



URHEILIJATERVEYDEN- HUOLLON SELVITYS



Esko Heikkinen &
Maarit Valtonen

KIHUn julkaisusarja, nro 66
ISBN 978-952-7290-03-3
ISSN 2489-8317

Esko Heikkinen & Maarit Valtonen

URHEILIJATERVEYDENHUOLLON SELVITYS

Kilpa- ja huippu-urheilun tutkimuskeskus KIHU

KIHUn julkaisusarja, nro 66

Copyright © Kilpa- ja huippu-urheilun tutkimuskeskus KIHU, 2019

ISBN 978-952-7290-03-3 (verkkojulkaisu)

ISSN 2489-8317 (verkkojulkaisu)

Kaikki oikeudet pidätetään. Tämän julkaisun tai sen osan jäljentäminen ilman tekijän kirjallista lupaa painamalla, monistamalla, äänittämällä tai muulla tavoin on tekijänoikeuslain mukaisesti kielletty.

Jyväskylä 2019

SISÄLLYS

1	TIIVISTELMÄ.....	4
2	ESIPUHE.....	5
3	SELVITYKSEN TAVOITTEET, MENETELMÄT JA TOTEUTUS.....	6
3.1	Selvityksen tavoitteet	6
3.2	Selvityksen menetelmät	7
3.3	Selvityksen toteutus	7
4	URHEILUSTA JA LÄÄKÄRITOIMINNASTA	8
4.1	Hiukan urheilulääketieteen historiaa	9
4.1.1	Olympiakomitean ylilääkärit	9
4.2	Liikuntalääketieteellistä asiantuntemusta	11
4.3	Urheilulääketiede ja liikuntalääketiede	11
4.3.1	Erytyspätevyys vai erikoisalan nimenmuutos - vai ei mitään?	13
5	URHEILIJATERVEYDENHUOLLON SUOMALAINEN KOKONAISUUS	15
5.1	Esimerkkejä onnistuneista hankkeista.....	15
5.2	Huippu-urheiluyksikön omat terveydenhuollon resurssit	17
5.2.1	Osataanko urheilijaterveydenhuolto?.....	19
5.3	Liikuntalääketieteen keskuskeskukset.....	19
5.4	Yksityissektori.....	20
5.4.1	Terveyspalveluyritykset.....	21
5.4.2	Vakuutusyhtiöt	22
5.5	JULKINEN TERVEYDENHUOLTO	24
5.6	Lajiliittojen asiantuntijat	25
5.7	Tukiurheilijoiden omalääkärijärjestelmä ja muu asiantuntijaverkosto.....	26
5.8	Valmennuskeskusten ja urheiluakatemioiden ja terveydenhuoltotoiminta.....	26
5.8.1	Valmennuskeskukset.....	28
5.8.2	Urheiluakatemit	29
6	KANSAINVÄLISTÄ VERTAILUA.....	30
6.1	Hollanti	30
6.1.1	Terveydenhuolto Papendalissa	31
6.2	Norja	32
6.2.1	Olympiatoppenin vahvuudet ja heikkoudet.....	34
6.3	Ruotsi	34
6.3.1	Bosön valmennuskeskustoiminnasta	36
6.4	Sveitsi	36
6.5	Tanska	37
6.6	Yhteenvetoa kansainvälisestä vertailusta	38

7 URHEILIJATERVEYDENHUOLLON ASiantuntijamäärät	39
7.1 Liikuntalääketieteen erikoislääkärit ja urheilulääkärit	40
7.2 Urheilufysioterapeutit	41
7.3 Urheilupsykologit	41
7.4 Urheiluravitsemuksen asiantuntijat	42
8 HAASTATTELUJEN JA VERKKOKYSELYN MUITA TULOKSIA	43
8.1 Suomalaisen urheilulääketieteen vahvuudet ja heikkoudet	43
8.2 Joukkuelajit ja yksilöurheilu ovat kaksi eri asiaa	44
8.3 Yhteistä johtoa kaivataan	45
8.4 Valmentajakoulutus ja urheilulääketiede	45
8.5 Sähköinen asiointi	46
8.6 ”Tanskan malli” ja keskittäminen	47
8.7 Osaamisemme kansainvälisessä vertailussa	47
8.8 Valmennuskeskusten ja akatemioiden terveydenhuollot ja tulevaisuus	47
8.9 ”Kansallisen edun poolit”	48
9 URHEILIJATERVEYDENHUOLLON LÄHITULEVAISUUS – VAIHTOEHDOT	49
9.1 Julkinen sektori ja urheilijaterveydenhuolto	50
9.2 Yksityissektori ja urheilijaterveydenhuolto	51
9.3 Liikuntalääketieteen keskuksat ja urheilun omat resurssit	51
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	53
10.1 Resurssit ja johto	53
10.2 Panostus urheiluakatemiatoimintaan	54
10.3 Olympiakomitean tukiurheilijoiden terveydenhuolto	56
10.4 Liikuntalääketieteen brändi	57
10.5 Urheilulääketieteen erityispätevyys tai sertifiointi	57
10.6 Urheilijaterveydenhuollon käsikirja	57
10.7 Sähköinen asiointi	58
10.8 Urheilijaterveydenhuollon ”kansallisen edun pooli”	58
10.9 Valmentajakoulutus	58
10.10 Vuotuinen urheilulääketieteellinen koulutustilaisuus	58
LÄHTEET	60
LIITTEET	62
LIITE 1. Selvityksessä haastatellut tahot ja asiantuntijat	62
LIITE 2. Tutustuminen kilpailijamaiden järjestelmiin	64
LIITE 3. Käytetyt lyhenteet	65

1 TIIVISTELMÄ

Suomalaisurheilijoiden terveydenhuolto nojautuu julkiseen terveydenhuoltoon, yksityissektoriin, liikuntalääketieteen keskuksiin, urheiluakatemioiden, valmennuskeskuksiin, urheilujärjestöihin ja urheilijoiden henkilökohtaisiin asiantuntijoihin. Painotukset voivat vaihdella, mutta niin urheilijoiden lääkärit, fysioterapeutit, psykologit kuin ravitsemusasiantuntijatkin löytyvät mainituista.

Laaditun arvion mukaan Suomessa toimii noin 500 urheilulääkärinä (joista 30 liikuntalääketieteen erikoislääkärinä), 100 urheilufysioterapeuttia, 25 urheilupsykologia ja kymmenkunta ravitsemusasiantuntijaa. Arvioiden esittäminen on erittäin hankalaa, sillä kokopäivätoimisesti urheilijoiden kanssa työskentelevät vain harvat. Resurssit ovat lisäksi pirstaleisesti eri organisaatioissa.

Selvityksen toimenpide-ehdotukset perustuvat havaintoihin urheilijaterveydenhuoltomme nykytilasta. Se kaipaakin keskitettyä johtoa, jonka luonnollinen kotipesä on Olympiakomitean Huippu-urheiluyksikkö. Minimiresurssi päätoimisen ja toimintoja johtavan ylilääkärin lisäksi on yksi kokoaikainen vastuhenkilö urheilufysioterapiassa ja -psykologiassa sekä ravitsemusvalmennuksessa. Tämä tarkoittaa runsaan 300 000 euron vuosittaista kokonaiskustannusta.

Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden ”brändi” ja tunnettuus on vaatimaton sekä terveydenhuolto-organisaatioiden sisällä että urheiluelämässä. Vaikka erikoisala on yli 30 vuotta vanha, se ei kaikilta osin ole löytänyt paikkaansa urheilijoiden terveydenhuollossa. Samaan aikaan muiden erikoisalojen lääkärit eivät enää ole yhtä kiinnostuneita urheilijoiden asioista kuin takavuosina. Kummankin haasteen suhteen voidaan tehdä toimenpiteitä.

Termi ”urheilijaterveydenhuolto” kaipaakin käsikirjaa, sillä yleinen tietoisuus urheilijoiden terveitä harjoituspäiviä lisäävistä toimenpiteistä on korkeintaan välttävällä tasolla. Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden tulee olla näiden toimenpiteiden asiantuntijoita. Ennaltaehkäisevään toimintaan suhtaudutaan kaikkialla myönteisesti, mutta sen sisältö tunnetaan huonosti.

Urheiluakatemit ovat tulevaisuuden urheilijoiden valmennusympäristöjä. Siksi myös urheilijaterveydenhuollon toimenpiteiden on suuntauduttava ensisijaisesti niihin. Akatemioilla on paljon työtä, jotta ne pääsevät tasolle, jota urheilijaterveydenhuollon suhteen voi pitää riittävänä.

Urheilijaterveydenhuollon johtaminen edellyttää nykyistä vahvempaa resursointia. Kansainvälisessä vertailussa keskeisten kilpailijavaltioidemme terveydenhuoltoresurssit ovat moninkertaisesti omiamme suuremmat. Valmennuksen toimintaympäristöjen terveydenhuoltotoimintoja on johdettava selvemmin yhdestä paikasta ja niille on luotava yhtenäiset toimintamallit.

Huippu-urheilijoidemme terveydenhuolto on hajanaista, vaikka omalääkäri- ja vakuutusjärjestelmä toimivat hyvin. Järjestelmän kustannusrakenne on nykykehityksellä kestävä. Kurssin kääntämiseksi toimintoja on keskitettävä harvemmille toimijoille, jotka työskentelevät yhdessä sovittujen pelisääntöjen mukaisesti.

Terveydenhuollon ulkopuolella valmentajat ovat keskeisiä vaikuttajia urheilijoiden terveysasioissa. On selvää, että nykyinen valmentajakoulutuksemme on näiltä osin riittämätön. Valmentajakoulutuksen kaikilla tasoilla tarvitaan lisää urheilijaterveydenhuollon sisältöjä. Terveydenhuollon toimet on osattava hahmottaa oleellisena osana valmennusta ja valmentautumista.

2 ESIPUHE

Vanhan sanonnan mukaan suomalaiset ovat urheilukansaa. Urheiluvammojen leikkaushoidon osalta voimme hyvin jatkaa, että suomalaiset ovat myös urheilulääketiedekansaa. Tästä huolimatta huippu-urheilumme terveydenhuollosta on kirjoitettu yllättävän vähän. Epäilemättä siksi, että kenttä on hyvin hajanainen.

Ajatus huippu-urheiluun liittyvien terveydenhuoltotoimien ja -toimijoiden selvittämisestä ja kehittämisohdotuksien laadinnasta keksittiin alkuvuoden 2018 aikana usealla taholla. Niin Olympiakomitean Huippu-urheiluyksikössä kuin Opetus- ja kulttuuriministeriössäkin oli herätty siihen, että ”jotakin tarttis tehdä”.

Keskustelujen pohjalta syntyi ministeriön rahoittama hanke, jossa allekirjoittanut toimi selvitysmiehenä Kilpa- ja huippu-urheilun tutkimuskeskuksen alaisuudessa. Raportti tulee ulos KIHUn julkaisusarjassa. Rahoitus anottiin työnimellä ”Urheilulääketieteen resurssiselvitys”, mutta ohjausryhmän päätöksellä lopulliseksi nimeksi tuli ”Urheilijaterveydenhuollon selvitys”. Todettakoon, että antidopingtyötä ei tässä selvityksessä käsitelty, kuten ei myöskään urheilulääketieteeseen liittyvää tieteellistä tutkimusta.

Hankkeen ohjausryhmään ovat kuuluneet professori Ari Harjula, ortopedian ja traumatologian erikoislääkärit Harri Heliö ja Tuomo Karila, OKM:n ylitarkastajat Kari Niemi-Nikkola ja Hannu Tolonen, Olympiakomitean urheiluakatemiaohjelman johtaja Antti Paananen, Tampereen urheilulääkäriaseman ylilääkäri Jari Parkkari ja puheenjohtajana OK:n ylilääkäri Maarit Valtonen, jonka panos myös raportin laadinnassa on ollut merkittävä.

Kuusi kuukautta kestänyt hanke perustuu kirjallisen materiaalin ohella yli 60:een eri sidosryhmäedustajan haastatteluun ja aktiivisille urheilulääkäreille suunnattuun verkkokyselyyn. Osin on tehty uraauurtavaa työtä, sillä yksityisen terveydenhuollon roolista urheilun terveydenhuollossa ei tätä ennen ole juurikaan kirjoitettu. Myös valmennuskeskuksien ja urheiluakatemioiden terveydenhuoltotyö on ollut vaatimattomasti käsitelty alue.

Alusta alkaen oli selvää, että ohjausryhmä halusi ”raflaavan” raportin. Raflaava tarkoittaa tässä yhteydessä ainakin sitä, että kaikki mahdolliset epäselvyydet tai kipupisteet on pyritty kirjoittamaan neutraalisti ja ymmärrettävästi auki. Toivon lämpimästi, että tavoitteessa on onnistuttu.

Saavuttaaksemme menestystä meidän on arvostettava eri alojen asiantuntijoiden osaamista ja hyödynnettävä sitä käytännössä. Esitetyt linjaukset käyvät yksiin OK:n Huippu-urheiluyksikön tavoitteiden kanssa ja edistävät Olympiakomitean uuden strategian ”parhaat parhaiden kanssa” -toimintaperiaatetta ja huippu-urheilun resurssien kasvattamista.

Esitän lämpimät kiitokseni Opetus- ja kulttuuriministeriölle hankkeen rahoituksesta ja Kilpa- ja huippu-urheilun tutkimuskeskukselle sen teknisestä mahdollistamisesta. Vastaavan kiitoksen ansaitsevat myös ohjausryhmän jäsenet sekä erityisesti sen väsymätön puheenjohtaja Maarit Valtonen.

Helsingissä 28. päivänä helmikuuta 2019

Esko Heikkinen

3 SELVITYKSEN TAVOITTEET, MENETELMÄT JA TOTEUTUS

3.1 Selvityksen tavoitteet

Tälle selvitykselle asetetut tavoitteet tiivistettiin OKM:lle toimitetussa erityisavustusanomuksessa seuraavasti:

Tuottaa kattava kokonaiskäsitys maamme liikunta- ja urheilulääketieteellisistä resursseista ammattiryhmittäin. Erityisesti pyrkimyksenä on arvioida, kuinka paljon ammattihenkilöstöä voisi olla kilpa- ja huippu-urheilun käytettävissä.

Tavoite on kunnianhimoinen, sillä pyrkimyksenä oli selvittää huippu-urheilun terveydenhuoltoresursseja sekä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon, liikuntalääketieteen keskusten että urheilujärjestöjen osalta. On selvää, että lopulta kyse on enemmän arvioista kuin tarkoista luvuista. Ammattiryhmittäin arvioinnin kohteena olivat urheilun kanssa toimivat yleis- ja erikoislääkärit sekä urheiluun erikoistuneet fysioterapeutit, psykologit ja ravitsemusasiantuntijat.

Varsinkaan terveystalvetyritysten resursseja ei tässä mielessä liene aiemmin Suomessa arvioitu tai inventoitu. Arviointien tulokset on esitetty luvussa 7.

Rakentaa toimenpidesuosituksia, joilla olemassa olevia resursseja voitaisiin nykyistä tehokkaammin käyttää kilpa- ja huippu-urheilun tueksi. Käytännössä kyse on Olympiakomitean terveydenhuolto-organisaation tukemisesta ja kehittämisestä.

Selvitys tuotti esityksen siitä, kuinka suomalaisten huippu-urheilijoiden terveydenhuolto lähitulevaisuudessa järjestetään. ”Huippu-urheilu” on hankala termi, sillä eri ihmisten mielissä se tarkoittaa eri asioita. Jotta määrittelylle voidaan antaa joku ymmärrettävä ja yleisesti hyväksytty sisältö, tässä selvityksessä huippu-urheilu tarkoittaa lähtökohtaisesti OK:n tukiurheilijoita. Näiden määrä vaihtelee vuosittain, mutta käytännössä kyse on noin 150 urheilijasta.

Selvityksessä ei ole unohdettu isompien yksilölajien maajoukkueita eikä suurimpien palloilulajien pääsarjajoukkueita tai maajoukkueita, mutta näistä puhuminen yhtenä joukkona ei ole tarkoituksenmukaista. Jos huippu-urheilijan määritteeksi otetaan Urheilijaturvakuutuksen lunastaminen eli vähintään 11 190 euron vuosittainen ansiotaso urheilusta, Suomessa oli huippu-urheilijoita 2017 hieman vajaa 1 400. Heistä selvästi yli puolet oli jääkiekkoilijoita (KIHU 2018).

Kartoittaa alan toimijoiden käsitykset siitä, voitaisiinko liikuntalääketieteen erikoistumiskoulutusta hyödyntää sekä valmennuskeskus- että akatemiatoiminnassa.

OKM tukee sekä liikuntalääketieteen keskuksia, urheiluakatemiaita että valmennuskeskuksia. Vaikka terveystalvetyritysten tarve jälkimmäisissä on tiedostettu, eri tahojen yhteistyö on pääsääntöisesti vasta hyvässä alussa. Nykytilanne pyrittiin kirjoittamaan auki sekä palvelujen käyttäjien että niiden tarjoajien näkökulmasta.

Liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutus on yksi mahdollisuus saada terveydenhuollon asiantunte-
musta suoraan kentälle, jossa arkipäiväinen valmennus tapahtuu. Tässä ympäristössä voidaan paitsi syn-
nyttää vammoja ja sairauksia, myös kehittää niiden ehkäisemistä. Liikuntalääketiede ei ole pelkkää huip-
pu-urheilua, mutta siitä huolimatta alan erikoislääkärikoulutus ja -toiminta lienee merkittävin yksittäinen
resurssi urheilijoiden ennaltaehkäisevän terveydenhuollon kehittämisessä.

Saada käsitys siitä, kuinka esillä olevat asiat on hoidettu keskeisissä eurooppalaisissa kilpailijavaltioisamme.

Vaikka eri maiden valmennus- ja terveydenhuoltojärjestelmät eroavat toisistaan, hankkeessa haluttiin arvioida lyhyesti myös alan kansainvälistä kehitystä (LIITE 2). Hollannin, Norjan ja Ruotsin osalta arviointi tehtiin tutustumalla kunkin maan keskeisimmän valmennuskeskuksen toimintaan. Tanskan tilannetta selvitettiin Suomessa tehdyllä haastattelulla ja Sveitsin käytäntöjen arviointi perustuu aiemmin tehtyyn selvitykseen ja sen täydentämiseen.

3.2 Selvityksen menetelmät

Keskeistä lähdekirjallisuutta olivat liikuntalääketieteen keskusten, urheiluakatemioiden ja valmennuskeskusten suunnitelmat ja arvioinnit sekä huippu-urheilun sisäinen ja ulkoinen arviointi. Liikuntalääketieteen erikoislääkäreistä löytyy yksi huolellinen selvitys ja urheilun muutosryhmän tiimoilta muutama raportti. Huippu-urheilun terveydenhuollon osuutta ei missään näistä ei voi pitää merkittävänä.

Eri keskuksien ja yritysten verkkosivut antavat jonkin verran informaatiota, mutta työn ehdottomasti keskeisimmäksi materiaaliksi nousivat eri alojen asiantuntijoiden haastattelut. Niitä tehtiin yhteensä yli 60.

Alkuperäisenä ajatuksena oli, että haastattelut olisivat strukturoituja. Varsin pian kävi selväksi, että se ei ole järkevää eikä edes mahdollista. Esimerkiksi vakuutusyhtiöt, ministeriöt ja valmennuskeskukset eroavat toiminnoiltaan ja tehtäviltään niin paljon, että samojen kysymysten esittäminen niille ei ole relevanttia.

Haastatteluista tuli siten kohderyhmittäin räätälöityjä. Selvityksessä tehtiin sekä eri alojen kokeneiden asiantuntijoiden taustahaastatteluja että merkittävimpien ammattiryhmien ja toimintayksiköiden täsmähaastatteluja. Liikuntalääketieteen keskuksia haastateltiin niille kohdennetuina samoin kysymyksin, kuten myös terveyspalvelualan yrityksiä, vakuutusyhtiöitä sekä valmennuskeskuksia ja urheiluakatemiaita.

Verkkokysely liikuntalääketieteen keskuksien lääkäreille, liikuntalääketieteeseen erikoistuvilla lääkäreille, tukiurheilijoiden omalääkäreille ja tiedossa olleille lajiliittojen asiantuntijalääkäreille toteutettiin tammi-kuussa 2019. Kysymykset painottuivat haastatteluissa esiin nousseisiin aiheisiin ja haasteisiin. Vastauksia saatiin 36.

3.3 Selvityksen toteutus

Kirjallisuuskatsauksesta ja raportin kirjoittamisesta on pääosin vastannut selvitysmies. Se tapahtui tammi-helmikuussa 2019. Selvitysmies oli Olympiatoppenin lukuun ottamatta mukana kaikissa haastatteluissa, osassa paikalla oli myös ohjausryhmän puheenjohtaja. Lähteisiin on viitattu vain kirjallisten lähteiden ja verkkolähteiden osalta.

Syys-joulukuussa 2018 tehtyjen haastattelujen muistiinpanoja ei julkisteta. Haastateltavien lista vahvistettiin ensimmäisessä ohjausryhmän kokouksessa. Lista on esitetty liitteessä 1. Ohjausryhmä kokoontui kahdesti, minkä lisäksi käytiin paljon puhelin- ja sähköpostikeskusteluja.

Verkkokyselyn laatimisesta ja teknisestä toteutuksesta vastasi ohjausryhmän puheenjohtaja.

4 URHEILUSTA JA LÄÄKÄRITOIMINNASTA

Suomalaisurheilijoiden terveydenhuollon resurssit ovat hajallaan monissa organisaatioissa. Näitä ovat ainakin julkinen ja yksityinen terveydenhuolto, liikuntalääketieteen keskuskeskukset sekä urheilujärjestöissä ja urheiluseuroissa ja -joukkueissa työskentelevä henkilöstö, Olympiakomitea mukaan lukien.

Terveydenhuollon roolista suomalaisessa huippu-urheilussa on kirjoitettu yllättävän vähän. Kuvaavaa on, että Huippu-urheilun verkostopäivillä lokakuussa 2018 asiaa ei mainittu kertaakaan. Toisaalta urheilulääketiede on itsestäänselvyys, jonka merkitystä kukaan ei kiistä. Keskitetymmän terveydenhuollon roolista on puhuttu Huippu-urheilun muutosryhmän raportin jälkeen vuodesta 2012. Kriittinen lukija päätyy kuitenkin arvioon, että alalla on ollut paljon suunnitelmia, joita on toteutettu kirjavasti.

Urheilijaterveydenhuollon resursointi on pientä, sillä koko suomalaisen huippu-urheilun julkinen rahoitus on pienekköä. Kun Suomen valtion huippu-urheilun vuosittainen tuki on 11,6 miljoonaa euroa, se on Norjassa 19 miljoonaa euroa. Ruotsissa vastaava luku on 15,5 miljoonaa euroa. (Stenbacka ym. 2018, 144). Vuonna 2017 suomalainen antidopingtyö maksoi yhteiskunnalle liki yhtä paljon - 1,6 miljoonaa euroa - kuin OK-M:n yleisavustus Helsingin, Kuopion, Oulun, Tampereen ja Turun liikuntalääketieteen keskuksille yhteensä.

Kokeneiden lääkäreiden haastatteluissa kävi ilmi, että huippu-urheilussa toimiminen ei ole enää yhtä kiinnostavaa kuin takavuosina. Menneen vuosituhaten lopulla alkanut keskustelu dopingin käytöstä - joka huipentui Lahden tapahtumiin 2001 - lienee pelottanut lääketieteen eri erikoisalojen asiantuntijoita pois urheilusta. Tietenkin kyse on myös menestyksestä: voittavan urheilun kanssa halutaan olla tekemisissä.

Lääkärit ovat asiantuntijoina siirtyneet enemmän urheilun ”ulkokehälle”, pois alan päätöksenteon ytimestä. Hankkeen yhteydessä toteutetussa verkkokyselyssä kävi ilmi, että urheilulääkäreidemme mielestä lääkäriasiantuntemusta käytetään urheilujohdossa liian vähän.

Huippu-urheilun ulkoisen arvioinnin tiivistelmässään Kimmo J. Lipponen (2017, 5) kirjoittaa terävästi johtamisjärjestelmän heikkouksista. Kun sen huippu-urheilun yleistä johtamista kuvaavien termien tilalle vaihdetaan ”terveydenhuolto”, lopputuloksena on kohtalaisen kurantti arvio:

*”Huippu-urheilun **terveydenhuollon** tehtävänä on parantaa urheilijoiden menestymisen edellytyksiä ja voittamisen todennäköisyyttä. Nykymuodossaan järjestelmä ei edesauta kaikilta osin tavoitteen saavuttamista. Arvioinnin tulokset osoittavat, että **terveydenhuollon** strategiselle johtamiselle ei tällä hetkellä ole yhtenäistä viitekehystä, käsitteistöä ja tavoitteita. Ylätason johtaminen ei nykymuodossaan toimi systemaattisesti jatkuvaan kehittymisen seurantaan perustuen.*

*Arvioinnin tulokset osoittavat, että huippu-urheilun ylimmän tason toimijat eivät ole yhdessä kyenneet löytämään selkeitä ylätason tavoitteita, jotka ohjaisivat vaikuttavasti pirstaleista **terveydenhuollon** kenttää. Tästä syystä keskeisten huippu-urheilutoimijoiden yhteistyö ei johda toimenpiteiden ja resursoinnin yhdensuuntaisuuteen.”*

Olympiakomitealla on lajien tukipäätöksissä terveydenhuoltoon korvamerkittyjä osioita. Päätösten taustalla olevista kriteereistä ja näiden varojen käytön seurannasta ei ole raportoitu. Vanha viisaus sanoo, että ilman mitattavia tavoitteita onnistumisen ja vastaavasti myös epäonnistumisen osoittaminen on mahdotonta.

Varsinkin isompien palloilulajien pääsarjajoukkueilla on jonkin verran palkattua terveydenhuoltohenkilöstöä, lähinnä fysioterapeutteja. Pääsääntöisesti niiden, kuten myös urheilun lajiliittojen, toiminta nojaa erilaisiin sopimuksiin terveystalouden yritysten kanssa. Osassa lajiliitoista on myös omia asiantuntijoita, jotka toimivat organisaatioissaan korvauksetta.

4.1 Hiukan urheilulääketieteen historiaa

Mainiossa Liikuntalääketiede Suomessa -raportissaan Timo Takala ja Arja Uusitalo (2013) käsittelevät urheilu- ja liikuntalääketieteemme kehitystä. Etenkin liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutuksen synty on raportissa selvitetty ansiokkaasti.

Täydennykseksi todettakoon, että ”ensimmäisenä suomalaisena oikeana urheilulääkärinä” voidaan pitää Mikko Kunnasta, joka oli aktiivinen jo Stadionin urheilulääketieteellisellä poliklinikalla 1940- ja 1950-luvuilla. Kunnas puhui 1950-luvulla tehdyssä haastattelussa eri lajien tyyppivammoista, urheilijoiden terveystarkastuksista ja urheilukilpailujen lääkintähuollon järjestämisestä (Pirhonen 1991, 28-30).

Lento-onnettomuudessa 1956 kuollut Kunnas tunnettiin varsinkin hiihtäjien lääkärinä. Lisäksi hän oli Helsingin olympiakisojen lääkintätoimikunnan sihteeri ja lääkintätoimiston päällikkö. Hauska yksityiskohta alan historiassa on Gunnar Sternbergin (Karhussa työuransa tehneen tunnetun urheilumiehen Lars Sternbergin isä) rooli Brasilian joukkueen lääkärinä Helsingin olympiakisoissa 1952 (Lars Sternbergin tiedonanto 10.5.2011, julkaisematon lähde).

Takalan ja Uusitalon kattavaa katsausta voi vielä täydentää yksityisen terveyspalveluliiketoiminnan voimakkaalla kasvulla 1980-luvun alkupuolelta lähtien. Kasvun taustalla oli uusi käytäntö, jossa urheilun lajiliitot lisenssijärjestelmäänsä liittyen ”pakottivat” kilpaurheilun harrastajat ottamaan tapaturmavakuutuksen.

Vakuutettujen määrän voimakas kasvu loi pohjan yksityislääkäritoiminnan laajenemiselle. Helsingin Diakonissalaitokselle perustettiin 1984 Pekka Peltokallion johtama Urheilulääketieteen osasto. Samoihin aikoihin vastaavia hankkeita oli muillakin yksityisillä palveluntuottajilla.

Yksityisen palvelutoiminnan ja vakuutuksien myötä ortopedian ja traumatologian erikoislääkäreiden ote urheilulääketieteestä voimistui. Samaan aikaan kun liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutus 1980-luvun puolivälissä käynnistyi, yksityissektorin urheilulääketiede suuntautui vahvasti urheiluvammojen diagnostiikkaan ja operatiiviseen hoitoon. Ilman yksityissektorin voimakasta aktivoitumista liikuntalääketieteen erikoisan kehittyminen olisi todennäköisesti ollut nopeampaa. Useimmat suomalaiset mielivät urheilulääketieteen tälläkin hetkellä lähinnä ortopediaksi tai ylipäättään urheiluvammojen hoidoksi.

Terveyspalveluyritykset tekivät jo 1980-luvulla sopimuksia urheilun lajiliittojen ja urheiluseurojen kanssa. Vuosituhannen vaihtuessa trendi vahvistui edelleen ja tälläkin hetkellä yksityissektori vastaa suomalaisurheilijoiden sairaudenhoidosta lähes kokonaan. Myös valtaosa valmistuneista liikuntalääketieteen erikoislääkäreistä toimii yksityisissä terveyspalveluyrityksissä.

4.1.1 Olympiakomitean ylilääkärit

Ennen 2. maailmansotaa käydyissä olympiakisoissa emme juuri voi puhua suomalaisista terveydenhuolto-organisaatioista. Hierojia tosin oli mukana kaikissa olympiakisoissa Tukholmasta 1912 lähtien. Lääkäri Niilo Koskiniemi teki kuormitustutkimusta ja yhteistyötä arvostetun valmentajan Jaakko Mikkolan kanssa jo 1920-luvun alkupuolella (Rantala 2017, 62) ja oli myös mukana Pariisin olympiakisoissa 1924.

Heikki Savolainen oli Berliinissä 1936 voimistellessaan lääketieteen opiskelija ja voimistelujoukkueen johtoon kuului hammaslääkäri Birger Stenman. Urheilulääkäriyhdistys perustettiin Helsingin pitämättä jääneitä 1940 kisoja silmällä pitäen 1939. Yngve Roschier toimi olympiajoukkueen ylilääkärinä kolmella vuosikymmenellä 1940-luvulta lähtien ja myös kotikisoissa 1952.

Menneellä vuosituhannella puhuttiin olympiajoukkueen ylilääkäristä, jonka tärkeimmät tehtävät olivat urheilulääketieteen asiantuntijaryhmän sekä olympiakisojen lääkintäorganisaation kokoaminen ja johtaminen. Helmer Kvistin, Juha Katajan ja Kalevi Tuomisen johdolla perustetun asiantuntijaryhmän toiminnassa otettiin mallia SUL:n maineikkaasta L-kolmiosta, jonka Pekka Peltokallio oli luonut 1970-luvulla.

Aki Hintsa oli ensimmäinen Olympiakomitean ylilääkäri. Ensimmäinen päätoiminen ylilääkäri oli Harri Hakkarainen, jonka toimikausi alkoi Huippu-urheilun muutosryhmän työn jälkeen 2013. Nykyinen ylilääkäri Maarit Valtonen on vasta toinen palkattu ylilääkäri Olympiakomiteassa ja samalla myös ensimmäinen liikuntalääketieteen erikoislääkäri tässä tehtävässä.

Olympiajoukkueen ylilääkärit 2. maailmansodan jälkeen (Rinne 1980, Siukonen 2012):

1948 St. Moritz	ei lääkäreitä (kaksi hierojaa)
1948 Lontoo	(Torsten) Yngve Roschier
1952 Oslo	Mikko Kunnas
1952 Helsinki	Yngve Roschier
1956 Cortina d'Ampezzo	Mikko Kunnas
1956 Melbourne	Yngve Roschier
1960 Squaw Valle	Veikko Kosonen
1960 Rooma	Yngve Roschier
1964 Innsbruck	Martti J. Karvonen
1964 Tokio	Kaarlo Hartiala
1968 Grenoble	Risto Elovainio
1968 México	Helmer Kvist
1972 Sapporo	Risto Elovainio
1972 München	Helmer Kvist
1976 Innsbruck	Juha Kataja
1976 Montreal	Helmer Kvist
1980 Lake Placid	Jussi Kangas
1980 Moskova	Helmer Kvist
1984 Sarajevo	Seppo Rehunen
1984 Los Angeles	Pekka Peltokallio
1988 Calgary	Seppo Rehunen
1988 Soul	Sakari Orava
1992 Albertville	Seppo Rehunen
1992 Barcelona	Sakari Orava
1994 Lillehammer	Seppo Rehunen
1996 Atlanta	Sakari Orava
1998 Nagano	Seppo Rehunen
2000 Sydney	Sakari Orava
2002 Salt Lake City	Seppo Rehunen
2004 Ateena	Aki Hintsa
2006 Torino	Aki Hintsa
2008 Peking	Tommi Vasankari
2010 Vancouver	Tommi Vasankari
2012 Lontoo	Tommi Vasankari
2014 Sotši	Harri Hakkarainen
2016 Rio de Janeiro	Maarit Valtonen
2018 Pyeongchang	Maarit Valtonen

4.2 Liikuntalääketieteellistä asiantuntemusta

Takalan ja Uusitalon raportissa (2013, 18) urheilujärjestöt kaipasivat liikuntalääketieteen erikoislääkäreitä mukaan huippu-urheilun suunnitteluun ja kehittämiseen sekä antidopingtyöhön. Tämä näkemys nousi esiin myös Huippu-urheilun muutosryhmän loppuraportissa, kun liikuntalääketieteen keskuskeskukset esittivät huippu-urheilun terveydenhuollon linjauksensa. Siinä niillä itsellään oli keskeinen koordinoiva rooli (Urheilijan terveydenhuolto-ohjelma 2012).

Samalla esitettiin ajatus, että liikuntalääketieteen keskuskeskukset tekisivät yhteistyötä urheiluakatemioiden ja valmennuskeskusten kanssa. Vuoteen 2019 tultaessa liikuntalääketieteen keskusten koordinoiva rooli on toteutunut melko vaatimattomasti. Yleisimmin tämän syynä nähdään resurssipula.

Huippu-urheiluverkoston ja -yksikön sisäisessä arvioinnissa Lämsä, Mäkinen, Nieminen ja Paavolainen (2016, 17) toteavat, että liikuntalääketieteen keskuksille on kaavailtu rooli urheilijoiden terveydenhuollossa urheiluakatemioiden kanssa, mutta roolia ”ei kuitenkaan ole vielä pystytty määrittämään”.

Liikuntalääketieteen keskusten toimintaa selvittänyt Matti Uusitupa (2016, 17) kirjoittaa, että ”huippu-urheilu tarvitsee liikuntalääketieteen osaamista. Huippu-urheilua ei pidä eriyttää muusta liikunnasta keinotekoisesti. Vahva liikuntalääketieteen osaamis pohja on perusedellytys urheilijan terveyden ylläpitämisessä, sairauksien ja vammojen ehkäisyssä ja sairauksien ammattimaisessa sekä oikea-aikaisessa hoidossa. Näitä tavoitteita tukee vahva ravitsemusosaaminen, ja liikuntaravitsemuksen osaamista on maassamme syytä kehittää. Huippu-urheilussa liikkuu edelleen paljon uskomuksia, käsityksiä ja luuloja, joiden tieteellinen näyttö on olematon tai se puuttuu tykkäänään”.

Uusitupa ehdotti Liikuntalääketiede Suomi -organisaation perustamista ja selvempää työnjakoa keskusten kesken. Molemmat ehdotukset ovat jossain määrin toteutuneet, huippu-urheilun kannalta ei kuitenkaan riittävästi.

Kyse on pitkälti resursseista. Pelkästään urheiluakatemiyhteistyön toteuttaminen edellyttää henkilöresursseja, joita liikuntalääketieteen keskuksilla ei ole. Jos keskusten ajatellaan koordinoivan huippu-urheilumme terveydenhuoltoa kattavammin, tämä ei voi toteutua nykyisin voimavaroin.

Liikuntalääketieteen keskusten yhteisessä kehittämissuunnitelmassa vuosille 2017-2025 niiden haluama rooli suomalaisessa huippu-urheilussa on kuvattu yksityiskohtaisesti ja tavoitteellisesti. Käytännössä se on vallitsevasta tahtotilasta huolimatta jäänyt pienehköksi. Tosin vaihtelu keskuksien välillä on huomattavan suurta.

Vaatimaton rooli johtuu pääosin siitä, että OKM:n yleisavustus on rahoittajan ohjeen mukaisesti ohjattu lähinnä kansainvälistä vertaisarviointia käyttävään liikunta- ja liikuntalääketieteelliseen tutkimukseen. Kuudessa liikuntalääketieteen keskuksessa on parhaillaan käynnissä yhteensä 48 väitöskirjahanketta.

4.3 Urheilulääketiede ja liikuntalääketiede

Urheilulääketieteellisen palvelutoiminnan aloittivat lääkärit, joiden toiminnan pontimena oli oma urheiluinnotus ja -kiinnostus. 1980-luvulla terveystalouden yritykset kiinnostuivat urheilulääketieteestä ja saman vuosikymmenen puolivälissä alkoi liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutus. Takala ja Uusitalo (2013, 11) selvittävät, että vuonna 2008 liikunta- ja urheilulääketiede oli hiukan eri nimikkeillä itsenäinen lääketieteen erikoisala 21 Euroopan maassa. Näistä 12 oli EU-maita.

Termit urheilulääketiede ja liikuntalääketiede ovat jonkin verran ongelmallisia. Kuka tahansa lääkäri voi kutsua itseään urheilulääkäriksi, minkä vuoksi jotkut liikuntalääketieteen asiantuntijat ovat sitä mieltä, että urheilulääketieteestä ei pitäisi puhua lainkaan. Toisten mielestä terminologialla ei ole todellista merkitystä.

Kansainvälisesti termi ”sports medicine” on yleinen, vaikka sitä usein täydennetään esimerkiksi tyyliin ”sports and exercise medicine”. Kyseinen ero tunnetaan hyvin Suomessakin, sillä määritelmällisesti liikuntalääketiede on kattavampi termi kuin urheilulääketiede. Urheilulääketieteen voidaan katsoa olevan osa liikuntalääketiedettä. Suomenkielinen sana ”liikunta” on kansainvälisesti hankala, sillä vastaavaa termiä ei tahdo muista kielistä löytyä.

Liikuntalääketieteen erikoistumiskoulutuksessa huippu-urheilun rooli ja merkitys on pieni, varsinkin osassa liikuntalääketieteen keskuksia. Erikoislääkärikoulutuksen laatu on tässä suhteessa kirjava ja joidenkin koulutuksen suorittaneidenkin mielestä heikko, sillä sen yhteys huippu-urheiluun on vaatimaton. Osassa keskuksista erikoistuvan lääkärin työ on keskittynyt enemmän liikunnan ja kansansairauksien tutkimukseen.

Itä-Suomen yliopiston erikoislääkärikoulutusoppaan (2015-2017) mukaan liikuntalääketieteen erikoislääkärin tulee muun ohella hallita liikunta- ja urheiluvammojen ennaltaehkäisy, diagnostiikka, hoito ja kuntoutus, tuntea dopingin ilmenemismuodot ja antidopingtyön lähtökohdat sekä hallita urheilujoukkueen lääkärin tehtävät.

Uusituvan (2016, 6) kriittisen raportin mukaan Liikuntalääketieteen keskuskes ”eivät yhteisesti ole kantaneet riittävästi huolta alan kehityksestä. Niiltä on puuttunut kykyä ja/tai halua tiivistää yhteistyötä ja uudistua. Tämä näkyy myös liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutuksessa, josta puuttuvat yhtenäiset kriteerit lukuun ottamatta kansallista tutkintoa”.

Keskukset selittävät eroja sillä, että OKM on suositellut jokaiselle selkeästi omaa tutkimusprofiilia, jotta päällekkäinen työ on voitu välttää. Tämä on ohjannut yhteistyötä muiden keskusten sijasta saman tutkimusalan kotimaisten ja kansainvälisten toimijoiden pariin.

Uusitupa (2016, 6) kirjoittaa, että liikuntalääketiede on ”tavallaan kummajainen suomalaisessa koulutus- ja tutkimuskentässä”. Alan erikoistuminen tapahtuu (OKM:n rahoittamana) liikuntalääketieteen keskuksissa, toisin kuin muilla lääketieteen erikoisaloilla. Muiden alojen erikoistumiset suoritetaan pääosin julkisessa terveydenhuollossa ja painotetummin yliopistosairaaloissa.

Julkisessa terveydenhuollossa on vasta yksi liikuntalääketieteen erikoislääkärin virka Keski-Suomen keskussairaalassa. Monet arvelevat tämän johtuvan siitä, että erikoistuminen tapahtuu muun terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolella, jolloin kontaktit siihen jäivät heikoiksi. Osa haastatelluista alan erikoislääkäreistä odottaa, että STM:n nykyistä konkreettisemmin tunnistaisi liikunnan merkityksen sairauksien hoidossa.

Uusituvan (2016, 19) mielestä ”STM:ssä liikuntalääketieteen asema on koettu jonkin verran etäisenä, kuten on asianlaita terveydenhuoltojärjestelmässämme yleisemminkin”, ja että ”STM:n näkemyksen mukaan liikuntalääketieteellistä tutkimusta kannattaa suunnata liikunnan merkityksen tutkimiseen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kansansairauksien ehkäisyssä sekä näiden hoidossa”. Arvio tuntuu pätevältä edelleen, mutta ei ole kovin rohkaiseva huippu-urheilua koskevaa liikuntalääketiedettä ajatellen.

Kuten Takala ja Uusitalo (2013, 3) selvittävät, STM:n linjauksen myötä erikoistumiskoulutukseen tarkoitettu erityisvaltionosuus (EVO) jää liikuntalääketieteen erikoistumisessa saamatta. Tämä on monien

mielestä ongelma. Tilanteen korjaus vaatisi muutoksen sekä Terveystieteiden laissa (59 §) että STM:n asetukseen (1125/2013). Ajatus EVO-kelpoisuudesta on esitetty esimerkiksi Valtion liikuntaneuvoston liikuntatieteen jaoston analyysissä (Liikuntalääketiede Opetus- ja kulttuuriministeriön hallinnonalalla 2015, 7), mutta se ei ole edennyt. Tällä hetkellä STM tyytyy arvioimaan, että asia arvioidaan uudelleen (myös muiden erikoisalojen osalta) SOTE-uudistuksen myötä. Taloudellisesti liikuntalääketieteen asia olisi melko pieni, parin prosentin luokkaa, sillä koko EVO-rahoituksen kustannus on vuosittain lähes 100 miljoonaa euroa.

Kangassalon (2018, 14) mukaan liikuntalääketieteen erikoislääkärit ovat korkeasti koulutettuja (monilla väitöskirja) ja peräti joka kolmannella on joku toinenkin lääketieteen spesialiteetti. Selvityksen mukaan alalla on melko paljon kriittisyyttä omaa koulutusta kohtaan. Huippu-urheilu on Kangassalon artikkelissa pienessä roolissa.

Koska työssä olevia liikuntalääketieteen erikoislääkäreitä on vähän, yhteensä noin 30, heidän tunnettuutensa terveydenhuollon sisällä jää heikoksi. Erikoisalan lääkärit ovat itsekin sitä mieltä, että alalla on ”brändäysheikkoutta”; alan osaamista ei tunneta terveydenhuollossa eikä huippu-urheilussa.

Liikuntalääketieteen erikoislääkärit ovat urheilijaterveydenhuollon sekä sairauksien ja vammojen ennaltaehkäisyssä ammattilaisia. Alan ulkopuoliset eivät kuitenkaan osaa sanoa heidän roolistaan urheilijoiden hoidossa paljoakaan. Monien mielissä liikuntalääketiede painottuu kilpaurheilun sijasta kansanterveyteen. Näin tilanne nähdään myös liikuntalääketieteen keskuksissa. Kansanterveyden tutkimukseen ja tiedonvälitykseen on saatu resursseja, kilpa- ja huippu-urheilun tutkimukseen ja kehittämiseen vähän.

Ruotsissa lääkärit ovat varsin luonnollisesti keskustelemassa huippu-urheilijoiden suorituskykyongelmista muiden asiantuntijoiden kuten fysiologien ja psykologien kanssa. Hiukan samalla ajatuksella muutama haastateltu totesi, että valmennuskulttuurin kehittämisen näkökulmasta Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisessä tiedekunnassa pitäisi liikuntalääketieteen professuurin sijasta tai lisäksi olla urheilulääketieteen professuuri.

Ortopediaa ja liikuntalääketiedettä lukuun ottamatta muiden lääketieteen erikoisalojen asiantuntijat ovat tällä hetkellä melko vaatimattomasti kiinnostuneita huippu-urheilusta. Joidenkin mielestä tämä on puhdas menestymiskysymys. Osa arvioi, että doping-skandaalit ovat karkottaneet lääkäriasiantuntijoita huippu-urheilusta. Perinteisellä Urheilulääkäriyhdistykselläkin on nykyään melko vähän tekemistä huippu-urheilun kanssa.

4.3.1 Erityispätevyys vai erikoisalan nimenmuutos - vai ei mitään?

Suomessa on paljon urheilulääkäreitä ja terveyspalveluyritykset käyttävät termiä markkinoinnissaan. Termin käytöstä poistaminen ei ole realistista, varsinkin kun maallikotkin ymmärtävät sen sisällön hyvin.

Osa haastatelluista esitti, että liikuntalääketieteen erikoisala pitäisi nimetä uudelleen liikunta- ja urheilulääketieteeksi. Myös alan erikoislääkäriyhdistys (joka on jo nimeltään Suomen liikunta- ja urheilulääketieteen erikoislääkäriyhdistys) on tätä mieltä. Lääkäriliiton liikuntalääketieteen alaosasto esitti muutosta STM:lle, joka ei kuitenkaan syttynyt ajatukselle. Idea on siinä mielessä käyttökelpoinen, että näin toimimalla nykyinen erikoisala toisi selvemmin esille urheiluun kuuluvat sisällöt ja siitä mahdollisesti saatavan hyödyn.

Koska pelkkä erikoisalan nimenmuutos jättää muut urheilusta kiinnostuneet lääkärit edelleen ”virallisen alan ulkopuolelle”, etenkin Suomen Urheilulääkäriyhdistys kannattaa vaihtoehtoisena ratkaisuna urheilulääketieteen erityispätevyyttä vakuutus- tai musiikkilääketieteen tapaan.

Erityispätevyydet ovat Suomen Lääkäriliiton myöntämiä ja esimerkiksi musiikkilääketieteessä (Lääkäriliitto 2019) erityispätevyyteen kuuluu pohjakoulutuksen arvioinnin lisäksi soveltuva käytännön palvelu, teoreettinen kurssimuotoinen koulutus sekä kuulustelu.

Ajatus erityispätevyydestä ei ole ongelmaton, vaikka se toisi toimintaan tietyn vaatimustason, kun seurajoukkueet ja OK voisivat ainakin tietyissä tehtävissä edellyttää pätevöitymistä. Toisaalta on relevanttia kysyä, kuinka huolehditaan pätevöitymiskoulutuksesta tai jatkokoulutuksesta, tai mitä pätevyyteen vaaditaan liikuntalääketieteen erikoislääkäreiltä.

Useimmat liikuntalääketieteen erikoislääkärit eivät kannata erityispätevyyttä, sillä heidän mukaansa se ei tuo alalle mitään lisää. Kannattajat puolestaan arvioivat, että monilla lääketieteen erikoisaloilla on urheilulääketieteen erityispätevyydestä kiinnostuneita lääkäreitä, jotka näin saataisiin yhtenäisen toiminnan ja koulutuksen piiriin. Erityispätevyys toimisi laatukriteerinä ja motivoisi muiden alojen erikoislääkäreitä toimimaan urheilussa. Tämän selvityksen yhteydessä tehdyssä verkkokyselyssä erityispätevyyden kannattajia ja vastustajia oli yhtä paljon.

Liikuntalääketieteen erikoislääkärit sanovat, että erikoisalan ”brändi” suhteessa huippu-urheiluun ei ole kunnossa. Samalla he ajattelevat, että asia korjaantuu itsestään, kun erikoisala liikuntalääketieteen keskusten ja OK:n Huippu-urheiluyksikön toimien myötä nostetaan keskeisempään rooliin urheilijaterveydenhuollossa.

Urheilulääketieteessä voi opiskella myös kansainvälisen diplomin. Kansainvälinen Olympiakomitea on sertifoinut verkko-opiskeluun pohjautuvan Diploma in Sports Medicine kurssin (IOC 2019). Opiskelu kestää kaksi vuotta ja sen hinta 2019 on 2 500 Englannin puntaa. Diplomin hankkineita on Suomessa vain yksi.

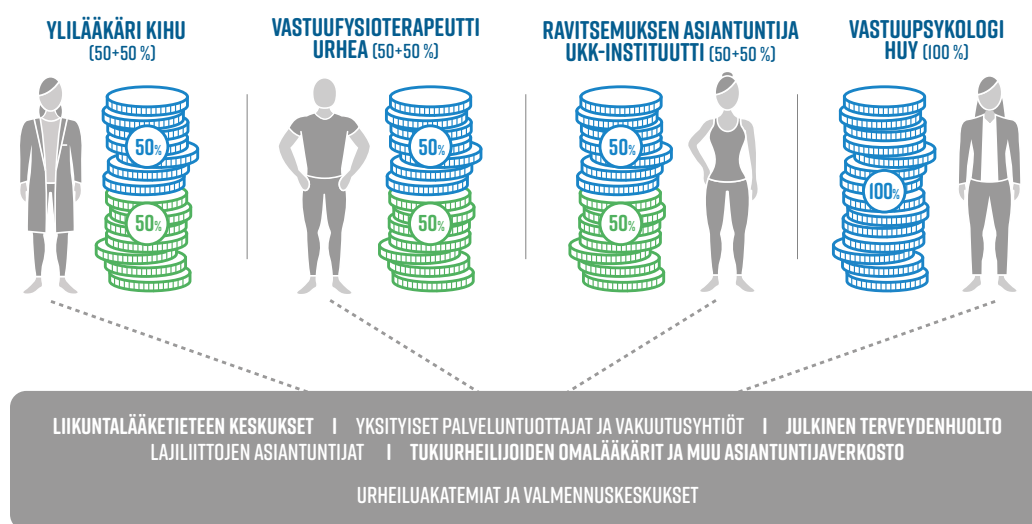
5 URHEILIJATERVEYDENHUOLLON SUOMALAINEN KOKONAISUUS

Vuonna 2019 suomalaista urheilijaterveydenhuoltoa voi kuvata sirpaleiseksi. Tässä kappaleessa keskitytään olemassa olevien toimintojen kuvaukseen elementti kerrallaan.

Nykyisen järjestelmän perusteista puhuttiin ensimmäisen kerran Huippu-urheilun muutosryhmän työhön liittyvässä Urheilijan terveydenhuolto-ohjelmassa (Urheilijan terveydenhuolto-ohjelma 2012). Tällöin nostettiin esiin liikuntalääketieteen keskusten rooli. OK:n Huippu-urheiluyksikön (HUY) käynnistytessä toiminta ei lähtenyt suunnitellulla tavalla. Painopiste oli aluksi alueellisessa fysioterapiatoiminnassa.

Nykyisen ylilääkärin myötä järjestelmä on pikkuhiljaa muotoutunut kuvan 1. mukaiseksi. Kehitysvauhti ei kaikkien mielestä ole ollut riittävä, mutta suunta on ollut oikea ja resurssit kasvaneet vähitellen.

HUIPPU-URHEILUN TERVEYDENHUOLTO JA HUY:N YHTEISPALKKAUKSET



Kuva 1. Urheilijaterveydenhuollon resurssit Suomessa

5.1 Esimerkkejä onnistuneista hankkeista

Hyvä esimerkki menestyksellisestä toiminnasta on maastohiihdon terveydenhuoltoprojekti päävalmentaja Reijo Jylhän kaudella 2014-2018. A-maajoukkueen taustalle rakennettiin terveydenhuoltoryhmä, johon kuuluivat liikuntalääketieteen erikoislääkäri, kaksi fysioterapeuttia ja psykologi. Lisäksi tiimissä toimi kaksi hierojaa ja kolme liikuntafysiologia. Lääketieteen asiantuntemusta haettiin verkostosta, jossa oli ortopedian, kardiologian, keuhkotautien, infektiotautien ja immunologian erikoislääkäreitä sekä lajiin perehtyneitä liikuntalääketieteen erikoislääkäreitä.

Toiminnan tavoitteena oli tuottaa terveitä harjoituspäiviä, erityisesti vähentämällä hengitystieoireita ja -infektioita. Tavoitteena oli myös tukea valmennusta kokonaiskuormituksen hallinnassa. Sekoittavia tekijöitä on paljon (mm. vuosittaiset vaihtelut virusepidemioissa), joten toiminnan vaikuttavuuden arviointi on mahdotonta. Palautteen perusteella terveydenhuollon toiminta oli järjestelmällistä ja laadukasta ja urheilijat kokivat, että toimintamallit todella lisäsivät terveitä harjoituspäiviä.

Onnistumisen tärkeimmiksi selittäjiksi arvioidaan päävalmentajan johtajuus, päävalmentajan luottamus ja sitoutuminen asiantuntijoihin, koko joukkueen sitoutuminen toimintaan ja joukkueen yhteinen kieli, sairauspäiviä aiheuttavien tekijöiden tunnistaminen ja järjestelmällinen vaikuttaminen niihin, joukkueen säännöllinen ja hyvä vuorovaikutus, asiantuntijoiden saavutettavuus ja asiantuntijaverkoston laajempi hyödyntäminen.

Vaikka lääkäriellä on urheilijan terveysasioissa asiantuntijavalta ja juridinen vastuu, hänen roolinsa urheilujoukkueessa perustuttava vahvaan yhteistyöhön päävalmentajan kanssa. Joukkuetta koskevat päätökset ovat aina päävalmentajan - nekin, jotka tulevat lääkärin tai muun asiantuntijan sanoittamana.

Terveydenhuollon tiimin toiminta (lääkäri, psykologi, fysiologi) Lahden MM-kaudella 2016-2017 maksoi KIHUlle ja HUY:lle yhteensä noin kaksi henkilötyövuotta. Lisäksi Hiihtoliitto resursoi fysioterapiaa ja lihashuoltoa yhteensä yhden henkilötyövuoden.

Vähintään vastaavat tukipalvelut ovat käytössä ainakin Norjan ja Ruotsin joukkueilla. Suomessa terveydenhuoltotoiminnan kehittäminen ja tehostaminen perustui osallistuvan asiantuntijuuden mallintamiseen HUY:n resursoimana. Lajiliitolla ei tällä hetkellä ole mahdollisuuksia vastaavaan resursointiin. Ammattimainen toiminta edellyttää isoa panostusta.

Toinen esimerkki aikaansa edellä olevasta toiminnasta oli Leo Pusan käynnistämä Keihäsolympiadi 2008. Hankkeessa tehtiin lajissa oleellinen heittäjien olkanivelen liikkuvuuden ja voimatasojen määrittely. Fysioterapeutit lähtivät määrätietoisesti kehittämään niitä heittäjien kanssa. Lisäksi vierailevat asiantuntijat puhuivat muun muassa urheilupsykologiasta, ravitsemuksesta sekä selän huoltavasta harjoittamisesta. Tukipalvelut pyrittiin integroimaan osaksi valmennusta.

Hankkeesta tehtiin opinnäytetyö (Lång 2012, 75), jonka mukaan keihäänheittäjille ei hankkeen aikana syntynyt uusia olkavammoja. Tutkimuksessa ei ollut verrokkiryhmää, mutta aikaisemman kokemuksen perusteella kansallisen tason heittäjillä oli ollut olkaongelmia merkittävästi enemmän.

Vaikka mukana olleet sanovat, että ”vastaavaa ei ole ollut eikä ole näkyvissäkään”, konsepti ei innostanut omaa lajiliittoa ja se ei levinnyt yleisurheilun sisällä muihin lajiryhmiin. Keihäsolympiadi jatkuu edelleen, mutta osin vaatimattomimmin resurssein. Terveydenhuollossa fysioterapeuttiresursointia on lisätty.

Telinevoimistelussa toteutettiin samantyyppinen hanke. Miesten maajoukkueella oli paljon vammoja, minä vuoksi päätettiin luoda ennaltaehkäisyprojekti. Se lähti urheilijoiden tarpeesta ja valmentajat päättivät, mitä vammoja erityisesti haluttiin vähentää. Hankkeen vastuhenkilö oli fysioterapeutti Vesa Kuparinen.

Toimenpiteiden kohteeksi valikoitui olkapää. Seuraavassa vaiheessa selvitettiin, mitä olkavaivoista tiedetään ja mitä niiden ehkäisemiseksi voitaisiin tehdä. Esille nousivat esimerkiksi lihasten kiertovoimien suhteet. Valmennus toteutti laadittua ohjelmaa arjessa riittävällä kuormalla ja frekvenssillä ilman fysioterapiaa. Hanke toimi joulukuusta 2017 toukokuuhun 2018, minä aikana ei syntynyt uusia olkavammoja.

Liikuntalääketieteen keskuksista Tampere on koordinoanut Liikuntavammojen valtakunnallista ehkäisyohjelmaa (LiVE) vuodesta 2006. Pää tavoitteena on lasten ja nuorten liikkumisen turvallisuuden lisääminen. Tiedotus tapahtuu pääasiassa verkkosivuilla (www.terveurheilija.fi, www.tervekoululainen.fi ja www.smartmoves.fi) sekä koulutusten ja asiantuntijatyöskentelyn kautta.

Terve Urheilija -ohjelman tavoite on lisätä terveitä harjoituspäiviä. Ohjelma kouluttaa ohjaajia, valmentajia sekä urheilijoita paikallisesti ja valtakunnallisesti. Vuonna 2018 hankkeen verkkosivustolla käytiin lähes 230 000 kertaa. Samana vuonna kolmetuntinen liikuntavammojen ehkäisyn ilmainen koulutus toteutettiin urheiluseuroissa 55 kertaa.

Terve Urheilija -ohjelman ja muiden LiVE-hankkeiden yhteisellä YouTube-kanavalle vuodesta 2009 tallennettuja vammojen ehkäisyvideoita on katsottu yhteensä yli 850 000 kertaa.

5.2 Huippu-urheiluyksikön omat terveydenhuollon resurssit

Olympiakomitean Huippu-urheiluyksikössä toimivat osa-aikaisina asiantuntijoina ylilääkäri (yhteispalkkaus 50 % + 50 % KIHUn kanssa), fysioterapeutti (yhteispalkkaus 50 % + 50 % Urhean kanssa) ja ravitsemusasiantuntija (yhteispalkkaus 50 % + 50 % UKK-instituutin kanssa) sekä päätoiminen psykologi.

Listattujen ammattilaisten tulisi olla verkostojohtajia, jotka keräävät urheilijoiden käyttöön oman alansa asiantuntijoiden osaamista. Tehtävä ei ole helppo, sillä kyseisiä resursseja on liikuntalääketieteen keskuksissa, yksityisillä palveluntuottajilla, julkisessa terveydenhuollossa, lajiliitoissa sekä OK:n tukiurheilijoiden omalääkäreinä ja muina asiantuntijoina. **Arvio asiantuntijoiden määrästä esitetään tarkemmin luvussa 7.**

Toiminnan tavoitteena on lisätä urheilijoiden terveitä harjoituspäiviä osana päivittäisvalmennusta. Osamista jaetaan yhteisissä koulutustilaisuuksissa.

Jari Lämsä, Jarmo Mäkinen, Maarit Nieminen ja Leena Paavolainen (2016, 41) erittelivät huippu-urheilun sisäisessä arvioinnissa Olympiakomitean Huippu-urheiluyksikön suorassa käytössä olevat terveydenhuollon resurssit. Heidän arvionsa **urheilulääkäritoiminnasta**:

Olympiakomitean lääkäriverkostoon kuuluvat apurahaurheilijoiden omalääkärit, lajiliittojen lääkärit sekä urheiluakatemioiden lääkärit. Verkoston toiminnan ensisijaisena tavoitteena on lisätä urheilijan terveitä harjoituspäiviä. Verkoston kautta rakentuu järjestelmä, jossa terveyttä lisäävät toimenpiteet, urheilijan ravitsemus, palautuminen, huoltavat toimenpiteet, nopea ja laadukas sairaudenhoito sekä moniammatillinen vammakuntoutus, tukevat urheilijan harjoittelua ja ne ovat järjestelmällinen osa päivittäisvalmennusta.

Tätä selvitystä varten tehtyjen haastattelujen perusteella voidaan arvioida, että OK:n ylilääkäri on verkostojohtajana onnistunut keräämään kollegoidensa luottamuksen. Toiminnallisesti sairauksien ja vammojen hoito on korkeatasoista, mutta ennaltaehkäisyn puolella riittää tehtävää. Vapaaehtoisuuteen pohjaava verkosto on suuri eikä siten kovin tehokas. Kaikkinainen keskittäminen on suunta jatkossa.

Urheilupsykologien toiminnasta Lämsä ym. (2016, 41) kirjoittavat:

Verkoston tavoitteena on urheilupsykologian asiantuntijuuden vahvistuminen, osaamisen jakaminen ja lisääntyminen sekä psyykkisen valmennuksen käytäntöjen yhtenäistyminen. Kaikki tavoitteet tähtäävät siihen, että suomalainen urheilu kehittyy kokonaisvaltaisesti.

Vuonna 2019 Suomessa on sertifioituja urheilupsykologeja 24 (ja sertifioituja psyykkisen valmennuksen asiantuntijoita 15). Kaiken kaikkiaan psykologeja on yli 6 000. Alan asiantuntijoiden mukaan urheilupsykologian kokonaiskuva on edelleen jonkin verran epäselvä ja ammattikunnan toimintaan liittyy tunteita ja jopa pelkoja. Keskeisiä tehtäviä ovat oikean vuorovaikutuksen ilmapiirin luominen ja valmennusprosessia tukeminen eli valmentaja-/urheilijaparin työnohjaus.

Urheilupsykologien työ on periaatteessa positiivista psykologiaa. Perusajatuksena on pyrkiä saamaan urheilijasta enemmän irti etenkin kilpailutilanteessa. Usein psykologin vastaanotolle tulee kuitenkin alakuloinen alisuorittaja. Koska kokonaisjärjestelmä on ennaltaehkäisyn kannalta epäselvä, toiminta painottuu liikaa jo syntyneiden ongelmien hoitoon.

Lämsä ym. (2016, 43) **urheiluravitsemuksesta:**

Verkosto perustettiin Varalan Urheiluopiston ja UKK-instituutin koordinoiman Terve Urheilija -ohjelman yhteistyönä ja opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittamana vuosina 2010–2013. UKK-instituutin yhteydessä toimiva Tampereen Urheilulääkäriasema on vastannut verkoston koordinoinnista vuodesta 2014 alkaen, osana Terve Urheilija ohjelmaa ja sitä kehitetään yhteistyössä Varalan Urheiluopiston kanssa. Verkoston jäsenet toimivat oman alueensa urheiluravitsemuksen asiantuntijoina ja urheilijoiden ravitsemuksen yksilöohjaajina tai -kouluttajina.

Vuonna 2018 alan asiantuntijat kokevat, että suurin ongelma urheiluravitsemuksessa on resurssien vähäisyys, yksi osa-aikainen palkattu asiantuntija. Vastikään perustettu Suomen urheiluravitsemuksen asiantuntijat ry kokoaa yhteen urheiluravitsemuksen asiantuntijaverkoston, jolla on tapaamisia 1-2 vuodessa. Aktiivisia toimijoita 10-15. Kulttuurissamme ei vielä ole täysin ymmärretty, että oikea ravitseminen kuuluu huippu-urheilijan arkeen. Kokonaiskuva on epäselvä myös siksi, että kaupalliset toimijat ovat alalla aktiivisia.

Moniin kilpailijamaihin verrattuna Suomessa on urheiluravitsemuksen asiantuntijoita vähän. Heistäkin vain pieni osa oikeasti integroitunut akatemioihin tai muuhun päivittäisvalmennustoimintaan. Alan suomalaisesta osaamistasosta kansainvälisessä vertailussa ei kenelläkään tunnu olevan käsitystä. Asiantuntijoiden mukaan tämä johtuu siitä, että he ovat liian vähän mukana käytännön toiminnassa, varsinkin absoluuttisten huippujen kanssa. Toiminta todellisten huippu-urheilijoiden kanssa opettaa huippuosaajia.

Terveystuotealan vahva yhteistyö urheiluliittojen ja urheilijoiden kanssa saattaa aiheuttaa ongelmia. On epäeettistä ohjata urheilijoita käyttämään tuotteita, joiden hyödyistä tai vaikutuksista ei ole tutkittua tieteellistä näyttöä.

Urheilufysioterapiasta Lämsän ja kumppaneiden (2016, 40) arvioissa todetaan, että *”Lisäksi fysioterapiaverkostoa on pyritty kokoamaan vuodesta 2013 lähtien, mutta erinäisistä yrityksistä huolimatta verkosto ei ole käynnistynyt.”*

Vuonna 2018 tilanne on ei ole näin keho, sillä HUY:lla on Urhean kanssa jaettu fysioterapeutti ja Suomen Urheilufysioterapeutit ry (SUFT) on aloittanut alan ammattilaisten sertifiointin. Heitä on tällä hetkellä 34. Tukiurheilijoiden kanssa toimii noin 100 fysioterapeuttia. Ala on sertifiointista huolimatta edelleen jonkin verran ”villi”, sillä lääkäreiden tavoin kuka tahansa fysioterapeutti voi kutsua itseään urheilufysioterapeutiksi.

Kun otetaan huomioon seurojen palkkaukset, fysioterapeutteja lienee työsuhteisina urheilun palveluksessa enemmän kuin muita terveydenhuollon ammattilaisia. Silti akatemioiden fysioterapeutteja on tarpeeseen nähden melko vähän, vaikka kysyntää olisi paljon. Urheiluvammojen ehkäisyssä fysioterapeutista osaamista voi pitää keskeisenä osa-alueena.

Suomalaisen urheilufysioterapian tasosta on hankala esittää arviota. Vammojen jälkeinen kuntoutus lienee parhaalla tolalla, mutta siinäkin osaaminen on kirjavaa. Vakuutuksien korvausehdot rajoittavat jossain määrin leikkausten jälkeisen kuntoutuksen järjestämistä, mutta viime vuosina toimintatapoja on kehitetty voimakkaasti. Muussa fysioterapiassa, kuten valmennukseen liittyvässä ennaltaehkäisevässä toiminnassa, osaaminen on hyvien yksilöiden varassa.

Urheilufysioterapiankin liepeillä on monia muita yrittäjiä, kuten osteopaatteja, naprapaatteja, kiropraktikoita, hierojia ja jäsenkorjaajia. Erot heidän koulutustasossaan ja osaamisessaan eivät aina aukene urheilijoille eikä valmentajille.

Kokonaisuutena voidaan arvioida, että HUY:n osalta urheilijaterveydenhuollon toimintamallien ja asiantuntijaverkostojen kehittäminen on hyvässä vauhdissa, mutta edelleen kesken. Toiminta nojaa kovin vähäisiin resursseihin.

5.2.1 Osataanko urheilijaterveydenhuolto?

Haastattelujen perusteella on oikeutettua kysyä, osataanko Suomessa urheilijan ennaltaehkäisevä terveydenhuolto. Liikuntalääketieteilijät ovat urheilijaterveydenhuollon asiantuntijoita, mutta hekin ovat sitä mieltä, että yleisemmin asiaa ei urheilussa hallita.

Liikuntalääketieteen oppien käytäntöön vieminen ei tahdo onnistua, sillä meillä ei ole tähän sopivia tai riittäviä toimintaympäristöjä. Optimitilanteessa lääkäri, fysioterapeutti, psykologi ja ravitsemusasiantuntija tekevät moniammatillista yhteistyötä valmennuksen kanssa työsuhteisina työntekijöinä. Henkilöresursseja tulee olla riittävästi, jotta sekä toiminnan suunnitteluun että ongelmien ratkaisemiseen on riittävästi aikaa.

Koko käsite urheilijaterveydenhuolto kaipaakin käsikirjaa, jonka avulla termiä avataan. Valmentajat ja urheilijat ovat näistä asioista niin tietämättömiä, että manuaalilla olisi merkitystä koulutuksessa ja viestinnässä. Viestintää tarvitaan niin lääketieteen, psykologian, fysioterapian kuin ravitsemuksenkin suhteen.

5.3 Liikuntalääketieteen keskukset

Valtion liikuntaneuvoston lausuntoyhteenvetoon (Valtion liikuntaneuvosto 2017, 8) on kiteytetty suunta, johon monet haluaisivat liikuntalääketieteen keskusten kulkevan:

”Liikuntalääketieteen roolia urheilijaterveydenhuollossa selkeytetään. Liikuntalääketieteen erikoislääkäreillä ja koulutettavilla on koordinoiva ja kokonaisvastuuta kantava rooli urheilijaterveydenhuollossa. Alan osaaminen keskittyy terveydenhuollon kokonaisvaltaisuuteen, jossa myös ravitsemus, palautuminen ja harjoittelu on huomioitu. Liikuntalääketiede vie eteenpäin vammoja ja sairauksia ennaltaehkäisevää toimintakulttuuria sekä antidoping-työtä urheilussa. Yhteistyötä vahvistetaan urheiluopistoihin, akatemioihin ja lajiliittoihin.”

Tavoitteeseen pääseminen ei ole itsestäänselvyys, vaan sen perään voidaan laittaa monia kysymysmerkkejä. Ensinnäkin keskukset ovat hyvin erilaisia, niin toiminta-ajatukseltaan ja -tavoiltaan, resursseiltaan kuin historialtaankin. Luonnollisesti kaikki ovat omia juridisia yksiköitään.

Uusituvan (2016) selvityksessään ehdottama yhteistyöelin Liikuntalääketiede Suomi on perustettu, mutta sen ”toimivalta” ei riitä ohjaamaan keskusten toimintaa, elleivät ne katso omaavansa kyseisiin toimintoihin riittäviä resursseja. Huippu-urheilun palvelutoiminnan osalta kaikki keskukset kannattavat yhtenäisen toimintalinjan määrittävää johtoa, joka voisi hyvin sijaita HUY:ssä. Tätä käsitystä tukevat myös alan ammattilaisille suunnatun verkkokyselyn tulokset.

Terveydenhuollon yksiköiksi liikuntalääketieteen keskukset ovat varsin pieniä (mutta yhdessä suurempi toimija kuin esimerkiksi Norjan Olympiatoppen). Koska Suomessa urheillaan maantieteellisesti laajalla alueella, tehokkaan palvelutoiminnan synnyttäminen vaatii voimakasta verkottumista alueen yksityisten palveluntuottajien ja julkisen terveydenhuollon kanssa. Tähän tarpeeseen on akatemioissa kehitetty koordinaattoritoimintaa, joka edellyttää osaavaa henkilöresursseja.

Juuri resurssit nousevat keskiöön, kun puhutaan liikuntalääketieteen keskusten palvelutoiminnasta huippu-urheilulle. Kaikissa keskuksissa ei ole erikoistuvaa lääkäriä, jonka työpanoksen hyödyntäminen urheilijaterveydenhuollossa olisi mahdollista.

On muistettava, että urheilun palvelutoiminta on vain yksi OKM:n keskuksille asettamista tehtävistä. Takavuosina huippu-urheilun roolista ja merkityksestä liikuntalääketieteen keskuksissa oli (KIHUa lukuun ottamatta) jopa kädenvääntöä ja epäselvyyttä, mutta nykyään asia sanotaan OKM:n tavoiteohjausasiakirjassa (OKM 2016) yksiselitteisesti:

Tavoite 7: Toimiminen uudessa huippu-urheilun terveydenhuollon valtakunnallisessa järjestelmässä

Seuranta: Toiminta huippu-urheilun terveydenhuollon valtakunnallisessa järjestelmässä

Seuranta: Yhteistyö paikallisen/alueellisen urheiluakatemian ja/tai valmennuskeskuksen kanssa; akatemian/valmennuskeskuksen arvio yhteistyön toteutumisesta

Seuranta: Olympiakomitean huippu-urheiluyksikön arvio keskusyhteistyön toteutumisesta ja kehityksestä

Sen sijaan ei ole aivan yksiselitteistä, missä määrin liikuntalääketieteen keskuksat voivat käyttää yleisavustustaan esimerkiksi urheiluakatemioille kohdentuvaan palvelutoimintaan. Siltä osin, kun erikoistuva lääkäri tekee koulutukseensa liittyvää suunnittelu- tai valistustyötä (luennot), asia on kunnossa. Vastikkeellisessa vastaanottotyössä törmätään haasteisiin.

Keskuksien on otettava vakavasti kaikki yksiköissään tapahtuva liiketoiminta, jollaiseksi esimerkiksi liikuntalääketieteen erikoislääkärin tavallinen vastaanottotyö voidaan laskea. Yhteiskunnan tukema toiminta kilpailuilla markkinoilla ei saa aiheuttaa kilpailuvääristymää. Toisekseen säätiö- tai yhdistyspohjaiset yksiköt eivät voi harrastaa ainakaan merkittävää liiketoimintaa ilman kysymystä yhteisöverovelvoitteesta.

On tosin paikallaan pohtia, kuinka kyseiset yksiköt voisivat hoitaa niille määrättyä erikoistumiskoulutus-tehtävää ilman potilaita ja vastaanottoja. Uusitupa (2016, 41) toteaa raportissaan, että Liikuntalääketieteen keskusten palvelutoiminta ”tukee erikoistumiskoulutusta, mutta kirjanpidollisesti palvelutoiminnan ”ulosmyynti” on erillistä toimintaa, jota ei voida tukea valtionavustuksella”. Hän ehdottaa palvelutoiminnan eriyttämistä valtionapua saavasta toiminnasta.

On makuasia sanoa, onko tavoiteohjausasiakirjassa mainittu ”valtakunnallinen järjestelmä” jo olemassa vai ei. Haastatteluissa esiin nousseen käsityksen mukaisesti urheilijaterveydenhuollon moderni asiantuntemus asuu liikuntalääketieteen keskuksissa. Markkinaosuuksilla mitaten niiden osuus urheilulääketieteellisestä palvelutoiminnasta on etenkin sairauksien ja vammojen hoidossa vähäinen.

Kaikki keskuksat ilmoittavat kiinnostuksensa toimia urheilijaterveydenhuollon alueellisena keskuspaikana, osa tosin epäilee resurssien riittävyyttä. Jyväskylässä, Tampereella ja Turussa ollaan tyytyväisiä yhteistyöhön sekä kaupungin, terveydenhuollon julkisen sektorin, terveystaluyritysten että paikallisen urheiluakatemian kanssa. Oulussa tilanne on lähes sama, mutta yhteistyö yrityspuolen kanssa rajoituneempaa. Helsingissä akatemiayhteistyö on ollut vähäisempää ja yksikkö toimii hyvin autonomisesti. Kuopiossa ei harrasteta palvelutoimintaa lainkaan.

5.4 Yksityissektori

Yksityinen terveystaluyritystoiminta on menneen vuosituhannen loppupuolelta lähtien ensin kasvanut ja sitten keskittynyt voimakkaasti. Helsingissä ensimmäinen kokopäivätoiminen ortopedi Heikki Antila rekrytoitiin Diakonissalaitokselle 1990-luvun alussa - nyt heitä on pääkaupungissa toimivien yritysten palveluksessa kymmeniä.

Suomalaista urheilulääketiedettä ja urheilijoiden terveydenhuoltoa ei voi ajatella ilman yksityisiä palveluntuottajia. Samalla keskusteluun nousevat vakuutusyhtiöt, jotka useimmissa tapauksissa vastaavat yksityisissä hoitolaitoksissa tehtyjen toimenpiteiden kuluista. Myös urheiluvakuuttaminen on Suomessa erittäin keskittynyttä.

5.4.1 Terveyspalveluyritykset

Tällä hetkellä Suomessa on viisi suurta terveyspalveluyritystä (Aava, Mehiläinen, Pihlajalinna, Pohjola Sairaala ja Terveystalo), joilla varsinkin yhdessä laskettuna on erittäin iso rooli urheilijoiden hoidossa. Jokainen on yksinäänkin selvästi suurempi kuin esimerkiksi kaikki maan liikuntalääketieteelliset keskuskeskukset yhteensä. Viiden suuren ulkopuolelle jääviä palveluyksiköitä ei tässä selvityksessä käsitelty, vaikka niitä toki on (kuten Invalidisäätiö/Orton).

Suomalaisurheilijoiden sairaudet ja erityisesti vammat diagnosoidaan ja hoidetaan pääsääntöisesti terveystalouden yritysissä. Tämä - tai tarkasti ottaen suomalaisten ortopedien urheilutraumatologinen osaaminen - on seikka, joka haastatteluissa ylivoimaisesti useimmin mainittiin urheilulääketieteemme vahvuutena.

Yksityiset terveystaloudet ovat merkittäviä yhteistyökumppaneita urheiluseuroille ja lajiliitoille. Yhteistyö painottuu joukkuelajeihin, joissa syntyy paljon vammoja, ja joiden ympärillä on niin isoa liiketoimintaa, että pelaajien vakuutusturvasta pystytään huolehtimaan hyvin.

Yksityissektoritoiminnassa on sen monista hyvistä puolista huolimatta myös heikkouksia tai kysymysmerkkejä. Ensimmäinen on palveluista maksettava hinta. Sairaushoitoon liittyvät tutkimukset ja toimenpiteet eivät ole varsinkaan itse maksavalle asiakkaalle halpoja, vaikka esimerkiksi magneettikuvausten hinnat ovat viime vuosina laskeneet selvästi. Erityisesti leikkaustoimenpiteet ovat kalliita ja polvi- tai olkapääleikkauksen hinta nousee helposti 5 000 euroon. Kelan korvaama osuus kokonaiskustannuksista on varsin pieni.

Korkeat hinnat tarkoittavat lääkäreiden korkeaa ansiotasoa. Tämä ohjaa siihen, että heidän asiantuntemuksensa käyttö vastaanotto- ja leikkaustoiminnan ulkopuolella tulee kalliiksi, elleivät lääkärit tee työtään ”rakkaudesta lajiin” -mentaliteetilla. Silloin he puolestaan voivat todeta, että poissaolo vastaanotolta tulee heille itselleen arvokkaaksi.

Lääketieteessä kirurgit ovat usein ”sankarilääkäreitä”. Urheilulääketieteessä tunnetuimpia toimijoita ovat ortopedit. Voimme jopa sanoa, että liian usein koko urheilulääketiede mielletään ortopediaksi ja tavaltaan ortopedit ovat ”valloittaneet” urheilulääketieteen. Se ei heidän oman osaamisalueensa sisällä ole huono asia, mutta tuki- ja liikuntaelämäntien leikkaushoitoon keskittyneitä ammattilaisia ei voi pitää koko laajan urheilulääketiedekentän osaajina, sen paremmin kuin minkään muunkaan erikoisalan taitajia.

Yksityissektorin urheilulääketiede on ortopedispainotteista. Tosin liikuntalääketieteen erikoislääkäreistäkin ylivoimainen enemmistö työskentelee terveystaloudissa, ja muidenkin lääketieteen erikoisalojen asiantuntijoista löytyy urheilusta kiinnostuneita toimijoita.

Terveystaloudet ovat ensisijaisesti liikeyrityksiä, joiden perustehtävänä on tuottaa omistajilleen voittoa. Niiden ei kannata harrastaa toimintaa, jossa ei voi ansaita. Ansaintalogiikan vuoksi alan yrityksissä on huomattavan vähän puhetta ennaltaehkäisevästä toiminnasta, jolle ei useinkaan löydy maksajaa.

Aivan mustavalkoinen ei tilanne kuitenkaan ole. Yritykset voivat tehdä toimenpiteitä myös markkinointimielessä ilman välitöntä kytkentää ansaintaan. Lisäksi terveystarkastustoiminta on hitaassa mutta varmassa kasvussa. Tarkastuksien laatuun ei kuitenkaan aina kiinnitetä riittävästi huomiota. Huolellinen terveystarkastus vie lääkäriltä ainakin tunnin, jolloin sen hinta saattaa kohota kilpailukyvyttömäksi.

Terveystaloudien profiili urheilulääketieteessä on kapea, samalla kun niiden panos on täysin välttämätön. Välttämättömyyteen voidaan laskea palvelujen saatavuus. Tässä mielessä suomalaisurheilijat

nauttivat maailman huippuluokan olosuhteista. Varsinkin vammojen hoidossa tarjontaa on niin paljon, että palveluiden saatavuus vastaa erinomaisesti huippu-urheilun tarpeita. Tilanteet syntyvät nopeasti ja niihin on myös reagoitava nopeasti. Lisäksi yritysten markkinointimielessä järjestämät koulutustilaisuudet sopivat hyvin niin terveydenhuollon ammattilaisille kuin valmentajillekin.

Lääkäritoiminnan ulkopuolella terveyspalveluyritysten urheilulääketieteellinen palvelutoiminta on selvästi pienempää. Fysioterapiassa iso osa toiminnasta tapahtuu suurten terveyspalveluyritysten ulkopuolella. Tämä johtuu siitä, että rakennettujen tilojen hintataso perustuu lääkärityön kustannustasoon. Monelle fysioterapeutille se työskentely-ympäristö on liian kallis.

Psykologiassa ja ravitsemuksessa isojen terveyspalveluyritysten tarjonta on edelleen selvästi vähäisempää, kuten on kysyntäkin. On selvää, että yritykset lisäisivät tarjontaansa näillä aloilla, jos maksukykyistä kysyntää olisi enemmän.

Tilanne heijastaa koko alan haastetta: kun kenelläkään ei ole selvää kokonaiskuva urheilijaterveydenhuollon ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä, maksukykyisetkään tahot eivät osaa kysyä niitä. Mikään yritys ei pelkää ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä siinä mielessä, että ne vähentäisivät tarvetta leikkaustoimenpiteille tai magneettikuvauksille!

Yksityissektorin haasteista voi vielä mainita vasta kuluvalla vuosikymmenellä alkaneen vakuutusyhtiöiden ohjaustoiminnan, jossa palveluja suunnataan voimakkaasti sopimuskumppaneille. Tietyt vakuutusyhtiöt käyttävät ainakin ensisijaisesti vain määrättyjen terveyspalveluyritysten palveluja. Selvin esimerkki tästä on samaan konserniin kuuluvien OP Vakuutuksen ja Pohjola Sairaalan yhteistyö.

Ohjaustoiminta ei urheilun ja urheilulääketieteen näkökulmasta ole ongelmatonta, sillä erilaisista kumppanuus- ja yhteistyösopimuksista johtuen tietyn urheilijan tarvitsema tai haluama asiantuntija voi työskennellä urheilijan vakuutusyhtiön kannalta väärässä yrityksessä. Ongelmaa ei pidä paisutella, mutta varsinkin aivan huippujen kohdalla vakuutuksien käytössä tulee olla joustavuutta.

Samalla toimialalla kilpailevien yritysten yhteistyössä on luonnollisesti omat haasteensa, mutta huippujemme (OK:n tukiurheilijat) osalta siihen kannattaa tähdätä. Huippu-urheilijoiden määrä on niin pieni, että heidän käyttämillään palveluilla ei ole liiketaloudellista merkitystä. Jos kaikki yritykset olisivat mukana jonkinlaisessa palveluntuottajapoolissa, ohjaustoiminnasta ja kustannuksista aiheutuvia haasteita voitaisiin vähentää.

5.4.2 Vakuutusyhtiöt

Urheiluvakuuttaminen on Suomessa yksityistä terveydenhuoltoa vielä selvästi keskittyneempää. Folkson omistuspohjan muututtua ja sen luovuttua Olympiakomitean tukiurheilijoiden sairauskuluvakuutuksesta toimijoita ovat käytännössä vain OP Vakuutus (Pohjola), If ja LähiTapiola. Muiden vakuutusyhtiöiden urheilutoiminta on vähäistä ja painottuu seuratasolle.

Myös vakuutusyhtiöissä tunnistetaan tarve ennaltaehkäisevälle toiminnalle, jonka hinnoittelu on kuitenkin hankalaa. Yhtiöt eivät ole tuoneet markkinoille tuotteita, joissa ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä olisi vaikutusta vakuutuksen hintaan. Ennaltaehkäisyn vaikutusta sairaudenhoidon kustannuksiin on vaikea osoittaa.

Urheiluvakuutusten on yhtiöissä ajateltu olevan sisäänheittotuotteita, sillä nuoren urheilijan lisenssivakuutus voi olla hänen ensimmäinen itse otettu vakuutuksensa. Toisin kuin takavuosina, enää näistä vakuutuksista kerättäviä tietoja ei käytetä muiden vakuutusten markkinointiin.

OP Vakuutus on urheilussa ylivoimainen markkinajohtaja. Sillä on kumppanina 85 lajiliittoa, joissa vakuutettuja on yhteensä yli 400 000. OP Vakuutus on tällä hetkellä myös OK:n tukiurheilijoiden vakuuttaja. Sen terveyspuolen kumppanit ovat saman konsernin Pohjola Sairaala sekä Terveystalo.

LähiTapiolalla on liittoyhteistyötä lentopallon, käsipallon, tenniksen ja luistelun kanssa, mutta näistä vain Luisteluliiton lisenssivakuutus hankitaan LähiTapiolasta (muut OP Vakuutuksesta). Alueorganisaatioilla on lisäksi seura- ja yksilöurheilijayhteistyötä. LähiTapiolan terveyspuolen ensisijainen kumppani on Mehiläinen, mutta yhteistyötä tehdään myös Pihlajalinnan kanssa. If:n aktiivisuus urheilussa rajoittuu tällä hetkellä jääkiekon SM-liigapelaajien lakisääteisiin (Urheilijalaki) tapaturma- ja eläkevakuutuksiin eikä uusia urheilukumppanuuksia aktiivisesti edes haeta.

Lisenssivakuuttamisella on Suomessa pitkä perinne. Takavuosina lisensseissä oli usein ”pakkovakuutus”, mutta nykyään siitä on pääsääntöisesti luovuttu. Vakuutus on harrastajille joko kokonaan vapaaehtoinen tai urheilija joutuu osoittamaan, että hänellä on lisenssin edellyttämä vakuutusturva jostakin vakuutusyhtiöstä. Valtaosa lisenssivakuutuksista tulee OP Vakuutuksesta.

Tavallisia eri yhtiöiden tapaturma- ja sairauskuluvakuutuksia on monilla urheilijoilla. Esimerkiksi If myy urheiluvakuutuksen nimellä tapaturmavakuutusta, joka on nimenomaisesti tarkoitettu kilpaurheiluun ja riskialttiisiin lajeihin.

Lisenssivakuutus on omistajalleen hyvä etu yksityisiä terveyspalveluja käytettäessä, mutta järjestelmään liittyy niin urheilun kuin vakuuttajankin näkökulmasta haasteita. Urheilujärjestöt haluaisivat edullisen vakuutuksen, jonka korvauspiiri on kattava. Vakuutusyhtiöt painivat korvaussuhteen (saatu maksutulo suhteessa maksettuihin korvauksiin) kanssa ja pyrkivät rajoittamaan korvauksia sekä voimakkaalla hoito-ohjauksella että rajaamalla hoitokulujen korvauskattoja ja/tai -piiriä. Kumpikaan ei miellytä urheilijoita eikä kaikkia terveyspalveluyrityksiä.

Yksi parannus tilanteeseen voisi olla liittojen yhteistyö eli suurempien asiakaspoolien muodostaminen. Se ei tietenkään ole helppoa, sillä jokainen laji on kiinnostunut omasta tulo- ja menoliikenteestään. Myös lajien erilaiset tapaturmariskit vaikeuttavat yhteistyötä. Olympiakomitean hallinnoima SuomiSport on askel tähän suuntaan.

Olympiakomitean tukiurheilijoiden sairauskuluvakuutus vie isohkon osan tukisummasta. Vakuutuksen turva on kattava ja on huomattava, että vakuutukseen ei synny rajoituksia vanhoista vammoista tai jo sairastetuista vaivoista. Hinnoittelua voi pitää siinä mielessä epätasa-arvoisena, että hinta on kaikille urheilijoille sama lajin tapaturmariskistä riippumatta. Vuoden 2019 alusta tukiurheilijat on vakuutettu OP Vakuutuksessa (aikaisemmin Folksam).

Tukiurheilijoiden sairauskuluvakuutus otettiin käyttöön Aki Hintsan toimiessa OK:n ylilääkärinä 2003. Suomi oli asiassa edelläkävijämaita ja vakuutus oli hyvä, koska se korvasi vammojen ohella myös sairauksien hoidon. Se lopetettiin liian kalliina 2009. Vakuutuksen hinta nousi, mikä johtui sen laajamittaisesta käytöstä, jopa ”ylikäytöstä”, ja sen myötä nopeasti kohonneista kustannuksista. Lääkäreidenkin näkökulmasta tuote heikkeni alkuperäisestä, sillä ”laastariveron” poistuttua 2005 vakuutusyhtiöt alkoivat kilpailuttaa terveyspalveluyritysten ja niissä toimivien lääkäreiden hinnoittelua.

Vakuutus tuli parin vuoden tauon jälkeen takaisin 2011. Edelleen voimme todeta, että tukiurheilijoiden sairauskuluvakuuttaminen on haasteellista, sillä vakuutusmatemaattisesti joukko on pieni. Korvauspiiri halutaan kattavaksi ja urheilijoille vapaus käyttää valitsemiaan hoitopaikkoja ja lääkäreitä. Folksamin kokemuksen mukaan laskutuksessa oli jonkin verran ylilyöntejä. Vähitellen korvausehtoja kiristettiin, esi-

merkiksi vaatimalla vahinkoilloitus, jota aluksi ei tarvittu. Suurimmat yksittäiset kuluerät ovat urheilijoille tehdyt leikkaustoimenpiteet ja magneettitutkimukset.

Yhtenä ideana on pohdittu sitä, että HUY korvaisi tukiurheilijoiden sairauskulut suoraan ilman vakuutusta. Laskelmaa suoran maksamisen edullisuudesta tai epäedullisuudesta ei ole tehty, mutta aikaisempien vuosien korvaus- ja maksutietojen avulla se olisi mahdollista melko pienellä vaivalla.

Suora maksaminen aiheuttaisi hallintokustannuksia ja edellyttäisi tiukkaa ohjausta ja toimintojen keskitämistä nykyistä harvempiin käsiin. Näiden kanssa tulisi käydä tiukat hinta- ja toimintatapaneuvottelut. Edelleenkin urheilijat tarvitsisivat matkavakuutuksia ja mahdollisesti turvaa myös pysyvien vammautumisien sekä kuolemantapauksien varalle.

Oma ryhmänsä huippu-urheilun vakuuttamisessa on **ammattiuurheilijoiden tapaturma- ja eläkevakuuttaminen**, jonka järjestäminen perustuu asiasta annettuun lakiin (Eläketurvakeskus 2019). Käytännössä se tarkoittaa joukkuelajien pakollista seuran ottamaa vakuutusta alle 43-vuotiaalle urheilijalle, joka ansaitsee urheilusta Suomessa yli 11 190 euroa vuodessa (vuonna 2017). Ehdot täyttävälle yksilöurheilijalle vakuutus on mahdollinen mutta vapaaehtoinen.

Vuonna 2017 kyseisiä urheilijoita oli Suomessa 1 380, joista 852 jääkiekossa. Sitä seurasivat selvästi pienempinä jalkapallo, koripallo, pesäpallo ja lentopallo. Yksilöurheilijoista vakuutusturva oli vain yhdellä (KIHU 2018), mutta on ilmeistä, että tuote tunnetaan yksilöurheilun puolella erittäin huonosti.

Palkkasummaan sidottu vakuutus kattaa yksityisten terveyspalveluiden käytön tapaturmissa mutta ei sairauksien hoidossa, mikä jääkiekossa toimivien lääkäreiden mukaan aiheuttaa jonkin verran ongelmia. Eläkkeen ja hoitokulukorvauksen ohella vakuutukseen sisältyy päiväraha korvaus ja monia muita tukia aina hautausavustukseen saakka. Jos OK:n tukiurheilija ottaa tämän vakuutuksen, korvauspiiri on tapaturmien osalta päällekkäinen tukiurheilijan sairauskuluvakuutuksen kanssa. Toistaiseksi huoli on kuitenkin lähinnä päinvastainen: vain hyvin harva yksilöurheilija on päättänyt huolehtimaan eläketurvastaan tätä kautta.

5.5 Julkinen terveydenhuolto

Vaativan erikoissairaanhoidon taso on Suomessa erinomainen. Tämä palvelu keskittyy suurelta osin julkiseen terveydenhuoltoon. On paljon erikoistoimenpiteitä, joita ei yksityissairaaloissa tehdä lainkaan. Joskus urheilijakin joutuu turvautumaan näihin.

Arkipäiväisempien hoitotoimenpiteiden osalta julkista sektoria ei pidetä merkittävänä tekijänä suomalaisurheilijoiden terveydenhuollossa. Vielä viime vuosituhaten puolella tilanne oli toinen, muun muassa erikoismaksuluokkakäytännön (EML) ansiosta. Syitä julkisen sektorin vähäiseen rooliin ovat heikompi saatavuus (palvelun nopeus suhteessa yksityissektoriin) sekä se, että julkisessa terveydenhuollossa potilas ei juurikaan voi valita hoitavaa lääkäriään. Liikunta- tai urheilulääketieteellistä osaamista on julkisella sektorilla vähän ja ennaltaehkäisevistä toimista ei voi juuri puhua.

Urheilulääketieteessä voi olla erilaisia hoitolinjoja kuin muilla potilailla, varsinkin leikkaushoitojen suhteen. Huippu-urheilijan kohdalla kyse on konkreettisesti työkykyasiasta. Kysymys voi olla lopulta eettinen. Sitä voitaisiin yrittää ratkaista eettisissä toimikunnissa, vaikka periaatteessa urheilijoiden erilaiset hoitokäytännöt sopivat huonosti yhteen kansalaisten tasavertaisen kohtelun kanssa. Tosin huippu-urheilijoita on niin vähän, että heidän hoitotoimenpiteillään ei ole kokonaiskustannuksissa merkitystä.

Jyväskylässä KIHU ja Keski-Suomen keskussairaala ovat tehneet yhteistyötä jo useamman vuoden. Sairaalassa on liikuntalääketieteen poliklinikka, joka pyörii erikoistuvien lääkäreiden voimin. Poliklinikalle

on vasta perustettu myös erikoislääkärin virka, ei tosin kilpaurheilijoita varten. Myös psykiatrisen avun tarpeessa oleva urheilija on päässyt joustavasti psykiatriseen arvioon. Turun yliopistollisessa keskussairaалassa on yhteistyössä Paavo Nurmi -keskuksen kanssa avattu lasten ja nuorten ortopedinen liikuntapoliklinikka.

Julkisen sektorin asiantuntijoiden kiinnostus urheilua kohtaan perustuu yleensä henkilökohtaiseen motivaatioon. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kardiologisella klinikalla arvioidaan, että yksittäisissä huippu-urheilijan sydänongelmissa ”ohituskaista” olisi selkeän kysymyksenasettelun myötä mahdollinen ja sitä on jopa käytetty. Käytäntöä voi perustella harvinaisesta potilastapauksesta saatavalla kokemuksella. Systemaattinen kyseisten potilaiden ohjaaminen klinikalle edellyttäisi kuitenkin ”isompien hartioiden” sopimusta, mitä sitäkään ei pidetä mahdottomana.

Yhtenä mallina julkisen sektorin yhteistyölle voi pitää sairaanhoitopiirien puolustusvoimien kanssa tekemiä kumppanuussopimuksia. Yhtenä elementtinä sopimuksissa puhutaan ”varusmiesstatuksesta”.

Varusmiesstatukseen kuuluu konsultaatiovastauksien nopeutettu menettely palvelukelpoisuuteen liittyvissä asioissa ja niiden hoitokonsultaatioissa, sovittujen määräaikojen puitteissa. Valtiokonttori hoitaa myös varusmiesten tapaturmat vakuutusten kautta, mutta näissä hoito on ”yhtä nopeaa kuin muuallakin julkisessa terveydenhuollossa”. Puolustusvoimien konsultaatiokäytäntöä voi verrata työterveyshuollossa käytössä olevaan erikoislääkärikonsultaatiomenettelyyn. Puolustusvoimissa erikoissairaanhoidon arvioidaan kuitenkin toimineen paremmin aikana, jolloin organisaatiolla oli omat sotilassairaalaansa.

Urheiluväen yhteistyö julkisen sektorin kanssa lienee vähitellen kasvamassa. Jyväskylässä on aloitettu liikuntalääketieteeseen erikoistuvien lääkäreiden käyttö kaupungin kouluterveydenhuollossa ja ensimmäiset kokemukset esimerkiksi terveystarkastuksista ovat erittäin positiivisia. Kehittymässä oleva urheiluakatemiatoiminta tulee jatkossa edellyttämään panostuksia myös alueen kunnilta. Yksi osa-alue on terveydenhuolto, varsinkin paikkakunnilla, joissa palvelujen saatavuus on muilta osin heikko. Akatemia-toiminnan kytkeminen kouluterveydenhuoltoon on hyvä ajatus siinäkin mielessä, että se ei merkitse toimintojen päällekkäisyyttä. Kunnat joutuvat huolehtimaan koululaistensa terveysasioista joka tapauksessa.

5.6 Lajiliittojen asiantuntijat

Urheilun lajiliittojen terveydenhuoltojärjestelmiä voi kuvata kirjaviksi. Monessa olympialajissakaan ei ole mitään järjestelmää, toisissa oman lajin terveydenhuollon ammattilaiset pitävät ”rakkaudesta lajiin”-mentaliteetilla huipusta huolta (paini, sulkapallo, suunnistus). Isoimmissa palloilulajeissa on maa-joukkuelääkärit ja jääkiekossa jopa oma lääkäriyhdistys. Jalkapallossa on seitsemän lääkärin ja kolmen fysioterapeutin muodostama lääketieteellinen valiokunta ja perusteilla on myös jalkapallofysioterapia-yhdistys. Urheiluliiton lääkintävaliokunnalla ja sitä ennen L-kolmiolla on vuosikymmenien perinteet yleisurheilijoiden terveydenhuollossa.

Mainitut henkilöt ja elimet toimivat vapaaehtois pohjalta. Yhtenäisistä toimintalinjoista lajiliittojen välillä tai yhteisestä johdosta ei voida puhua ja arjen käytännöt vaihtelevat huomattavasti. Muutamat lajit ovat nimenneet HUY:n lääkärin, fysioterapeutin, psykologin ja ravitsemusasiantuntijan vastaavaan rooliin myös omissa organisaatioissaan.

Vapaaehtoisuuteen perustuvat organisaatiot kokoontuvat muutaman kerran vuodessa ja niiden roolit ja painoarvot liitoissa vaihtelevat. Isoimmilla palloilulajeilla on omat määräyksensä sarjapeliin lääkäritoiminnasta ja terveystarkastuksista. Kamppailulajeissa edellytetään usein lääkärin läsnäoloa kilpailutapahtumissa.

Lajiliiton näkökulmasta on helppo siirtää vastuuta edellyttämällä, että kilpailutapahtumissa on lääkärin oltava paikalla. Määräys annetaan ottamatta kantaa kustannuksiin ja muihin resurssitarpeisiin. Tämä voi olla hätävarjelu liioittelua ja jopa resurssien tuhlausta, sillä urheilussa toimitaan omalla riskillä. On tavallaan paradoksaalista, että seurat pakotetaan tuottamaan palvelu, johon niillä ei välttämättä olisi varaa. Sen seurauksena lääkärit pakotetaan vapaaehtoistoimintaan ja vastuuseen, johon he eivät vapaa-ajallaan halua.

Monissa tilanteissa ammattitaitoisen ensiapuryhmän läsnäolo riittää, varsinkin jos tapahtumat ovat paikoissa, joissa terveydenhuollon palveluita on lähellä. Kukaan ei voi edellyttää, että lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt tekisivät työtään korvauksetta urheilutapahtumien olosuhteissa, joissa lain kirjaimen täyttäminen on mahdotonta.

”Rakkaudesta lajiin” -periaatteella toimimista ei ole syytä väheksyä. Näitä ammattilaisia on urheilussa paljon ja monet heistä omaavat korkean asiantuntemuksen omilla erikoisaloillaan. Perinteikkäästä järjestelmästä ja ideologiasta voisi saada enemmän irti, jos toiminta oli ammattimaisesti ja koordinoitusti johdettu.

Urheilun yleislääketieteellinen osaaminen on kapeiden sektoreiden ammattilaisilla usein heikompaa. Asia on - kuten urheilulääketiede usein muutenkin - yksilöriippuvaista. Lajin parista ponnistaneiden asiantuntijoiden on helppo kommunikoida urheilijoidensa kanssa, kun kieli ja terminologia ovat yhteisiä.

5.7 Tukiurheilijoiden omalääkärijärjestelmä ja muu asiantuntijaverkosto

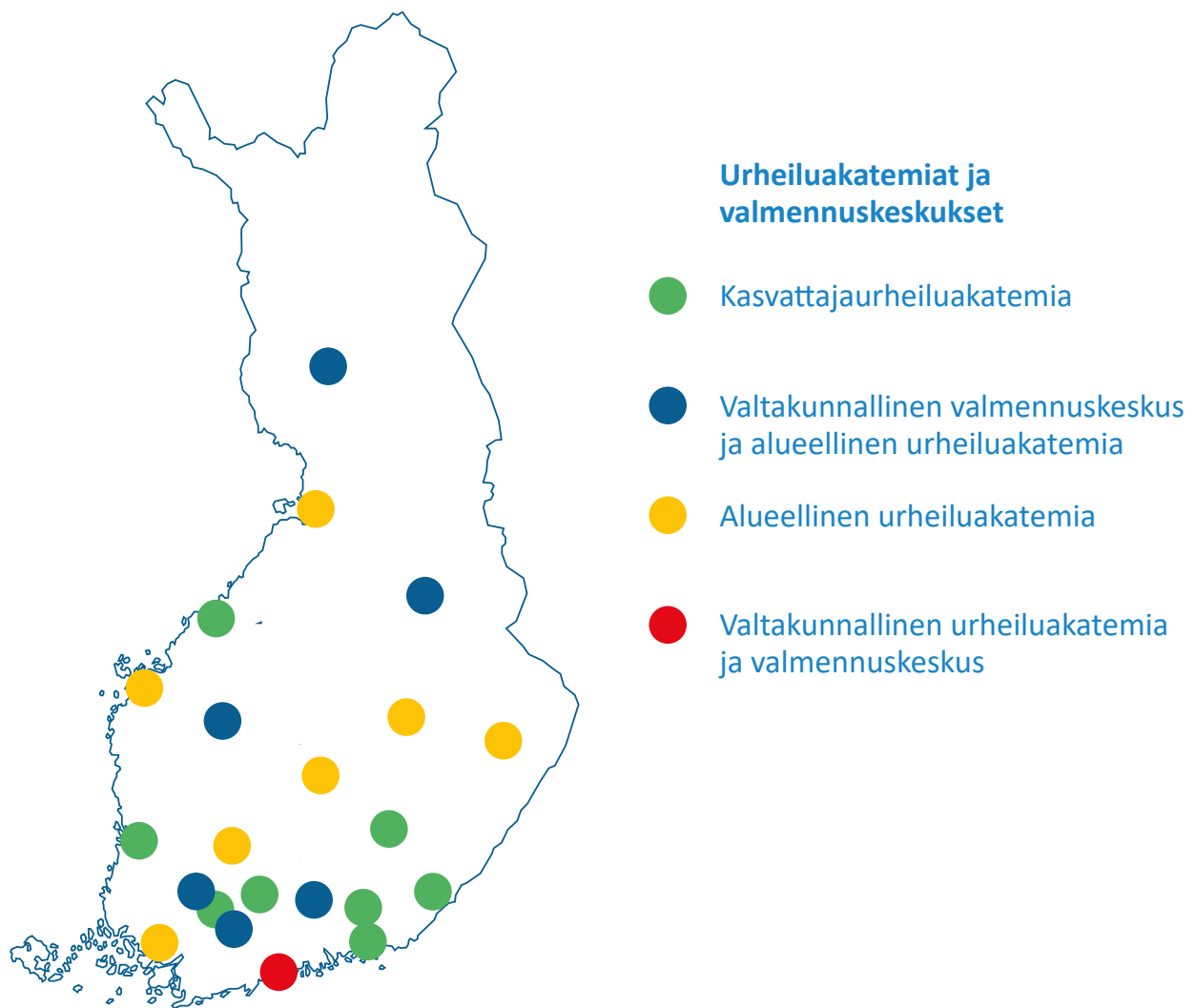
Olympiakomitean taloudellista tukea nauttivan urheilijan tulee ilmoittaa hänen asioitaan hoitava lääkäri, fysioterapeutti, psykologi ja ravitsemusasiantuntija. Käytännössä vaatimus ei ole aivan ehdoton. Urheilijat ovat ilmoittaneet psykologeja ja ravitsemusasiantuntijoita heikommin, mutta fysioterapeutteja ja lääkäreitä hyvin. HUY:n lääkäri, fysioterapeutti, psykologi ja ravitsemusasiantuntija ovat listoilla usein.

Kun tukiurheilijoita on noin 150, nimettyjä omalääkäreitä on tällä hetkellä yhteensä 71 (sama lääkäri voi olla useamman urheilijan lääkäri). Näille pyritään järjestämään 1-3 vapaaehtoista urheilulääketieteellistä koulutustilaisuutta vuosittain.

Järjestelmä on sattumanvarainen ja kaipaa tiivistämistä. Sattumanvaraisuudesta halutaan eroon, sillä onnistuminen tällä menetelmällä on erittäin henkilöriippuvaista.

5.8 Valmennuskeskusten ja urheiluakatemioiden ja terveydenhuoltotoiminta

Suomessa on yhdeksän valmennuskeskusta ja 20 urheiluakatemiaa. Näiden alaisuuteen kuuluu yhteensä yli 16 000 eri koulutusasteen opiskelijaa. Keskukset ja akatemit mahdollistavat urheilun, koulunkäynnin, opiskelun ja/tai työelämän yhdistämisen. Niissä myös kehitetään urheilijoiden päivittäistä valmennus- ja asiantuntijaosaamista, kuten esimerkiksi kokonaisvaltaista terveydenhuoltoa.



Kuva 2. Valmennuskeskukset ja urheiluakatemit

Valmennuskeskuksien pohjana on viime vuosisadan alkupuolella alkanut urheiluopistorakentaminen. Akatemiatoiminta on 2000-luvun ajattelua. Keskeinen ero näiden välillä on sijainnissa, sillä valmennuskeskukset - toisin kuin akatemit - sijaitsevat yleensä kasvukeskusten ulkopuolella. Terveystieteiden näkökulmasta ammattitaitoisen henkilöstön rekrytointi kasvukeskuksiin on merkittävästi helpompaa.

Olympiakomitean päätösten mukaisesti keskeiset valmennuksen toimintaympäristöt tulevat olemaan olympiavalmennuskeskuksiksi nimetyt Helsinki (kesälajit) ja Vuokatti-Ruka (talvilajit). Jyväskylä, Kuortane, Tampere ja Turku ovat seuraavan tason merkittävät toimijat. Näistä Kuortane ja Vuokatti-Ruka ovat terveydenhuollon kannalta haasteellisia, sillä kummankaan välittömässä läheisyydessä ei ole varsinaisia urheilu- tai liikuntalääketieteen palveluntuottajia.

Vuokatissa Sotkamon kunta on osoittanut innokkuutta toimintojen kehittämiseen ja perustason yhteistyötä voidaan todennäköisesti tehdä kunnan perusterveydenhuollon kanssa. Vaativampi diagnostiikka ja hoito on hankittava muualta. Sama koskee Kuortanetta, jossa on jo aloitettu yhteistyö Jyväskylän ja Tampereen liikuntalääketieteen keskuksien kanssa.

Oma lukunsa on pääkaupunkiseudun urheiluakatemia Urhea, joka kokonsa (yli 5 000 urheilijaa yläkou-lutoiminta mukaan lukien) ansiosta toimii aivan eri volyymillä kuin muut akatemit ja valmennuskes-kukset. Toisaalta Helsingissä riittää osaavia toimijoita Urhean kumppaniksi.

5.8.1 Valmennuskeskukset

Jari Lämsä, Ari Nummela ja Maija Puska arvioivat suomalaisten valmennuskeskusten toimintaa 2015 (Lämsä ym. 2015). He käyttivät kansainvälistä ASPC:n (Association of Sport Performance Centres) luokit-telua, jossa keskusten eri toiminnot saavat numeerisen arvosanan asteikolla 1-4:

- 1 = Kehitettävä (Developing)
- 2 = Määritetty (Defined)
- 3 = Kehittynyt (Advanced)
- 4 = Huippuluokka (Best-in-Class)

Urheilulääketieteen ja terveydenhuollon kaikkien valmennuskeskusten keskiarvo oli 2,1, mikä oli arvioi-tavista osa-alueista kaikkein matalin. Lähimpänä mallin mukaista kokonaisvaltaista täyden palvelun val-mennuskeskusta oli Kuortane. Sen merkittävin puute oli terveydenhuolto- ja lääkäripalvelut, jotka eivät täytä kansainvälisen tason harjoittelukeskuksen vaatimuksia.

Kuortane oli valmennuskeskuksista ainoa, jonka terveydenhuoltotoiminnan tasoa ei arvioitu arvosanalla 2. Sen palveluksessa on kolme fysioterapeuttia ja terveydenhoitaja. Kuortaneella koetaan, että tervey-denhuoltotoimintaa pitäisi voimakkaasti kehittää. Erityisesti toiveena on fysioterapeuttien läsnäolo arjen valmennustoiminnassa.

Valmennuskeskuksissa ajatellaan, että terveydenhuoltotoiminnan tulisi painottua ennaltaehkäisyyn. Lääkärille ei välttämättä ole päivittäistä tarvetta, mutta kokonaisuutena valmennuskeskukset kaipaavat urheilijaterveydenhuollon asiantuntijatoimijaa. Yksi ajatus on liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutet-tavien määräaikainen palvelu näissä. Se on luonnollisesti suunniteltava huolella niin työtehtävien kuin koulutuksen ohjauksenkin suhteen.

Fysioterapian tarve valmennuskeskuksissa on ilmeinen ja tätä toimintaa on jo olemassa. Psykologeja käy-tetään vaatimattomasti, vaikka tarvetta olisi. Ravitsemusasiantuntijan palveluita tarvittaisiin ainakin koulu-tukseen ja ohjaukseen, ja kaikilla terveydenhuollon ammattilaisilla olisi käyttöä valmentajakoulutuksessa.

On jonkin verran epävarmaa, saisivatko valmennuskeskukset urheilijaterveydenhuoltonsa toimimaan omin voimin, vaikka resurssit oleellisesti paranisivatkin. Monet haastatelluista ovat sitä mieltä, että en-naltaehkäisevän urheilijaterveydenhuollon käsikirjaa tarvittaisiin myös valmennuskeskuksien terveyden-huoltotoiminnan kehittämiseen.

Yksi urheiluopisto pohti kuluvan vuosikymmenen puolivälissä, että se aloittaa urheilijoiden kuntoutus-keskustoiminnan. Suunnitelman punaisena lankana oli suomalaisen korkealaatuisen leikkaustoiminnan jatkaminen tai loppuun saattaminen asianmukaisella päivittäiskuntoutuksella, joka voitaisiin toteuttaa urheilijalle sopivassa valmennusympäristössä kotimaassa. Tiedossa oli, että muutamat suomalaisurheili-jat lähtivät hakemaan vastaavaa palvelua ulkomailta. Suunnitelma ei toteutunut, mutta monet haastatel-lut ovat sitä mieltä, että Suomessa ei kunnolla ymmärretä ja tunnusteta postoperatiivisen kuntoutuksen roolia ja merkitystä.

Maaliskuussa 2019 uutisoitiin, että Lapin Urheiluopisto on avannut Liikuntaklinikan, joka tarjoaa liikunta-lääketieteen erikoislääkärin ja urheilufysioterapeuttien postoperatiivisen kuntoutuksen palveluja.

5.8.2 Urheiluakatemit

Edellä valmennuskeskuksista sanottu koskee suurelta osin myös akatemiatoimintaa, vaikka nämä ovat tehneet yhteistyötä liikuntalääketieteen keskusten kanssa Oulussa, Tampereella ja Turussa jo pitkään ja Jyväskylässä ja Helsingissäkin jo jonkin aikaa. Kuopiossa akatemiayhteistyötä ei ole.

Liikuntalääketieteen keskusten näkökulmasta resurssipula on merkittävin este toiminnan kehittämiseksi. Erityisesti tämä koskee Helsinkiä, sillä Urhea on kumppanina suuri. Osin kyse on myös akatemioiden osto-osaamisen puutteesta, sillä missään ei ole määritelty, mitä terveydenhuoltotoimintaa akatemioiden tulisi tai kannattaisi tehdä. ”Urheilupuoli” odottaa ”terveyspuolelta” usein jotakin sellaista (läsnäolo arjessa, erityisesti ennaltaehkäisevä toiminta), jota terveyspuoli ei joko osaa tai halua tuottaa tai jota se ei resurssien puutteeseen viitaten pysty järjestämään. Akatemioiden terveydenhuoltotoiminta kaipaavaa koko valtakuntaa koskevia linjauksia ja yhteistä johtoa.

Turussa Paavo Nurmi -keskus on toiminut kymmenen vuotta paikallisen urheiluakatemitien kanssa. Toiminta kattaa terveystarkastukset, seuloimat ja urheilijoiden päivystävän sähköpostipalvelun. Oulussa on yhtä vanha perinne ja akatemiaurheilijoille tarjotaan ilmaisia terveystarkastuspaketteja, joista kaupunki maksaa osan. Myös Tampereella arvioidaan, että toimiva asiantuntijatoiminnan malli on olemassa. Kuitenkin esimerkiksi terveystarkastuskäytäntö on jokaisessa kaupungissa jonkin verran erilainen.

Helsingissä akatemialla (Urhea) on ulkoa ostettuja urheilijaterveydenhuollon resursseja lähes kolmen henkilötövuoden verran (fysioterapia, psykologia, ravitsemus, lääkäripalvelut). Tästä huolimatta Urheassa nähdään, että toimintaa ei osata suunnitella ja ohjata. Uudessa rakennussuunnitelmassa on tilat lääkäriasemalle. Tämän toiminnan pyörittäjä voisi olla joko Helsingin Urheilulääkäriasema, joku paikallinen terveyspalvelualan yritys tai akatemia itse. Jälkimmäisessä tapauksessa tarvitaan terveydenhuollon toimilupa.

Jyväskylässä aloitettiin keväällä 2018 Training room -hanke, jonka malli on haettu amerikkalaisyliopistojen urheilijaterveydenhuollosta. Oregonin yliopistossa vaikuttavimmaksi urheilijan terveitä harjoituspäiviä lisääväksi tekijäksi mainitaan terveydenhuollon linkittyminen päivittäisvalmennukseen athletic trainerin kautta.

Hankkeessa pyritään luomaan toimintatapa, jota suomalainen huippu-urheilu toteuttaisi yli lajirajojen. Training roomissa fysioterapeutit, urheilufysiologit, psyykkiset valmentajat, ravitsemusasiantuntijat ja lääkärit toimivat yhteisessä toimintaympäristössä urheilijoiden ja valmentajien kanssa.

Urheiluakatemitien toimintamallissa halutaan irti terveydenhuollon irrallisesta roolista, jossa urheilijan vammojen ja sairastumisen syihin ei välttämättä päästä käsiksi. Toimintaa mallinnetaan ja tutkitaan KIHUn, Jyväskylän Yliopiston ja Liikuntalääketieteen keskusten sekä valittujen urheiluakatemioiden yhteistyönä.

Tutkittuun tietoon pohjautuvat toimintamallit levitetään jatkossa muihin valmennuksen toimintaympäristöihin. Training room toimii koulutus- ja oppimisympäristönä ainakin fysioterapiassa, valmennusopissa ja liikuntalääketieteen erikoislääkäriskoulutuksessa.

6 KANSAINVÄLISTÄ VERTAILUA

Eri valtioiden käytännöt eroavat toisistaan sekä urheiluvalmennuksessa että terveydenhuollossa. Erot ovat helposti niin merkittäviä, että järkevien vertailujen tekeminen maiden välillä on hankalaa.

Kansainvälisten valmennuskeskusten terveydenhuollosta puhuttaessa lausutaan helposti ylisanoja, jotka eivät tee oikeutta omille yksiköillemme. Kun puhutaan keskuksista, joissa on esimerkiksi ”täydellinen lääkäriasema magneettikuvauslaitteineen”, lauseen perään voi laittaa paljon kysymysmerkkejä. Ovatko aseman lääkärit vain urheilijoita varten? Kuinka pidetään huolta magneetti- ja röntgenkuvia lausuvien terveydenhuollon ammattilaisten tasosta? Onko urheilijoita vastaanotoilla jonoksi asti vai mitä lääkärit ja muut asiantuntijat tekevät muina aikoina?

Silti on yllättävää, että urheilulääkäreiden verkkokyselyssä vain 14 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että huippu-urheilijoidemme terveydenhuolto on paremmalla tolalla kuin keskimäärin kansainvälisesti. Vajaa puolet vastanneista (47 prosenttia) arveli, että Suomen tilanne on sama kuin muuallakin ja 39 prosenttia arvioi Suomen tilanteen muita maita heikommaksi.

Mitä pienempi on väestöpohja, sitä vaatimattomampia ovat terveydenhuollon palvelut kaikkialla. Toisesta näkökulmasta tämä mahdollistaa sen, että isoissa kaupungeissa sijaitseviin toimintaympäristöihin voidaan kumppaneiden avulla järjestää toimiva terveydenhuolto.

Tätä selvitystä varten tutustuttiin paikan päällä Hollannin, Norjan ja Ruotsin käytäntöihin. Kuvaus Sveitsin järjestelmästä perustuu Janne Salmen (Salmi 2011) tekemään selvitykseen ja sen päivittämiseen. Tanskan järjestelmää on kuvattu Suomessa tehdyn haastattelun perusteella.

6.1 Hollanti

Papendalin urheilu- ja koulutuskeskus sijaitsee Arnhemissa noin tunnin junamatkan päässä Amsterdamista. Se on suurin 17 miljoonan asukkaan Hollannin viidestä valmennuskeskuksesta. Muut keskuksat sijaitsevat Amsterdamissa, Eindhovenissa (uinti), Haagissa (beachvolley ja purjehdus) ja Heerenweenissä (pikaluistelu). Hollanti on pienien etäisyyksien maa, jonka halki ajaa muutamassa tunnissa.

Papendalissa toimii 12 lajia (ammunta, BMX, jousiammunta, judo, käsipallo, lentopallo, lumilautailu, maahockey, motocross, pöytätennis, ratapyöräily, sulkapallo ja yleisurheilu, pienemmällä panoksella myös esteratsastus, maahockey, nyrkkeily ja shakki). Panostus integroituun paraurheiluun on vahva miltei joka lajissa. Sen ohella toiminnassa ja jopa keskuksen nimessä painotetaan koulutusta, sillä hollantilaisia koskee oppivelvollisuuslaki 16-vuotiaaksi asti.

Jalkapallo on maan selvästi suurin laji. Sillä on omat valmennusjärjestelmänsä. Isojen seurojen omissa akatemioissa on helposti 1 000-2 000 lasta ikäluokkaa kohden. Papendalin alueella on paikallisen Wittensteinin harjoituskeskus. Myös pyöräilyssä on isoja omia ammattilaisjoukkueita. Se on uinnin ja luistelun ohella maan suosituin yksilöurheilulaji.

Hollannin kärkiurheilijat jaetaan kolmeen tasoon. Ilmaisen valmennuksen ja asumisen ohella A-tasolla olevat saavat olympiakomitealta kuukausittain noin 1 200 euron tuen. B-tasolla maksetaan elämisen ja harjoittelun kulut ja C-tasolla järjestetään helpotusta koulunkäyntiin, kun nuoret urheilijat leireilevät.

Nämä urheilijat muodostavat Team NL:n (Netherlands), jolle harjoituskeskus järjestää fasiliteetit ja ammattimaisen valmennuksen. Terveydenhuollon asiantuntijapalvelut valmennuksen yhteydessä ovat ilmaisia ja ulkopuolisia vastaanottopalveluja varten jokaisella urheilijalla on pakollinen vakuutus.

Hallitus rahoittaa vuonna 2006 perustetun Papendalin toimintaa olympiakomitean kautta. Ajatus lajien välisestä yhteistyöstä ja keskittämisestä syntyi vuosituhannen alun vaatimattomasti sujuneiden olympiakisojen jälkeen. Keskuksessa asuu 170 urheilijaa ja siellä harjoittelee päivittäin yli 400 urheilijaa. Koko keskuksen liikevaihto on 10 miljoonaa euroa vuodessa, josta huippuvalmennuksen osuus on viisi miljoonaa euroa. Työntekijöitä on 45.

Budjetista puolet tulee suoraan olympiakomitealta ja puolet tuloina keskuksen omasta hotelli- ja tapahtumatoiminnasta, kiinteistöjen vuokrista sekä yhteistyökumppaneilta. Kansallisen olympiakomitean keskushallinto sijaitsee keskellä aluetta.

Papendal on perinteinen valmennuskeskus, jossa urheilijan ohella toiminnan keskiössä on valmennus. Varustelutaso näyttää mainiolta sisältäen mm. painokevennetyn juoksumaton ja palautumiskeskuksen. Voimavalmennus saa erityisen vahvan roolin (neljä isoa voimaharjoittelutilaa). Muut palvelut, kuten ravinto, terveydenhuolto, opiskelu ja opinto-ohjaus, tapahtuvat valmennuksen ehdoilla ja niistä puhutaan tukitoimina. Psykologien toiminta painottuu valmentajien työnohjaukseen ja koulutukseen. Jokainen urheilija saa hieronnan kerran viikossa ja halukkailla on mahdollisuus viikoittaisiin mindfulness- ja jooga-harjoituksiin.

Toimivan tiedonkulun mahdollistamiseksi keskuksessa on sähköinen viestintä- ja asiakasjärjestelmä, jota kaikki urheilijat, valmentajat ja asiantuntijat käyttävät. Suunnitelmissa on yhteinen kaikki valmennuskeskukset kattava järjestelmä.

Viestinnän vaivattomuuteen panostetaan paljon ja ravintolasali on tärkeä kohtaamispaikka. Ilmapiiri on käsinkosketeltavan avoin ja tilojen oranssiin brändäykseen on kiinnitetty paljon huomiota niin harjoitusvälineissä ja kalusteissa, rakennuksissa kuin alueella käytettävissä polkupyörissäkin. Seinillä on urheilijoiden kuvia ja kisajulisteita ja iso osa urheilijoista ja henkilökunnasta kulkee Team NL -asusteissa.

Keskuksessa on myös 2016 perustettu tiedeyksikkö, jossa toimii viisi fysiologia. Painotus on suorituskyvyn tutkimisessa. Tämän yksikön yhteyteen on Tokion kisojen olosuhteita silmällä pitäen rakennettu ”Thermo Tokyo”, jossa tavoitteena on selvittää kunkin urheilijan yksilöllistä mukautumista kuumiin ja kosteisiin olosuhteisiin.

Kaikille valmennusryhmille on jonkin toisen lajin harjoitukset säännöllisesti kerran kuukaudessa. Urheilijat ja valmentajat ovat tyytyväisiä, sillä ”meillä on täydelliset olosuhteet”.

Yhteistyö on Papendalin avainsana. Valmentajilla on säännölliset yhteistapaamisensa ja heitä koulutetaan paljon. Asiantuntijaryhmällä ja valmentajilla on Medical meeting kerran kuukaudessa ja valmentajilla lisäksi pidemmät yhteiset tapaamiset 3-4 kertaa vuodessa. Valmentajat lisäkouluttautuvat kolme vuotta kestävässä Master Coach of Sports -ohjelmassa.

6.1.1 Terveydenhuolto Papendalissa

Alankomaiden terveydenhuolto perustuu Sveitsin tavoin yksityiseen palvelutuotantoon, jonka käytön kansalaiset rahoittavat pakollisilla vakuutuksilla. Näitä voi ostaa eri tasoissa. Perusvakuutus maksaa noin 120 € ja huippu-urheilijoiden hyvätasoinen vakuutus noin 250 € kuukaudessa. Jälkimmäisellä pääsee hoitoon välittömästi, edellisen kanssa palveluita voi joutua odottelemaan.

Valmennuskeskuksen keskellä on lääkäriasema. Se on yksityinen ja toimii Papendalin alihankkijana. Asemaa voivat käyttää muutkin kuin urheilijat. Sillä on oma tietojärjestelmänsä, joka ei ole yhteydessä muihin järjestelmiin. Tämän toiminnan ohella liitoilla on omia osa-aikaisia lääkäreitään. Olympiakomitealla on ylilääkäri ja arvokisalääkärit valitaan erikseen.

Lähinnä sairaalatasoista palvelutarvetta varten Papendalilla on sopimus toisenkin terveysterveyspalveluyhtiön kanssa. Tämä pitää yllä sopivaa kilpailua, mikä julkilausuttiin avoimesti. Vaativimmissa vamma- tai sairaustapauksissa olympiakomitean ylilääkäri on mukana valitsemassa kuhunkin vaivaan parasta mahdollista asiantuntijaa. Sinänsä kaikilla vakuutuksilla voi mennä hoitoon mihin yksikköön tahansa.

Valmennuskeskuksen lääkäriasemalla työskentelee kaksi koko-aikaista urheilulääketieteen erikoislääkäriä. Alan erikoistumiskoulutus kestää 3-4 vuotta kuuden vuoden peruskoulutuksen jälkeen. Muita lääkäreitä on 4-6, mutta he ovat osa-aikaisia, kuten myös kaikki 16 fysioterapeuttia. He ovat tyypillisesti töissä Papendalissa 2-3 päivää viikossa, mutta näillä ajoilla hoidetaan muitakin potilaita kuin urheilijoita. Ansiotaso on tavallinen, ”mutta jos haluaa tienata, on mentävä muualle”.

Toimintaansa esitellyt fysioterapeutti resursoi työajastaan 12 tuntia viikossa huippu-urheilulle. Ylipäänsä koko terveydenhuoltotoiminta on ”yhtä suurta palapeliä”, jossa jokainen laji on 15 minuutin tarkkuudella arvioinut eri asiantuntijatarpeensa. Kaikilla lajeilla on nimetty lääkäri ja fysioterapeutti. Sama tarkka aikatauluresursointi koskee myös esimerkiksi voimavalmennusta.

Yksilölliset hoidot tulevat lajille resursoidun ajan lisäksi. Lajityö tarkoittaa esimerkiksi palaveria valmentajan kanssa tai leikkauksen jälkeisessä kuntoutusvaiheessa olevan urheilijan harjoittelun valvontaa yhdessä voimavalmmentajan kanssa. Akuutteja sairastapauksia varten lääkäriasemalla on lääkäri- ja fysioterapeuttiaikaa tunti päivässä. Käytössä on muun muassa ultraäänitutkimuslaite.

Psykologeja keskuksessa on kolme, joista yksi on osa-aikainen. Psykologit sparraavat valmentajia ja urheilijoiden suhteen heidän vastuullaan on ”life skill coaching”, joka sisältää elementtejä psyykkisestä valmennuksesta. Jälkimmäinen on kuitenkin ensisijaisesti päävalmentajan vastuulla.

Keskuksessa on vain yksi osa-aikainen ravitsemusasiantuntija. Hänen työnsä painottuu yleisneuvontaan ja koulutukseen, mutta tarpeen tullen voidaan järjestää myös yksilövastaanottoja. Ravitsemusvalmennus ei ole vahvasti esillä, vaikka keskuksessa on oma ”eliittuurheiluravintola”, jonka ruokalista on erityisesti urheilijoille suunniteltu. Mielenkiintoinen yksityiskohta on kassajärjestelmä, jonka kautta urheilija saa puhelinsovellukseensa tiedot siitä, mitä hän on tiettyinä ajanjaksona ravintolassa syönyt.

Asiantuntijoita on koko ajan mukana kentillä ja saleissa. Henkilötyövuosissa laskettuna tämä resurssi on yksi lääkäri, neljä fysioterapeuttia, 2,5 hierojaa ja yhteensä 1,5 fysiologia ja biomekaanikkoa.



6.2 Norja

Olympiatoppenin suunnittelu alkoi Calgaryn olympiakisojen jälkeen 1988, kun Norjan mitalisaalis jäi laihaksi. Tuolloin tehtiin päätös keskittämistä ja yhdessä oppimisesta. Varsinainen toiminta alkoi 1991. Terveysterveystoiminnalla oli iso merkitys alusta asti. Nyt urheilijat mainitsevat sen yhdeksi tärkeimmistä tukimuodoistaan.

Yhteensä koko keskuksessa on terveydenhoitohenkilökuntaa noin 16 henkilötyövuotta. Harjoituskeskus on kokonaan Norjan valtion rahoittama. Oslossa sijaitsevan keskuksen terveydenhuollon henkilökuntaan kuuluvat johtava lääkäri Roald Bahr (30 % työajalla), lääkäri Thomas Torgalsen (50 % kliinistä työtä, 50 % hallinnollista kuten lajien sparraus, kehitystyö, mutta ei terveydenhuollon verkostotyötä) sekä 10 muuta lääkäreitä, joista kaksi täysiaikaisesti. Ortopedit, radiologi, psykiatri ja keuhko-/allergialääkäri ovat 10 % työajalla. Myös paraurheilijoilla on oma täysiaikainen lääkäri. Kahtena viime vuotena paraurheilun terveydenhuoltoon on panostettu paljon.

Fysioterapeutteja on kuusi täysiaikaista ja yksi osa-aikainen, yhteensä 6,2 henkilötyövuotta, psykologeja kaksi täysiaikaista ja neljä osa-aikaista, yhteensä 3,5 henkilötyövuotta sekä ravitsemusasiantuntijoita kolme täysiaikaista (joista ex-uimari Anu Koivisto yksi) ja kolme osa-aikaista, yhteensä neljä henkilötyövuotta. Ravitsemuksessa painopiste on urheilijoiden henkilökohtaisessa palvelussa. Valistustyö tehdään nuoremmille ikäluokille urheilulukioissa.

Olympiaurheilijat käyvät vuosittain terveystarkastuksissa ja suorituskykytesteissä. Samalla tehdään terveydenhuollon ja terveyden seurannan suunnitelma. Terveyttä monitoroidaan ympäri vuoden sähköisen järjestelmän avulla (kanadalainen Athlete Monitoring, aiemmin käytössä ollut Spartanova oli epäluotettava). Seurannassa ensisijainen henkilöresurssi on fysioterapeutti, joka raportoi merkittävät oireet lääkärille.

Olympiaurheilijoiden harjoitusjaksoilla Olympiatoppenilla on 24/7 -terveydenhuoltopalvelut. Viisi lääkäriä päivystää keskuksessa viikon sykleissä. Terveystarkastushenkilöstön tulotaso on hyvä, vaikka yksityis sektorilla lääkäri voisi ansaita vielä selvästi enemmän.

Kun esimerkkinä käytetään olkapäävammaa, hoitoketjun ensimmäisellä portaalla sitä hoitavat Olympiatoppenin urheilulääkäri ja fysioterapeutti. Jos tämä ei riitä, konsultoidaan Olympiatoppenin ortopedia. Leikkaushoito järjestetään tarvittaessa Oslon yliopistollisessa sairaalassa tai muussa yksikössä, johon Olympiatoppen ohjaa.

Urheilijat eivät kyseenalaista järjestelmää. Jos he haluavat mennä muualle, kustannuksista on vastattava itse. Olympiatoppen ohjaa joka tapauksessa erittäin vahvasti. Osalla urheilijoista on oma vakuutus, johon on usein liitetty ”Skadetelefon” -puhelinpalvelu. Se on Norjan jalkapalloliiton pääosin omistama yksityinen järjestelmä. Tähän kuuluu mm. ”urheilun terveyskeskus” eli Idrettens Helsesenter.

Operatiivisissa hoidoissa Oslon yliopistollinen sairaala on keskeinen yhteistyökumppani. Kansa ei kyseenalaista urheilijoiden hoitamista, vaikka nämä menisivät jonojen ohi. Asia ei ole ollut julkisessa keskustelussa. Periaatteessa Olympiatoppenin lääkäreilläkin saisi käydä kuka tahansa.

Maajoukkueurheilijoilta vaaditaan vuosittain terveyssertifikaatti (tarvittaessa esimerkiksi kuukautisseuranta, kehonkoostumus, dexa-mittaus), jonka urheilijoiden omat lääkärit tekevät. ”Helsesertifikat” -kartoitukseen ovat toistaiseksi sitoutuneet hiihto, ampumahiihto, suunnistus ja yleisurheilu. Liittojen omat lääkärit ja fysioterapeutit ratkaisevat yhdessä Olympiatoppenin asiantuntijoiden kanssa, voiko urheilija osallistua liiton leiri- ja kilpailutoimintaan (tietoturva-asioista ei tässä yhteydessä erikseen puhuttu).

Olympiatoppeniin kuuluu Oslon pääyksikön ohella kahdeksan alueellista valmennuskeskusta, joissa on sekä omia että kumppaneiden kanssa tuotettuja terveydenhuollon palveluja. Pääosin toimitaan yhteistyökumppaneiden kanssa, jolloin lääkärit tulevat useimmiten julkisesta terveydenhuollosta. Alueelliset keskuksat ovat itsenäisiä yksiköitä, mutta Olympiatoppen voi vaikuttaa asiantuntijoiden rekrytointiin. Aluekeskusten toiminta keskittyy enemmän nuoriin lupauksiin eli tulevaisuuden huippu-urheilijoihin.

Norjassa ei ole varsinaista urheilu- tai liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutusta, mutta heillä on neli-vuotinen Sports Medicine -pätevöitymisohjelma. Se sisältää kursseja ja käytännön työtä urheilun parissa. Nuoret lääkärit toimivat usein joukkueissa ja seuroissa. Toiminta on pääosin vapaaehtoistyötä.

Norjassa ei ole järjestäytynyttä urheilulääketieteen asiantuntijaverkostoa. Kaikki tuntevat toisensa kuitenkin hyvin. Esimerkiksi kesälajeissa toimii käytännössä vain kolme lääkäriä.

Olympiatoppen on itsevarma yhteisö, joka ohjaa voimakkaasti oman järjestelmän palvelujen käyttöön. Muualla asuvien urheilijoiden kanssa tehdään yhteistyötä. Olympiatoppen pitää yhteyttä myös urheilijoi-

den henkilökohtaisiin lääkäreihin, joita se ei kuitenkaan valitse. Myös Norjassa on ”asiantuntijoita”, jotka haluavat mainetta tai liiketoimintaa urheilijoiden avulla.

6.2.1 Olympiatoppenin vahvuudet ja heikkoudet

Olympiatoppenin suurin vahvuus on erinomainen vuorovaikutus ja moniammatillinen työskentely. Yksikkö on niin pieni, että kohtaamisia urheilijoiden, valmentajien ja muiden asiantuntijoiden kanssa tulee jatkuvasti. Kaikki istuvat yhdessä syömässä ja ovet ovat avoimet. Kukaan ei ole toisen yläpuolella ja isoa ”egoilua” ei hyväksytä.

Olympiatoppenissa on panostettu ensisijaisesti toiminnan laatuun, ei niinkään hienoihin tilaisuuksiin. Kuitenkin käytössä on kaikki olennainen, kuten toimivat ja monipuoliset harjoitustilat testauslaboratorioineen, AlterG (painokevennetty juoksumatto), uima-allas (ei vesijuoksumattoja), PRP-hoitolaitteet (runsasverihiutaleinen plasma), FilmArray-PCR -laboratorioanalytiikka, ultraäänitutkimukset, sähköinen yhteys radiologille, isot screenit, radiologin viikkomeeting sekä urheilijoiden monitorointi (vamman- ja sairaus seuranta sekä vaikuttavuuden arviointi ja tilastointi). Keskuksessa on kylmä-/kuumahuone eli ”klimarom” Tokion olympiakisoihin valmistautumista varten. Se on jo ahkerassa käytössä.

Olympiatoppeninkin terveydenhuollossa kaivataan lisää resursseja. Uutta urheilukampusta odotellaan, mutta sitä ei näkyvissä seuraavaan kymmeneen vuoteen. Odottelun aikana voimistelulle on jo rakennettu uudet harjoitustilat. Tilat ovat niin vaatimattomat, että voi vain ihmetellä, kuinka kaikki mahtuvat niihin harjoittelemaan.



6.3 Ruotsi

Ruotsin olympiakomitea SOK valitsee vuosittain olympialajeista 200 tukiurheilijaa, joissa on sekä kärkiurheilijat että lahjakkuudet. Lisäksi SOK on vastikään aloittanut Talent 2022 ohjelma (alle 23 vuotta), jolla pyritään löytämään 400 lahjakasta nuorta urheilijaa tukipalvelujen piiriin. Toistaiseksi on löydetty 50 urheilijaa. ”Ruotsi ei keskity lajeihin, vaan lahjakkuuksiin eri lajeissa.” Yleisemmin SOK:n toiminta keskittyy mitalipotentteihin urheilijoihin ja lajeihin. Jälkimmäisessä oleellisessa roolissa on valmentajien palkkaus.

Talenttiohjelma käynnistyi, kun esiin nousi huoli lahjakkaiden urheilijoiden määrän laskusta erityisesti pojissa. Merkittävänä drop outin selittäjänä pidetään vaatimatonta urheilijaterveydenhuoltoa. Kyseisen ohjelman nuoret urheilijat eivät saa SOK:lta taloudellista tukea, mutta saavat vastaavat asiantuntijapalvelut kuin varsinaiset tukiurheilijat (terveystarkastus, lääkäri, fysioterapia, ravitsemus, psykologi, fysiologi).

SOK:lla on ylilääkäri (25 %) vastuualueenaan akuutit sairaudet ja vammat. Hän on yleislääkäri, joka toimii muutoin omalla klinikallaan. SOK:n työaikaan kuuluu urheilijoiden puheluihin vastaaminen (keskimäärin viisi yhteydenottoa vuorokaudessa), jatkohoidon koordinointi ja seuranta sekä palaverit. Tukiurheilijoiden vastaanottokäynneistä ylilääkäri laskuttaa vakuutusyhtiötä oman klinikkansa kautta.

Toisen lääkärin (15 %) vastuualueena on tukiurheilijoiden vuosittaiset terveystarkastukset. Fysioterapeutteja (80 %) on kaksi. Toinen työskentelee lajeille, joilla ei ole omaa nimettyä fysioterapeuttia, ja toisen vastuualueena on kentille paluun arviointi sekä lajien ja valmentajien sparraus. Ravitsemusasiantuntijoita on 3-4 henkilöä ja psykologisia valmentajia 4-5 henkilöä.

Lääkärit ja fysioterapeutit kokoontuvat kerran kuukaudessa palaveriin, jossa käydään läpi urheilijoiden haasteet ja hoitosuunnitelmat. Heidän lisäksi SOK:lla on vapaaehtois pohjainen lääketieteen asiantun-

tijaryhmä, johon kuuluvat gynekologi, endokrinologi ja kardiologi. SOK:lla on terveydenhuollon toimilu-
pa ja sähköinen potilastietojärjestelmä. Sen vastuulla on myös antidopingvalistus.

Vuodesta 2012 SOK on velvoittanut tukiurheilijansa urheilijasopimuksella yhtenäiseen toimintamalliin,
jossa akuutissa oireessa soitetaan ensin SOK:n ylilääkärille. Tämä ohjaa urheilijan tarvittaessa erikoislää-
kärille. Asiantuntijaverkossa on erikoislääkäreitä pääsääntöisesti yksi erikoisalaa kohden. Usein urheilija
lentää Tukholmaan SOK:n valtuuttaman erikoislääkärin vastaanotolle.

”Yhden luukun malli” ei herätä urheilijoissa kritiikkiä, sillä palvelu korkealaatuista, eikä vaihtoehtoista
järjestelmää käytännössä ole. Valmentajat koulutetaan ymmärtämään järjestelmän vahvuudet ja tavoit-
teet. Urheilijalle kustannetaan yksityinen (Folksam) tapaturma- ja sairaskuluvakuutus, jonka kustan-
nus vuodessa on 500-700 € urheilijaa kohden. Vakuutuksen ehtona on sitoutuminen SOK:n johtamaan
järjestelmään.

Erikoislääkärit toimivat lähinnä yksityisellä sektorilla, sillä psykiatria lukuun ottamatta (”Riddargatanin
yksikkö”) urheilija ei julkisessa terveydenhuollossa pääse jonojen ohi. Noin 95 prosenttia jatkohoidoista
toteutuu yksityissektorilla vakuutuksen korvaamana.

Urheilijoiden terveydentilaa luokitellaan liikennevalotekniikalla. Luokitteluun on sitoutunut koko huip-
pu-urheilun järjestelmä, jossa kuka tahansa voi nostaa esiin huolen urheilijan terveydestä tai suo-
rituskyvystä. ”Punaisissa” tapauksissa SOK:n moniammatillinen ryhmä kokoontuu nopeasti ja sopii
jatkotoimenpiteistä. Diagnostikassa ja jatkotoimenpiteiden suunnittelussa hyödynnetään erikoisalakon-
sultteja sekä Bosön ja Östersundin fysiologisia tutkimuksia (mm. kylmälaboratorio). Vastaava käytäntö
koskee harkitusti myös keltaisia tapauksia.

Isoilla lajeilla (jääkiekko, jalkapallo, käsipallo, alppihiihto, maastohiihto, yleisurheilu) on oma terveyden-
huollon henkilöstönsä ja fysiologitoimintansa. Ne tekevät yhteistyötä SOK:n kanssa. On huomattava, että
Ruotsissa on sama järjestö rakenne kuin Suomessa ennen yhtä isoa Olympiakomiteaa. RF:n (Riksidrotts-
förbundet) eli ”Ruotsin SLU:n tai VALO:n” lajiliitoilla on omaa terveydenhuoltotoimintaansa SOK:n kes-
kittyessä vain kunkin lajin huippuihin. Asetelma aiheuttaa hiukan mustasukkaisuutta, vaikka tukijärjestel-
män ulkopuolella olevien urheilijoiden terveydenhuolto on vähäistä.

Ruotsissa on panostettu psyykkiseen valmennukseen jo pitkään. Ravitsemus on noussut viime vuosina.
Urheiljaravitsemuksen periaatteet perustuvat tieteelliseen näyttöön.

Haasteitakin on, sillä Ruotsin lääketieteessä ei ole virallista urheilu- tai liikuntalääketieteen erikoistumi-
salaa. Urheilulääketiede ei ole korkeatasoista ja tavalliset lääkärit eivät ymmärrä kuormitusfysiologiasta
tai ylipäättään huippu-urheilusta riittävästi. Lisäksi lääkärin rekrytointi urheiluun on haastavaa. Laajasta
verkostosta ei voida puhua. Tieto hyvistä osaajista kulkee lähinnä puskaradion kautta. Varsinaista urhei-
lulääketieteen jatkokoulutustakaan ei ole. Ansiotaso urheilun tehtävissä ei ole kummoinen: ”jos tervey-
denhuollon ammattilainen haluaa ansaita hyvin, ei kannata tulla urheilun puolelle”.

Ruotsissa on analysoitu muuttujia, jotka vaikuttavat urheilijan suorituskyvyn kehittymiseen. Heidän mu-
kaansa suorituskyky on selvässä suhteessa terveiden harjoituspäivien määrään. On myös selvää, että
kouluttamattomilta valmentajilta tulee sairaampia urheilijoita. Siksi valmentajakoulutukseen on panos-
tettava ja valmentajien osaamista terveyteen liittyvissä asioissa sekä tutkimus- ja testitulosten ymmär-
tämisessä on lisättävä.

Tukholman, Uumajan, Östersundin, Falunin, Göteborgin ja Malmön toimintaympäristöjä halutaan kehit-
tää, myös urheilulääketieteessä. Tästä on selvitystyö menossa.

Urheilijoiden terveydenhuoltoon haluttaisiin koulutettu koordinaattori, joka ottaisi vastaan osan urheilijoiden puheluista ja ohjaisi heitä oikeille asiantuntijoille. Folksam yritti järjestää tämän palvelun, mutta se ei toiminut, sillä urheilijat ohjautuivat liian sattumanvaraisesti eri lääkäreille. Ajatuksena oli, että urheilijoiden hoito keskitettäisiin pienemmälle joukolle asiantuntijoita.

6.3.1 Bosön valmennuskeskustoiminnasta

Bosön valmennuskeskus on RF:n omistama ja SOK on iso palveluiden ostaja. Fysiologian perinteet ovat Ruotsissa vahvat ja fysiologit toimivat lajeissa aktiivisesti. Bosössä on kymmenkunta fysiologia, jotka toimivat pienemmissä lajiliitoissa ja testausasemalla. He auttavat valmentajia harjoitusohjelmien rakentamisessa ja esimerkiksi voimaharjoittelun suunnittelussa. Suunnitelmat perustuvat testituloksiin. Testausasemaa voivat käyttää kaikki maajoukkueurheilijat ilman veloitusta. Eri lajeille räätälöidään ja kehitetään lajikohtaisia testausmenetelmiä.

Valmennuskeskuksessa ei ole lääkäreitä, mutta se työllistää viisi täysipäiväistä ja viisi osa-aikaista fysioterapeuttia. Nämä toimivat ennen kaikkea lajeissa, joilla ei ole omaa fysioterapiatoimintaa. Yhteistyö fyysikkavalmentajien kanssa on kiinteää ja Ruotsissa monet fyysikkavalmentajat ovat peruskoulutukseltaan fysioterapeutteja.

Bosö on palkannut lääkärin selvittämään, kuinka valmennuskeskukseen saataisiin kaikkia lajeja palveleva urheilulääketieteen klinikka, hiukan Olympiatoppenin tapaan. Nyt keskuksella on yksi kaikkia lajeja palveleva ravitsemuksen asiantuntija, jolla on vuosittain 150 matkapäivää. Edelleen keskuksella on kaksi psyykkistä valmentajaa.

Uusi testauslaboratorio valmistuu vuoden 2019 aikana. Tilat kaksinkertaistuvat ja uusiutuvat. Uusi asia on "climate chamber", jossa voidaan testata urheilijoiden suorituskykyä korkeassa ilmanalassa, kuumassa ja kosteassa. Tämä on osa valmistautumista Tokion kisoihin 2020.

Myös harjoitustiloja uusitaan. Opistolla korostetaan kuitenkin, että siellä tarjotaan harjoitusolosuhteet vain eri ominaisuuksien harjoittamiselle, ei varsinaiselle lajispesifille harjoittelulle.



6.4 Sveitsi

Sveitsissä urheilulääketieteeseen on perinteisesti panostettu paljon. Swiss Olympic ohjasi jo kuluvan vuosikymmenen alussa tähän vuosittain noin 800 000 Sveitsin frangia (yli 700 000 euroa), tavoitteena urheilulääketieteen keskusten kehittäminen sekä lajiliittojen lääkäri- ja fysioterapeuttiverkoston luominen ja niiden taloudellinen tukeminen arvokilpailuissa. Yhteistyössä Sveitsin urheilulääketieteellisen yhdistyksen (SGSM) kanssa huolehditaan lajiliittojen lääkäreiden ja fysioterapeuttien jatkokoulutustapahtumista.

Urheilupsykologiassa tavoitteena on optimaalisten menestysmahdollisuuksien luominen korkeimman tason urheilijoille kansainvälisiin mestaruuskilpailuihin. Toiminta käsittää sekä lajiliittojen projekteja että urheilijoiden ja valmentajien yksilöllistä testausta ja neuvontaa, yhteistyössä Sveitsin urheilupsykologisen yhdistyksen (SASP) kanssa.

Urheiluravitsemuksessa tähdätään nuorten ja huippu-urheilijoiden optimaaliseen ja pitkäjänteiseen ravitsemuskasvatukseen, tavoitteina perusravitsemuksen optimointi, käytettävien lisäravinteiden tieteellisesti tutkittu ohjeistus ja ravitsemusalan asiantuntijoiden käyttö ja konsultointi. Tämä tarkoittaa koulutustilaisuuksia, urheilijoiden kokkauskursseja sekä informaatiota verkossa.

Sveitsin terveydenhuollossa on pienehkö julkinen sektori sekä ”puolijulkista” ja yksityistä toimintaa. Kustannukset katetaan hintavilla vakuutuksilla (allgemein, halbprivat ja privat), jotka ovat pakollisia kaikille kansalaisille. Perustasolla (allgemein, noin 200 € per henkilö kuukaudessa) saa julkisen sektorin palvelut, mutta tasoa voi nostaa korottomalla vakuutusta. Tällöin voi käyttää yksityisiä palveluita, jotka ovat selvästi kalliimpia. Vakuutuksia myyviä yrityksiä on parikymmentä ja liiketoiminta on isoa. Nämä yritykset ovat merkittäviä urheilun yhteistyökumppaneita.

Sveitsissä on urheilulääkäriasemaverkosto, jossa olympiakomitean sertifioima lääkäriasema saa oikeuden käyttää Swiss Olympic medical center -nimeä. Näiden lääkäriaseman palveluja käyttävät muutkin kuin urheilijat. Palvelujen saavutettavuus on erinomainen, sillä maan jokaisessa isossa kaupungissa on kyseinen center. Yhteensä näitä on 15 varustelutason vaihdellessa jonkin verran.

Useimmiten urheilija pääsee samana päivänä mihin tahansa palveluun ja toiminta on moniammatillista. Jos vakuutuksen taso on riittävä (kuten esimerkiksi parhailla appiihittäjillä), leikkauksien jälkeen ohjattu kuntoutus tapahtuu samassa paikassa ja jatkuvassa seurannassa. Maan suunnistuksessa on tällä hetkellä erikoinen tilanne, kun suunnistusmaajoukkueen lääkäri toimii yksityisellä klinikalla, joka ei ole Swiss Olympic medical center. Perusvakuutettujen urheilijoiden hoito on haastavaa.

Sveitsin huippu-urheilijat luokitellaan kolmeen kategoriaan, eli kulta-, hopea- ja pronssikorttiurheilijoihin (150 potentiaalista arviokisamitalistia, 450 arvokisojen kahdeksan parhaan joukkoon selviytyjää ja 1 500 nuorten talenttiryhmästä). Kunkin ryhmän korttiin kuuluu erilainen terveydenhuollon palvelutaso. Kul-takortin omaaville kaikki Swiss Olympic medical centereiden palvelut ovat maksuttomia. Vakuutusturva vaihtelee lajiliitosta riippuen.

Tiivistetysti kuvattuna Sveitsin huippu-urheilun terveydenhuoltojärjestelmä perustuu yksityiseen palvelutoimintaan, joka rahoitetaan vakuutuksin. Alan asiantuntijat toimivat myös urheilujärjestöissä.



6.5 Tanska

Urheilulääketiede on tanskalaisessa huippu-urheilussa erittäin tärkeä asia. Se on jopa kirjattu lakiin. Urheilijoiden hoitaminen sekä julkisella sektorilla että yksityisillä palveluntuottajilla on yleisesti varsin hyväksyttyä. Julkiseen terveydenhuoltoon pääsee nopeasti. Tanskassa on myös urheilulääketieteen erikoistumisala.

Maan huippu-urheilusta vastaa Team Danmark, joka on yli lajien menevä organisaatio. Arvioiden mukaan noin 5 000 tanskalaisurheilijaa harjoittelee yli 20 tuntia viikossa. Team Danmark tukee näistä noin 1 000 urheilijaa, jotka tulevat 30 eri lajista. Näistä 120 lasketaan ”maailmanluokan urheilijaksi”, jotka tulevat 15 eri lajista. Lisäksi suurilla ammattilaislajeilla (jalkapallo ja käsipallo) on omat valmennusorganisaationsa.

Team Danmarkilla on oma terveydenhuoltohenkilökunta, joka vastaa ennaltaehkäisevästä toiminnasta ja tekee paljon yhteistyötä valmennuksen kanssa. Kokonaisvahvuus on yksi lääkäri, viisi fysioterapeuttia, neljä psykologia ja kolme ravitsemusasiantuntijaa.

”Perustuettavat” urheilijat eivät voi mennä (Team Danmarkin kustantamana) suoraan lääkäriin, vaan se tapahtuu valmennusjohton kautta. Valmennusjohto päättää, ketä asiantuntijaa käytetään. Osalla urheilijoista on vakuutus, osalle Team Danmark korvaa hoidot yksityisellä puolella. Julkisten palveluiden käyttö on urheilijoille ilmaista. Niidenkin saatavuus on varsin hyvä: ”tunnissa vastaanotolla, jos tarvitaan”.

Maailmanluokan urheilijat (120) voivat mennä lääkärille Team Danmarkin kustantama suoraan, mutta

ainoastaan Team Danmarkin tarkoittamille asiantuntijoille. Tämä on Team Danmarkin erityispiirre: he ovat valinneet yhden tietyn asiantuntijan kaikkiin yleisimpiin urheilijoiden ongelmiin (kuten polvi- tai olkapääongelmat, sydän- tai hengitysvaivat jne.) ja tätä käyttävät kaikki huippu-urheilijat.

Järjestelmä on erittäin keskitetty ja korostetusti urheilupuolen johtama. Sen toimivuutta seurataan vuosittaisella arvioinnilla ja asiakastyytyväisyystutkimuksella. Urheilijoiden tyytyväisyystaso on korkea.

6.6 Yhteenvetoa kansainvälisestä vertailusta

Eurooppalaiset maat ovat erilaisia, mutta nykyaikaisissa valmennuskeskuksissa on yhteisiä piirteitä maasta riippumatta.

Ne sijaitsevat maan suurimmassa kaupungissa tai ainakin lähellä kansainvälistä lentokenttää, jonne on kätevä kulkuyhteys. Samaan keskukseen ja yhdelle alueelle on keskitetty useamman lajin valmennustoiminta ja asiantuntijat palvelevat urheilijoita yli lajirajojen. Varsinkin isot joukkuelajit toimivat kuitenkin näiden keskusten ulkopuolella omin resurssein.

Keskuksien **terveydenhuoltoresurssit ovat monta kertaluokkaa suuremmat kuin Suomessa** ja olosuhteet ovat hyvät. Asiantuntijatoiminta tuotetaan ainakin pääosin samalla alueella ja se on moniammatillista. **Urheilijat on tavallisesti jaettu kolmeen tasokategoriaan** (huiput, huipulle pyrkivät ja lahjakkuudet), jotka nauttivat eritasoisista palveluista. Keskuksissa tapahtuva urheilijaterveydenhuolto on urheilijoille maksutonta. Sen lisäksi urheilijoilla on omat vakuutuksensa.

Arvokisatason **huippu-urheilu on usein brändätty omakseen** (Swiss Olympic, Team Danmark, Team Netherlands) ja sen myötä tilojen visuaalinen ilme on yhtenäinen. **Viestinnän toimivuuteen on kiinnitetty paljon huomiota**. Kun kaikki tapahtuu samalla alueella, henkilökohtaisia kontakteja tulee koko ajan. Ilmapiiri on hyvä ja eri lajien urheilijat ovat paljon tekemisissä toistensa kanssa.

Olympiatoppenia lukuun ottamatta **lääkäripalvelu on keskuksissa yllättävän vähäistä**. Norjan tilanne selittyy voimakkaalla panostuksella talvilajien yksilöurheiluun, sillä kestävyysharjoittelu kylmässä ilmassa tuo erityishaasteita hengityselimistöille. **Vakavimmissa sairauksissa ja vammoissa urheilijoiden hoito on keskitetty valituille asiantuntijoille**.

Urheilufysioterapeutteja on paljon. He toimivat myös kentillä ja saleilla ja tekevät toimivaa yhteistyötä voimavalmennuksen kanssa. Sen sijaan **ravitsemusvalmennusta hoidetaan kirjavin resurssein**.

Urheilupsykologiassa on kaksi koulukuntaa. Toisessa kiinnitetään huomio urheilijoiden psyykkiseen suorituskyykyyn ja valmennukseen. Toisessa painopiste on valmentajien kouluttamisessa, sparrauksessa ja työnohjauksessa.

Yksityiskohtana voidaan vielä todeta, että valmistautuminen Tokio olympiakisojen kuumiin ja kosteisiin olosuhteisiin on ollut käynnissä jo hyvän aikaa.

7 URHEILIJATERVEYDENHUOLLON ASIAANTUNTIJAMÄÄRÄT

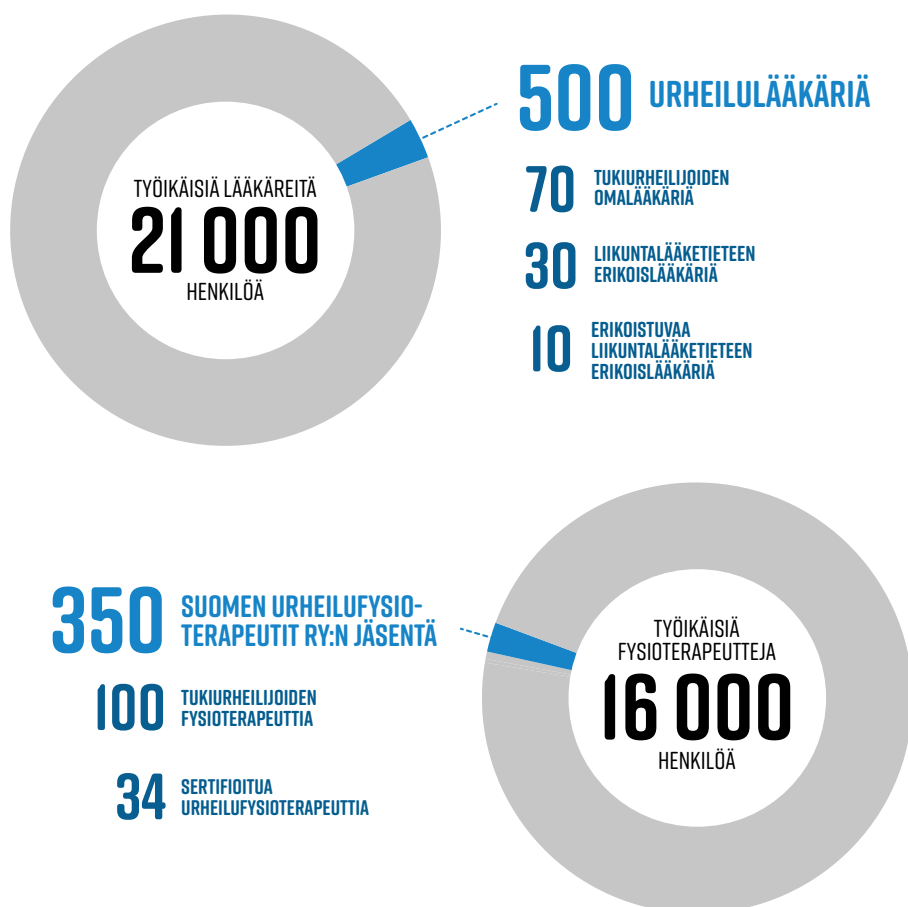
On helppo kysyä, kuinka monta urheilulääkärää, urheilupsykologia, urheilufysioterapeuttia tai urheiluravitsemukseen asiantuntijaa Suomessa toimii. Vastaaminen on huomattavasti hankalampaa, monestakin syystä.

Kuka tahansa lääkäri voi kutsua itseään urheilulääkäriksi ja sama koskee fysioterapiaa. Vaikka alalla olisi sertifiointijärjestelmä, sen ulkopuolellakin oleva asiantuntija voi tehdä yhteistyötä urheilijoiden kanssa. Näin on esimerkiksi urheilupsykologiassa. Hankala on arvioida ravitsemusvalmennustakin, etenkin kun alalla on paljon markkinaehtoisia toimijoita, joiden peruskoulutus on hyvin kirjava.

Toisekseen varsin harva terveydenhuollon asiantuntija saa koko elantonsa urheilun parissa toimimisesta. Suurimpien palloilulajien pääsarjajoukkueilla on työsuhteisia fysioterapeutteja. Heitä löytyy muistakin lajeista sekä valmennuskeskuksista ja urheiluakatemoista. Muilta osin kokoaikaisia kuukausipalkattuja terveydenhuollon asiantuntijoita on urheiluelämässä vähän.

Toimijoita on kuitenkin paljon. Iso osa työskentelee joko vapaaehtoisena tai kulukorvausperiaatteella ja monet tekevät työtään ammatinharjoittajina jonkun terveystalouden nimen alla. Tämä on yleistä etenkin lääkäritoiminnassa. Suuri osa sovitusta työtehtävistä ja vastuista on osa-aikaisia.

Kolmanneksi arviointia hankaloittaa se, että samat asiantuntijat tekevät työtään useammalla palveluntuottajalla. Vielä etenkin fysioterapeuttit toimivat jonkin verran myös fyysisen valmennuksen tehtävissä. Kovin suureen tarkkuuteen ei asiantuntijamääräarvioissa päästä.



Kuva 3 a. Urheilijaterveydenhuollon asiantuntijamääriä.



Kuva 3 b. Urheilijaterveydenhuollon asiantuntijamääriä.

7.1 Liikuntalääketieteen erikoislääkärit ja urheilulääkärit

Tällä hetkellä Suomessa on liikuntalääketieteen erikoislääkäreitä työelämässä noin 30. Erikoistuvia on alle kymmenen. Liikuntalääketieteilijät toimivat valtaosin ammatinharjoittajina yksityissektorilla ja suuri osa heistä on tavalla tai toisella mukana myös urheilijaterveydenhuollossa. Aktiivisyössä olevien liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden määrän arvioidaan lähemmän kymmenen vuoden ajan pysyvän suurin piirtein samana (Kangassalo 2018, 11).

Viidessä suurimmassa terveystaloyrityksessä (Aava, Mehiläinen, Pihlajalinna, Pohjola, Terveystalo) toimii näiden omien ilmoitusten mukaan yhteensä 35 liikuntalääketieteen erikoislääkäriä. Ero kokonaisuutena selittyy sillä, että osa henkilöistä toimii useammassa kuin yhdessä yrityksessä. Edelleen erikoislääkärit ovat pääosin samoja, jotka toimivat myös liikuntalääketieteen keskuksissa. Jälkimmäisiä on yhteensä 15. On mahdotonta sanoa, kuinka suuri osa maamme liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden yhteenlasketusta työpanoksesta suuntautuu kilpa- tai huippu-urheiluun. Sama koskee muitakin urheilijaterveydenhuollon ammattiryhmiä.

Kun ryhdytään puhumaan urheilulääkäreistä, tilanne mutkistuu edelleen. Mainitun viiden terveystaloyrityksen yhteen laskettu urheilulääkärimäärä on 380. Myös tässä luvussa on päällekkäisyyttä, toisin sanoen samat henkilöt toimivat useammassa yrityksessä. Joukossa on eniten yleislääkäreitä ja ortopediä, mutta myös monen muun erikoisan edustajia (kuten fysiatria, gynekologia, kardiologia, kirurgia, kliininen fysiologia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, käsikirurgia, liikuntalääketiede, työterveyshuolto ja yleislääketiede).

Tämä ryhmä ei kata kaikkia suomalaisia urheilulääkäreitä, mutta varmasti ehdottoman enemmistön. Julkisesta terveydenhuollosta ja viittä mainittua yhtiötä pienemmistä yrityksistä löytyy toimijoita, mutta kokonaismäärä lienee silti alle 500. Seuroissa ja erikoisliitoissa toimivat lääkärit, kuten myös Olympiakomitean tukiurheilijoiden nimetyt lääkärit (noin 70) kuuluvat tähän ryhmään.

Arvioitu urheilulääkärimäärä, yhteensä 400-500, ei tarkoita sitä, että kaikki tekisivät kokoaikaisesti työtä vain urheilijoiden kanssa. Ja jos puhumme huippu-urheilusta, määrä kutistuu selvästi pienemmäksi.

Todettakoon vielä, että jo vuonna 1939 perustetulla Suomen Urheilulääkäriyhdistyksellä on tällä hetkellä hieman alle 500 jäsentä. Määrä sopii esitettyyn kokonaiskuvaan hyvin.

7.2 Urheilufysioterapeutit

Urheilulääkäreiden tavoin myös urheilufysioterapia on hankala käsite ja alan toimijoiden määrän arviointi vaikeaa. Suurten terveyspalveluyritysten listoilla on yhteensä noin 150 fysioterapeuttia, joiden palvelutarjontaan kuuluu urheilufysioterapia. Määrä pienenee selvästi, kun puhutaan painotetusti huippu-urheilusta. Lisäksi on todettava, että yksityinen fysioterapia ei kokonaisuutena - lääkäriyöhön verrattuna - ole yhtä voimakkaasti isoihin terveyspalveluyrityksiin keskittynyttä.

Olympiakomitean tukiurheilijoiden taustajoukoista löytyy lähes 100 fysioterapeuttia. Lihashuollossa kokonaismäärä on noin 130, mutta joukossa on henkilöitä, joilla ei ole fysioterapeutin koulutusta. Suomen Urheilufysioterapeutit ry (SUFT) on aloittanut urheilufysioterapeuttien sertifiointin ja tällä hetkellä sertifioituja urheilufysioterapeutteja on 34. Kaiken kaikkiaan SUFT:ssa on jäseniä hieman alle 400.

Fysioterapeutteja on joko koko- tai osa-aikaisesti palkattuna useimmissa jääkiekon ja jalkapallon pääsarjajoukkueissa, jonkin verran myös seuraavalla sarjaportaalla. Koripallosta löytyy muutama seura, joilla on fysioterapeutti säännöllisesti otteluissa mukana, jonkin verran myös harjoituksissa. Lentopallossa (joka ei ole samalla tavalla kontaktilaji) fysioterapeutteja on edelleen vähemmän. Näiden ohella fysioterapeutteja löytyy myös ainakin joukkuevoimistelusta, golfista, sulkapallosta, tenniksestä ja salibandystä.

Fysioterapeutteja on mukana myös fysiikkavalmennuksessa. Jonkin verran on lisäksi esimerkiksi hieroja-/huoltaja -yhdistelmiä.

Urheiluakatemit ja valmennuskeskukset työllistävät muutamia fysioterapeutteja. Suomalaisten urheilufysioterapian konkareiden arvioiden mukaan Suomessa toimii noin 100 fysioterapeuttia, joilla on säännöllinen kontakti kilpaurheiluun. Kokopäivätoimisesti kilpaurheilijoiden kanssa toimii vain muutama henkilö.

7.3 Urheilupsykologit

Urheilupsykologeja on Suomessa vain muutamia. Isojen terveyspalveluyritysten listoilta heitä löytyy 16, mutta kaikissa yrityksissä ei tätä palvelua ole tarjolla lainkaan. Liikuntalääketieteen keskuksissa urheilupsykologitoiminta rajoittuu lähinnä akatemiayhteistyöhön.

Suomessa on sertifioituja urheilupsykologeja tällä hetkellä 23 (pohjakoulutuksena psykologian maisterin opinnot). Sertifioituja psyykkisen valmennuksen asiantuntijoita on 16 (pohjakoulutuksena jokin käyttäytymistieteellinen koulutus). Psykologiliiton alainen sertifiointilautakunta perustettiin 2013, jolloin sertifiikaateille asetettiin kriteerit.

Sertifikaatti on voimassa viisi vuotta, minkä jälkeen asiantuntijan on haettava sitä uudelleen ja osoitettava osaamisensa ja ammattitaitonsa ylläpito. Alan toimijoiden mielestä sertifiointi on selvä ryhtiliike, koska se tuo toimintaan laadunvalvontaa. Kokonaan oma lukunsa on erilaiset mentaalivalmentajat, mitä tarjontaa on yllättävän paljon.

Urheilupsykologiaa käytetään Suomessa kokonaisuutena vähän. HUY:n palkkalistoilla on kokoaikainen urheilupsykologi ja osa-aikainen (30 %) psyykkinen valmentaja, mutta tämän toiminnan ohella systemaattisempaa urheilupsykologiaa löytyy lähinnä vain urheiluakatemiasta.

Psyykkinen valmennus tukee fyysistä valmistautumista ja psyykkistä hyvinvointia, mutta se ei ole psykiatristen oireiden hoitoa. Painopiste on urheilullisten asioiden ja valmennusprosessin kehittämisessä. Psyykkinen valmentaja voi antaa tukea elämän eri vaiheissa tai ongelmatilanteissa, mutta psyykkisen oireilun arviointi ja hoitovastuu on terveydenhuollon ammattilaisilla (psykologi, lääkäri). On tärkeä erottaa psyykkinen valmennus kliinisestä työstä ja henkisen terveyden hoidosta.

7.4 Urheiluravitsemuksen asiantuntijat

Urheilupsykologien tavoin myös urheilun ravitsemusasiantuntijoita on Suomessa vähän. Isojen terveyspalveluyritysten listoilla on 25 ravitsemusterapeuttia. Liikuntalääketieteen keskuksissa ravitseminen on Oulussa jopa painopistealue (kolme ravitsemusasiantuntijaa), muualla toiminta keskittyy akatemiayhteistyöhön tai sitä ei ole lainkaan.

Vasta perustettuun Suomen urheiluravitsemuksen asiantuntijat ry:een kuuluu 50-60 henkilöä. Heille järjestetään koulutuksia ja aktiivisia jäsenistä on 10-15. Huippu- ja kilpaurheilijoita käy säännöllisesti kuitenkin vain viiden, korkeintaan kymmenen asiantuntijan vastaanotolla. Lisäksi alalla on paljon kaupallisia toimijoita, osaksi kokonaan ilman peruskoulutusta.

8 HAASTATTELUIJEN JA VERKKOKYSELYN MUITA TULOKSIA

Runsaan 60 asiantuntijahaastattelun lisäksi selvityksen yhteydessä toteutettiin verkkokysely, joka kohdistettiin liikuntalääketieteen keskuksissa toimiville lääkäreille, Olympiakomitean tukiurheilijoiden omalääkäreille sekä tiedossa olleille lajiliittojen asiantuntijalääkäreille. Vastauksia saatiin 36.

8.1 Suomalaisen urheilulääketieteen vahvuudet ja heikkoudet

Suomessa on maailmallakin tunnettuja urheilukirurgeja. Lähes kaikki haastatellut asiantuntijat mainitsivat urheiluortopedisen osaamisen vahvuudeksi. Suomalaista terveydenhuollon koulutusta pidetään hyvänä ja julkinen terveydenhuoltoakin saa tunnusta, lähinnä erikoissairaanhoidon osalta. Hyviä osaajia tunnustetaan muillakin aloilla kuin ortopediassa, mutta tällöin yksilölliset ominaisuudet korostuvat. Tukiurheilijoiden vakuutusjärjestelmää pidetään hyvänä.

Haasteiden puolella ennaltaehkäisevän toiminnan ja urheilijaterveydenhuollon näkymättömyys ja osamattomuus huolestuttaa monia. Liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden ulkopuolella nämä asiat tunnetaan heikosti. Monet kysyvät järjestelmän ja systemaattisuuden perään. Onnistuneet projektit ovat case-pohjaisia, eivät systemaattisen toiminnan tulosta. Vaikka ennaltaehkäisystä puhutaan paljon, sillä ei ole innostunutta omistajaa. Sitä ei myöskään voi tehdä vastaanottopalkkioperiaatteella.

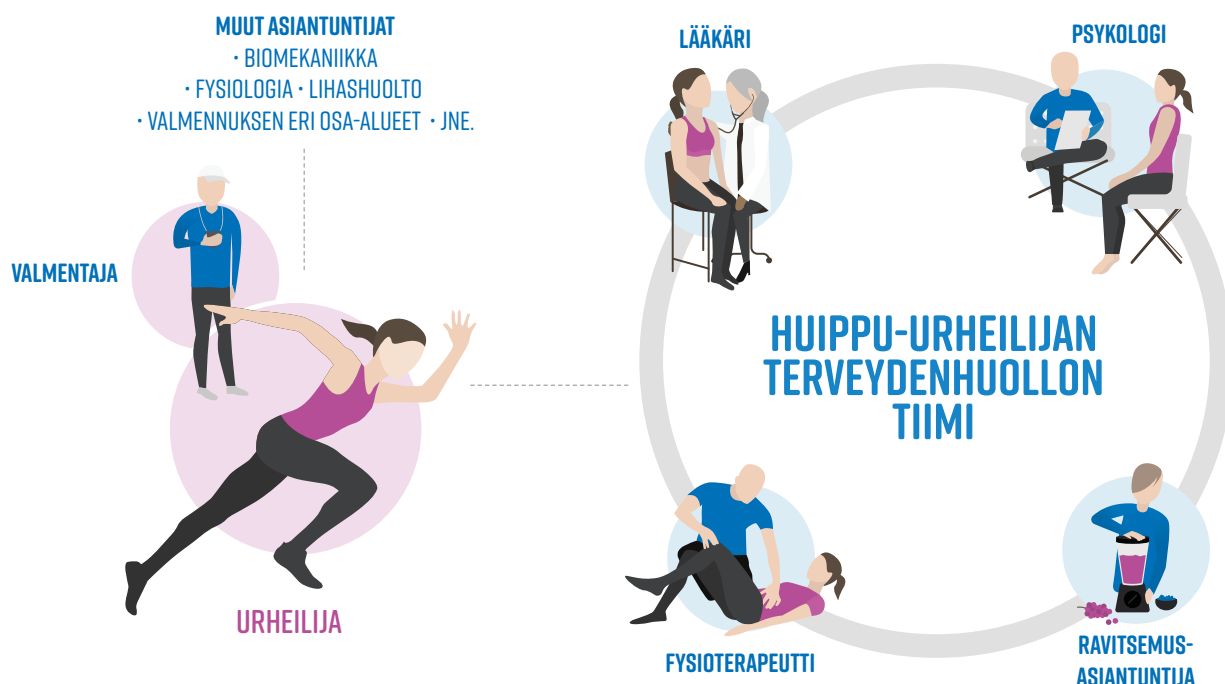
Iso ongelma on alan resurssit kokonaisuutena. Olemme urheilijaterveydenhuollon henkilöresursoinnin osalta niin selvästi jäljessä kilpailijamaitamme, että se ei voi olla näkymättä urheilun tuloksissa. Toisaalta menestys lisää kaikkein kiinnostusta urheiluun, myös terveydenhuoltohenkilöstön.

Urheilun resurssit ovat ylipäätään rajalliset. Todellinen ammattimaisuus on aloitettava urheilijoista ja valmentajista. Urheilussa voidaan saavuttaa menestystä ilman terveydenhuoltoakin, mutta urheilijaterveydenhuoltoa ei ole olemassa ilman urheilijoita. Verkkokyselyyn vastanneet lääkäritkin olivat sitä mieltä, että suurin pula on sittenkin ammattitaitoisista valmentajista.

Sanotusta huolimatta urheilijaterveydenhuollon merkitystä ei pidä aliarvioida, sillä se voi pelastaa urheilijan uran. Kun terveydenhuolto toimii, sitä ei ole syytä erottaa valmennuksesta, päinvastoin. Tällöin puhumme valmennuksen kokonaisuudesta, jossa lääkäreiden, fysioterapeuttien, psykologien ja ravitsemusterapeuttien ammattitaitoa käytetään soveltuvien osien suorituskyvyn kehittämisessä, sairauksien ja vammojen ehkäisyssä ja niiden hoidossa.

Kansainvälisessä vertailussa meillä on tekemistä toiminnan moniammatillisuudessa. Kaikkien asiantuntijoiden osaamisen tulisi auttaa urheilijaa samaan suuntaan ja suorituskyy- ja kuormitusongelmien tulien asioita pitäisi pystyä käsittelemään yhdessä. Toisaalta kaikkia suoritukseen ei saa medikaloida: toista heikompi suorituskyy ei aina johdu lääketieteellisistä syistä, mutta selvityksen hakeminen niiden kautta voi tuntua hyväksyttävämmältä kuin tappion tunnustaminen.

Painotettakoon tässä yhteydessä, että käsillä oleva selvitys keskittyy terveydenhuollon ammattihenkilöstön toimintaan. Yllä sanottu koskee monia muitakin asiantuntijoita, kuten fysiologeja tai biomekaniikkoja. Heidän panoksensa suorituskyyanalyyseissä tai rasitusvammadiagnostiikassa voi olla keskeinen, ja näidenkin ammattilaisten tulee kuulua urheilijoiden moniammatillisesti toimivaan asiantuntijatiimiin.



Kuva 4. Huippu-urheilijan valmennuksen ja terveydenhuollon kokonaisuus

8.2 Joukkuelajit ja yksilöurheilu ovat kaksi eri asiaa

Terveydenhuollossa ero joukkue- ja yksilöurheilun välillä on suuri. Jääkiekossa ja jalkapallossa voidaan puhua terveydenhuollon organisaatioista ja tehdyn työn korvaamisesta, pienemmässä määrin myös kori- ja lentopallossa. Yksilöurheilussa toimivat terveydenhuoltotimet ovat omatoimisuutta. Hyvätkin kokoonpanot ovat usein syntyneet sattumalta.

Eroa voi hyvin peilata suomalaiseen työterveyshuoltojärjestelmään. Suurilla työnantajilla (joukkuelajit) on omat sopimuksensa ja ratkaisunsa terveystalouden yritysten kanssa, pienillä (yksilöurheilu) taas ei ole poikkeuksia lukuun ottamatta juuri mitään. Joka tapauksessa jälkimmäiset ovat ostopalveluiden varassa. Työterveyshuollossa perusajatus on työkyvyn ylläpito. Tämä ”porras” puuttuu urheilun terveydenhuollosta. Erikoissairaanhoito (yritykset + vakuutukset) ja ”työterveyslääkärin sairausvastaanotto” (omalääkärijärjestelmä) ovat hyvässä kunnossa.

Työterveyshuoltoon kuuluu ennaltaehkäisyn lakisääteisyys, eli jokaisen työnantajan on suoriuduttava tietyistä velvoitteista. Jalkapallossa ja jääkiekossa on ylimmillä sarjatasoilla vaatimus urheilijan terveystarkastuksesta. Pakko ja lainsäädäntö ohjaavat ihmisten käyttäytymistä tehokkaasti, kuten esimerkiksi turvavyö- ja kypäräpakko tai tupakoinnin vastustamistyö osoittavat.

Vaikka joukkuelajeissa terveysasiat hoidetaan järjestelmällisemmin kuin yksilöurheilussa, sielläkään kaikki eivät ole tyytyväisiä. Urheilijan terveystarkastus on liian usein joukkueen lääkärin tekemä ”ajokorttitodistus”, jossa sairauksien ja vammojen ehkäisyyn, riittävään palautumiseen, terveelliseen ravitsemukseen ja henkiseen hyvinvointiin ei paneuduta riittävästi. Tarkastuksien frekvenssiin ja sisältöön on kiinnitettävä enemmän huomiota, jotta niitä voi pitää vaikuttavina ja perusteltuina.

Jalkapallossa on esitetty ajatus, että jokaisessa pääsarjajoukkueessa pitäisi ”vaihtaa yksi keskihintainen pelaaja fysioterapeuttiin”. Jääkiekossa joukkuelääkärit eivät koe olevansa kovin arvostettuja joukkueen sisällä. Joukkuelajien valmentajat taas kokevat, että esimerkiksi HUY:n terveydenhuoltojärjestelmä on

rakennettu palvelemaan vain yksilöurheilijoita. Lisäksi terveyspalveluyritysten ja vakuutusyhtiöiden tarjoama markkinaehtoinen palvelu sopii sellaisenaan paremmin joukkueurheiluun kuin yksilöurheiluun.

8.3 Yhteistä johtoa kaivataan

Haastatteluissa ja verkkokyselyssä esiin noussut käsitys on, että suomalaisen huippu-urheilun urheilulääketiede on pirstaleista, ja että sitä ei johda kukaan. Lääkärikyselyssä kävi selväksi, että yhtenäisempää johtoa tarvitaan. Useimpien mielestä Olympiakomitean Huippu-urheiluyksikkö on oikea paikka tähän, etenkin tukiurheilijoiden osalta.

Asiantuntijatoiminnan johtamista ja mallintamista kaivataan niin HUY:n omaa toimintaa, lajiliittoja kuin akatemioita ja valmennuskeskuksiakin koskien. Tehtävää riittää lisäksi esimerkiksi urheilijoiden terveys-tarkastuksien standardoinnissa, tukiurheilijoiden vakuutusturvan kehittämisessä sekä sairaudenhoitoon käytettävän asiantuntijaverkoston kokoamisessa.

Koska iso osa toimivasta organisaatiosta on johdon suoran esimiestyön tavoittamattomissa, johtamisen onnistuminen on kiinni tehtäviin valittavien henkilöiden yksilöllisistä ominaisuuksista ja sitoutumisesta.

”Vanhan Olympiakomitean” aikainen urheilulääketieteen asiantuntijaryhmä olisi perustettava uudelleen, jotta eri erikoisalojen osaajia saataisiin sitoutumaan huippu-urheilun kehittämistyöhön. Moni esitti huolensa nykyisen urheilujohdon (HUY, KIHU) kapea-alaisuudesta siinä mielessä, että huomattava osa palkatusta henkilöstöstä tulee liikuntatieteellisestä tiedekunnasta, joita Suomessa on vain yksi.

8.4 Valmentajakoulutus ja urheilulääketiede

Käsitys urheilun ja terveydenhuollon eri maailmoista ja terminologiasta nousi asiantuntijahaastatteluissa esiin vahvana. Periaatteessa alojen välillä vallitseekin tietty ristiriita: toisessa tavoitteena on suorituksen ja suorituskyvyn maksimointi, toisessa terveyden edistäminen. Osa valmentajista kokee, että terveydenhuollon merkityksestä puhutaan valmennuksessa liikaa.

Valtaosa asiantuntijoista on kuitenkin päinvastaista mieltä. He puhuvat urheilun ja terveydenhuollon välillä vallitsevasta kielimuurista, kun ”valmentaja tai urheilija ei ymmärrä, mitä lääkäri tarkoittaa, eikä kehtaa kysyä”. Ongelmaa pidetään merkittävimpana selittäjänä urheiluelämän ja terveydenhuollon väliselle ”kui-lulle”. Joskus jopa samasta asiasta puhutaan eri termein.

Valmentajien koulutuksessa pitäisi ottaa terveydenhuoltoasiat huomioon nykyistä vahvemmin. Valmennuksessa tulisi puhua urheilijan kokonaishyvinvoinnista, siirtyä monologista dialogiin ja kohti vuorovaikutusta. Terveystenhuollon toimia ei tulisi nähdä tukitoimintoina vaan osana valmennusta ja valmentautumista.

Valmentajien tietotaso terveydenhuollon asioissa on vaatimaton. Harjoittelun määrä ja intensiteetti sekä palautumiseen käytettävä aika ovat urheilussa haasteita ja niiden monitoroinnista tingitään liikaa. Modernin valmentajan on oltava selvillä myös siitä, mitä tapahtuu harjoituksien ulkopuolella.

Valmentajakoulutuksessa mainittu ongelma nähdään sekä oto-valmentajissa, valmentajien ammattitutkinnossa ja erikoisammattitutkinnossa (VAT ja VEAT) että Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisessä tiedekunnassa.

Aina 1990-luvulle asti oli voimassa A-, B- ja C- (SVUL) tai 1-, 2 ja 3-tason (TUL) oto-valmentajien kurssit, joissa lajiosan suorittaminen edellytti vastaavan tason perusosaa. Jälkimmäinen oli luonteva paikka

muun tiedon kuin puhtaan lajiosaamisen esille tuomiseen. Nyt tätä foorumia tarvittaisiin liikuntalääketieteen, urheilufysioterapian ja -psykologian sekä ravitsemusasioiden käsittelyyn. Valmentaminen ei saa olla vain ulkoistettujen asiantuntijoiden käyttöä.

Maan ylimmässä valmentajakoulutuksessa Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisessä tiedekunnassa urheilijan terveydenhuoltoon liittyvillä asioilla on ollut kevyt painotus. Asia on nyttemmin ymmärretty ja yhteistyötä lääketieteeseen, fysioterapiaan, psykologiaan ja ravitsemukseen pyritään vahvistamaan. Sama koskee VAT- ja VEAT-koulutusta.

Suuntaus on oikea. Liikuntatieteellisessä tiedekunnassa lääketieteen edustus on historiassa painottunut kansanterveyden puolelle huippu-urheilun sijasta, osin henkilösyistä. Kilpaurheilua ja valmennusta silmällä pitäen tiedekunnassa tulee olla osaamista urheilijan terveydestä.

Nykyisessä viestintämaailmassa kyse oikeasta asiantuntijuudesta on hankala. Lääkäreillä on terveydenhuollossa asiantuntijavalta, mutta sosiaalisen median aikana valmentajien ja urheilijoiden on vaikea erottaa oikeaa tietoa väärästä. Näin on etenkin, jos lääkäri käyttää asiantuntijavaltaansa tavalla, jossa ei nojata tutkittuun tietoon. Kukaan ei hallitse kaikkea, joten konsultointi ja asiantuntijaryhmien muodostaminen ovat oikeita tapoja toimia. Tarvitsemme paitsi valmentajien koulutusta ja medialukutaitoa, myös asiantuntijatoiminnan eettisyyttä.

8.5 Sähköinen asiointi

Lähes kaikki haastatellut henkilöt näkevät, että sähköinen asiointi tulee lähitulevaisuudessa kasvamaan. Urheilussa tässä ei muutamia kokeiluja lukuun ottamatta olla edetty. Useimpien mielestä asiaan pitäisi panostaa paljon enemmän ja käyttää ulkopuolisia osajia - urheilussa on liikaa yritetty omin voimin.

Reaaliaikainen chat olisi mainio mahdollisuus urheilijoiden hoidossa ainakin lievemmissä terveyshaasteissa. Esimerkiksi puhelinsovelluksella nähdään olevan merkitystä vähintään viestintämielessä, sillä nuoret hoitavat asioitaan kokonaisvaltaisesti puhelimensa kautta.

Yhteinen tietojärjestelmä (muu kuin Kanta) olisi tärkeä, jotta urheilijoiden kaikki terveystiedot voitaisiin kerätä samaan paikkaan. Se on erittäin hankala toteutettava, monessakin mielessä. Ensinnäkään eri terveydenhuollon toimijat eivät pysty ottamaan samaa järjestelmää käyttöön pienin ponnistuksin, eivätkä varsinkaan vain urheilijoita varten. Edes liikuntalääketieteen keskusten ei ole helppoa päästä tällaisesta yhteisymmärrykseen. On myös todettava, että historiatietojen siirtäminen olisi valtava urakka, ja että tietojärjestelmäinvestoinnit ovat ylipäättään kalliita.

Yksi esitetty ajatus on lähinnä tukiurheilijoille tarkoitettu selainpohjainen järjestelmä, jota kaikki heitä hoitavat henkilöt käyttäisivät. Joka tapauksessa yksittäisen urheilijan kannattaa kerätä häntä koskevat terveystiedot tietoturvallisesti niin tarkkaan kuin mahdollista. Harva urheilija tietää esimerkiksi voimassa olevat rokotuksensa.

Sähköinen asiointi ei ole terveydenhuollossa kehittynyt niin nopeasti, kuin muutama vuosi sitten ajateltiin. Esimerkiksi virtuaalisairaala ideoitiin jo viime vuosikymmenellä, mutta toimivaa palvelua ei vielä ole. Yksi parhaista lienee yliopistollisten sairaanhoitopiirien Terveyskylä.fi -hanke. Monet haastatellut uskovat "big datan" ja keinoälyn merkitykseen tulevaisuudessa, mutta vielä niillä ei ole konkreettista annettavaa.

8.6 ”Tanskan malli” ja keskittäminen

Tanskassa Team Danmark on luonut asiantuntijajärjestelmän, jossa huippu-urheilijoiden sairauksien ja vammojen hoito on keskitetty muutamille valituille asiantuntijoille. Yksi asiantuntija hoitaa esimerkiksi kaikki huippujen olkapäävaivat.

Suomi on pinta-alaltaan paljon Tanskaa isompi, mikä tekee aivan vastaavan järjestelmän rakentamisen meillä haastavaksi. Naapurimaiden kokemukset osoittavat kuitenkin, että keskittäminen muutamille (3-5) asiantuntijoille on vaikuttava ja kustannustehokas ratkaisu. Valittavilta tulee säännöllisen potilastyön lisäksi edellyttää alan tutkimuksen seuraamista ja kansainvälisiin kongresseihin osallistumista. Urheiluväki näkee asian lähes pelkästään positiivisena, mutta terveydenhuollon puolella mallille esitetään myös varauksia.

Suomessa käytössä oleva vahva vakuutusyhtiöohjaus ei sovi tähän ajatteluun, etenkin ketjuuntuneen yksityisen terveydenhuollon kanssa. Yleisellä tasolla voimme kuitenkin sanoa, että toimintoja pitäisi keskittää harvempiin käsiin. Sekä akatemioilla että HUY:llä pitäisi olla oma asiantuntijaverkostonsa, joiden kanssa koko urheiluväki oppisi vähitellen kommunikoimaan.

8.7 Osaamisemme kansainvälisessä vertailussa

Verkkokyselyyn vastanneet lääkärit arvioivat urheilijaterveydenhuoltomme kokonaisuuden hyväksi (kouluarvonsana 8), mutta korkeintaan keskiverroksi kansainvälisessä vertailussa. Suomessa ollaan yleisesti sitä mieltä, että lääkäreidemme osaamisen taso on korkea myös kansainvälisesti.

Urheilijaterveydenhuollon muiden asiantuntijoiden suhteen olemme epävarmempia. Kukaan ei osaa arvioida suomalaisen urheilufysioterapian, urheilupsykologian tai ravitsemusvalmennuksen kansainvälistä tasoa. Lisäksi näillä aloilla on lääketiedettä paljon enemmän markkinaehtoista toimintaa, mikä ei miellytä kaikkia.

Fysioterapiassa arvellaan, että alalla on paljon käytännön osaamista, mutta tieteen taso ja julkaisut puuttuvat, koska perustutkimus ei ole yliopistopohjainen. Kokonaisuutena ala koetaan osaamiseltaan kirjavaksi. Urheilupsykologiassa ja ravitsemusvalmennuksessa tarjontamme on niin vähäinen, että perusasioidenkin suhteen riittää työtä. Toimimalla huippu-urheilijoiden kanssa muidenkin asiantuntijoiden osaaminen kehittyi. Jos toiminta on kovin pirstaloitunutta, kenenkään asiantuntemus ei kehity riittävästi.

8.8 Valmennuskeskusten ja akatemioiden terveydenhuollot ja tulevaisuus

Lähes jokaisen haastateltavan mielestä suomalaisen urheiluvalmennuksen tulevaisuus on kasvukeskuksissa sijaitsevilla urheiluakatemioiden osalta, sillä vain kasvukeskuksiin voidaan kerätä asiantuntijaryhmittymiä, joilla on toiminnalleen riittävät tilat ja aikaresurssit. Eri sidosryhmien resursseja yhdistämällä asiantuntijoille voidaan luoda päätoimisia työpaikkoja. Tässä katsannossa nykyiset valmennuskeskukset sijaitsevat huonosti ja etenkin sairaudenhoitoa ajatellen niiden asiakasmäärät ovat kovin pieniä.

Jos paikkakunnalla on liikuntalääketieteen keskus, akatemioiden terveydenhuollon ennaltaehkäisevää palvelua voidaan rakentaa sen asiantuntemuksen varaan. Toiminta kaipaa kuitenkin asiantuntevia koordinaattoreita (akatemiaan tai liikuntalääketieteen keskuksen), jotka keräävät asiantuntijaverkostoa ja auttavat urheilijoita sen käytössä. Tavoitteena tulee olla asiantuntijoiden moniammatillinen yhteistyö.

Liikuntalääketieteen erikoistumiskoulutusta tulisi voida hyödyntää nykyistä paremmin sekä akatemioiden että valmennuskeskusten toiminnassa. Valmennuskeskuksissa se voisi tarkoittaa kiertävää jaksoa, jossa erikoistuva toimisi asiantuntija- ja kehittämistehtävissä sekä saisi tuntumaa urheilijoiden arkeen ja harjoitteluun. Tehtäväjaksot on suunniteltava huolella siten, että koulutuksen ohjauksesta ei tingitä, ja että työnkuva vastaa koulutuksen tavoitteita.

8.9 ”Kansallisen edun poolit”

Terveyspalveluyritysten ja vakuutusyhtiöiden merkitys suomalaisessa urheilulääketieteessä on suuri. Kummankin alan yritykset ovat merkittäviä yhteistyökumppaneita lajiliitoille ja seuroille, etenkin vammaherkissä lajeissa.

Yritykset toimivat liiketoiminnallisista lähtökohdista. Tästä huolimatta haastatteluissa nousi esiin idea ”kansallisen edun hankkeesta”, jossa alan yritysten poolin avulla resursoidaan maamme noin 150 huippu-urheilijan terveydenhuoltoa. Panostusta vastaan yritykset voisivat hyödyntää olympialiikkeen brändiä sveitsiläisten Olympic medical centereiden tapaan.

9 URHEILIJATERVEYDENHUOLLON LÄHITULEVAISUUS – VAIHTOEHDOT

Moderni huolenpito huippu-urheilijan terveydestä tarkoittaa lääketieteen, urheilufysioterapian, urheilupsykologian ja ravitsemusasiantuntemuksen kytkemistä elimelliseksi osaksi urheilijan päivittäistä valmentautumista. Mitä nuorempia puheena olevat urheilijat ovat, sitä enemmän on kyse heidän kasvamisestaan ja kasvattamisestaan huippu-urheilijan elämään.

Liikuntalääketiedettä tarvitaan johtamaan ja ymmärtämään urheilijan terveyden ja suorituskyvyn välistä kokonaisuutta. Ei-traumatologisista terveysongelmista suurin osa on kuormitusfysiologisia. Kyse on fyysisen ja psyykkisen kuormituksen, ravintotekijöiden ja energiavajeen, palautumisen ja unen sekä ympäristötekijöiden (korkea ilmanala, kuuma, kylmä, kuiva ilma), matkustuksen ja joukkuekäytäntöjen vaikutuksista oireiden ja sairauksien syntyyn. Vain tämän ymmärryksen, tiedon keräämisen ja tutkimustyön kautta urheilusta nousevia terveysongelmia voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa vaikuttavasti. Urheilijan terveydenhuolto edellyttää luottamuksellista vuorovaikutusta valmentajien ja urheilijoiden kanssa ja lääkärin vastuullista roolia urheilijan tiimissä.

Liikuntalääketiede tarkoittaa myös kokonaisuuden koordinoitua, esimerkiksi lajissa käytettävien asiantuntijoiden ja mahdollisten hoitopolkujen suhteen. Lisäksi alan erikoislääkäreitä tarvitaan muilta erikoislääkäreiltä tulevan tiedon tulkitsemiseen ja suodattamiseen. Epäselvässä tilanteessa jonkun on päätettävä linjasta ja kannettava valmentajan ja urheilijan kanssa vastuu siitä.

Urheilufysioterapiassa kyse on tarvelähtöisistä ennaltaehkäisevistä toimista sekä ryhmä- että yksilötaidoilla. Osaava fysioterapeutti pystyy sparraamaan valmentajia ja lisäämään heidän osaamistaan. Viime aikoina urheiluvammojen hoidossa on menty ei-operatiiviseen suuntaan, mikä merkitsee lisätyötä fysioterapeuteille kuntoutuksen aikaisen erikoisharjoittelun aikana. Tilanne on sama, kun urheilija toipuu leikkauksesta. Hän tarvitsee fysioterapeuttista asiantuntemusta sekä kompensoivien harjoitteiden suunnittelussa että varsinaisissa kuntoutustoimenpiteissä.

Urheilupsykologien työssä psykologian teoreettiset viitekehykset yhdistyvät näyttöön perustuviin menetelmiin. Psyykkinen valmennus on psyykkisten taitojen kehittämistä ja mielen valmistamista kohti onnistunutta suoritusta. Psyykkisiä taitoja ovat itsetuntemus, itseluottamus, erilaiset ajattelutavat, tunteiden säätely, paineen hyödyntäminen ja keskittyminen.

Psyykkinen valmennus tapahtuu joko ryhmämuotoisena oppimisena lajiharjoituksiin yhdistettynä tai luottamuksellisessa yhteistyössä valmentajan ja urheilijan kanssa. Psyykkinen valmennus tukee valmentajan ja urheilijan välistä menestystä mahdollistavaa vuorovaikutusta. Psykologien työn tulisi kohdentua myös valmentajakoulutukseen ja positiivisen harjoitteluilmapiiirin luomiseen, jolloin todennäköisesti vähennettäisiin henkilökohtaista vastaanottoapua tarvitsevien urheilijoiden määrää.

Myös **ravitsemusvalmennuksessa** kyse on sekä valmentajakoulutuksesta ja -sparrauksesta että urheilijoiden kouluttamisesta ja ohjaamisesta. Urheilijan terveyden kannalta keskeisiä teemoja ovat lajikohtainen energiankulutus ja -saanti suhteessa harjoittelumääriin, tasapainoinen ja terveellinen arkiruokavalio sekä kilpailu- ja leiritilanteiden käytännöt. Ravitsemusasiat on otettava huomioon myös urheilijoille tehtävissä terveystarkastuksissa.

Ravitsemusvalmennus pitäisi pystyä istuttamaan urheilijoiden arkeen jo nuorena. Määrätietoiset yksilöurheilijat saattavat pystyä tähän henkilökohtaisten taustajoukkojensa avulla, etenkin lajeissa, joissa

kehon painolla on ratkaiseva merkitys. Järjestelmätasolla parhaat edellytykset tällaiselle toiminnalle on urheiluakatemiaympäristössä, jossa ravitsemusvalmennus pystytään integroimaan kiinteämmin muuhun valmennus- ja huoltojärjestelmään. Näin ala pääsee riittävästi lajien ja valmennustoiminnan sisälle.

Moniammatillisen toiminnan painopiste on vammojen ja sairauksien ennaltaehkäisyssä. Akatemiaympäristöihin voitaisiin ainakin suuremmilla paikkakunnilla rakentaa asiantuntijakeskittymä, joko liikuntalääketieteen keskuksiin tai akatemioiden omana toimintana. Jälkimmäinen edellyttää terveydenhuollon toimilupaa.

Liikuntalääketieteen keskuksat ovat hyvä aihio moniammatilliselle terveydenhuoltotoiminnalle, mutta niiden nykyresursointi on liian vähäistä. Sopivin asiantuntemus urheilijaterveydenhuollon johtamiseen on liikuntalääketieteen erikoislääkäreillä. Kliinisen työn rinnalla urheilulääketieteellinen tutkimus ja kansainvälinen verkottuminen tukevat työssä onnistumista.

Toimivasta ennaltaehkäisystä huolimatta urheilijat joutuvat turvautumaan sairaudenhoidon palveluihin. Voimme ajatella, että Suomessa sairaudenhoidon palvelut voisi järjestää joko kokonaan yksityissektoriin nojaten, julkisen sektorin palvelutarjontaa hyödyntäen tai liikuntalääketieteen keskuksien voimin yhteistyössä yksityis- ja julkisen sektorin kanssa. Näiden kaikkien nykyistä toimintaa urheilijoiden terveydenhuollossa on kuvattu tarkemmin luvussa 5.

9.1 Julkinen sektori ja urheilijaterveydenhuolto

Voisiko suomalaisurheilijoiden terveydenhuolto nojata julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään, jota varsinkin erikoissairaanhoidon osalta pidetään yhtenä maailman toimivimmista? Teoriatarkastelussa sen etuja olisivat edullisuus (palveluiden käyttäjälle) ja yhdenvertaisuus. Osa huippu-urheilijoiden erikoissairaanhoidosta, esimerkiksi kardiologiassa, nojaa joka tapauksessa yliopistosairaaloitten asiantuntemukseen.

Myös haasteita on helppo löytää. Ensimmäiseksi nousee saatavuus, sillä Suomessa on vaikea kuvitella, että edes maataan olympiatasolla edustava urheilija avuntarpeessaan ohittaisi jonossa ketään. Ja vaikka ohittaisikin, palvelun nopeus saattaa silti olla riittämätön. Julkista sektoria voinee myös pitää joustamattomana varsinkin urheilijoiden erikoistarpeita ajatellen. Hoitopaikan voisi tuki valita itse.

Jos urheilijoiden terveydenhuolto Suomessa nojaisi kokonaan julkisen sektorin tarjontaan, toiminta olisi todennäköisesti sairaudenhoitokeskeistä. Ennaltaehkäisevää urheilijoiden terveydenhuollon asiantuntemusta ei siellä juurikaan ole. Vielä voimme todeta, että urheilun näkökulmasta julkisen sektorin toiminnan johtaminen lienee mahdotonta.

Tilanne saattaisi olla toinen, jos julkinen sektori alkaisi palkata merkittävästi nykyistä enemmän liikuntalääketieteen erikoislääkäreitä. Kouluterveydenhuolto on alue, jossa toiminta voisi kasvaa huomattavasti. Myös puolustusvoimien toiminnassa liikuntalääketieteen erikoislääkäreitten osaamisella voi arvioida olevan positiivista merkitystä.

Akatemia- ja valmennuskeskuspaikkakunnilla, joissa ei ole yksityispuolen toimintaa, joudutaan hakemaan yhteistyökumppaneita julkisesta terveydenhuollosta. Innostuneitten yksilöitten avulla yhteistyö on mahdollista. Tulevaisuudessa julkisen sektorin halukkuus toimia urheilijoiden kanssa voi olla kasvussa. Myös sen yksiköt haluavat profiloitua ja tuoda esille omaa osaamistaan.

9.2 Yksityissektori ja urheilijaterveydenhuolto

Yksityissektori on ollut maan suurin urheilulääketieteellinen toimija yli 30 vuotta. Tälläkin hetkellä se työllistää valtaosan suomalaisista urheilulääkäreistä. Käytetyt palvelut korvataan vakuutuksin, joten vakuutusyhtiöt liittyvät toimintaan kiinteästi. Kustannuksista saa Kelan pienen sairausvakuutuskorvauksen, mutta muilta osin niiden tuottaminen ei rasita muuta yhteiskuntaa.

Vakuutuksista maksettava hinta kattaa kovin heikosti - jos ollenkaan - siitä maksettavat korvaukset. Vakuutuspuolella yhden yhtiön markkinaosuus on erittäin suuri, terveyspalveluyrityksien puolella käyttäjävolymit ovat jakaantuneet tasaisemmin. Suurimmatkin terveyspalveluyrityksemme markkinoivat urheilulääketieteellistä (urheilutraumatologista) palvelua lähinnä sairaalapaikkakunnillaan, joten verkostot ovat lopulta melko harvoja. Koko huippu-urheilun keskittäminen yhdelle kumppanille ei tästä johtuen ole realistinen ajatus.

Terveyspalveluyritysten urheilulääketiede on sairaudenhoito- ja vammapainotteista. On hankala uskoa, että urheilulla olisi varaa ostaa ennaltaehkäisyyn liittyvä asiantuntemus niiltä, sikäli kun sitä edes olisi tarjolla. Tämän toiminnan johtaminen olisi myös haasteellista.

Urheilijat käyttävät paljon yksityissektorin palveluja, minkä vuoksi vakuutusten hinnoissa on jatkuva korotuspaine. Keinona kulujen hillinnässä vakuutusyhtiöt käyttävät palveluohjausta omille kumppaneilleen. Sekin on urheilun kannalta joskus ongelmallista, kun haluttu asiantuntija on väärän yrityksen listoilla.

Joka tapauksessa yksityissektori on ainakin lähitulevaisuudessa välttämätön osa suomalaisten huippu-urheilijoiden vammojen ja sairauksien hoitoa. Huippu-urheilun näkökulmasta käytön tulisi olla keskitetymppää asiantuntijoille, jotka urheiluelämä on itse valinnut. Kun palveluita tuottaisivat harvemmat, niiden hinnasta voitaisiin neuvotella painokkaammin.

Tällä hetkellä haluttuja asiantuntijoita löytyy kaikista isoista terveyspalveluyrityksistä, joten urheiluelämä kaipaakin niiden jokaisen panosta. Tiettyjen asiantuntijoiden kokoaminen OK:n tukiurheilijoiden palvelujen tuottajiksi ei kuulosta mahdottomalta tehtävältä. Ulkopuolelle jää vielä paljon liitto-, seura-, akatemiam. toimintaa.

9.3 Liikuntalääketieteen keskuksien ja urheilun omat resurssit

Liikuntalääketieteen keskuksien visioivat itsensä pitkän tähtäimen kehittämissuunnitelmassaan (Liikuntalääketieteen keskuksien kehittämisen toimintasuunnitelma 2017-2025, 16) ”kilpa- ja huippu-urheilun tukipalveluita tuottaviksi osaamiskeskuksiksi”. Toiminnan hahmotellaan toteutuvan moniammatillisesti yhdessä urheiluakatemioiden ja valmennuskeskusten kanssa. Jos tämä onnistuisi, voitaisiin tukiurheilijoiden itselleen nimeämien asiantuntijoiden joukkoa kaventaa. Verkosto tiivistyisi ja koulutuksen ja viestinnän järjestäminen helpottuisivat.

Liikuntalääketieteen keskuksien palveluverkko on harva. Yksiköt ovat erittäin pieniä ja terveyspalveluyrityksiin verrattuna vaatimattomasti varusteltuja. Keskuksien tiedostavat tilanteen ja pyrkivät tekemään yhteistyötä muiden terveydenhuollon palveluntarjoajien kanssa etenkin urheilijoiden sairauksien hoidossa.

Tällä hetkellä yhdenkään liikuntalääketieteen keskuksen resurssit eivät riitä vastaamaan kattavasti urheilijaterveydenhuollosta alueensa urheiluakatemiassa. Millään keskuksella ei myöskään ole koko kentän palvelutarjontaa, osalla ei urheilijoiden palvelua lainkaan.

Akatemioilla ja valmennuskeskuksilla on omaa terveydenhuoltohenkilöstöä, lähinnä fysioterapeutteja, mutta kokonaisvaltaiseen terveydenhuoltotoiminnan johtamiseen niillä ei ole resursseja. Helsingissä ollaan erityisessä tilanteessa Urhean valtavan koon vuoksi.

Akatemioiden toimintaa voidaan kehittää monin tavoin. Ne voivat tehdä yhteistyötä kuntien (kouluterveydenhuolto), liikuntalääketieteen keskuksien, lajiliittojen ja seurojen, terveystaluyritysten sekä julkisen terveydenhuollon kanssa. Olympiakomitean tehostamistuissa on korvamerkitty rahaa terveydenhuoltotoimia varten ja HUY on tukenut suoraan akatemioiden terveydenhuoltojen kehittämistä. Osin toimintaa voitaneen rahoittaa myös urheilijoiden vakuutuksilla.

Akatemioiden urheilijaterveydenhuoltoa täytyy johtaa ja se rooli sopii hyvin liikuntalääketieteen erikoislääkärin osaamisalueeseen. Eri sidosryhmien rahoituspooleilla voidaan rakentaa asiantuntijakeskittymä, joka pystyy toimimaan ennaltaehkäisevästi urheilijoiden jokapäiväisissä valmennusympäristöissä.

Kuvattuun kehitykseen tarvitaan henkilöresursseja. Rakenne nostaisi urheilijaterveydenhuollon uudelle tasolle, mutta tulee nykyistä toimintatapaa kalliimmaksi.

Pääkaupunkiseudun urheiluakatemian merkitys tulevaisuuden valmennustoiminnassa on huomattava ja Helsingissä on hyvät edellytykset terveydenhuollon ammattilaisten moniammatilliseen yhteistyöhön. Tukiurheilijoiden määrä ja lajien keskittämiskäsitteet nostavat Helsingin kesälajien tärkeimmäksi toimintaympäristöksi. Talvilajien vastaava keskittymä rakentuu Vuokatti-Rukalle, jonne on rakennettava toimivat urheilijaterveydenhuollon palvelut ja liikuntalääketieteellinen asiantuntemus.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Huippu-urheilun ulkoisessa arvioinnissa Lipponen (2017, 62) kirjoittaa, että ”tavoitteiden täytyy olla kaikille selkeitä, mitattavia ja aikaan sidottuja, jotta tarvittava ohjausvaikutus on mahdollinen”. Se kelpaa ohjenuoraksi myös tälle selvitykselle.

Lyhyellä tähtäimellä huippu-urheilijoidemme terveydenhuollossa ei tapahdu isoja muutoksia: tukiurheilijoilla on omalääkäriinsä, ja valtaosa vammoista ja sairauksista hoidetaan vakuutuksen kattamana yksityisissä terveyspalveluyrityksissä. Vakavissa sairauksissa käännetään julkisen sektorin puoleen.

Urheilijoiden vammoja ja sairauksia ehkäisevä toimintamme kaipaakin kehittämistä. Siihen tarvitaan niin liikuntalääketieteen keskuksien, urheilujärjestöjen ja urheiluakatemioiden, eri ammattiryhmien vapaaehtoisjärjestöjen kuin valmentajakoulutuksenkin yhteistyötä ja panosta.

10.1 Resurssit ja johto

Huippu-urheilun (OK:n tukiurheilijat ja valmennuksen toimintaympäristöt) terveydenhuoltoa on johdettava nykyistä keskitetyemmin yhdestä paikasta eli Olympiakomitean Huippu-urheiluyksiköstä. Vaihtoehtoisena johtoyksikkönä voidaan pitää KIHUa, joka jo tällä hetkellä täyttää terveydenhuollon yksikölle lainsäädännössä asetetut edellytykset.

Päävastuullinen toimija on Olympiakomitean ylilääkäri. Urheilufysioterapiaan, urheilupsykologiaan ja ravitsemusvalmennukseen nimetään hänen lisäkseen yksi päätoiminen asiantuntija per alue. Euroissa tämä tarkoittaa sivukuluineen noin 300 000 euron vuosittaista kokonaispanostusta.

Kyseiset asiantuntijat toimivat omien alojensa verkostojohtajina ja tarvitsevat omat ohjausryhmänsä. Keskeisiä tehtäviä on tutkitun tiedon käytäntöön soveltaminen sekä omalla vastuualueella että valmentajakoulutuksessa.

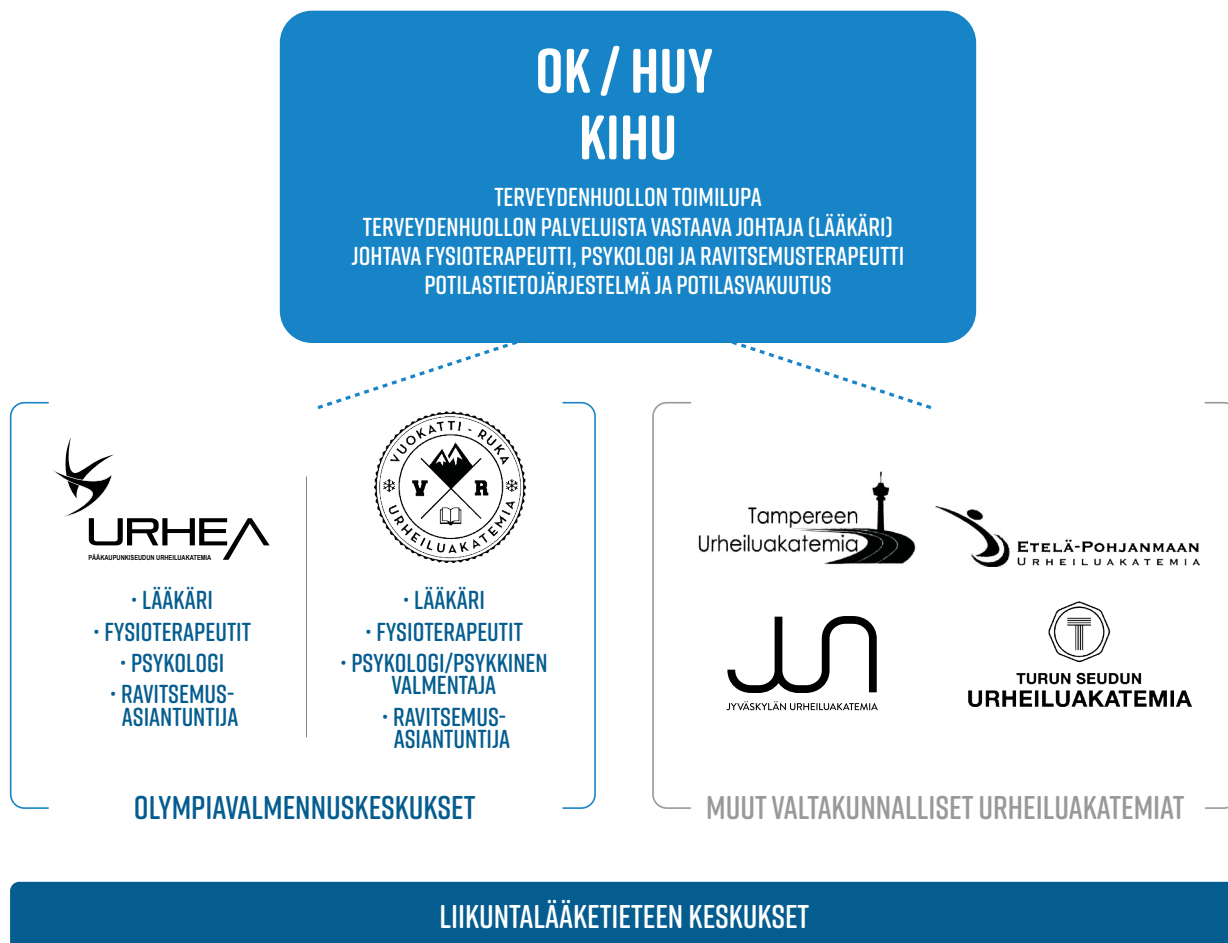
Urheilijaterveydenhuollon ennaltaehkäisevä toiminta sijoittuu päivittäisvalmennukseen, joka jatkossa tapahtuu keskitetysti urheiluakatemioiden ja valmennuskeskusten toimintaympäristöissä (ks. 10.2). Näihin palkattavat terveydenhuollon ammattilaiset toimivat HUY:n/KIHUn johtamassa linjaorganisaatiossa, mikä varmistaa toiminnan yhdenmukaisuuden ja johdettavuuden sekä resurssien hallitun käytön.

Urheilijaterveydenhuoltotoiminta perustuu tutkittuun tietoon, jonka tuottamisesta, keräämisestä ja soveltamisesta vastaa KIHU yhdessä Liikuntalääketieteen keskusten kanssa. Yhteistyö lääketieteellisiin tiedekuntiin ja Jyväskylän Yliopiston liikuntatieteelliseen tiedekuntaan on tiivistä ja tavoitteellista.

KIHU johtaa tutkimus- ja kehitystoimintaa, jossa tietoa kerätään järjestelmällisesti koko urheiluakatemiakentästä sekä kohdennetummin paikkakunnilta, joissa on liikuntalääketieteen keskus. Tätä tietoa sekä valituissa urheiluakatemioiden testattuja toimintamalleja tutkitaan liikunta- ja urheilulääketieteen opinäytteinä tiedeyhteisön kanssa. Kansainvälisiin yhteistyöhankkeisiin on hakeuduttava aktiivisesti.

Suomen resurssit huippu-urheilun terveydenhuollossa ovat keskeisiin kilpailijamaihin verrattuna niin paljon pienemmät, että merkittävää kehitystä ei voi tapahtua ilman tuntuvaa henkilöresursoinnin kasvattamista. Laskentavasta riippuen ero Norjaan, Ruotsiin ja Tanskaan on viisin-kuusinkertainen. Toiminta ei kehity pelkästään osa-aikaisten toimenhaltijoiden voimin. Yhden ihmisen kokoaikainen työpanos on minimi, jota voidaan kasvattaa osa-aikaistetuin voimin.

Lajiliittojen on tämän raportin esityksistä huolimatta huolehdittava omista terveydenhuollon toimistaan. HUY:n resursointi ei riitä palloilulajien eikä edes suurimpien yksilölajien tarpeisiin. Lajiliittojen asiantuntijoiden tulee toimia aktiivisesti Olympiakomitean verkostossa ja liittotason terveydenhuollon pitää olla linjassa akatemioiden ja HYU:n toiminnan kanssa.



Kuva 5. Urheiluakatemioiden terveydenhuollon toimintamalli.

10.2 Panostus urheiluakatemiatoimintaan

Tulevaisuuden urheiluvalmennus tapahtuu urheiluakatemioiden kautta. Kuhunkin akatemiaan on nimetty koordinaattori, jonka tehtävänä on rakentaa akatemian oma asiantuntijatoiminta ja yhteistyö paikallisten terveyspalvelutoimijoiden kanssa.

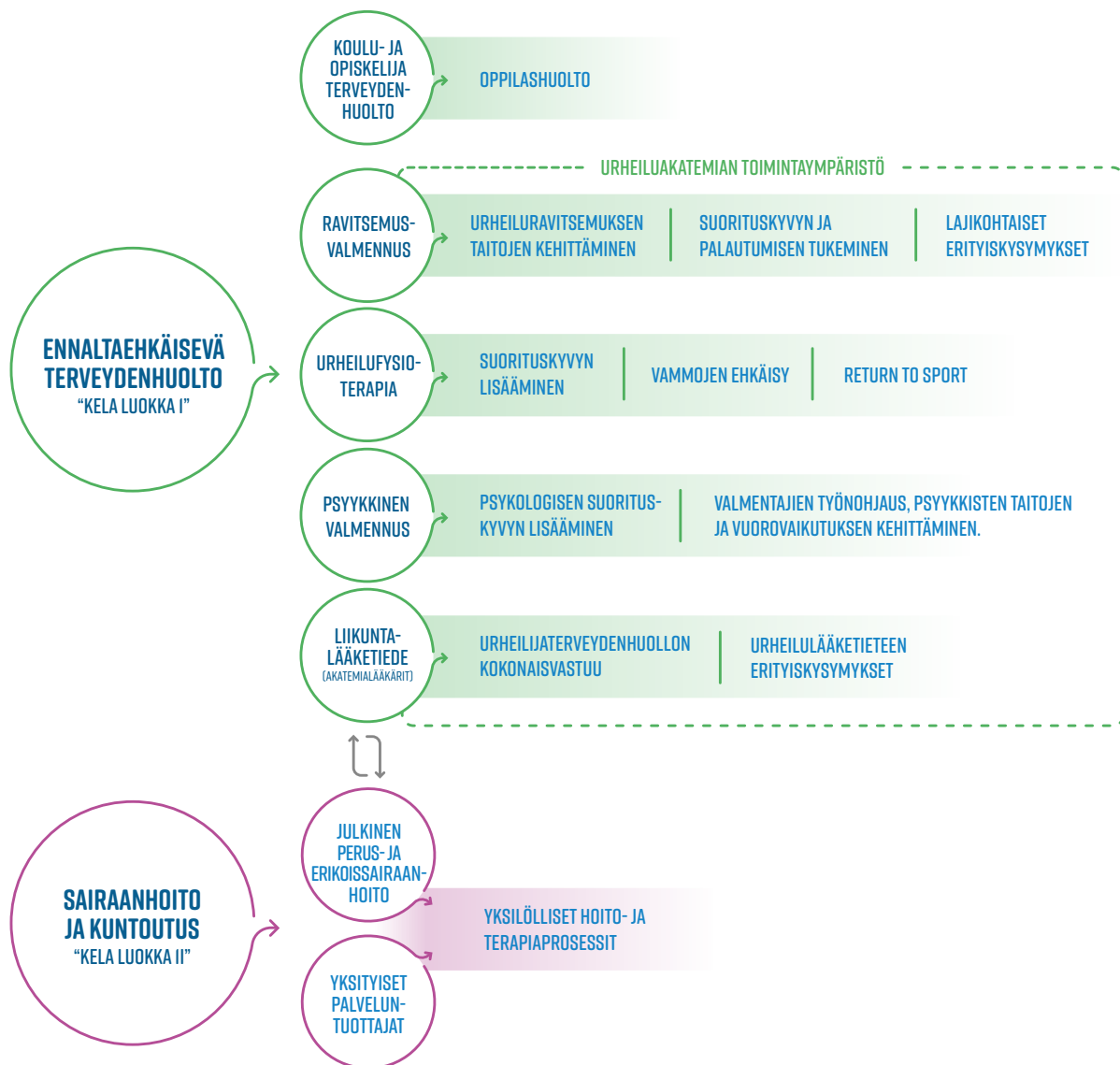
Urheilijaterveydenhuollon toiminta perustuu KIHUn johdolla rakennettavaan akatemiamalliin (ks. kohta 10.5). Rakenteellisesti toiminta jakautuu Olympiavalmennuskeskuksiin (kesälajit Helsinki ja talvilajit Vuokatti-Ruka), muihin valtakunnallisiin akatemioiden (Jyväskylä, Tampere, Turku, Etelä-Pohjanmaa) sekä kasvattaja- ja alueellisiin urheiluakatemioiden.

Olympiavalmennuskeskuksiin muodostetaan Olympiakomitean ylilääkärin johdolla ennaltaehkäisevän terveydenhuollon organisaatio, jossa asiantuntijat toimivat päätoimisesti. Suurimman terveydenhuolto-panostuksen vaatii fysioterapeuttisen harjoittelun ja fysiikkavalmennuksen rakentaminen toimintaympäristöjen päivittäisvalmennukseen.

Yhden asiantuntijan päätoimisuus mahdollistuu, kun toiminta resursoidaan yhdessä 1-3 lajiliiton kanssa. Urheilupsykologiassa keskitytään ensisijaisesti urheilijoiden psyykkisten taitojen kehittämiseen ryhmätason ohjauksessa sekä joukkueiden ja henkilökohtaisten valmentajien psyykkisen valmennusosaamisen kehittämiseen työohjauksella ja koulutuksella. Ravitsemusvalmennuksessa panostetaan urheilijoiden arjen taitojen kehittymiseen ryhmätason ohjauksessa sekä urheiluravitsemusosaamisen kasvattamiseen valmennusympäristössä. Olympiavalmennuskeskuksen terveydenhuoltotiimi tarvitsee liikuntalääketieteen erikoislääkärin, joka ohjaa asiantuntijatoimintaa, tekee yhteistyötä valmentajien kanssa ja vastaa hoitopolkujen koordinoinnista perus- ja erikoissairaanhoidon.

Sairaudenhoito tuotetaan pääosin alueen terveystaluyrityksissä ja yksilötason terapiatoiminta (fysioterapia, psykologia, ravitsemus) on itsemaksettua. Analogisesti voidaan puhua ”urheilun työterveyshuollon” järjestämisestä tavalla, jossa ennaltaehkäisy (korvausluokka 1) hoidetaan omin asiantuntijavoimin ja sairaudenhoito (korvausluokka 2) ostetaan ulkoa.

URHEILIJAN ”TYÖTERVEYSHUOLTO”



Kuva 6. Urheilijan ”Työterveyshuolto”

Muiden toimintaympäristöjen terveydenhuollot rakennetaan HUY:n johdolla paikallisiin resursseihin nojaten. Akatemat, liikuntalääketieteen keskuskeskukset, kunnat, lajiliitot, alueen isot seurat ja opiskelijat itse voivat olla mukana kustannuksissa. Tavoitteena tulee olla päätoimiset asiantuntijat ainakin fysioterapiassa. Urheilupsykologiassa ja ravitsemusvalmennuksessa voidaan muodostaa asiantuntijapoolia yhdessä muiden akatemioiden kanssa. Lääkäritoiminnassa yhteistyö rakentuu koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon, paikallisiin liikuntalääketieteen keskuksiin ja yksityisiin palveluntuottajiin. Liikuntalääketieteen asiantuntemus tulee olla käytössä kaikissa urheilun toimintaympäristöissä. Tässä hyödynnetään liikuntalääketieteen erikoislääkäriverkostoa, jonka toimintaa KIHU koordinoi.

Toimintaympäristöt tarjoavat erinomaisen koulutusympäristön liikuntalääketieteeseen erikoistuvalla lääkäri- ja muiden asiantuntija-alojen erikoistumisopinnoille. Vahva yhteistyö opiskelija- ja kouluterveydenhuollon kanssa tukee urheilijaterveydenhuollon ennaltaehkäisevää toimintaa. Liikuntalääketieteen asiantuntemusta tulee hyödyntää vahvemmin kouluterveydenhuollossa, jolloin toiminta tavoittaa koko urheilua harrastavan ikäluokan sekä ne, joilla vähäinen liikunta on uhka terveydelle ja kehitykselle. Liikuntalääketieteen keskuskeskukset johtavat tätä osaamisen jakamista ja jalkauttamista.

10.3 Olympiakomitean tukiurheilijoiden terveydenhuolto

Tukiurheilijoiden ennaltaehkäisevä terveydenhuolto toteutetaan akatemioiden ja maajoukkuevalmennuksen toimintaympäristöissä. Sairaushoidon varten rakennetaan Olympiakomitean ylilääkärin johdolla erikoislääkäriverkosto, jota urheilijoiden tulee ensisijaisesti käyttää terveysongelmissaan. Verkoston yksittäiset asiantuntijat voivat työskennellä terveyspalveluyrityksissä, julkisessa terveydenhuollossa tai liikuntalääketieteen keskuksissa. Asiantuntijaverkosto sitoutuu kulloinkin käytössä olevan vakuutusyhtiön kanssa sovittavaan toimintatapaan ja hinnoitteluun.

Olympiakomitean ylilääkärin ohjausryhmässä on kuvatus asiantuntijaverkoston jäseniä vaihtuvien kokoonpanoin (”urheilulääketieteen asiantuntijaryhmä”). Tarpeen mukaan tapaamisiin kutsutaan kuultavaksi ulkopuolisia asiantuntijajäseniä.

Olympiakisojen terveydenhuoltotiimit kootaan asiantuntijoista, jotka toimivat kärkilajien ja -urheilijoiden päivittäisvalmennuksessa. Tiimien rakentamisessa korostuu monipuolinen erikoisalaosaaminen. Tukiurheilijoiden nykyinen omalääkäriverkosto tiivistyy valmennuksen toimintaympäristöjen terveydenhuoltotoiminnan kehittyessä.

Tukiurheilijoiden sairauzehoidon korvaaminen perustuu sairauskuluvakuutukseen. Nykyisen toimintamallin kustannusrakenne ei kestä, ellei vakuutusyhtiö subventoi sitä. Jatkossa mahdollisia korjaustoimenpiteitä ovat vakuutuksen hinnan merkittävä korottaminen ja/tai palvelutoiminnan keskittäminen harvemmille toimijoille.

Jo nykymallissa voisimme vakuutuksen sijasta puhua tukiurheilijoiden terveydenhuollon rahoitusmallista, jota vakuutusyhtiö hallinnoi. Taloudellisesti kestävässä mallissa:

- a) Vakuutuskorvauksen saadakseen tukiurheilija sitoutuu sopimuksella käyttämään vain Olympiakomitean määrittämän asiantuntijaverkoston palveluja.
- b) Vakuutusyhtiö myöntää maksusitoumuksia vain näille Olympiakomitean valitsemille asiantuntijoille ja yrityksille. Olympiakomitean tukiurheilijoiden nykyisellä vakuuttajalla on puhelinpalvelu, joka pystyy vastaamaan urheilijoiden yhteydenottoihin ja myöntämään yllä kuvattuja maksusitoumuksia.
- c) Nämä asiantuntijat ja yritykset sitoutuvat sovittuun hinnoitteluun.
- d) Palveluja on mahdollisesti rajattava.

On mahdollista suunnitella myös ”huippu-urheilijoiden sairauskassaa”, jossa urheilijoiden kulut korvataan suoraan ilman vakuutusyhtiötä. ”Kassan” jäseniä olisi vähän, joten sen taloudellinen rakenne olisi sama kuin tukiurheilijoiden korvaussuhteeltaan negatiivisessa sairauskuluvakuutuksessa. Kassan hallinnoinnin järjestäminen olisi haaste.

10.4 Liikuntalääketieteen brändi

Liikuntalääketieteen erikoisalan tunnettuutta sekä urheiluelämässä että terveydenhuollon sisällä on kehitettävä. Alan erikoislääkäreiden roolia ja osaamista urheilijoiden terveyden- ja sairaudenhoidossa on tuotava näkyvämmäksi. Tämä edellyttää pitkäjänteistä aktiivisuutta.

Liikuntalääketieteen erikoisalan nimenmuutos liikunta- ja urheilulääketieteen erikoisalaksi nostaisi alan erikoislääkäreiden profilia urheiluelämässä.

Liikuntalääketieteen erikoislääkärit tulevat parhaiten sisään huippu-urheiluun tekemällä käytännön työtä akatemioiden urheilijaterveydenhuollossa, jota heidän tulee myös johtaa. Erikoistumiskoulutukseen tulee liittää jaksoja urheiluakatemioiden ja valmennuskeskuksissa. Kyseisten jaksojen on oltava koulutuksen kannalta merkityksellisiä ja erikoistuvan lääkärin ohjauksesta on sovittava huolella.

Jos liikuntalääketieteen keskuskeskukset tekevät yhteistyötä julkisen terveydenhuollon kanssa akatemiapaikkakuntien kouluterveydenhuollossa, saadaan edelleen lisää toiminnan vaikuttavuutta urheilussa. Samalla nostetaan alan erikoislääkäreiden merkitystä terveydenhuoltojärjestelmässä. Heidän osaamisellaan olisi merkitystä myös puolustusvoimien terveydenhuollossa.

Tässä raportissa yhdytään siihen, mitä Uusitupa (2016, 42-43) toimenpide-ehdotuksissaan 2. ja 7. liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutuksesta ja yhteiskunnallisesta vaikuttavuudesta kirjoittaa.

10.5 Urheilulääketieteen erityispätevyys tai sertifiointi

Huippu-urheilumme tarvitsee menestyäkseen monien alojen huippuosaajia ja pienen maan on oltava muita parempi osaamisessa. Lääketieteessä muiden kuin liikuntalääketieteen erikoislääkäreiden kiinnostus urheilua kohtaan on viime vuosikymmeninä vähentynyt. Asia on menestyssidonnainen, mutta siihen voidaan vaikuttaa muillakin tavoin.

Urheilulääketiede tarvitsee erityispätevyyden tai urheilulääketieteen sertifikaatin, jonka kautta urheilusta kiinnostuneet eri alojen erikoislääkärit kannustetaan tuomaan oman erikoisalansa asiantuntemus urheiluun. Jatkokouluttautuminen edistäisi urheilulääketieteen asiantuntijuuden yhtenäisyyttä ja laatua suomalaisessa urheilussa.

Tämä ei ole pois liikuntalääketieteen erikoislääkäreiltä, joiden oletetaan koordinoivan ja johtavan urheilijaterveydenhuollon kokonaisuutta. Vastaavan analogian löydämme työterveyshuollosta: konsultoitavien erikoislääkäreiden käyttö ei kyseenalaista työterveyshuollon erikoislääkäreiden roolia ja osaamista työkyvyn ylläpidossa.

10.6 Urheilijaterveydenhuollon käsikirja

Suomalainen urheilu tarvitsee tutkittuun tietoon perustuvan ”urheilijaterveydenhuollon käsikirjan” ja tähän liittyen akatemioiden urheilijaterveydenhuollon toimintamallin. Käsikirja laaditaan KIHUn johdolla liikuntalääketieteen keskuksien voimin ja alan eri asiantuntijajhdistyksien osaamista hyödyntäen.

Suomen Urheilulääkäriyhdistys, Liikunta- ja urheilulääketieteen erikoislääkäriyhdistys, Suomen Urheilufysioterapeutit, Suomen Urheilupsykologinen yhdistys ja Suomen Urheiluravitsemuksen asiantuntijat voisivat osallistua sekä oppien tuottamiseen että hyvien käytäntöjen välittämiseen omissa organisaatioissaan.

10.7 Sähköinen asiointi

Toive huippu-urheilijoiden yhteisestä juoksevasta sairauskertomuksesta on perusteltu, mutta nykytilanteessa mahdoton. Kanta-palvelua lukuun ottamatta erilliset juridiset yksiköt eivät tietosuoja-, kustannus- ja yksikkökohtaisista syistä johtuen voi päästä yhtenäiseen potilashallintojärjestelmään.

Kohdassa 10.3 kuvatulla puhelinpalvelulla päästään tukiurheilijoiden osalta tilanteeseen, jossa keskeinen osa heidän (vakuutuksella korvattavasta) sairauenhoidostaan saadaan samaan tietokantaan. Olympiakomitean ylilääkäri voidaan liittää järjestelmään tietoturvallisesti. Tämä täyttää ainakin jossain määrin urheilijoiden tarpeen matalan kynnyksen yhteydenottoon omasta mobiililaitteestaan.

Urheilijoiden yleisen hyvinvoinnin monitorointi on tarpeen ja se puuttuu tällä hetkellä. Olympiakomitealla on valmennuksen puolella rakenteilla ”urheilijan digitaalinen alusta”, jonka huoleksi tämä asia parempien ratkaisujen puutteesta toistaiseksi jää. Jo nyt on tarjolla järjestelmiä, joiden avulla urheilija voi kerätä terveystietonsa omaan jatkuvaan hallintaansa.

10.8 Urheilijaterveydenhuollon ”kansallisen edun pooli”

Olympiakomitean alle perustetaan terveyspalveluyritysten pooli, jossa yritykset voivat taloudellista panosta vastaan hyödyntää olympialiikkeen brändiä sveitsiläisten Olympic medical centereiden tapaan.

Poolin jäseniksi halutaan kaikki merkittävät terveyspalveluyritykset ja niiden kanssa sovitaan samalla myös tukiurheilijoiden palvelussa käytettävästä hinnoittelusta. Poolin tuotto ohjataan huippu-urheilun terveydenhuoltoon. Tämä voisi tarjota perusrahoituksen ”kassalle”, joka korvaisi joitakin terveydenhuoltotoimia rajoitetusti.

10.9 Valmentajakoulutus

Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisen tiedekunnan valmentajakoulutusta kehitetään siten, että opiskelijat saavat mahdollisimman kattavan koulutuksen urheilijaterveydenhuollon kokonaisuudesta. Tätä varten tiedekunnassa on oltava osaamista urheilijan terveydestä ja urheilijaterveydenhuollosta.

Terveydenhuollossa lääkäreillä on asiantuntijavalta. Varsinkin ylimmän valmentajakoulutuksen osalta on oleellista nostaa tämä esille, mutta opettaa myös kriittistä suhtautumista terveydenhuollon erilaisten toimijoiden julkaisuihin ja viestintään.

Vastaava osaaminen viedään sovellettuna myös Valmentajien ammattitutkinto- ja Valmentajien erikoisammattitutkintokoulutuksiin sekä Suomen valmentajat ry:n, lajiliittojen ja liikunnan aluejärjestöjen valmentajakoulutukseen.

10.10 Vuotuinen urheilulääketieteellinen koulutustilaisuus

HUY ottaa vastuulleen vuosittain järjestettävän urheilulääketieteellisen koulutustilaisuuden, jossa on osionsa myös fysioterapiasta, psykologiasta ja ravitsemuksesta.

Koulutus on suunnattu liikuntalääketieteen keskuksien, urheiluakatemioiden ja lajiliittojen terveydenhuoltohenkilöstölle, omalääkäreille sekä mainittujen alojen eri yhdistyksien jäsenille (kuten Suomen Urheilulääkäriyhdistys, Liikunta- ja urheilulääketieteen erikoislääkäriyhdistys, SUFT, Suomen urheiluravitsemuksen asiantuntijat). Nämä tahot otetaan mukaan myös tapahtuman suunnitteluun ja toteutukseen.

Vuosittainen koko urheilulääketieteen verkoston kokoava koulutustilaisuus edistää suomalaista urheilulääketieteen asiantuntijuuden kehittymistä ja yhtenäistymistä. Tilaisuus palvelisi myös lääkäreiden jatkokoulutusta liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutuksessa sekä mahdollisessa urheilulääketieteen erityispätevyys- tai sertifiointikoulutuksessa (ks. 10.5). Lisäksi se tarjoaisi foorumin urheilufysioterapeuttien, urheilupsykologien ja urheiluravitsemuksen asiantuntijoiden jatkokoulutukseen.

Erikoislääkärikoulutusopas 2015-2017. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta.

Kangassalo, K. 2018. Liikuntalääketieteen erikoislääkärikoulutuksen kehittäminen. JOKO kehittämistyö. Turun Yliopisto.

Liikuntalääketiede Opetus- ja kulttuuriministeriön hallinnonalalla. Valtion liikuntaneuvoston liikuntatieteen jaoston analyysi. Kevät 2015.

Liikuntalääketieteen keskusten kehittämisen toimintasuunnitelma 2017-2025. IV Strateginen toimintasuunnitelma huippu-urheilun tukitoimista liikuntalääketieteen keskuksissa.

Lipponen, K. 2017. Menestyksen polulla – huippu-urheilun ulkoinen arviointi. Valtion Liikuntaneuvoston julkaisuja 2017:1.

Lång, M. 2012. Nuorten keihäänheittäjien kyynär- ja olkapääalueen liikkuvuus, voima ja urheiluvammojen ennaltaehkäisy. Tutkimus nuorista kansallisen tason huippuheittäjistä. Fysioterapeutti AMK opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.

Lämsä, J., Nummela, A., Puska, M. 2015. Valmennuskeskusarviointi 2015. KIHUn julkaisusarja, nro 52.

Lämsä, J., Mäkinen, J., Nieminen, M., Paavolainen, L. 2016. Huippu-urheiluverkoston ja -yksikön sisäinen arviointi. Kilpa- ja huippu-urheilun tutkimuskeskus & Suomen Olympiakomitean huippu-urheiluyksikkö.

OKM 2016. Opetus- ja kulttuuriministeriön ja liikuntalääketieteen keskusten välinen tavoiteohjausasiakirja 2017-2019.

Pirhonen, P. 1991. Lääkäri & Urheilu 1991, 28-30. Helsingin Diakonissalaitoksen Urheilulääketieteen osasto.

Rinne, P. (toim.) 1980. Kultaa kunniaa kyyneleitä. Suomalainen olympiakirja, 3. osa. Pohjanlahden Kustannus Oy.

Rantala, K. (2017). Jaakko Mikkola ammattivalmentajana 1924. Kasvatus ja aika, 11 (2), 52-67.

Salmi, J. 2011. Hopp Schwiiz! Selvitys Sveitsin huippu- ja nuorisourheilun rakenteista ja valmennustoiminnaasta.

Siukonen, M. 2012. Suuri olympiateos 1989-2012. Docendo.

Stenbacka W., Mäkinen J., Lämsä J., Nieminen M. 2018. Liikunnan ja urheilun julkinen tuki ja rakenteet Suomessa, Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa. Kilpa- ja huippu-urheilun tutkimuskeskus.

Takala, T. & Uusitalo, A. 2013. Liikuntalääketiede Suomessa. Liikuntalääketieteen kehittyminen, nykytilanne ja kehitysnäkymät (osa I). Liikuntatieteellinen seura.

Urheilijan terveydenhuolto-ohjelma 2012. Liikuntalääketieteen keskusten yhteiset huippu-urheiluun ja urheilijoiden terveydenhuoltoon liittyvät tavoitteet ja linjaukset. Huippu-urheilun muutostyöryhmän loppuraportti. Suomen Olympiakomitea.

Uusitupa, M. 2016. Liikuntalääketieteen yhteiskunnallisen merkityksen ja liikuntalääketieteen keskusten toiminnan arviointi (2006–2016). Valtion Liikuntaneuvoston julkaisu 2016:3.

Valtion liikuntaneuvosto 2017. Lausuntoyhteenveto selvitysmies Matti Uusituvan tekemästä arvioinnista: Liikuntalääketieteen yhteiskunnallisen merkityksen ja liikuntalääketieteen keskusten toiminnan arviointi (2006–2016).

INTERNET-LÄHTEET

Eläketurvakeskus 2019. www.tyoelakelakipalvelu.fi/telp-publishing/vepa/document.faces?document_id=307654. Tarkistettu 17.3.2019.

IOC 2019 (www.sportsoracle.com/Medicine/Home). Tarkistettu 16.3.2019.

KIHU 2018. Ammattiurheilijoiden määrä tasaisessa kasvussa. Kilpa- ja huippu-urheilun tutkimuskeskuksen lehdistötiedote 18.9.2018 (www.kihu.fi/arviointi-ja-seuranta/ammattiurheilijoiden-maara-tasaisessa-kasvussa). Tarkistettu 16.3.2019.

Lääkäriliitto 2019 (www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispatevyydet/musiikkilaaketiede). Tarkistettu 16.3.2019.

LIITTEET

LIITE 1. Selvityksessä haastatellut tahot ja asiantuntijat

Huippu-urheilijat:

Matti Heikkinen (puhelinhaastattelu) 12.11.2018, Kristiina Mäkelä 5.10.2018, Hanno Möttölä 11.12.2018, Hannu Tihinen 22.10.2018

Julkinen terveydenhuolto:

Vesa Kataja 23.10.2018, Hannu Parikka (puhelinhaastattelu) 9.11.2018

Kilpa- ja huippu-urheilun tutkimuskeskus:

Sami Kalaja ja Aki Salo 13.11.2018

Liikuntalääketieteen keskuksat:

- Helsingin Urheilulääkäriasema: Stefan von Knorring, Juha Peltonen ja Arja Uusitalo 12.12.2018
- Kilpa- ja huippu-urheilun tutkimuskeskus Jyväskylä: Maarit Valtonen 23.10.2018
- Kuopion Liikuntalääketieteen tutkimuslaitos: Kai Savonen 13.12.2018
- Oulun Liikuntalääketieteellinen klinikka: Kaisa Kaikkonen ja Tiina Nygård 16.11.2018
- Paavo Nurmi -keskus Turku: Olli Heinonen ja Harri Helajärvi 19.12.2018
- Tampereen Urheilulääkäriasema: Jari Parkkari 4.1.2019

Liikunta- ja urheilulääketieteen erikoislääkäriyhdistys:

Sergei Iljukov (puhelinhaastattelu) 14.11.2018, Heikki Tikkanen 9.11.2018

Liikuntatieteellinen tiedekunta Jyväskylän yliopisto:

Urho Kujala 13.11.2018

Managerit:

Jukka Härkönen 5.10.2018, Jukka Virtanen 27.11.2018

Media:

Jari Kupila 14.11.2018, Jorma Paakkari 15.10.2018, Jouko Vuolle 3.10.2018

Ohjausryhmä:

Ari Harjula 19.12.2018, Harri Heliö 18.12.2018, Tuomo Karila 11.12.2018, Antti Paananen 19.12.2018, Jari Parkkari 4.1.2019, Hannu Tolonen 3.10.2018, Maarit Valtonen 23.10.2018

Olympiakomitean Huippu-urheiluyksikkö:

Mika Lehtimäki 10.10.2018, Leena Paavolainen 19.12.2018

Opetus- ja kulttuuriministeriö:

Hannu Tolonen 3.10.2018, Esko Ranto 8.11.2018

Pääesikunta:

Rami Heikkilä (puhelinhaastattelu) 13.9.2018

Sosiaali- ja terveysministeriö:

Katri Makkonen (sähköpostihaastattelu) 30.11.2018

Ravitsemusterapia:

Patrik Borg 26.11.2018, Anna Ojala 28.11.2018

Taustahaastattelut:

Harri Hakkarainen 12.9.2018, Olli Heinonen 11.9.2018, Jussi Jouppila (puhelin- ja sähköpostihaastattelu) 8.10.2018, Sakari Orava 7.11.2018, Seppo Pehkonen 23.11.2018, Tuomas Sallinen 1.11.2018, Heikki Tikkanen 13.9.2018, Ilkka Tulikoura 5.10.2018, Arja Uusitalo 13.9.2018

Terveysspalveluyritykset:

- Aava: Patrik Borg 26.11.2018
- Mehiläinen: Johanna Asklöf 17.10.2018
- Pihlajalinna: Vesa Linna 10.12.2018

- Pohjola Sairaala: Jammu Öynap 31.10.2018
- Terveystalo: Micaela Frigren ja Mika Kivinen 15.10.2018

Urheiluakatemit:

- Helsinki (URHEA): Simo Tarvonen 16.10.2018
- Turku: Janne Salmi 15.11.2018

Urheilufysioterapia:

Peter Halén 16.10.2018, Juha Koistinen 27.11.2018, Vesa Kuparinen 9.11.2018

Urheilun erikoisliitot:

- Suomen Jääkiekkoliitto: Markku Tuominen (puhelinhaastattelu) 30.11.2018
- Suomen Koripalloliitto: Henrik Dettmann 30.10.2018
- Suomen Painiliitto: Tuomo Karila 11.12.2018
- Suomen Palloliitto: Sanna Pirhonen (puhelinhaastattelu) 7.1.2019, Hannu Tihinen 22.10.2018
- Suomen Sulkapalloliitto: Mika Heinonen 5.11.2018
- Suomen Urheiluliitto: Timo Kuusisto 27.11.2018

Suomen Urheilulääkäriyhdistys:

Tommi Vasankari 4.12.2018

Urheilupsykologia:

Tuomas Grönman 20.12.2018, Hanna-Leena Ronkainen 21.11.2018

Vakuutusyhtiöt:

- Folksam: Annukka Karppinen 31.10.2018
- If: Jarkko Kantoluoto (puhelinhaastattelu) 28.12.2018, Johanna Stenström (sähköpostihaastattelu) 27.12.2018
- LähiTapiola: Arto Heinonen 20.11.2018
- OP Vakuutus: Atte Erkamo, Teemu Hintsanen ja Ari Koski 19.11.2018

Valtion liikuntaneuvosto:

Tapio Korjus 3.10.2018

Valmennuskeskukset:

- Kuortane: Tapio Korjus 3.10.2018
- Pajulahti: Mikko Levola 11.10.2018

Valmentajat:

Leo Pusa 8.11.2018, Reijo Jylhä (puhelinhaastattelu) 18.12.2018, Erkki Westerlund 5.11.2018, Henrik Dettman (puhelinhaastattelu) 30.10.2018, Matti Urrila 3.12.2018

Lisäksi ”Suomalainen huippu-urheilun terveydenhuolto tulevaisuudessa” -verkkokysely liikuntalääketieteen keskuksien lääkäreille, liikuntalääketieteeseen erikoistuville lääkäreille, Olympiakomitean tukiurheilijoiden omalääkäreille ja lajiliittojen lääkäreille tammikuussa 2019. KIHU.

LIITE 2. Tutustuminen kilpailijamaiden järjestelmiin

Hollanti: Esko Heikkisen ja Maarit Valtosen vierailu Papendalin urheilu- ja koulutuskeskuksessa 20.3.2019, isäntinä keskuksen tekninen päällikkö Ronald Veerbek sekä pöytätenniksen valmennuskoordinaattori Marcel Kraa.

Norja: Maarit Valtosen vierailu Olympiatoppenissa 30.11.2018, isäntänä Olympiatoppenin kesälajien vastaava lääkäri Thomas Torgalsen.

Ruotsi: Esko Heikkisen ja Maarit Valtosen vierailu Bosön valmennuskeskuksessa 17.1.2019, isäntänä SOK:n akuuttilinjasta vastaava lääkäri Per Andersson.

Sveitsi: Janne Salmen Hopp Schwiiz! -selvityksen (Salmi 2011) ja sen täydentäminen Janne Salmen 15.11.2018, Esko Heikkinen.

Tanska: Team Danmarkin entisen johtajan Michael Andersenin haastatteluun 9.10.2018 Huippu-urheilun verkostopäivien yhteydessä, Esko Heikkinen ja Maarit Valtonen.

LIITE 3. Käytetyt lyhenteet

HUY	Olympiakomitean Huippu-urheiluyksikkö
KIHU	Kilpa- ja huippu-urheilun tutkimuskeskus
OKM	Opetus- ja kulttuuriministeriö
OK	Suomen Olympiakomitea ry
OKM	Opetus- ja kulttuuriministeriö
SLU	Suomen Liikunta ja Urheilu ry
SOK	Sveriges Olympiska Kommitté
SUL	Suomen Urheiluliitto
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
SUFT	Suomen Urheilufysioterapeutit ry
SVUL	Suomen Valtakunnan Urheiluliitto ry
TUL	Suomen Työväen Urheiluliitto ry
URHEA	Pääkaupunkiseudun urheiluakatemia
VALO	Valtakunnallinen liikunta- ja urheiluorganisaatio ry
VAT	Valmentajan ammattitutkinto
VEAT	Valmentajan erikoisammattitutkinto