydenhuollon hallinnosta. Toiseksi alin arvio (3,2) annettiin perehtymisestä erityisryhmien liikunnan vaatimuksiin. Tämä on ryhmä, johon liikuntalääketieteen



Kuva 2. Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden (n=35) vertaisarvioitujen kansainvälisten alkuperäisartikkeleiden lukumäärä.

erikoislääkäreillä ei juurikaan ole yhteyttä (Karpakka 2010). Koulutuskyselyn avoimessa kohdassa erikoislääkärit toteavat muun muassa, että eri yksiköissä saadut koulutukset poikkeavat toisistaan. Oppiminen riippuu olennaisesti omasta aktiivisuudesta ja siihen vaikuttaa luonnollisesti koulutusyksikön toiminnan profiili. Kommentit ja vastaukset ovat tämän selvityksen liitteissä 2 ja 3.

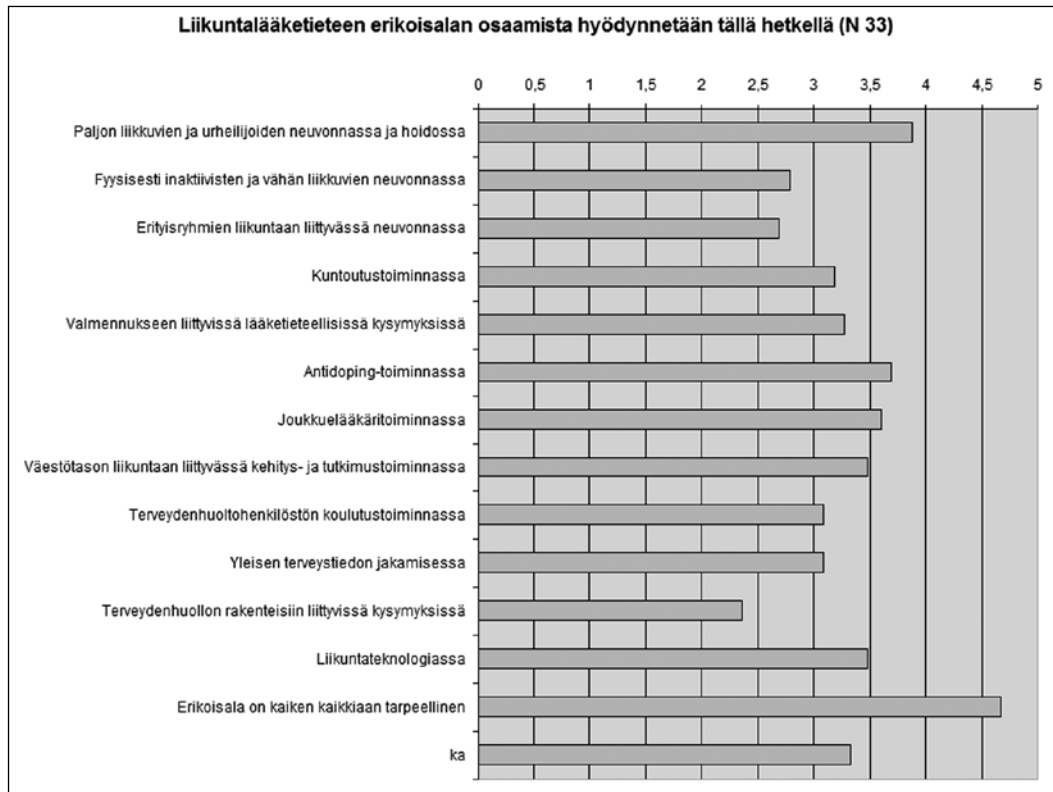
Liikuntalääketieteen erikoisalan osaamisen hyödyntäminen

Kuvasta 3 on nähtävissä, että tehdyn kyselyn mukaan liikuntalääketieteen erikoislääkärit kokevat alan osaamista hyödynnettävän kohtalaisen hyvin liikunnallisesti aktiivisten ja urheilijoiden hoidossa (ka 3,8), antidoping-toiminnassa (3,7) ja joukkueläkäritoiminnassa (3,6). Vähiten erikoisalaa hyödynnetään terveydenhuollon rakenteisiin liittyvissä kysymyksissä (2,3) ja melko vähän myös erityisryhmien ja vähän liikkuvien lääkäripalveluissa (2,7–2,8). Koulutuksessa alan tietojen hyödyntämisen keskimääräinen arvio oli 3,2. Alan kokonaisuuden hyödyntämisen keskiarvo oli 3,3. Liikuntalääketieteen erikoislääkärit näkevät hyödyntämispotentiaalia olevan selvästi nykyistä käyttöä enemmän jokaisella osa-alueella (keskimäärin 4,4). Kuvasta 4 on nähtävissä, että erityisesti alaa toivottaisiin hyödynnettävän lasten ja nuorten liikuntaneuvonnassa ja sairauksien hoidossa (4,7) sekä liian vähän liikkuvien liikkumiseen ohjaamisessa (4,7). Myös koulutustoiminta nähdään tärkeänä (4,5).

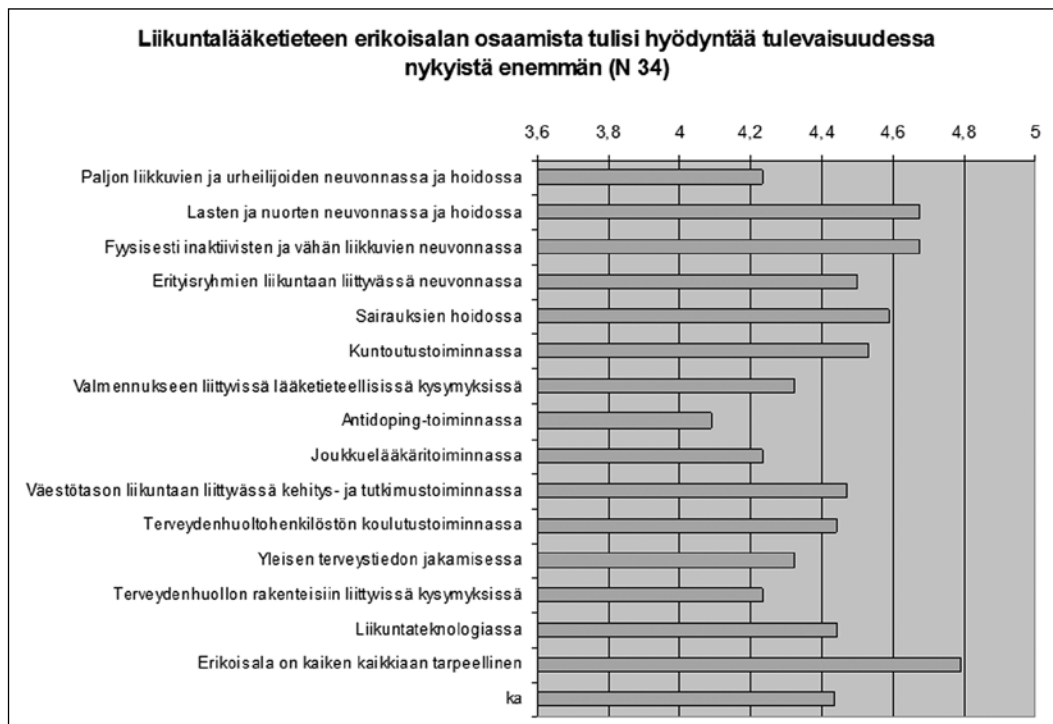
Lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt osaavat hyödyntää liikuntalääketieteen osaamista kohtalaisesti ja alan erikoislääkäreiden arvioiden keskiarvot olivat 3,4–3,5. Jonkin verran paremmin sitä osaavat hyödyntää valmentajat ja urheiluseurat (arvioiden keskiarvo 3,7). Sanallisten kommenttien mukaan jotkut pitävät erikoisalaa huonosti tunnettuna (Liite 2). Tähän liittyy luonnollisesti se, ettei julkisella sektorilla ole liikuntalääketieteen erikoislääkärin virkoja. Vastausten perusteella lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi lisätä erikoisalan hyödyntämistä ja lääketieteellisiin tiedekuntiin tulisi perustaa alan professuureja.

Liikuntalääketieteen erikoisalan toimijoiden sidosryhmien käsitys erikoislääkäreiden toiminnasta

Selvityksen yhteydessä tehtiin vuonna 2010 Webropol -kysely 96:lle sidosryhmien edustajalle tavoitteena saada käsitys heidän tiedoistaan koskien erikoislääkäreiden toimintaa ja osaamiskenttää sekä heidän ajatuksistaan koskien erikoisalan asemaa, tarvetta ja kehitystä. Sidosryhmät olivat terveydenhuollosta, liikunta- ja urheilujärjestöistä, OKM:stä, sosiaali- ja terveysministeriöstä, terveyden alueen tutkimuslaitoksista, terveysjärjestöistä ja urheiluopistoista. Terveydenhuollon edustajiksi valittiin eri lääkäriyhdistysten toimijoita, sillä siten oli helpointa tavoittaa omalla alallaan aktiivisesti toimivat kollegat ja otos oli helposti toteutettavissa eikä koskenut vain tiettyä maantieteellistä aluetta Suomessa. Liikunta- ja urheilujärjestöjen ja terveysjärjestöjen vastaajiksi valittiin sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry jäseniä ja niiden johtohenkilöitä.



Kuva 3. Liikuntalääketieteen erikoislääkärien (N=33) arvio erikoisalan hyödyntämisestä selvitysajankohtana. Arviointiasteikko 1= ei lainkaan, 5= erittäin paljon



Kuva 4. Liikuntalääketieteen erikoislääkärien (N=33) arvio osaamisen hyödyntämisestä tulevaisuudessa. Arviointiasteikko 1= ei lainkaan, 5= erittäin paljon

Ministeriöiden edustajiksi valittiin alan kanssa tekemisissä olleita toimijoita. Myös tutkimuslaitosten edustajat valittiin liikuntalääketieteen alan kanssa tekemisissä olleista toimijoista. Kaikille maamme urheiluopistojen johtajille lähetettiin kysely.

Kysely tuotti 42 vastausta (44 %), jotka jakautuivat seuraavasti: terveydenhuollon edustajat 16 (38 % kaikista vastanneista), liikunta- ja urheilujärjestöjen edustajat kahdeksan (19 %), opetus- ja kulttuuriministeriön edustajat nolla (0 %), sosiaali- ja terveysministeriön edustajat yksi (2 %), tutkimuslaitosten edustajat neljä (9 %), terveysjärjestöjen edustajat kolme (7 %) ja urheiluopistojen edustajat yhdeksän (21 %). Mainitut osuudet vastaavat lähetettyjen kyselyiden jakaumaa.

Vastaajista 23 (54 %) oli 45–54 vuotiaita, 13 (32 %) oli 55–64 vuotiaita ja kuusi (15 %) 35–44 vuotiaita. Suurin osa (33,78 %) oli johdon edustajia. Muut vastaajat olivat toimihenkilöitä (kuusi, 15 %) ja työntekijöitä (kolme, 7 %). Vastaajien koulutustausta jakaantui seuraavasti: terveys- ja sosiaalialan opinnot oli 21:llä (50 %), liikuntatieteelliset opinnot kymmenellä (24 %) luonnontieteellinen koulutus viidellä (12 %), kaupallinen koulutus neljällä (10 %), humanistinen tai kasvatustieteellinen yhdellä (2 %) ja yhteiskunta- tai valtiotieteellinen koulutus samoin yhdellä. Vastaajista 40 (95 %) oli suorittanut ylemmän korkea-asteen tutkinnon ja kaksitoista (5 %) alemman korkea-asteen tutkinnon. Vastaajien edustamien organisaatioiden koko vaihteli seuraavasti: Vastaajista yli 100 työntekijän organisaatiossa työskenteli 15 (36 %), alle viidenkymmenen työntekijän organisaatiossa 17 (39 %), 50–100 työntekijän organisaatiossa seitsemän (17 %) ja alle kymmenen työntekijän organisaatiossa kolme (7 %).

Vastaajista 18 (44 %) tunsi liikuntalääketieteen erikoislääkärien toimenkuvaa ja osaamiskenttää jonkin verran, 14 (34 %) hyvin ja kolme (7 %) erittäin hyvin, mutta toisaalta kuusi (15 %) tunsi asiaa huonosti. Yksikään ei vastannut tuntevansa toimenkuvaa ja osaamiskenttää erittäin huonosti tai erittäin hyvin. Vastaajien organisaatiot käyttivät liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden palveluja keskimäärin harvemmin kuin kerran kuukaudessa; 12 (29 %) käytti palveluja kuukausittain ja 14 (33 %) harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Kolmen vastaajan organisaatio (7 %) käytti kuitenkin palveluja jopa päivittäin, kahden (5 %) viikoittain, mutta 11 (26 %) ei lainkaan.

Vastaajat (N=35) käyttivät liikuntalääketieteen erikoislääkärien osaamista eniten opetus- ja koulutustoiminnassa (15, 35 %). Miltei yhtä usein (13, 32 %) osaamista ei hyödynnetty erikoiskoulutuksen mahdollistamalla tavalla. Liikuntalääketieteen erikoislääkäriä konsultoi 13 vastaajaa (30 %) potilaan/asiakkaan hoidossa ja neuvonnassa ja kymmenen (25 %) tutkimustoiminnassa. Vastanneista viisi (12 %) oli käyttänyt erikoislääkäreitä tiedonvälitystoiminnassa, kolme (7 %) suunnittelutyössä ja kaksi (5 %) muussa asiantuntijatoiminnassa kuten joukkuelääkärinä ja asiantuntijatyöryhmän jäsenenä.

Tulokset vastaavat osittain liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden vastauksia heille tehdyssä kyselyssä, mutta lääkäreillä korostui potilaan/asiakkaan hoito ja neuvonta selvimmin ja työpanoksen käyttöä koulutustoimintaan haluttiin lisätä. Tulosta voi selittää se, että suurin osa liikuntalääkäreiden työstä kentällä on kliinistä, kun taas sidosryhmäkyselyissä korostuvat kohderyhmän näkökulma ja tarpeet. Liikuntalääkäreiden vähäinen käyttö terveydenhuollon rakenteisiin liittyvissä kysymyksissä näkyy myös sidosryhmäkyselyn tuloksissa.

Vastaajilta (N=35) tiedusteltiin myös, miten liikuntalääketieteen erikoisalan toimintaa pitäisi kehittää. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että erikoisalan toimintaa pitää kehittää. Vain yksi vastaaja oli sitä mieltä, että sitä ei tarvitse kehittää lainkaan. Vastaajien mielestä eniten tulisi kehittää opetus- ja koulutustoimintaa (asteikolla 1 ei lainkaan ja 5 erittäin paljon, ka 4.1), toiseksi eniten lisätä perusterveydenhuollon parissa tehtävää liikuntalääketieteellistä toimintaa (ka 3.99) ja kolmanneksi eniten lisätä erikoissairaanhoidon parissa tehtävää liikuntalääketieteellistä toimintaa (3.8). Muita kehityskohteita lähes edellisen tasolla olivat tiedon jakamisen lisääminen sidosryhmille (3.8), alan lääkäreiden toiminnan lisääminen huippu-urheiluorganisaatiossa (3.7), alan tutkimustoiminnan lisääminen (3.6), alan lääkäreiden asiantuntijatoiminnan lisääminen liikuntateknologian parissa (3.6) ja hallinnollisessa suunnittelutyössä (3.3) sekä muun toiminnan lisääminen (3.2).

Tarkempia kehitysehdotuksia sanallisessa muodossa oli runsaasti. Palvelujen saavutettavuutta ehdotettiin parannettavaksi mm. pitämällä yllä rekisteriä alan lääkäreistä ja heidän yhteystiedoistaan ja laajentamalla alueellista saatavuutta. Terveystieteidenhuoltoon toivottiin liikuntaneuvoloita, toimintaa koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon ja erityisryhmien liikunnan ohjaukseen sekä kuntoutukseen. Näiden mahdollisuuksien järjestäminen vaatii liikuntalääketieteen erikoislääkäreille tarkoitettuja virkoja tai tehtäviä etenkin perusterveydenhuoltoon. Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden kytkeminen osaksi julkisen terveydenhuollon kenttää lisäisi heidän arvostustaan ja heidän osaamiskenttäänsä tuntemusta terveydenhuollon toimijoiden parissa. Myös alan professuureja tarvitaan yliopistoihin. Kuntoutuslaitoksissa on perinteisesti toiminut myös liikuntalääketieteen erikoislääkäreitä, mutta selvityksen toteuttamisen aikana heidän osuutensa kuntoutuslaitosten lääkäreistä oli vähäinen. Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden määrää kuntoutuslaitoksissa voisi lisätä heidän työnkuvansa ja siis kuntoutustoiminnan kehittäminen enemmän heidän osaamisaluettaan vastaavaksi.

Urheilu- ja liikuntaorganisaatioiden edustajat halusivat liikuntalääketieteellistä toimintaa kuntotestausasemille, huippu-urheilua palvelevan maan kattavan verkoston sekä vahvaa yhteistyötä olympiakomitean, lajiliittojen ja valmennuskeskusten kanssa. Erikoislääkäreitä toivottiin mukaan myös huippu-urheilun suunnittelu- ja kehitystyöhön sekä antidopingtoimintaan. Kommentit ovat samansuuntaisia niiden käsitysten kanssa, jotka on esitetty toisaalla koskien Suomen huippu-urheiluorganisaation muutostarpeita (Huippu-urheilun muutosryhmän lopputalousraportti 2012). Kommentoijien mielestä Suomen liikuntalääketieteessä tarvitaan ammattimaisempaa, keskitettympää ja järjestyneempää toimintaa ja tukioorganisaatioiden kehittäminen vastaisi näihin tarpeisiin. Tämä voitaisiin osittain hoitaa yksityisenä terveydenhuoltona, mutta pääosin tarvittaisiin tehtäviä, joissa erikoislääkärit voisivat toimia huippu-urheilijoiden terveyttä edistäen suunnittelussa, käytännön terveydenhuollossa ja tutkimustoiminnassa. Tämän verkoston luomiseen tulisi käyttää myös liikuntalääketieteen keskuksia. Samalla tulisi jakaa tietoa siitä erityisasiantuntemuksesta, mitä kullakin toimijalla on. Tämän tiedon jakamisen tulee olla olympiakomitean, lajiliittojen ja valmennuskeskusten tehtävä.

Opetustoiminnan puolella esiin nousivat erityisesti tiedonvälitys turvallisesta liikunnasta eri ryhmille ja eri lajeissa. Tähän katsottiin olevan olemassa hyvät resurssit ainakin kaikkien liikuntalääketieteen keskusten läheisyydessä. Tutkimustoiminnassa toivottiin yhteistyötä liikuntafysiologisen ja biomekaanisen tutkimuksen kanssa sekä tyofysiologisen ja työn erityispiirteet huomioivassa perus- ja soveltavassa tutkimuksessa.

Kyselyssä ei tiedusteltu, miksi näitä asioita pitäisi vastaajien mielestä kehittää. Johtopäätöksiä voitaneen kuitenkin vetää kysymyslomakkeeseen liitetystä kommentista. Niiden mukaan liikuntalääketieteen erikoislääkäripalvelujen tavoitettavuus on liikuntalääketieteen keskusten vaikutusalueen ulkopuolella paikoittain hyvin huono. Toisaalta he, joille palvelut olisivat hyvin saatavilla, eivät osaa niitä läheskään aina hakea. Terveystieteidenhuollossa ja urheilun tukena kaivataan liikuntalääkäreiden asiantuntemusta, mutta sielläkin on varmasti kyse saavutettavuusongelmasta. Kontaktit perustuvat paljolti henkilökohtaisiin verkostoihin.

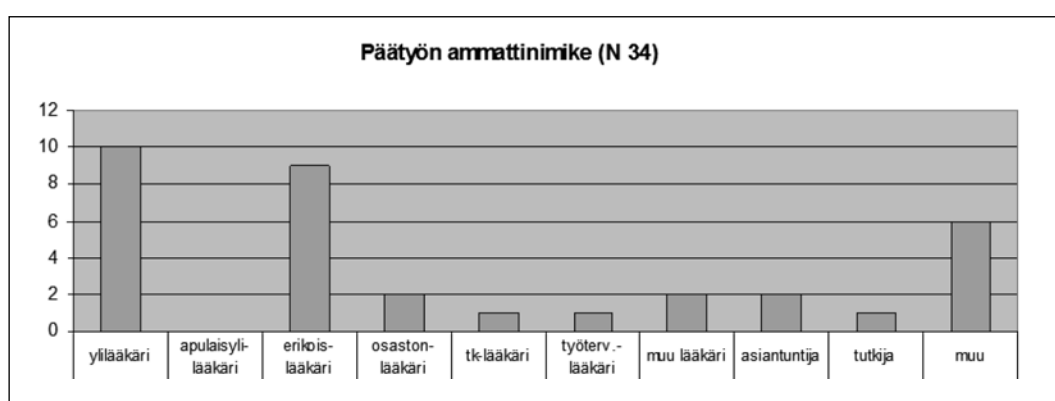
Sidosryhmäkyselyyn vastanneiden mielestä liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden tarjoamille palveluille on suuri tarve. Toisaalta palvelujen saatavuutta koskevan tiedon jakamisessa liikuntalääketieteen keskusten tulisi myös itse ottaa jämäkkä rooli.

Johtopäätöksenä sidosryhmäkyselystä voidaan sanoa, että liikuntalääketieteen erikoislääkäreitä tarvitaan ja heidän toimintaansa pitäisi laajalti kehittää terveydenhuollossa (esim. konsultaatioikäyntejä, osa-aikaisia toimia), urheilu- ja liikuntaorganisaatioissa (mm. lajiliitot, Olympiakomitea, ADT, KIHU) sekä opetus- ja koulutustoiminnassa (mm. yliopistot ja ammattikorkeakoulut). Myös koko maan kattavaan saavutettavuuteen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Erikoisala on kyselyn mukaan melko huonosti tunnettu, vaikka sidosryhmien tuntemus alasta on varmasti keskimääräistä parempi johtuen vastaajajoukon valikoitumisesta. Alan toiminnan laajempi tietoisuuteen saattaminen on tulevaisuudessa siis myös erittäin tarpeellista.

Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden sijoittuminen

Kuvassa 5 on esitetty miten erikoislääkärit olivat sijoittuneet työelämään. Kyselyyn vastanneista 25 (74 %) toimi lääkärin tehtävissä. Tutkimus- ja asiantuntijatehtävissä toimi kolme (9 %) ja muussa tehtävässä kuusi (18 %) vastanneista. Lääkärin työssä olevista kymmenen (39 % koko aineistosta, 40 % lääkärin tehtävissä olevista) toimi ylilääkärinä. Erikoislääkärin tai osastonlääkärin tehtävässä oli 11. Kyselyyn osallistuneista 16 (47 %) oli julkisen sektorin palveluksessa, kahdeksan (24 %) kolmannen sektorin, yhdeksän (26 %) yhtiön palveluksessa ja kaksi (6 %) toimi ammatinharjoittajana. Kahdeksan (23 %) vastaajan työnantaja oli liikuntalääketieteen keskus.

Erikoislääkäreille tehdyllä kyselyllä pyrittiin selvittämään, missä määrin liikuntalääketieteen tutkinto ja mahdollinen toinen specialiteetti ovat määrittäneet sijoittumista työelämään. Niillä, joilla specialiteetteja oli kaksi (20/35) ja muu kuin liikuntalääketieteen erikoislääkäritutkinto



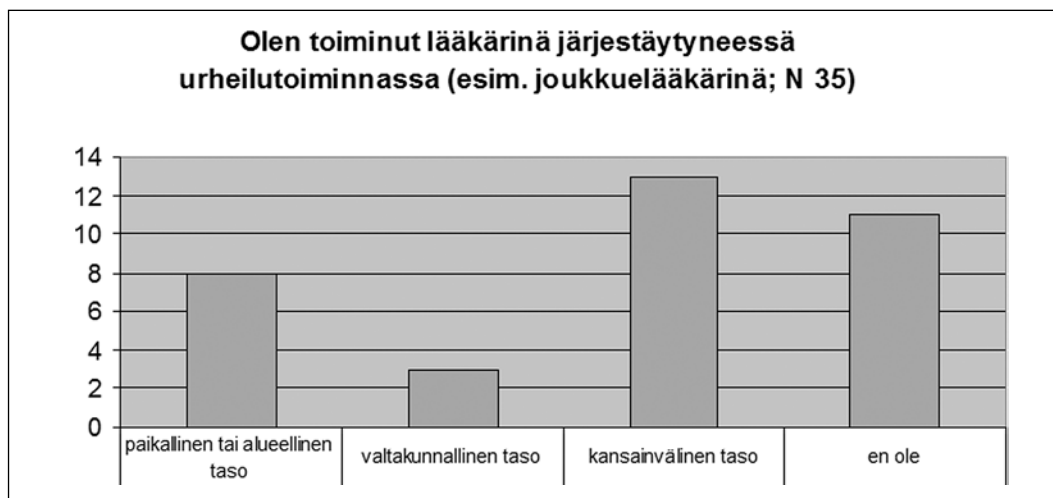
Kuva 5. Liikuntalääketieteen erikoislääkärien sijoittuminen eri tehtäviin työelämässä.

oli suoritettu toisena (8/20), liikuntalääketieteen tutkinto näyttää vaikuttaneen sijoittumiseen työelämään merkittävästi (vastausvaihtoehdot samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä yhteensä 63 %). Jos taas liikuntalääketieteen tutkinto oli kahdesta ensimmäinen, toinen erikoislääkärin tutkinto (12/20) määritti sijoittumista useimmissa tapauksissa (75 %). Yli puolet alan erikoislääkäreistä tekee pääasiassa kliinistä työtä. Kliinisestä työstä yli 30 % liittyy liikuntalääketieteeseen kahdellatoista kyselyyn vastanneista.

Alueellisesti liikuntalääketieteen erikoislääkärit ovat sijoittuneet pääasiassa yliopistollisten sairaanhoitopiirien alueille (27/35, 77 %) ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueelle (10/35, 29 %) eli alueille, joissa sijaitsevat maamme kuusi liikuntalääketieteen keskusta ja joissa koulutuskin suurimmaksi osaksi tapahtuu. Vastanneista muiden sairaanhoitopiirien alueilla (Satakunta ja Pohjois-Karjala) toimii vain kaksi erikoislääkäriä.

Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden osallistuminen järjestö- ja asiantuntija-toimintaan

Kuvasta 6 ilmenee, että kaksikymmentäneljä (69 % kyselyyn vastanneesta) toimi tai on toiminut lääkärinä järjestäytyneessä urheilutoiminnassa. Näistä 13 (37 %) oli toiminut kansainvälisellä tasolla. Toiminta on pääasiassa palkatonta. Liikuntalääketieteen erikoislääkäreistä 17 (49 %) on osallistunut tai osallistuu anti-dopingtoimintaan. Määrittelytavasta riippuen 9–12 kyselyyn vastanneesta (16–46 %) on toiminut asiantuntijatehtävissä järjestöissä (esimerkiksi potilasjärjestöt), valtionhallinnossa (esim. OKM), kuntahallinnossa (esimerkiksi terveystoimi) ja tutkimuslaitoksissa.



Kuva 6. Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden (n=35) toiminta järjestäytyneessä urheilutoiminnassa.

Liikuntalääketieteen keskukset

Maamme kuusi liikuntalääketieteen keskusta sijaitsevat viidessä eri kaupungissa joissa on lääketieteellinen tiedekunta (Helsinki, Kuopio, Oulu Tampere, Turku) sekä Jyväskylässä, jossa sijaitsee maamme ainoa liikuntatieteellinen tiedekunta (taulukko 2). Keskusten toiminta jakautuu koulutukseen, tutkimukseen ja palvelutoimintaan. Näiden painotus vaihtelee yksiköittäin: Keskuksia johtaa ylilääkäri (yhteensä kuusi ylilääkäriä) ja keskuksissa työskentelee yhteensä kahdeksan muuta liikuntalääketieteen erikoislääkäriä. Lisäksi kussakin yksikössä työskentelee (tiedot vuodelta 2010) tyypillisesti yksi liikuntalääketieteeseen erikoistuva lääkäri. Liikuntalääketieteeseen erikoistuvia lääkäreitä on tällä hetkellä kuitenkin enemmän, koska osa erikoistuvista suorittaa tutkinnon edellyttämiä palveluja muualla. Lääkäreiden lisäksi liikuntalääketieteen keskuksissa työskentelee myös muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä, liikuntafysiologeja ja muita ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita henkilöitä. Henkilöstötyövuosia keskuksissa oli yhteensä 83 (taulukko 3).

Liikuntalääketieteen keskusten tutkimustoiminta

Suomen kuutta itsenäistä liikuntalääketieteen keskusta kutakin ylläpitää niiden oma säätiö tai yhdistys. Pääasiallinen rahoitus tulee OKM:stä. Keskukset tekevät yhteistyötä tutkimustoiminnassa. Tästä selkein esimerkki on asemien yhteinen käynnistysvaiheessa oleva Terveystta edistävä liikuntaseura tutkimus-hanke (TELS), jota koordinoi Jyväskylän yliopisto. Kullakin asemalla on kuitenkin oma tutkimusprofiilinsa ja tutkimusta toteutetaan tyypillisesti tiiviissä yhteistyössä oman paikkakunnan yliopiston kanssa. Yksiköillä on yhteistyötä muiden tutkimusyhteisöjen kanssa kansallisesti ja kansainvälisesti. Osa liikuntalääketieteen keskuksista voi tutkimustyössään hyödyntää yliopistojen kirjasto- ja muita palveluja.

Maamme kuuden liikuntalääketieteen keskuksen tutkimusaktiivisen henkilökunnan henkilöstötyövuodet olivat vuonna 2010 yhteensä 40 (taulukko 2). Keskusten vertaisarvioitujen kansainvälisten alkuperäisartikkelien määrä oli vuosina 2005–2010 yhteensä 386 julkaisua. Keskusten omien tutkimusten pohjalta tehtyjä väitöskirjoja valmistui 24 kpl. Tutkimustoiminnan tunnusluvut on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 2. Liikuntalääketieteen keskus

Urheilulääketieteen säätiö / Helsingin urheilulääkäriasema	Helsinki	www.hula.fi
Terveysliikunnan ja ravinnon tutkimussäätiö / Kuopion liikuntalääketieteen tutkimuslaitos	Kuopio	www.kultu.fi
Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES	Jyväskylä	www.likes.fi
Oulun Diakonissalaitoksen Säätiö / Oulun Liikuntalääketieteellinen Klinikka	Oulu	www.odl.fi
Paavo Nurmi -keskuksen kannatusyhdistys ry, Turku/ Paavo Nurmi -keskus	Turku	www.pnk.fi
Urho Kekkosen Kuntoinstituuttsäätiö / Tampereen urheilulääkäriasema	Tampere	www.taula.fi

Taulukko 3. Liikuntalääketieteen keskusten henkilöstö vuonna 2010

liikuntalääketieteen erikoislääkärit	14 henkilöä
muut erikoislääkärit	6 henkilöä
liikuntalääketieteeseen erikoistuvat lääkärit	6 henkilöä
muut ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet	30 henkilöä
terveydenhuollon AMK- tai vastaavan tutkinnon suorittaneet	19 henkilöä
muiden alojen tutkinnon suorittaneet	23 henkilöä
henkilöstön työ yhteensä	83 vuotta
tutkimushenkilöstön työ yhteensä	40 vuotta

Taulukko 4. Liikuntalääketieteen keskusten tutkimustoiminta vuosina 2005–2010

vertaisarvioidut kansainväliset alkuperäisartikkelit	238 kpl
vertaisarvioidut kotimaiset alkuperäisartikkelit	70 kpl
väitöskirjat (oma tutkimus)	24 kpl
muut opinnäytetyöt (pro gradut, syventävät (LL-tutkinto), AMK)	86 kpl
artikkelit merkittävässä kotimaisissa kirjoissa (esimerkiksi oppikirjat)	40 kpl
artikkelit merkittävässä kansainvälisissä kirjoissa (esimerkiksi oppikirjat)	11 kpl
kutsutut kansainväliset tieteelliset esitelmät	34 kpl
ulkopuolinen tutkimusrahoitus (ei OKM)	4 100 000 €

Helsingin urheilulääkäriaseman tutkimustoiminta suuntautuu liikuntalääketieteen ja liikuntafysiologian keskeisille osa-alueille, joita ovat liikunnan ja yleisten kansansairauksiemme (sydän ja verisuonisairaudet, astma, keuhkohtaumatauti, diabetes) ja perimän väliset yhteydet, tuki ja liikuntaelimistön ja urheiluvammojen tutkimus, sekä liikuntafysiologian alalta hengitys ja verenkiertoelimistön kuormitusvasteita käsittelevät tutkimukset. Tutkimustoiminnan tavoitteena on nykyaikaisin menetelmin erityisesti potilaiden hoitoa hyödyttävän tutkimustiedon tuottaminen ja sen soveltaminen käytäntöön.

Jyväskylän LIKES-tutkimuskeskuksen tutkimustyö kohdistuu liikunnan edistämiseen, liikunnan vaikutusten selvittämiseen ja liikunnan mittaamiseen. Tutkimus tuottaa tietoa fyysiseen aktiivisuuteen vaikuttavista tekijöistä liikunnan edistämisen tueksi elämänkulun eri vaiheissa. Liikunnan edistämisen vaikuttavuutta selvitetään erityisesti vähän liikkuvien keskuudessa. Lisäksi tutkitaan liikunnan vaikutuksia terveyteen, hyvinvointiin ja oppimiseen sekä fyysisen aktiivisuuden mittausten luotettavuutta. Painopiste on tällä hetkellä lasten, nuorten ja nuorten työikäisten tutkimuksissa. Monialaisissa ja monitieteisissä tutkimushankkeissa lähestymistapa vaihtelee laajoista epidemiologisista seurantatutkimuksista ja kontrolloiduista interventiotutkimuksista laadullisiin tutkimuksiin sisältäen toimintatutkimusta ja etnografiaa. Tieteenaloista edustettuina ovat liikuntatiede, liikuntalääketiede, kasvatustiede, epidemiologia, fysiologia, psykologia, taloustiede ja sosiologia.

Kuopion liikuntalääketieteen tutkimuslaitoksen (KuLTu) tehtävä on toiminnan alkutaipaleella painottunut keskeisten kansansairauksien ennaltaehkäisy säännöllisen liikunnan avulla. 2010-luvulla tutkimus on kohdistettu enenevässä määrin liikunnan mahdollisuuksiin sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellisen vaikuttavuuden ohella tärkeä tutkimusalue on liikunnan terveystaloustiede ja yhteiskunnallinen vaikuttavuus. Tutkimusasetelmissä on käytetty epidemiologisia seurantatutkimuksia sekä satunnaistettuja kontrolloituja interventiotutkimuksia. KuLTu:n tieteellinen tutkimustyö on kansainvälisesti arvostettua ja sillä on mittavat kansainväliset yhteistyöverkostot. KuLTu on 2000-luvun alkupuolelta lähtien ollut partnerina kahdessa laajassa EU-rahoitteisessa konsortiossa, joiden työ jatkuu edelleen. KuLTu:n yksi tavaramerkki on joka toinen vuosi järjestettävä liikuntalääketieteen merkkitapahtuma kansainvälinen *Puijo Symposium*.

Oulun liikuntalääketieteellisen klinikan tutkimusohjelma *Terveysliikunta elämäntapa* jakautuu kolmeen päälinjaan: liikunta ja ikääntyminen, liikunta ja lihavuus sekä liikunta ja TULE-sairaudet. Viime vuosien aikana tutkimustyössä on verkostoiduttu tehokkaasti ja laajasti niin kansallisesti kuin kansainvälisesti. Terveysliikunnan professuuri klinikalla on vahvistanut merkittävästi tutkimusyhteistyötä eri yliopistojen ja muiden tutkimuskumppanien kanssa. Tieteellinen tutkimustyön tuloksia on sovellettu lääketieteellisessä palvelutoiminnassa ja esitelty vuosittaisilla *Oulun Liikuntalääketieteen päivillä*.

Tampereen urheilulääkäriaseman tutkimustyö on keskittynyt liikuntaturvallisuuden tutkimiseen ja edistämiseen. Tutkimushankkeet ovat sisältäneet epidemiologisia äkillisten liikunta- ja rasitusvammojen ja TULE-sairauksien riskitekijä- ja syntymekanismitutkimuksia sekä satunnaistettuja kontrolloituja vammojen ehkäisyinterventioita. Keskus on johtanut vuodesta 2006 alkaen *Liikuntavammojen Valtakunnallista Ehkäisyohjelmaa* (LiVE), jonka avulla tutkittua tietoa on viety suunnitelmallisesti käytäntöön. Pääpaino tutkimustiedon toimeenpanossa on ollut urheiluseuroissa ja lajiliitoissa (www.terveurheilija.fi) sekä kouluissa (www.tervekoululainen.fi).

Turun Paavo Nurmi-keskuksen (PNK) tutkimustyö keskittyy liikunnan, liikkumattomuuden sekä terveyden välisten yhteyksien selvittämiseen. Painoalueet ovat terveyttä edistävä liikunta (tutkimuksen pääalue) ja ”Liikkuvasta lapsesta terveeksi aikuiseksi”, lapset ja nuoret kokonaisuudessaan (toinen painoalue). Muita tutkimusalueita ovat ikääntyvien entisten huippu-urheilijoiden terveystutkimus, lihasvamman paraneminen, ja liikunta- ja urheiluvammojen tutkimus.

Koulutustoiminta

Liikuntalääketieteen keskusten toteuttama liikuntalääketieteen erikoistumisohjelma on kuvattu edellä. Erikoislääkärikoulutuksen ohella ja osin siihen liittyen liikuntalääketieteen keskukset järjestävät yhdessä Liikuntatieteellisen Seuran kanssa vuosittain Liikuntalääketieteen päivät. Päivien ohjelma suunnitellaan niin, että erikoistuvat lääkärit saavat tietyn määrän koulutuspisteitä päiville osallistumisesta. Lisäksi osa keskuksista järjestää omaa koulutusta kuten esimerkiksi Oulun liikuntalääketieteen päivät (41. kerta vuonna 2013) sekä erilaista lääkäreille suunnattua liikuntalääketieteen koulutusta alueellisilla Duodecim-seuran ja Suomen Lääkäriliiton koulutuspäivillä. Kuopiossa KuLTu järjestää joka toinen vuosi korkeatasoisen kansainvälisen Puijo Symposiumin. Liikuntalääketieteen keskukset osallistuvat välillisesti Liikuntatieteellisen Seuran kautta myös pohjoismaisen liikuntalääketieteen säätiön (Scandinavian Foundation on Medicine and Science in Sport) toimintaan. Säätiö järjestää kahden vuoden välein kansainvälisen tieteellisen kongressin (Scandinavian Congress on Medicine and Science in Sports) sekä julkaisee korkeatasoista kansainvälistä tieteellistä lehteä Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports. Liikuntalääketieteen keskusten koulutustoiminta on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Liikuntalääketieteen keskusten koulutustoiminta vuosina 2005–2010

lääketieteellisten tiedekuntien koulutusohjelmien mukainen liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutus (erikoislääkäritutkintojen lukumäärä)	11 tutkintoa
liikuntalääketieteen koulutus lääketieteen opiskelijoille, lääkäreille ja muille terveydenhuollon ammattihenkilöille (tilaisuuksien lukumäärä)	139 kpl
liikuntalääketieteen koulutus lääketieteen opiskelijoille, lääkäreille ja muille terveydenhuollon ammattihenkilöille (osallistuneiden lukumäärä)	4 625 henkilöä
liikuntalääketieteen koulutus opettajille, valmentajille ja muiden alojen ammattihenkilöille (tilaisuuksien lukumäärä)	140 kpl
liikuntalääketieteen koulutus opettajille, valmentajille ja muiden alojen ammattihenkilöille (osallistuneiden lukumäärä)	3 305 henkilöä
liikuntalääketieteelliset yleisöluennot ja vastaavat (tilaisuuksien lukumäärä)	146 kpl
liikuntalääketieteelliset yleisöluennot ja vastaavat (osallistuneiden lukumäärä)	9 500 henkilöä
kutsutut asiantuntijaluennot (yleistajuiset)	110 kpl
asiantuntijahaastattelut mediaan	216 kpl
muut median yhteydenotot	197 kpl

Taulukko 6. Liikuntalääketieteen keskusten asiantuntijatoiminta vuosina 2005–2010

väitöskirja-arvioinnit ja esitarkastukset	10 kpl
dosentuurilausunnot	10 kpl
professuuriarvioinnit	6 kpl
liikuntalääketieteen kannalta relevantit kansalliset luottamustehtävät	12 kpl
liikuntalääketieteen kannalta relevantit paikalliset/alueelliset luottamustehtävät	60 kpl
paikalliset/alueelliset kehittämisohjelmat ja hankkeet (osallistuminen)	36 kpl
valtakunnalliset ja alueelliset kehittämisohjelmat ja hankkeet (osallistuminen)	32 kpl
kansainväliset kehittämisohjelmat ja hankkeet (osallistuminen)	10 kpl

Liikuntalääketieteen keskusten asiantuntijatoiminta

Liikuntalääketieteen keskusten asiantuntemusta tarvitaan enenevässä määrin erilaisiin yhteiskunnallisiin asiantuntijatehtäviin kuten asiantuntijalausuntojen antamiseen ja osallistumiseen asiantuntijana muiden organisaatioiden toteuttamiin kehittämissohjelmiin ja hankkeisiin sekä luottamustehtäviin. Liikuntalääketieteen keskusten asiantuntijatoiminta on esitetty taulukossa 6.

Liikuntalääketieteen keskusten palvelutoiminta

Liikuntalääketieteen keskuksat tarjoavat liikuntalääketieteen erikoislääkäripalveluita ns. tavallisille kansalaisille sekä aktiiviliikkuville ja kilpa- ja huippu-urheilijoille. Keskusten palveluihin kuuluvat myös erilaiset asiantuntijapalvelut kuten fyysisen suorituskyvyn mittaaminen, liikunta- ja ravitusneuvonta ja terveyden edistäminen. Keskusten palvelutoiminta on esitetty taulukossa 7.

Yksityinen lääkärikeskustoiminta on Suomessa viimeisen kymmenen vuoden aikana nopeasti keskittynyt. Valtakunnalliset terveyspalveluketjut ovat kehittäneet voimakkaasti liikunta- ja urheilulääketieteellistä toimintaa ja tässä erityisesti liikuntatraumatologisia palveluja. Tämä on johtanut siihen, että kolmatta sektoria edustavissa liikuntalääketieteen keskuksissa lääkäriissä käyntien määrä on vähentynyt. Osa liikuntalääketieteen keskuksista onkin tehnyt sopimuksen siitä, että niiden lääkärit pitävät vastaanottoaan valtakunnallisen lääkäripalveluketjujen tarjoamissa puitteissa.

Taulukko 7. Liikuntalääketieteen keskusten palvelutoiminta vuonna 2010

erikoislääkärin vastaanotolla käynnit	6 348
muut asiantuntijan ohjauskäynnit	6 077
suorituskyvyn testaukset laboratoriossa (mm. polkupyörä- ja juoksutestit, kliiniset rasituskokeet),	4 480

6. Pohdinta

Liikunta ja sen lisääminen elämäntapana on yhteydessä kansanterveyden paranemiseen. Liikunta parantaa työ- ja toimintakykyä vähentää sairauspoissaoloja. Kansainvälisten tutkimusten mukaan liikuntalääketieteen osaajien toiminnalla julkisessa terveydenhuollossa olisi mahdollista vähentää sen ja erityisesti erikoissairaanhoidon kustannuksia. Tehokkaalla liikuntalääketieteen osaajien käytöllä olisi todennäköisesti myös liikuntavammoja vähentävä vaikutus. Liikuntalääketieteen erikoisala perustettiin maahamme vuonna 1985. Tässä opetusministeriön näkemys oli ratkaiseva. Vastaavia erikoisaloja on sen jälkeen perustettu yli kahteenkymmeneen muuhun Euroopan maahan. Sosiaali- ja terveysministeriö ei kuitenkaan näytä vielä tiedostaneen alan potentiaalia (ks. Ehnholm ja Virtanen, tämän selvityksen II-osa), mikä vaikuttaa kielteisesti sen kehittämiseen.

Työelämässä toimivia liikuntalääketieteen erikoislääkäreitä on maassamme alle viisikymmentä. Näistä vain pieni osa toimii liikuntalääketieteen erikoisosaajana julkisessa terveydenhuollossa. Merkittävä osa alan liikuntalääketieteellisestä vastaanottotoiminnasta tapahtuukin yksityissektorilla. Osa liikuntalääketieteen erikoislääkäreistä, joilla on myös toisen erikoisalan tutkinto, toimii tämän erikoisalan tehtävissä. Liikuntalääketieteen erikoislääkärin virkoja ja tehtäviä pitäisikin perustaa julkiselle sektorille ja siellä lähinnä terveyskeskuksiin. Tämä auttaisi parantamaan palvelujen saatavuutta ja lisäämään hoitoketjujen saumattomuutta ja alueellista tasa-arvoa. Edellä mainituista ja tässä selvityksessä esiin tulevista muista syistä liikuntalääketieteen erikoislääkärin tehtäviä pitäisi perustaa myös työterveydenhuoltoon, kouluterveydenhuoltoon, kuntoutukseen ja urheilun ja liikunnan organisaatioihin.

Uuden huippu-urheiluyksikön ja liikuntalääketieteen keskusten välille ollaan parhaillaan suunnittelemassa yhteistyökonseptia, jonka mukaan keskukset ottaisivat entistä merkittävemmän roolin kilpa- ja huippu-urheilijoiden terveydenhuollosta. Vastaavasti liikuntalääketieteen keskusten ja julkisen sektorin yhteistyötä pitäisi kehittää niin, että liikuntalääketieteen ja terveysliikunnan osaaminen saataisiin aiempaa paremmin julkisten organisaatioiden (kunnat ja valtio) hallinnon käyttöön.

Lääketieteellisten tiedekuntien liikuntalääketieteen erikoistumisvaatimukset ovat hyvin samankaltaisia. Erikoislääkärikyselyn perusteella voidaan päätellä, että ne luovat riittävän perustan lääkärin toiminnalle erikoisalan tehtävissä. Tämän selvityksen ja siihen sisältyvän kansainvälisen selvityksen perusteella koulutusvaatimuksia pitäisi kehittää niin, että mukana olisi akuuttilääketieteellistä, kardiologista ja mahdollisesti myös ravitsemuslääketieteellistä opetusta. Samoin kuntoutuksen ja erityisryhmien tarpeisiin vastaava koulutusta olisi lisättävä.

Varsinainen käytännön liikuntalääketieteen erikoistumiskoulutus tapahtuu kuudessa liikuntalääketieteen keskuksessa OKM:n rahoituksen ja keskusten omarahoituksen turvin. Erikoistuneiden lääkärin mielestä koulutus on ollut pääsääntöisesti hyvää, mutta siinä on asemien välisiä eroja. Koska lääkäripalvelutoiminta on maassamme voimakkaasti keskittynyt valtakunnallisiin palveluketjuihin, tapahtuu merkittävä osa joidenkin asemien kliinisestä koulutuksessa yhteistyössä näiden kanssa. Tästä johtuen on varmistettava, että koulutettava lääkäri voi perehtyä määrältään riittävään ja ongelmiltaan kattavaan asiakaskuntaan. Vastuullisten kouluttajien on jatkossa varmistettava yhdessä, että kaikki koulutusvaatimukset tulevat jokaisen koulutuspaikan osalta riittävästi täytetyiksi. On myös syytä hyödyntää mahdollisuutta koulutettavien yhteisiin koulutustilaisuuksiin ja vaihtoon eri koulutuspaikkojen välillä. Koulutuspaikkoja on myös jatkossa oltava maanlaajuisesti ja alueellisesti kattavasti.

Liikuntalääketieteen keskukset antavat liikuntalääketieteen koulutusta terveydenhuollon ja liikunnan tarpeisiin. Asiantuntija- ja koulutustoimintojen kehittämisessä on ensiarvoisen tärkeää keskusten tuottamien liikuntalääketieteellisten tutkimusten tulosten jalkauttamisen tehostaminen, jotta hyödyllisiä tuloksia saadaan juurrutettua maamme koko väestöön. Esimerkkinä onnistuneesta käytäntöön soveltamisesta on LiVE-ohjelma (Liikuntavammojen Valtakunnallinen Ehkäisyohjelma) ja sen pohjalta toimeenpannut alahankkeet. (Tietoa lähemmin: www.terveurheilija.fi ja www.tervekoululainen.fi). Pohjoissuomalaisessa Mopo-hankkeessa tuotetaan uutta

tietoa ja käyttäjälähtöisiä menetelmiä liikunnan kannalta syrjäytymisvaarassa olevien nuorten aktivoimiseksi (www.tuunaamopo.fi).

7. Johtopäätökset ja suositukset

1. Liikuntalääketieteen merkitys ja mahdollisuudet ovat korostuneet viimeisten vuosikymmenien aikana. Liikuntalääketieteen koulutuksen rahoitus olisi turvattava tuomalla se lakisääteisen rahoituksen piiriin erityisvaltionosuussäädöksiä muuttamalla.
2. Keskustelua liikuntalääketieteen tuomiseksi selkeämmin osaksi julkista terveydenhuoltoa pitää jatkaa ja tehostaa. Tässä on keskeistä erityisesti OKM:n ja STM:n väliset keskustelut, joissa pitäisi olla mukana liikuntalääketieteen kannalta keskeisten lääketieteen alojen edustajat, mukaan lukien ennaltaehkäisevä lääketiede.
3. Julkiselle sektorille, pääasiassa terveyskeskuksiin pitäisi saada liikuntalääketieteen erikoislääkärien virkoja ja tehtäviä, jotta erikoislääkäripalvelujen saatavuus, hoitoketjujen toimivuus ja alueellinen tasa-arvo paranisivat. Kehitettävän toiminnan kustannusvaikuttavuutta pitäisi analysoida. Keskusten ja julkisen sektorin yhteistyötä tulisi kehittää niin, että liikuntalääketieteen ja terveysliikunnan osaamista saataisiin myös julkisten organisaatioiden (kuntien ja valtion) hallinnon käyttöön.
4. Liikuntalääketieteen tutkimus- ja koulutustoimintaa pitäisi vahvistaa liikuntalääketieteen keskusten ja niiden paikkakuntien yliopistojen välisillä yhteistyösopimuksilla. Yliopistojen pitäisi lisätä liikuntalääketieteen resursseja perustamalla alan professuureja, jollaiset on lähes kaikilla muilla lääketieteen erikoisaloilla. Tämä edistäisi myös erikoisalan integroimista julkiseen terveydenhuoltoon.
5. Maamme kuusi liikuntalääketieteen keskusta tekevät jo nyt tehokasta yhteistyötä tutkimuksen, koulutuksen ja tiedonvälityksen alueilla, mutta yhteistyön koordinaatiota on edelleen syytä tiivistää.
6. Liikuntalääketieteen keskusten välisen yhteistyön tiivistämisen mahdollisuudet ovat parhaimmillaan palvelutoiminnassa, jossa uutta tutkimustietoa voidaan soveltaa erityisesti kilpaurheilun terveydenhuoltoon mukaan lukien kasvuikäisten terveys.
7. Keskuksille paras toimintamalli olisi itsenäinen alueellinen toiminta, joka on perusteiltaan sama kuin nykyisellään.

Lähteet

1. Directive 2005/36/ec of the european parliament and of the council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. Official Journal of the European Union 30.9.2005.
2. Elovainio Risto, Hänninen Osmo, Järvinen Markku, Kuurne Timo, Rauramaa Rainer ja Vuori Ilkka: Suunnitelma liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutuksen käynnistämiseksi maassamme. Suomen Liikuntalääketiede 1:4–11, 1982.
3. Garrett S, Elley CR, Rose SB, O'Dea, Lawton BA, Dowell AC. Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. Br J Gen Pract.2011; 61:e125–33).
4. Hartiala Kaarlo, Kvist Helmer, Eero Ikkala, Ilkka Vuori, Urheilulääkäratoiminnan kehittäminen, Valtion liikuntatieteellinen toimikunta, 1967.
5. Hartiala Kaarlo, Järvinen Markku, Kuurne Timo, Vihko Reijo, Äärimaa Markku, Jääskeläinen Manu: Ehdotus liikuntalääketieteen erikoisalan perustamiseksi sekä koulutuksen järjestämiseksi. Spesialiteettineuvottelukunnan asettaman jaoston mietintö, 1982.
6. Hartiala Kaarlo ja Jääskeläinen Manu: Liikuntalääketieteen tavoitteet ja tarve, Suomen Liikuntalääketiede 2:117–183, 1983.
7. Hänninen Osmo: Liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutus lähdössä liikkeelle. Suomen Liikuntalääketiede 2: 213, 1983.
8. Järvinen Markku: Liikuntalääketiede Suomessa – miten tähän on tultu ja miksi näin? Muistio 22.11.2010.

9. Helminen Heikki, Bärlund Toni; Koskela Aarni, Lievonen Riitta, Vuori Ilkka, Kuoppasalmi Kimmo: Liikunta- ja urheilulääketieteen kehittäminen vuosina 1980–1984, erityisesti opetusministeriön urheilu- ja nuoriso-osaston toimialueella. Komiteamietintö 1979:6, ISBN 951-46-3033-5, 1979.
10. Kiiskinen Urpo, Vehko Tuulikki, Matikainen Kristiina, Natunen Sanna, Aromaa Arpo: Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1.
11. Koski Sari Diabetesbarometri, Suomen Diabetesliitto ry 2010
12. Kuivalainen Jouni Liikuntalääketiede terveystieteen näkökulmasta, käsikirjoitus, 2012
13. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN and Katzmarzyk KT: Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, Volume 380, 219–229, 2012.
14. Liikuntalääketieteen keskusten arviointi. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2005:18.
15. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2012; 344:e1389
16. Pigozzi F: Curriculum in the European Union. The Sport Medicine Specialty Training Core Specialisation. *Br J Sports Med* 2009 43: 1085–1087
17. Puolijoki Hannu ja Tuulonen Anja: Erikoislääkäri- ja hammaslääkäriskoulutuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:4.
18. Rehunen Seppo: SULY:n 50-vuotisjuhlahistoriikki v. 1939–89.
19. Suomen Olympiakomitea, Urheilulääketieteen säätiö, Suomen urheilulääkäriyhdistys ja Suomen fysiologiyhdistys: Liikuntalääketieteen spesialiteetin luominen maahamme. Muistio 18.5.1981
20. Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Eduskunnan kanslian julkaisu 3/2006.
21. Valtioneuvoston periaatepäätös liikunnan edistämisen linjoista. Opetusministeriön julkaisuja 2009:17.
22. Wallin Stefan: Liikuntalääketieteen päivien avauspuhe 2008.

Haastattelut

Lääketieteellinen johtaja Jarmo Karpakka
 Professori Antero Kesäniemi
 Professori Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi
 Professori emeritus Markku Järvinen
 Tutkimusprofessori Antti Uutela
 Suomen akatemian entinen pääjohtaja Reijo Vihko
 Professori Veikko Vihko
 Rehtori Kalervo Väänänen

Liitteet

1. Markku Järvisen haastattelumuistio (22.11.2010)
2. Alan hyödyntäminen (vapaamuotoiset vastaukset lääkärikyselyyn)
3. Alan erikoislääkäreiden sanalliset vastaukset kohtaan erikoislääkärikoulutus

Liite 1.

Liikuntalääketiede Suomessa – miten tähän on tultu ja miksi näin – Markku Järvisen haastattelumuistio 22.11.2010

Haastateltava: Markku Järvinen, professori emeritus

Haastattelija: Timo Takala, selvityksen tekijä

Vuonna 1964 perustettiin Suomeen OPM:n toimesta ja tuella kaksi urheilulääkärin virkaa, toinen Työterveyslaitokselle Helsinkiin (Risto Elovainio) ja toinen Turun yliopiston fysiologian laitokselle (Ilkka Vuori). Myöhemmin OPM alkoi taloudellisesti tukea Liikuntalääketieteen tutkimusasemia myös Oulussa, Kuopiossa, Jyväskylässä ja Tampereella. Urheilulääkäriasemille (Liikuntalääketieteellisille tutkimusasemille) OPM antoi tukea lähinnä lääkärin ja sairaanhoitajan vakanssien ylläpitämiseksi.

Ajatukset oman liikuntalääketieteen erikoisalan perustamiseksi ja alan erikoislääkärikoulutuksen järjestämiseksi Suomessa syntyivät 1970-luvun jälkipuoliskolla. Perusideana oli liikunnan vaikutusten laaja-alainen tutkiminen ja liikunnan ja terveyden välisten yhteyksien selvittäminen ja tutkimustiedon soveltamiseen mahdollisimman suoraan myös kliiniseen lääketieteeseen ja potilashoittoon. Sen lisäksi, että alalla pyrittiin kiinnittämään huomiota huippu- ja kilpaurheiluun liittyvien lääketieteellisten ongelmien selvittämiseen ja hoitamiseen. Monet alan pioneerit kiinnittivät alusta lähtien huomiota myös antidoping-toiminnan ylläpitämiseen ja kehittämiseen.

Toukokuussa 1980 Ruotsissa järjestetyn FIMS:n Luoteis-Euroopan sektion kokouksen yhteydessä Suomen delegaation jäsenet Osmo Hänninen, Timo Kuurne ja Markku Järvinen kävivät syvällisiä ja perusteellisia keskusteluja Liikuntalääketieteen erikoisalan merkityksestä, sisällöstä ja mahdollisen koulutuksen järjestämisestä. Professori Osmo Hänninen kirjasi ajatukset ja julkaisi ehdotuksen Suomen Liikuntalääketiede – Finnish Sports and Exercise Medicine-lehdessä. Tämän ja muiden samanaikaisten kannanottojen perusteella OPM nimesi syksyllä 1981 työryhmän valmistelevaan ehdotusta liikuntalääketieteen erikoisalan sisällöksi ja koulutuksen järjestämiseksi Suomessa. Työryhmän puheenjohtajaksi nimettiin kansleri Kaarlo Hartiala ja jäseniksi: Markku Järvinen, Timo Kuurne, Reijo Vihko, Ilkka Vuori ja Markku Äärimala. Työryhmän sihteeriksi kutsuttiin Manu Jääskeläinen Suomen Lääkäriliitosta. Valmistelutyön aikana työryhmä keskusteli myös monien ulkopuolisten tahojen mm. Lääkintöhallituksen kanssa. Työryhmä jätti mietintönsä OPM:lle v. 1983.

Työryhmän raportti tuli myös aikanaan Lääkintöhallituksen spesialiteettineuvottelukunnan käsittelyyn. Työryhmän edustajana spesialiteettineuvottelukunnan asiaa käsitelleessä kokouksessa oli Markku Järvinen.

Lääkintöhallituksen silloinen pääjohtaja, professori Erkki Kivalo, kannatti työryhmän esitystä ja käytti arvovaltaansa niin, että esitys tuli hyväksytyksi. Monet neuvottelukunnan jäsenet empivät, koska ehdotettu erikoisala poikkesi sisällöltään kovin huomattavasti ns. ”vanhojen” erikoisalojen koulutussisällöstä. Pääjohtaja Kivalon mielestä Suomessa voisi kuitenkin aivan hyvin olla yksi erikoisala, jonka sisältö poikkeaa täysin muista erikoisaloista.

Alkuvaiheesta lähtien alan keskeiset edustajat ja kouluttajat olivat voimakkaasti sitä mieltä, että liikuntalääketieteen erikoisalan arvostus yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa sekä lääketieteen sisällä riippuu merkittävästi siitä, miten erikoisala tuottaa korkeatasoista ja myös käytännön lääketiedettä kiinteästi palvelevaa tieteellistä tutkimusta. Näytöt tässä mielessä ovat liikuntalääketieteen osalta olleet kuluneen 25 vuoden aikana poikkeuksellisen huimat ja laaja-alaiset. Huomattavaa on, että maassamme on v. 2010 yhteensä 43 työelämässä toimivaa liikuntalääketieteen erikoislääkärää. Reilusti yli puolet heistä on väitelleitä ja noin kolmannes on dosentteja.

Liikuntalääketieteen erikoistumiskoulutus on pääosin toteutettu maamme kuudella OKM:n taloudellisesti tukemalla liikuntalääketieteen asemalla. Nämä asemat ovat voimakkaasti integroituneet oman paikkakuntansa yliopistoihin ja muihin tutkimuslaitoksiin hyödyntäen monella tavalla ympäristönsä laajoja tutkimusresursseja.

Liikuntalääketieteellisten keskustusten ja asemien ja sitä kautta alan johtavien erikoislääkäreitten ulkomaiset kontaktit ja yhteistyösuhteet sekä aktiivinen osallistuminen alan kansainväliseen toimintaan, ovat erikoisalan nykyiset resurssit huomioon ottaen varsin merkittävät. Useissa arvioinneissa suomalaisen liikuntalääketieteellisen tutkimustyön on arvioitu olevan lähempänä alan maailman huippua kun minkään muun kliinisen erikoisalan.

Liikuntalääketiede on tullut viime vuosina hyvin suosituksi oppiaineeksi myös lääketieteen perusopetuksessa. Esimerkiksi Tampereen yliopistossa on 15 vuoden aikana järjestetty vuosittain vapaaehtoista liikuntalääketieteen opetusta lääketieteen opiskelijoille ja kurssit ovat poikkeuksetta olleet täynnä, vaikka niille on voitu ottaa lähes puolet koko lääketieteen opiskelijoiden vuosikurssista.

Yleinen terveydenhuoltojärjestelmä on valitettavan vähän hyödyntänyt liikuntalääketieteen erikoisalan asiantuntemusta esim. alan lääkärin virkojen muodossa, vaikka tosiasia on, että lähes kaikkien suurten ja merkittävien kansantautien ehkäisyssä ja hoidossa liikunta on tärkein ja tehokkaimmin vaikuttava hoitoon ja liikuntalääketiede tarjoaa itse asiassa edullisinta ja tehokkainta ”hoitoa”. Tällaisia liikunnan avulla tehokkaimmin hoidettavia ja ehkäistäviä kansantauteja ovat:

- sepelvaltimotauti,
- rasva-aineenvaihdunnan sairaudet,
- muut degeneratiiviset verisuonisairaudet,
- aivohalvaus,

- sokeritauti, erityisesti 2-typin diabetes,
- metaboolinen oireyhtymä,
- aikuisten ylipaino ja siihen liittyvät muut lääketieteelliset ongelmat,
- lasten lihavuus ja siihen liittyvät erityisongelmat,
- mielenterveyden häiriöt, erityisesti lieväasteinen masennus ja alkava dementia,
- osteoporoosi ja muut luuston ikääntymiseen liittyvät ongelmat,
- degeneratiiviset selkäsairaudet

Tapaturmien hoidon osalta liikuntalääketieteen erikoislääkärit ja erikoisosaajat ovat Suomessa tutkimustyöhönsä perustuen kyenneet linjaamaan paremmaksi ja muuttamaan tehokkaammaksi ainakin seuraavien tavallisten kliinisten tapaturmaongelmien hoitokäytäntöjä tuomalla varhaisen aktiivisen liikehoidon ja modernin kuntoutuksen urheilulääketieteen lisäksi myös yleiseen terveydenhoitojärjestelmään:

- lihas- ja muiden pehmytkudosvammojen sekä kuntouttava konservatiivinen että nykyaikainen operatiivinen hoito,
- polvi-, nilkka- ja olkapäävammojen uudet, modernit hoitokäytännöt,
- jänne- ja muiden ylikuormitusvammojen nykyaikainen hoito,
- ikäihmisten kaatumisten ja kaatumisvammojen (mm. lonkkamurtumien) epidemiologia, etiologia ja näyttöön perustuva hoitokäytäntö,
- liikuntavammojen ehkäisyyn liittyvä tutkimus tuottaa jatkuvasti tietoa, jota voidaan käyttää hyväksi paitsi liikuntavammojen myös muiden tapaturmien ehkäisyohjelmia kehitettäessä.

Liikuntalääketiede on tuonut olemassaoloaikanaan niin paljon positiivisia uusia asioita suomalaisen terveydenhuoltoon ja kehittänyt vallalla olevia hoitokäytäntöjä niin paljon, että ilman tätä kehitystä julkinen terveydenhuolto olisi mitä todennäköisesti ajautunut jo aikaa sitten taloudellisesti ja resurssien riittämättömyydestä johtuen kestävämmään tilanteeseen. Tulevaisuudessa eräs terveydenhuollon resurssi- ja kustannuskriisiä oleellisesti helpottava tekijä tulee olemaan liikunnan entistä voimakkaampi applikoiminen monien merkittävien sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon.

Nykyiseen näyttöön perustuen voidaan todeta, että liikuntalääketieteellinen tutkimus- ja koulutustoiminta nykyisessä muodossaan on osoittautunut erittäin kustannustehokkaaksi toiminnaksi koko yhteiskunnan ja yksittäisten kansalaisten hyvinvointia ajatellen.

Niinpä toimintaa tulee jatkaa nykyisellä pohjalla ja sitä pyrkii edelleen kehittämään ja tehostamaan sitä niin, että saadaan uudet tutkitut hoitomenetelmät tehokkaasti integroitua terveydenhuoltojärjestelmään.

Edelleen on huomattava, että suomalainen antidoping-työ pysähtyy ja loppuu heti jos liikuntalääketieteellinen toiminta siirretään pois OKM:n alaisuudesta nykytuotoisesta hallinnollisesta järjestelmästä. On todella tärkeää ottaa huomioon, että toimiva antidoping-järjestelmä ja erityisesti sen kehittäminen lepäävät kokonaan OKM:n ylläpitämän liikuntalääketieteen asemaverkoston ja erikoislääkärikunnan varassa.

Liite 2.

Alan hyödyntäminen (vapaamuotoiset vastaukset lääkäriskyselyyn)

1. Huonosti tunnettu osaamisalue yleisesti ja osin ehkä huonosti arvostettukin, sillä ns. urheilulääkäreiden katsotaan osaavan samat asiat. Meidän pitää itsemme ottaa asia esiin ja markkinoida osaamistamme.
2. Ala on kliiniseltä kannalta korostuneen preventiivinen luonteeltaan. Asiantuntemuksen hyödyntäminen kiinteässä yhteistyössä muun preventiivistä terveystyötä tekevän ammattihenkilöstön kanssa olisi ensiarvoisen tärkeää liikunnan preventiovaikutusten hyödyntämisessä.
3. Koska virkoja ei ole, eivät opiskelijat hevin suunnittele alalle erikoistumista ja koska alan kursseja ei lääketieteellisissä tiedekunnissa juurikaan ole, ei tietoisuus erikoisalan osaamisalueesta laajene.
4. Koen suureksi ongelmaksi sen, että liikuntalääketiede on alana varsin tuntematon jopa muun lääkärikunnan saatikka muun terveydenhuoltoväen ja kuntapäätäjien keskuudessa, liikuntalääketieteen tietotaitoa ei osata hyödyntää / ei nähdä alan merkitystä ja tärkeyttä kansanterveydellisesti esim. perusterveydenhuollon tasolla.
5. Liikuntalääketieteen osaamista hyödyntämällä saataisiin aikaan todella paljon kustannusvaikuttavuutta terveydenhuollon ennaltaehkäisevän toiminnan saralla - sitä tulisi hyödyntää yli alasektoreiden ja tehdä tiivistä yhteistyötä terveydenhuollon, opetus- ja kasvatustoimen, sosiaalitoimen ja vanhustenhuollon kanssa. Liikuntalääketieteen virkapohjia olisi hyvä saada julkiselle sektorille näiden asioiden edistämiseksi. Nykytilanteessa tulee suorittaa toisen erikoisalan tutkinto päästäkseen kiinni julkisen puolen lääkärin virkoihin. Yksityisellä sektorilla liikuntalääketieteen erikoislääkärin virkoja on todella vähän ja yksityisen sektorin osalta osittainen ongelma on tietotaidon jääminen pitkälti pienen ”piirin” käyttöön, kun liikuntalääketieteellistä osaamista pitäisi viedä nimenomaan ruohonjuuritasolle perusterveydenhuoltoon.
6. (Alan osaamista) tieteellisissä arvioinneissa on käytetty vähän, esim. Suomen akatemia, OKM:n liikuntatieteiden jaosto.

7. Liikuntalääketiede lienee ainoa erikoisala, jolla ei ole erikoislääkäriyhdistystä. Tämä kuvaa sitä, että alan lääkärit ovat sielultaan urheilulääkäreitä, joilla on oma harrastajayhdistyksensä, erikoisalan ääntä ei oikeasti käytä kukaan, urheilulääkäreiden maine on matala.

8. Liikuntalääketieteen maisterikoulutus yliopistossa sekoitetaan usein liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutukseen.

Liite 3

Alan erikoislääkäreiden sanalliset vastaukset kohtaan erikoislääkärikoulutus

1. (Koulutus) vaihtelee varmasti kovin paljon paikkakunnittain ja ajankohdittain. Tarvitaan yhtenäistämistä ja painottamista ongelmakohtiin ja vaikka opiskelijavaihtoa.

2. Valmiuksien saavuttaminen on erittäin vahvasti kiinni omasta aktiivisuudesta ja monilta keskeisiltäkin osa-alueilta jää pelkästään oman aktiivisuuden, tiedonhankinnan ja opiskelun varaan. Yllä oleviin kysymyksiin olen vastannut puhtaasti koulutuksen tarjoamien taitojen oppimisen kannalta ja koulutuksen puolesta puutteelliseksi jääneitä osa-alueita olen pyrkinyt paikkaamaan oman aktiivisuuden avulla. Liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutuksen jatkuessa on huutava tarve tietotaitoaan eteenpäin motivoituneesti siirtäville erikoislääkärikouluttajille, mikäli koulutuksen laatu halutaan pitää hyvällä tasolla.

3. Poikkitieteellinen ala. Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden asiantuntemusta pitäisi pystyä hyödyntämään paljon enemmän julkisella sektorilla, jossa nyt oman erikoisalan työmahdollisuuksia ei ole lainkaan, ellei hanki toista erikoisalaa rinnalle. Silloinkin toinen erikoisala käytännössä vie kaiken työajan ja liikuntalääketieteellinen tietämys jää vain rikastuttamaan tuota työtä.

4. Etenkin perusterveydenhuollon puolelle työsarkaa preventiopuolella olisi riittämiin. Esimerkiksi liikuntalääketieteen erikoislääkäri suuressa terveyskeskuksessa saisi aikaan paljon hyvää – eri sairauksien 'hoito' liikunnalla, liikuntaryhmien ja palveluiden suunnittelu siten että ne palvelisivat ennaltaehkäisyssä, muiden ammattiryhmien koulutus ja opastus, vammojen hoito, valistus jne. Toinen asia on taas kilpaurheilun kentässä toimiminen, joka Suomessa toimii edelleen suurimmassa osassa lajeja OTO-periaatteella, myös tämä ajaa hankkimaan toista erikoisalaa rinnalle, koska urheilun kenttä ei pysty elättämään, vaikka työtä olisi kuinka.

5. Olin aikoinaan koulutusta suunnittelemassa omalta pieneltä osaltani, joten lienen jäävi vastaamaan...

6. Koulutuksessa ei aiemmin eikä vieläkään saa valmiuksia liikunnan käyttöön terapiana sairauksien hoidossa esimerkiksi diabetes, neurologiset sairaudet, eikä juuri muuta kuin tutkimusta ja rasisuskokeita liikuntalääketieteen erikoiskoulutuksessa, enemmän sain koulutusta sisätautien ja kardiologian alueella.

7. Osin menee tietysti sekaisin sen aikuisten ja sitä ennen olleiden tutkijantehtävien kanssa.

8. Hyvin paljon vaihtelua koulutuspaikan johtajasta riippuen.

9. Erikoistumisesta tosi pitkä aika. Olen toiminut ortopedina viimeiset 20 v.

Osa 2

Liikuntalääketieteen kehitys valtionhallinnon näkökulmasta

Kerstin Ehnholm & Mirja Virtala

Liikuntalääketieteen kehittäminen koskee sekä opetus- ja kulttuuriministeriön että sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonaloja. Valtion liikuntahallinnossa nähtiin jo varhain liikuntalääketieteen merkitys ja mahdollisuudet ja sillä on ollut keskeinen rooli järjestelmän luomisessa. Suomen Urheilulääkäriyhdistys perustettiin jo 1939 ja sen yhtenä toimintamuotona oli luoda toimialan sisällöt ja tehdä aloitteita alan kehittämistä ajatellen. Liikuntalääketieteellinen tutkimus on vuosien varrella osoittanut liikunnan keskeisen merkityksen myös kansanterveyden kannalta sairauksien ehkäisemisessä ja hoidossa.

1. Liikuntalääketieteen organisoitumisen askeleet

Työterveyslaitoksen osastonjohtaja Martti J. Karvonen kiinnostui sotien jälkeen urheilijoiden terveydestä ja ryhtyi kehittämään kunto- ja kuormitustestejä urheilijoille. Laitoksessa kehitettiin mm. pyöräergometri tavallisen polkupyörän rungosta. Olympiastadionin urheilulääketieteellinen poliklinikka perustettiin vuonna 1946 työterveyslaitoksen yhteyteen. Martti J. Karvonen palkkasi vastavalmistuneen voimistelunopettajan Aarni Koskelan työterveyslaitoksen tutkijaksi vuonna 1954. Aarni Koskela toimi yli 20 vuotta liikuntatieteen ja liikuntalääketieteen pitkäaikaisena kehittäjänä vuonna 1967 perustetussa valtion liikuntatieteellisessä toimikunnassa (nimi vaihdellut vuosien aikana) suurimmaksi osaksi puheenjohtajana. Hänen aikanaan ryhdyttiin laatimaan liikuntatieteen kehittämis- ja rahoitusohjelmia, joiden avulla toiminta kehittyi johdonmukaiseksi ja pitkäjänteiseksi. Ohjelmissa määriteltiin mm. liikuntalääketieteen keskusten avustusehtoja, jotka vielä tänäkin päivänä ovat voimassa.

Turun yliopistossa oli käynnistynyt liikuntalääketieteellistä toimintaa professori Kaarlo Hartialan johdolla. Hartiala ja Karvonen ryhtyivät neuvottelemaan opetusministeriön silloisen urheilu- ja nuorisotoimiston päällikön Heikki Klemolan kanssa veikkausvoittovarojen saamiseksi toimintansa kehittämiseen. Niinpä vuonna 1956 opetusministeriö myönsi ensimmäiset avustukset liikuntalääketiedettä varten kahden urheilulääkärin palkkaamiseksi sekä pienehkön laiterahan. Turussa avustuksen vastaanottajaksi perustettiin Turun yliopiston fysiologian laitoksen urheilulääkäriasema vuonna 1956.

Syntyi vähitellen tarve saada urheilujärjestöt mukaan liikuntalääketieteellisen toiminnan kehittämistyöhön. Niinpä vuonna 1964 perustettiin Urheilulääketieteen säätiö, johon kuuluivat Työterveyslaitoksen ohella Suomen Valtakunnan Urheiluliitto ry, Työväen Urheiluliitto r.y., Suomen Olympiayhdistys r.y., Suomen Palloliitto r.y., Helsingin kaupunki ja Helsingin Yliopisto. Helsingin urheilulääkäriasema siirtyi säätiön alaisuuteen. Myöhemmässä vaiheessa myös Kuopion ja Tampereen liikuntalääketieteen keskuksat toimivat säätiön yhteydessä.

Opetusministeriö oli vuosien varrella alkanut myöntää veikkausvoittovaroista avustuksia kuudella paikkakunnalla toimivan liikuntalääketieteen keskuksen kustannuksiin. Syntyi tarve koordinoida keskusten kehittämis- ja avustustarpeita. Opetusministeriössä ja liikuntatieteellisessä toimikunnassa keskusteltiin koordinoivan elimen synnyttämisestä. Tuloksena opetusministeriö myönsi vuonna 1983 veikkausvoittovaroja Urheilulääketieteen Säätiölle päätoimisen asiamiehen palkkaamista ja muita hallintokuluja varten. Ajatuksena oli, että kaikki kuusi veikkausvoittovaroja saavaa keskusta vähitellen siirtyisi säätiön yhteyteen. Niin ei kuitenkaan tapahtunut.

Päätoimiseksi asiamieheksi valittiin opetusministeriöstä siirtynyt esittelijä Jorma Sinkkilä, joka oli siinä tehtävässä vuoden 1986 loppuun.

Säätiön oma hallinnollinen toiminta alkoi tämän jälkeen hiipua ja opetusministeriön liikuntatoimisto otti muutaman vuoden ajaksi itse tehtäväkseen järjestää mm. keskusten säännölliset ylilääkärikokoukset. Säätiön taustajärjestöt perustivat vuonna 1988 työryhmän suunnittelemaan liikuntalääketieteellisen toiminnan koordinoimista. Samoihin aikoihin oli ryhdytty keskustelemaan sekä kansallisilla että kansainvälisillä foorumeilla antidopingtyön tehostamisesta. Työryhmän työn lopputuloksena perustettiin Liikuntalääketieteen ja Testaustoiminnan Edistämisyhdistys LIITE r.y. Sen toimintaan kuului myös antidopingtyö. Yhdistystä tuettiin veikkausvoittovaroilla. Suomessa vuonna 2001 järjestettyjen MM-hiihtojen dopingskandaalin johdosta syntyi tarve vahvistaa antidopingtoimintaa omana toimialana. Vuonna 2002 perustettiin itsenäinen Suomen Antidopingtoimikunta ry ja samalla liikuntalääketieteen ja kuntotestauksen edistäminen siirtyi Liikuntatieteellisen Seuran tehtäväksi.

2. Liikuntalääketieteen erikoislääkäritutkinto

Vuoden 1985 asetus erikoislääkärin tutkinnosta (691/26.7.1985). Lääketieteen alan koulutusta uudistettiin vuonna 1985. Alan koulutus muutettiin yliopistolliseksi tutkinnoiksi ja koulutus siirtyi sosiaali- ja terveyshallinnosta opetushallinnon alaisuuteen. Erikoislääkärin tutkinnosta annettiin asetus (691/1985), joka tuli voimaan 1.8.1986. Opetusministeriön korkeakoulu- ja tiedeosasto johti valmistelutyötä yhteistyössä sosiaali- ja terveysviranomaisten ja yliopistojen kanssa. Erikoislääkärikoulutuksesta tuli yliopistollinen jatkotutkinto. Asetuksella liikuntalääketiede määriteltiin erikoislääkäritutkinnon alaksi.

Liikuntalääketieteen ottaminen osaksi erikoislääkäritutkintoa ei kuitenkaan ollut itsestään selvää, vaikka liikunta-alalla sitä oli pitkään toivottu ja valmisteltu. Esimerkiksi Valtion liikuntatieteellinen toimikunta oli vuonna 1981 asettanut työryhmän valmistelevaan liikuntalääketieteen koulutuksen järjestämistä ja koulutuksen sisältöjä. Työryhmän muistio valmistui vuonna 1983 ja tuli lääkintöhallituksen spesialiteettitoimikunnan käsittelyyn, joka kannatti liikuntalääketieteen ottamista tutkinnon alaksi.

Liikuntalääketiede ei alun perin sisältynyt opetusministeriön valmistelevaan asetusluonnokseen. Kahden liikuntakysymyksiin perehtyneen ministerin – ympäristöministeri Matti Ahteen sekä maa- ja metsätalousministeri Toivo Yläjärven – myötävaikutuksesta liikuntalääketiede lisättiin sittemmin erikoislääkäritutkinnon alaksi valtioneuvoston käsittelyyn tulleseeseen asetukseen. Taustavaikuttamista oli tietysti runsaasti.

Liikuntalääketieteen erikoistumiskoulutuksen rahoittamien oli ratkaisematta siltä osin kuin koulutus järjestettäisiin liikuntalääketieteen keskuksissa. Jotta koulutus käynnistyisi, opetusministeriön liikuntahallinto suostui siihen, että se rahoitettaisiin veikkausvoittovaroista, ainakin alussa.

Vuoden 1998 asetus erikoislääkärin tutkinnosta (678/4.9.1998). Erikoislääkärin tutkinto ja sitä koskevat säädökset uudistettiin vuonna 1998. Uusi asetus erikoislääkärin tutkinnosta (678/4.9.1998) tuli voimaan 1.1.1999. Kyseessä oli laaja koulutuksen ja erikoisalojen sisällöllinen ja rakenteellinen uudistamiseen, jonka tavoitteeksi mainittiin saada tutkinnot vastaamaan paremmin väestön terveyspalvelutarpeita ja terveydenhuollon kehitystä. Erikoisalojen koulutusohjelmista tehtiin laajempia ja niiden määrää vähennettiin 92:sta 49:ään vähentämällä erityisesti ns. suppeiden alojen ohjelmia.

Valmisteluvaiheessa liikuntalääketiede oli vaarassa pudota pois erikoisalojen joukosta lähinnä kaiketi siksi, ettei sitä pidetty terveyspalvelujärjestelmän kannalta merkittävänä. Asetusta valmisteltaessa asiasta käytiin keskusteluita mm. opetusministeriön sisällä liikuntayksikön ja korkeakoulu- ja tiedeyksikön kesken. Lopullisessa opetusministeriön asetusesityksessä liikuntalääketiede sisältyi edelleen koulutusohjelmiin. Uuden tutkintoasetuksen mukaan koulutusohjelmien pituus on viisi tai kuusi vuotta. Liikuntalääketieteen erikoistumiskoulutuksen pituudeksi määriteltiin viisi vuotta.

Vuoden 2012 asetus erikoislääkäriin ja erikoishammaslääkäriin tutkinnoista (420/14.6.2012). Vuonna 2012 erikoislääkäriin ja erikoishammaslääkäriin tutkinnot yhdistettiin samaan asetukseen. **Valtioneuvoston asetus** erikoislääkäriin ja erikoishammaslääkäriin tutkinnoista (420/14.6.2012) tuli voimaan 1.1.2013. Tässä yhteydessä liikuntalääketieteen asemasta ei enää ollut keskustelua.

3. Erikoislääkärikoulutuksen rahoitus

Sosiaali- ja terveysministeriö korvaa lääkärien erikoistumiskoulutuksen järjestämisestä aiheutuvia kustannuksia ns. erityisvaltionosuuden (EVO) kautta siltä osin kuin koulutus tapahtuu yliopistosairaaloissa ja erilaisissa valtion ja kuntien terveydenhuollon yksiköissä sekä valtioneuvoston asetuksessa (1351/22.12.2009) mainituissa yksityisissä terveydenhuollon toimipisteissä.

Liikuntalääketieteen keskuksat eivät ole asetuksessa mainittuja yksityisiä kouluttajia eivätkä ne saa sosiaali- ja terveysministeriöltä korvausta toteuttamastaan koulutuksesta. Opetus- ja kulttuuriministeriö rahoittaa liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutusta myöntämällä liikuntalääketieteen keskuksille harkinnanvaraista valtionavustusta liikuntaan osoitetuista veikkausvoittovaroista. Opetusministeriön rahoittaman toiminnan keskeisin tehtävä on kuitenkin liikuntalääketieteellinen tutkimus.

Opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön kesken käytiin vuonna 2008 kansliapäällikkötason keskustelua liikuntalääketieteen erikoistumiskoulutuksen rahoituksesta ja laajemminkin liikuntalääketieteen merkityksestä terveyspalvelujärjestelmässä.

Opetusministeriö esitti 14.9.2007 päivätyssä muistiossaan tavoitteeksi, että liikuntalääketieteen erikoistumiskoulutuksen järjestämiskustannukset korvataan liikuntalääketieteen keskuksille sosiaali- ja terveysministeriön budjetista samoin perustein kuin muissa toimintayksiköissä järjestettävän koulutuksen kustannukset.

Sosiaali- ja terveysministeriön terveyspalveluosasto ei kirjelmässään 6.2.2008 opetusministeriölle pitänyt valtionosuuden myöntämistä liikuntalääketieteen keskuksille mahdollisena juridisista ja taloudellisista syistä. Vaikka erityisvaltionosuutta myönnetään myös erälle yksityisille koulutuksen järjestäjille, eivät liikuntalääketiede ja liikuntalääketieteen keskuksat terveyspalveluosaston mukaan ole rinnasteisia asetuksessa määriteltäviin korvausta saaviin yksityisiin koulutuksen järjestäjiin. Lisäksi terveyspalveluosasto viittasi perusteluna siihen, etteivät peruspalveluministerin ja opetusministerin 25.10.2006 asettamat erikoislääkärikoulutuksen selvityshenkilöt Hannu Puolijoki ja Anja Tuulonen arviointiraportissaan (STM 2007:47) ”ilmaisseet tarvetta painottaa liikuntalääketieteen erikoistumisalaa tai korostaneet sen merkitystä”.

4. Liikuntalääketieteen asiantuntemus terveydenhuollon palvelujärjestelmässä

Opetusministeriö kiinnitti muistiossaan 14.9.2007 huomiota myös liikuntalääketieteellisen tiedon ja asiantuntemuksen merkitykseen esittäen, että terveyspalvelujärjestelmässä otetaan nykyistä enemmän huomioon liikuntalääketieteen erikoistumisalan tieto ja osaaminen ja liikuntalääketieteen asiantuntemusta tarjotaan asiakkaille osana palvelukokonaisuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriön terveyspalveluosasto suhtautui varauksella opetusministeriön näkemyksiin ja toi vastauksessaan 6.2.2008 esille seuraavaa:

- liikuntalääketieteen merkitys ja siitä saatava lisäarvo terveyspalvelujen kentässä on epäselvä,
- liikuntalääketieteen kustannusvaikuttavuudesta suhteessa nykyiseen toimintaan pitäisi saada positiivista näyttöä ennen erityistuen ratkaisemista,
- samat hyödyt saatettaisiin saada kustannustehokkaammin muiden terveydenhuollon ammattiryhmien (esim. terveydenhoitajat, kuntahoitajat, fysioterapeutit) liikuntalääketieteen koulutusta lisäämällä,
- epäselvää, miten kliininen liikuntalääketiede integroitaisiin terveydenhuollon palvelujärjestelmään.

5. Kehittämistarpeet

Liikuntalääketieteen edistäminen edellyttää mielestämme nykyistä vahvempaa edunvalvontaa, yhteistyötä ja tiedottamista. Koulutuksen kehittäminen, alan olemassaolon varmistaminen spesialiteettien joukossa, koulutuksen rahoittaminen ja spesiaali-alan laajentaminen yleisen terveydenhuollon osaksi ovat esimerkkejä toiminnoista, jotka edellyttävät nykyistä vahvempaa panostusta.

Liikuntalääketieteellinen ja liikuntatieteellinen tutkimus ovat selvästi osoittaneet liikunnan merkityksen sairauksien ennalta ehkäisemisessä ja hoitamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön terveyspalveluosaston mukaan liikuntalääketieteen merkitys ja siitä saatava lisäarvo ei kuitenkaan ole selvä terveyspalvelujen kentässä. Tämän kysymyksen selvittämiseen olisi paneuduttava aktiivisesti: liikuntalääketieteen kustannusvaikutuksia olisi selvitettävä mm. tutkimustyöllä ja esimerkiksi kehittämishankkein etsittävä tapoja liikuntalääketieteellisen tiedon integroimiseksi terveydenhuollon palvelujärjestelmään.

Tietoja osaan II ovat antaneet:

- Aarni Koskela, ent. Työterveyslaitoksen osastonjohtaja
- Leena Luhtanen, mm. OPM:n vastuuhenkilö erikoislääkäritutkinnon uudistustyössä
- Jorma Sinkkilä, mm. ent. Urheilulääketieteen Säätiön asiamies

Liikuntalääketiede Suomessa

Timo Takala & Arja Uusitalo

***Liikuntalääketieteen kehittyminen,
nykytilanne ja kehitysnäkymät***

Kerstin Ehnholm & Mirja Virtala

***Liikuntalääketieteen kehitys
valtionhallinnon näkökulmasta***

Raportissa kuvataan liikuntalääketieteen kehitystä Suomessa lääketieteen erikoisalana sekä osana alan kansainvälistä kehitystä. Raportin ensimmäisessä osassa tarkastellaan alan nykytilannetta ja kehitystarpeista. Toisessa osassa valotetaan liikuntalääketieteen kehitystä valtionhallinnon näkökulmasta.

***Liikuntatieteellisen Seuran
tutkimuksia ja selvityksiä nro 9
Helsinki 2013***



LTS

Liikuntatieteellinen Seura
Finnish Society of Sport Sciences