



Liikkumalla mielen hyvinvointia - käyttäjälähtöinen fyysisen aktiivisuuden edistämisen palvelupolkumalli mielialahäiriöpalveluiden potilaille.

Janne Koppinen

Haaga-Helia ammattikorkeakoulu

Liikunnanohjaaja YAMK

Kunto- ja terveystieteiden

Master Opinnäytetyö

2023

Tiivistelmä

Tekijä

Janne Koppinen

Tutkinto

Kunto- ja terveystieteiden Yamk

Raportin/Opinnäytetyön nimi

Liikkumalla mielen hyvinvointia - käyttäjälähtöinen fyysisen aktiivisuuden edistämisen palvelupolku malli mielialahäiriöpalveluiden potilaille.

Sivu- ja liitesivumäärä

52+7

Mielenterveyshäiriöt ovat lisääntyneet merkittävästi ja niissä korostuvat masennuksen sekä ahdistuneisuushäiriön esiintyvyys. Fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa hyödynnetään vaikuttavana hoitomuotona masennuksen ja ahdistuneisuushäiriön kliinisessä hoidossa ja samalla hoitomuoto tukee hyvän terveyden ylläpitämistä. Masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavat potilaat kokevat kuitenkin esteitä ja motivaatiotekijöitä fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan lisäämiseksi. Esteiden ja motivaatiotekijöiden tunteminen on ensimmäinen askel vaikuttavien liikuntapalveluiden kehittämistyössä.

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli kehittää käyttäjälähtöisesti palvelupolku malli, joka tukee masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavien potilaiden fyysistä aktiivisuutta sekä liikuntaa. Kehittämistyö toteutettiin käyttäjälähtöisesti, jossa käyttäjät olivat keskeisessä osassa kehittämistyötä. Tässä työssä käyttäjät ovat Helsingin kaupungin mielialahäiriöpalveluiden potilaat ja Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluiden työntekijät. Käyttäjälähtöisestä innovaatioprosessista toteutuivat asiakasymmärrys- ja ideointivaihe.

Kehittämistyön ensimmäinen vaihe oli selvittää, mitkä esteet ja motivaatiotekijät vaikuttavat mielialahäiriöpalveluiden potilaiden fyysiseen aktiivisuuteen ja liikuntaan. Lisäksi selvitettiin miten fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan puheeksi ottaminen, neuvonta sekä motivointi toteutuvat hoitotapaamisissa potilaiden näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisen tutkimusprosessin mukaisesti ja menetelmäksi valikoitui strukturoitu kyselylomake.

Merkittävimmät esteet liittyvät potilaiden omakohtaisiin tunteisiin ja merkittävimmät motivaatiotekijät muodostuvat fyysisen aktiivisuuden sekä liikunnan positiivisista vaikutuksista. Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan puheeksi ottaminen, neuvonta sekä motivointi toteutuvat hoitotapaamisissa hyvällä tasolla osalle vastaajista, mutta suurin osa vastaajista koki, että aiheita ei käsitellä riittävästi tai ei käsitellä ollenkaan.

Toisessa vaiheessa kehitettiin Service blueprint palvelupolku malli asiakasrajapinnassa työskentelevien hoitoalan ammattilaisten kanssa. Palvelupolku mallissa otettiin huomioon tutkimuksen tulokset. Lopputuloksena syntyi fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa edistävä palvelupolku malli mielialahäiriöpalveluiden potilaille. Palvelupolku malli tukee hoitohenkilökuntaa fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan edistämistyössä, jota voidaan hyödyntää interventioiden suunnittelussa, rakenteiden kehittämisessä sekä kliinisessä työssä.

Asiasanat

Fyysinen aktiivisuus, liikunta, masennus, ahdistuneisuushäiriöt, käyttäjälähtöisyys

Sisällys

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Johdanto | 1 |
| 2 | Fyysinen aktiivisuus, liikunta ja terveys | 3 |
| 2.1 | Liikkumattomuuden kustannukset ja WHO:n strategiset toimenpiteet | 3 |
| 2.2 | Liikkumisen suositukset | 4 |
| 2.3 | Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan vaikutukset terveyteen | 5 |
| 3 | Masennus ja depressio | 7 |
| 3.1 | Masennuksen oireet ja hoito | 7 |
| 3.2 | Liikunta, fyysinen aktiivisuus ja masennus | 8 |
| 4 | Ahdistuneisuushäiriö | 10 |
| 4.1 | Ahdistuneisuushäiriön oireet ja hoito | 10 |
| 4.2 | Liikunta, fyysinen aktiivisuus ja ahdistuneisuushäiriöt | 11 |
| 5 | Helsingin Kaupunki liikkumisen edistäjänä | 12 |
| 6 | Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelut | 13 |
| 6.1 | Mielialahäiriöpalvelut | 13 |
| 6.2 | Fysioterapia ja liikuntapalvelut | 14 |
| 7 | Käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta | 16 |
| 8 | Työn tavoite ja tarkoitus | 19 |
| 9 | Kehittämistyön toteutus | 21 |
| 9.1 | Kehittämistyön lähtökohdat ja aikataulu | 21 |
| 9.2 | Kehittämistyön määrällinen tutkimus | 23 |
| 9.3 | Tutkimuksen kenttätyö | 24 |
| 9.4 | Kyselytutkimuksen tulokset | 26 |
| 9.4.1 | Esteet fyysiselle aktiivisuudelle ja liikunnalle | 28 |
| 9.4.2 | Motivaatiotekijät fyysiselle aktiivisuudelle ja liikunnalle | 29 |
| 9.4.3 | Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan puheeksi ottaminen, neuvonta ja motivointi | 32 |
| 9.5 | Kehittämistyön Service blueprint palvelupolkumalli | 33 |
| 9.5.1 | Ensimmäinen työvaihe | 35 |
| 9.5.2 | Toinen työvaihe | 36 |
| 9.5.3 | Kolmas työvaihe | 37 |
| 10 | Pohdinta | 40 |
| 10.1 | Kehittämistyön ensimmäinen vaihe | 41 |
| 10.2 | Kehittämistyön toinen työvaihe | 43 |
| 10.3 | Yhteenveto | 45 |
| 10.4 | Oman oppimisen arviointi | 45 |
| | Lähteet | 48 |
| | Liitteet | 53 |

| | |
|---|----|
| Liite 1 Tutkimuksen informointikirje..... | 53 |
| Liite 2. Tutkittavan suostumusasiakirja | 54 |
| Liite 3. Strukturoitu kyselylomake | 55 |
| Liite 4. Service blueprint palvelupolkumalli mielialahäiriöpalveluiden potilaille | 59 |

1 Johdanto

Fyysinen aktiivisuus, liikkuminen ja liikunta on vähentynyt merkittävästi, mikä vaikuttaa laajasti nyky-yhteiskunnan kansanterveyteen ja -talouteen (Husu, Tokola, Vähä-Ypyä, Vasankari 2022, 10). Passiivinen elämäntapa on merkittävä maailmanlaajuinen kansanterveydellinen ongelma, jossa kulttuuriset ja yhteiskunnan arvot sekä -rakenteet vaikuttavat ihmisten fyysisen aktiivisuuteen. Tytöt, naiset, vanhemmat aikuiset, vähäosaiset ryhmät ja henkilöt, joilla on erityisiä tarpeita tai kroonisia sairauksia eivät saavuta fyysisen aktiivisuuden suosituksia yhtä lailla kuin muut yhteiskunnan jäsenet. Valtion talouden noustessa, fyysinen aktiivisuus vähenee. (World Health Organization 2018, 6–7.)

Suomessa todetaan palveluiden ja rakenteiden ulkopuolelle jäävän ne, joille koostuisi suurin hyöty liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisestä. Valtioneuvoston liikuntapoliittisen selonteon tahto on saada liikunta ja fyysinen aktiivisuus osaksi yhteiskunnan päivittäisiä toimintaympäristöjä. (Valtioneuvoston selonteko liikuntapolitiikasta 2018, 16,18.) Helsingissä edistetään kaupunkilaisten hyvinvointia ja terveyttä hyvinvointisuunnitelman eri toimenpiteillä. Liikkumisen edistämistyötä kohdennetaan vähiten liikkuviin. (Hyvinvointisuunnitelma, 2022.)

Vakavaa mielenterveydenhäiriötä sairastavat potilaat kuuluvat erityisryhmään ja tarvitsevat tukea liikunnan lisäämiseksi. Kohderyhmässä esiintyy useammin eri elintapasairauksia, johon voidaan vaikuttaa positiivisesti lisäämällä fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa. (Firth, Rosenbaum, Stubbs, Gorczynski 2016, 2869.) Tämän kehittämistyön pääkohderyhmänä on Helsingin kaupungin psykiatrisen sairaanhoidon mielialahäiriöpalveluiden masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavat potilaat.

Masennusta sairastavat henkilöt kokevat usein erilaisia esteitä fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi ja liikunnan harrastamiseksi. Masennusoireiden esiintyvyys, ylipaino, somaattiset oireet ja matala pätevyden tunne ovat merkittäviä esteitä masentuneille. (Vancampfort ym. 2015, 219.) Ahdistuneisuushäiriö altistaa muille mielenterveyden sairauksille, kuten masennukselle, lisäten riskiä kroonisille elintapasairauksille. Ahdistusta esiintyy kaikissa eri psykiatrisissa häiriöissä. Eri psykiatrisilla häiriöillä on erilaiset oireet, jotka vaikuttavat merkittävästi koettuun hyvinvointiin ja päivittäisiin toimintoihin. (Kandola & Stubbs 2020, 345.)

Liikunta nähdään sopivana hoitomuotona masentuneille ja hoidon jatkuvuus on merkittävä tekijä hoidon onnistumisen kannalta (Stubbs ym. 2016). Liikunta nähdään vaihtoehtoisena tukihoidona tai yksittäisenä hoitomuotona ahdistuneisuushäiriöiden oireisiin. Liikunta on

edullista ja helposti saavutettavissa sekä vaikuttaa positiivisesti sydän- ja verenkiertoelimen terveyteen. (Nyberg ym 2019, 2.)

Helsingin kaupungin psykiatria ja päihdepalveluiden mielialahäiriöpalvelut vastaavat masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavien potilaiden hoidosta. Mielialahäiriöpalveluista puuttuu fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa edistävä palvelupolkumalli, jossa huomioidaan potilaiden esteet ja motivaatiotekijät fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa kohtaan. Tämän kehittämistyön tavoitteena oli kehittää käyttäjälähtöisesti palvelupolkumalli, joka tukee Helsingin kaupungin mielialahäiriöpalveluiden potilaiden fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa.

2 Fyysinen aktiivisuus, liikunta ja terveys

Fyysinen aktiivisuus on tahdonalaista liikettä, jossa kulutetaan energiaa. Liikunta on fyysisen aktiivisuuden muoto, joka on strukturoitua, toistettavissa ja tavoitteena on lisätä hyvinvointia sekä parantaa kuntoa. Terveys on ihmisen kokema tila, joka muodostuu fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tekijöistä. Huono terveydentila yhdistetään usein sairauteen ja enneaikaisen kuoleman riskiin. Hyvä terveydentila on yhdistettävissä mahdollisuuteen nauttia elämästä ja kyvystä selvitä vaikeuksista. (Physical activity guidelines for Americans 2018, 29.)

2.1 Liikkumattomuuden kustannukset ja WHO:n strategiset toimenpiteet

Lisäämällä fyysistä aktiivisuutta, voidaan vaikuttaa merkittävästi ihmisten terveyteen. On arvioitu, että Yhdysvalloissa 117 miljardin sairaanhoidon kulut ja 10 % enneaikaisista kuolemista liittyvät kansalaisten vähäiseen fyysiseen aktiivisuuteen. (Physical activity guidelines for Americans 2018, 19.) Suomessa arvioidaan muodostuvan 3,2–7,5 miljardin Euron vuosittaiset kustannukset vähäisen liikkumisen, runsaan istumisen ja huonon fyysisen kunnon aiheuttamista kuluista. Kuluja lisää terveydenhuollon suorat kustannukset menettettyinä työpanoksina, ikääntyneiden hoivakuluina, syrjäytymisenä ja sosiaalietuuksien kasvuna. (Vasankari, Kolu 2018, 1.)

Vuosittainen liikkumattomuuden kustannus sairausryhmittäin on 1,4 miljardia Euroa, joista yksin masennuksen osuus on 86 miljoonaa Euroa (UKK-instituutti, 2022). Yhteiskunnan automatisoituminen, julkinen liikenne ja päätetyöskentely on lisääntynyt kaikissa ikäluokissa, minkä seurauksena fyysinen aktiivisuus on vähentynyt. Tämä on merkittävä riskitekijä ihmisten terveyden kannalta. (World Health Organization, Physical Activity 2020.)

Maailmanlaajuisesti $\frac{1}{4}$ aikuisista ja $\frac{3}{4}$ murrosikäisistä eivät saavuta World Health Organizationin (WHO) fyysisen aktiivisuuden suositusta (World Health Organization 2018, 6). WHO:n julkaiseman fyysistä aktiivisuutta edistävien strategisten toimenpiteiden missona on tukea yhteiskunnan rakenteita, jotta kansalaisilla on mahdollisuus saavuttaa turvallinen ja fyysistä aktiivisuutta tukeva ympäristö heidän jokapäiväisessä elämässään. Toimintaa ohjaa tavoite parantaa yksilöllistä ja yhteiskunnallista hyvinvointia, jonka vaikutukset heijastuvat yksittäisten valtioiden sosiaaliseen, kulttuuriseen ja taloudelliseen kehittymiseen. (Global action plan on physical activity 2018–2030, 20.)

Neljän eri strategisen kokonaisuuden (Global action plan on physical activity 2018–2030, 25) tavoite on lisätä fyysistä aktiivisuutta ja vähentää vähäistä fyysistä aktiivisuutta. Strategisten kokonaisuuksien toimenpiteinä ovat;

1. ”Edistää aktiivisia yhteiskuntia
2. Edistää aktiivisia ympäristöjä
3. Edistää aktiivisia ihmisiä
4. Edistää aktiivista päätöksentekoa ja yhteiskunnan rakenteita.”

Henkilökunnan koulutus ja rakenteiden vahvistaminen nähdään vaikuttavana toimenä terveyden edistämisessä ja sairauksien ennaltaehkäisyssä (Global action plan on physical activity 2018–2030, 79).

2.2 Liikkumisen suositukset

UKK-instituutti päivitti Suomen liikkumisen suositukset (Kuva 1) vuonna 2019, jotka pohjautuvat Yhdysvalloissa tehtyyn laajaan suositukseen; Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Ero aikaisempaan suositukseen on arkiliikkunnan ja unen sekä palautumisen huomioiminen osana terveellistä elämäntapaa. (UKK-instituutti, 2019.)



Kuva 1. Aikuisen liikkumisen suositus (mukaillen UKK-instituutti, 2019)

Fyysinen aktiivisuus voidaan jakaa MET-arvon (Metabolinen ekvivalentti) myötä vähäiseen-, kevyeen-, reippaaseen tai rasittavaan liikkumiseen (Taulukko 1). Absoluuttista fyysisen aktiivisuuden energian kulutusta suhteessa lepoaineenvaihdunnan energiankulutukseen ilmaistaan MET-arvolla. Lepoaineenvaihdunnan energiankulutuksen MET-arvo on yksi. (Physical activity guidelines for Americans 2018, 108.)

Taulukko 1. Fyysinen aktiivisuus MET-arvoilla ilmaistuna

| | | | |
|--|--|--|---|
| Vähäinen fyysinen aktiivisuus arvo <1,5 MET | Kevyt fyysinen aktiivisuus MET arvo 1,6–3.0 MET | Reipas fyysinen aktiivisuus arvo 3.1–5.9 MET | Rasittava fyysinen aktiivisuus arvo yli 6.0 MET |
|--|--|--|---|

Vähäisen fyysisen aktiivisuuden (<MET 1.5) lisääntyminen yhteiskunnassa kasvattaa riskiä ennenaikaiseen kuolemaan, tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen, sydän- ja verenkiertosairauksien ja erilaisten syöpien lisääntymiseen (Physical activity guidelines for Americans 2018, 45). WHO:n suositusten (WHO Guidelines on physical activity and sedentary behavior 2020, 32) mukaan aikuisilla tulee olla mahdollisuus säännölliseen fyysiseen aktiivisuuteen sekä tulee lisätä fyysistä aktiivisuutta yli reippaan tai rasittavan tason, vähentääkseen vähäisen liikkumisen aiheuttamat epäterveelliset vaikutukset. Säännöllinen voima- ja tasapainoharjoittelu tukee terveyttä edistäviä vaikutuksia.

2.3 Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan vaikutukset terveyteen

Vahva näyttö osoittaa, että reippaan - rasittavan liikuntasuositusten saavuttaminen parantaa unenlaatua, fyysistä- ja psyykkistä terveyttä sekä tunteiden säätelytaitoja. Olemalla fyysisesti aktiivinen, voi vaikuttaa päivittäisten toimien aikaansaamiseen ja koettuun vireyteen. Fyysinen aktiivisuus voi vaikuttaa eri ikäisten kognitiivisiin toimintoihin parantamalla muistin toimintoja, tarkkaavaisuutta, motorisia toimintoja ja nuorten akateemista oppimista. Fyysinen aktiivisuus edistää yhteenkuuluvuutta ja iloa ystävien sekä perheiden kesken. Ulkona liikkuminen ja parempi kunto luo edellytykset tutustua uusiin harrastuksiin sekä monipuolisesti eri liikuntalajeihin. (Physical activity guidelines for Americans 2018, 19,24.)

Fyysisen aktiivisuuden lisääminen saavuttaa välittömiä terveydellisiä hyötyjä, kuten; ahdistuksen helpottuminen, verenpaineen alentuminen sekä unen laadun, kognitiivisten toimintojen ja insuliiniherkkyyden parantuminen. Säännöllinen pidempiaikainen fyysinen aktiivisuus vaikuttaa hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaan, lihasvoiman kehittymiseen, masennusoireiden vähenemiseen ja verenpaineen pitkäaikaiseen alentumiseen. Fyysinen

aktiivisuus voi hidastaa tai estää tyypin 2 diabeteksen tai korkean verenpaineen muodostumista. (Physical activity guidelines for Americans 2018, 31.) Fyysisen aktiivisuuden pitkäaikaiset vaikutukset masennuksen hoidossa ja välittömät vaikutukset ahdistuksen helpottamiseksi nähdään tämän kehittämistyön kannalta oleellisina tekijöinä. Kehittämistyön ensisijaisena kohderyhmänä on masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavat Helsingin kaupungin psykiatrisen sairaanhoidon mielialahäiriöpalveluiden potilaat.

3 Masennus ja depressio

World Health Organization (WHO) on linjannut masennuksen olevan johtava työkyvyttömyyttä aiheuttava sairaus maailmanlaajuisesti. Arvion mukaan 5 % aikuisista kärsii masennuksen oireista ja sen vaikuttavan maailmanlaajuisesti eri ikäryhmiin. (World Health Organization, Depression, 2021.) Arviot Suomen esiintyvyydestä ovat linjassa WHO:n tekemän arvion (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2021).

Masennus on noussut suurimmaksi sairauden aiheuttamaksi syyksi, jonka takia siirrytään työttömyyseläkkeelle. Vakavista masennustiloista arvioidaan kärsivän 5 % Suomen aikuisväestöstä ja kansanterveyden näkökulmasta masennushäiriöt ovat keskeisin mielenterveyshäiriö sekä yksi suurimmista kansanterveysongelmistamme. (Terveiden ja hyvinvointin laitos - mielialahäiriöt, 2022.)

Depressiota käytetään yleisesti kuvaamaan masennustiloja ja toistuvaa masennusta. Kyseessä on oireyhtymä, joka todetaan haastatteleamalla potilasta. ”Oireiden lukumäärä, vaikeusaste, kesto ja ajallinen vallitsevuus johtavat F32 (masennustiloihin) tai F33 (toistuva masennus) diagnoosiin”. Keskivaikea ja vaikea depressio heikentävät sairastuneen henkilön päivittäistä toimintakykyä ja usein sairastunut tarvitsee apua arjesta selviämiseksi. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2021.)

Masennus yhdistettynä ahdistuneisuushäiriöön vaikuttaa voimakkaasti henkilön fyysiseen ja psyykkiseen oireiluun. Vaikutukset liittyvät negatiivisesti mielialaan ja itsetuntoon lisäten itseään rankaisevia ajatuksia. Kehonkuvan muutokset, motivaation lasku ja matala energisyys sekä yleisen kiinnostuksen laskeminen voivat pahimmassa tapauksessa johtaa itsemurhaan. (McCartan ym, 2020.)

3.1 Masennuksen oireet ja hoito

Masennus on usein pitkäkestoinen sairaus, jonka on todettu olevan merkittävä tekijä mitattaessa sairauden kestoa suhteessa elettyihin vuosiin (Years lived with disability, YLD). Masennuksen puhkeamiseen vaikuttavat monimutkaiset sosiaaliset, psykologiset ja biologiset tekijät. (McCartan ym, 2020.)

Masentuneen henkilön tunne- ja stressinsäätely ovat epätasapainossa, joka vaikuttaa aivojen limbiseen järjestelmään (Gujral, Aizenstein, Reynolds, Butters, Erickson, 2017, 2). Limbinen järjestelmä on aivoalueen joukko, joka osallistuu autonomisten toimintojen, moti-

vaation ja mielentilan säätelyyn (Duodecim Terveyskirjasto, 2016). Kehon stressihormonien tasapainoa säätelevä Hyphtalamus-pituitary-adrenocortical-axis (HPA) on vikatilassa. HPA:n normalisointi näyttää olevan avainasemassa hoidon onnistumisessa. (Schorb ym 2021, 273.)

Depression hoito koostuu akuuttivaiheessa lääkehoidosta tai psykoterapiasta sekä näiden molempien yhdistelmästä (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2021). Liikunta masennuksen hoidossa on saanut enemmän huomiota viime vuosikymmenen aikana (Cooney ym 2013, 10).

3.2 Liikunta, fyysinen aktiivisuus ja masennus

Meta-analyyseistä saadut tulokset osoittavat, että liikunta on lupaava hoitomuoto masennusta sairastaville henkilöille ja tulokset ovat verrattavissa ensisijaisiin hoitomuotoihin; lääkehoitoon ja psykoterapiaan. Yhteneväiset tulokset osoittavat, että liikunta ja lääkehoito voivat vaikuttaa masennuksen hoitoon samojen neuromuskulaaristen mekanismien kautta. (Gujral ym 2017, 3.) Mahdolliset vaikutukset liittyvät biologisiin ja psyykkisiin tekijöihin, kuten elimistön hormonitoiminnan parantumiseen sekä kokemukseen pätevyyden tunteen lisääntymisestä (Ravindran ym 2016, 579).

Liikuntainterventiot toimivat yhtenä vaikuttavana hoitomuotona masennuksen hoidossa. Ryhmämuotoisella liikunnalla voidaan vaikuttaa masennusta sairastavien henkilöiden fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin (Liikunta: Käypä hoito -suositus, 2016.)

National Institute of Health and Care (NICE) kliinisten suositusten mukaan, fyysinen aktiivisuus nähdään potentiaalisena hoitomuotona pitkäaikaisen ja miedon, tai keskivaikean masennuksen hoidossa (McMartan ym, 2020). Liikuntaa suositellaan Kanadassa, Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) toimesta ensisijaisena terapiamuotona miedon ja keskivaikean toistuvan masennuksen hoidossa sekä toissijaisena terapiamuotona keskivaikean ja vaikean toistuvan masennuksen hoidossa (Ravindran ym 2016, 582).

Viimeisin meta-analyysi 11 RCT-tason tutkimuksesta osoitti liikunnan merkittävästi vähentävän kliinisen vaikean masennuksen oireita. Näytön pohjalta masennus on ensimmäinen ja ainoa mielenterveyden sairaus Kanadassa, johon liikuntaa suositellaan näyttöön perustuvana hoitomuotona kliinisessä ympäristössä. (Glowacki ym 2019, 2.) Hoitoon sitoutumista edesauttaa, jos liikunnan toteuttamisesta on vastuussa liikunta-alan ammattilainen.

Sosiaalinen tuki ja päivittäinen struktuuri näyttävät vaikuttavan hoitoon sitoutumiseen ja matkustaminen suorituspaikealle nähdään esteenä osallistumiselle. (Stubbs ym, 2016.)

Itsekoetut esteet liikuntaan osallistumiselle liittyvät useimmiten masentuneiden ihmisten tunteidensäätelyyn, ympäristön aiheuttamiin esteisiin ja omakohtaisiin uskomuksiin omista kyvyistä ja aikomuksista. Merkittävin yksittäinen kokonaisuus on tunteisiin liittyvät esteet, joista korostuu matala mieliala, vähäinen energisyys, väsymys ja vähäinen motivaatio. (Glowacki ym 2017, 115.)

Liikuntaan motivoituminen tapahtuu tietämyksen kasvaessa liikunnan positiivisista seurauksista, sosiaalisista tuesta, ja liikkumisen vaikutuksista tunteiden- sekä käyttäytymisen säätelyyn. Sosiaalisten tekijöiden merkitys on suurin motivaatiota lisäävä tekijä liikunnan lisäämiseksi. (Glowacki ym 2017, 115.)

Käyttäytymistieteelliset teoriat ja tekniikat ovat aktiivisia osia interventiossa, joita voi tarkkailla ja ovat toistettavissa. Interventioiden suunnittelussa masennusta sairastaville potilaille tulee huomioida tunteisiin vaikuttava käyttäytymistieteellinen viitekehys, jossa tavoitteena on vähentää negatiivisia tunteita, lisätä tietoa tunteisiin vaikuttavista tekijöistä ja vahvistaa sosiaalista tukea. (Glowacki ym 2019, 4.) Käyttäytymistieteelliseen teoriaan ja näyttöön suunnitellut interventiot johtavat useimmin parempiin tuloksiin terveyskäyttäytymisen muutoksiin tähtäävissä interventioissa (Sinikallio 2019, 86).

European Psychiatric Association (EPA) julkaisi vuonna 2018 kliinisen suosituksen liikunnasta, lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa. Hoidon tulee tapahtua 2–3 kertaa viikossa kestoaltaan 45–60 minuuttia. Kuormituksen tulee olla kohtalaisesti kuormittavaa kestävyys- tai voimaharjoittelua. Liikuntainterventioiden suunnittelusta ja toteutuksesta tulee vastata liikunta-alan ammattilainen tai fysioterapeutti. (Stubbs ym 2018, 140–141.) Kestävyys- ja voimaharjoittelun yhtäaikainen toteuttaminen intervention aikana näyttää lisäävään hoidosta poisjäämistä – drop out ilmiötä. On suositeltua, että harjoitusohjelma on selkeä ja yksinkertainen toteuttaa, joka auttaa tavoitteiden saavuttamista. (Stubbs ym, 2016.) CANMAT-suosittelee lisäksi, että kliininen ohjeistus huomioi yksilöllisesti kohdehenkilön aikaisemman ja nykyisen fyysisen aktiivisuuden tason sekä intervention keston tulee olla vähintään yhdeksän viikon pituinen (Ravindran ym 2016, 579).

4 Ahdistuneisuushäiriö

Ahdistuneisuushäiriötä kuvataan psykiatriseksi häiriöksi, jolla on laajoja vaikutuksia toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Oireet aiheuttavat voimakkaita kohtauksia ja uhan tunnetta. Kohtaukset heijastuvat usein somaattisina oireina. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito suositus, 2019.) Ahdistuneisuushäiriöt ovat toiseksi merkittävin tekijä mitatessa sairauden kestoa suhteessa elettyihin vuosiin (Years lived with disability, YLD) (Depression and other mental health disorders, 2017).

Ahdistuneisuutta esiintyy Suomen väestössä yleisesti ja usein ahdistuneisuushäiriöt liittyvät muihin mielenterveyden sairauksiin (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito suositus, 2019). Ahdistuneisuushäiriödiagnoosit ovat kasvaneet korkeakouluopiskelijoiden terveys-tutkimusten mukaan. Terveys 2000 tutkimuksessa todettiin nuorissa aikuisissa 12,6 %:lla esiintyvän ahdistuneisuushäiriön jossain elämänvaiheessa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos - ahdistuneisuushäiriöt, 2022.)

4.1 Ahdistuneisuushäiriön oireet ja hoito

Ahdistuneisuushäiriötä voidaan pitää kroonisena sairautena, johtuen oireiden pitkästä kestosta. Oireet voivat olla mietoja tai hyvin vakavia, koostuen monista eri psykiatrisista häiriöistä. Näihin kuuluvat julkisten paikkojen pelko, paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (Generalisen anxiety disorder, GAD), pakko-oireinen häiriö (Obsessive-Compulsive disorder, OCD) ja traumaperäinen stressihäiriö (Post-traumatic stress disorder, PTSD). (Depression and other mental health disorders, 2017.)

Ahdistuneisuushäiriö lisää kasvanutta riskiä sairastua sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksiin ja ahdistuneisuushäiriön on todettu edistävän syrjäytymistä. Sairaus vaikuttaa laajasti yksilön ja yhteiskunnan henkiseen-, sosiaaliseen, terveydelliseen-, ja taloudelliseen taakkaan. (Nyberg ym 2019, 2.) Ahdistuneisuushäiriötä esiintyy psykiatrisessa sairaanhoidossa yleisesti depression yhteydessä, heikentäen potilaiden psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2021).

Ahdistuneisuushäiriötä hoidetaan Käypä hoito suositusten mukaan tehokkaasti psykososiaalisilla hoitomuodoilla ja lääkehoidolla sekä näiden yhdistelmillä (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito suositus, 2019). Hoidot ovat yleensä tehokkaita, mutta voivat myös aiheuttaa esteitä ja hoidosta vetäytymistä (drop out). On arvioitu, että 1/3 hoidettavista eivät saa vastetta lääkehoidosta ja psykososiaaliseen hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa leimautumi-

sen pelko. (Nyberg ym 2019, 996–997.) Liikunnalla voi olla suojaava vaikutus ahdistuneisuushäiriöisiin ja liikuntaharjoittelu voi vähentää ahdistusoireilua, tukihoitona muun hoidon lisäksi (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä-hoito-suositus, 2019).

4.2 Liikunta, fyysinen aktiivisuus ja ahdistuneisuushäiriöt

Liikunnan on todettu vähentävän merkittävästi ahdistuksesta aiheutuvia oireita ja fyysisen aktiivisuuden edistäminen voi toimia ennaltaehkäisevänä sekä vaikuttavana hoitona. Liikunta vaikuttaa todennäköisesti biologisten ja psykologisten mekanismien kautta. Näyttö osoittaa, että liikuntainterventiot voivat vähentää ahdistuksen oireita ahdistuneisuushäiriöissä ja ei-kliinisessä ympäristössä. (Kandola & Stubbs 2020, 345.)

Kliinisessä ympäristössä ja vapaa-ajalla toteutunut fyysinen aktiivisuus näyttää suojaavan ahdistuneisuushäiriöltä (Kandola & Stubbs 2020, 345). Liikuntaohjelmien keskeyttämien ei eroa muista hoitomuodoista ja keskeyttäneiden osuus on suhteellisen pieni (15,7 %). Sairaalapotilaiden keskeyttäneiden osuus on pienempi kuin avohoidossa olevien potilaiden. (Vancampfort ym 2021, 999.)

Pidempiaikainen reipas tai rasittava fyysinen aktiivisuus vähentää ahdistuksen oireita aikuisella väestöllä (Physical activity guidelines for Americans 2018, 41). Ahdistuneisuushäiriön on arvioitu lisääntyvän 32 %, jos ei saavuteta reippaan tai rasittavan fyysisen aktiivisuuden suosituksia, suhteessa niihin ketkä sen saavuttavat. Tulokset pohjautuvat laajaan terveyskyselyyn (World Health Survey), joka tehtiin 47 eri valtioon. Tulokset osoittavat fyysisen aktiivisuuden suojaavan ahdistuneisuushäiriöltä ja vähäisen fyysisen aktiivisuuden kasvattavan riskiä ahdistuneisuushäiriön lisääntymiseksi. (Kandola & Stubbs 2020, 346.)

Liikunta-alan ammattilaisten toteuttamat ja ohjaamat interventiot ovat yhteydessä vähäisempään keskeyttämiseen. Liikuntainterventioiden toteuttajilla tulee olla taito edistää osallistujien sisäistä motivaatiota liikkumista kohtaan ja yhdistää interventioihin käyttäytymisteoreettisia lähestymistapoja. (Vancampfort ym 2021, 1002.) Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan lisäämiseksi tähtäävien interventioiden vaikutukset kohdentuvat lisäksi fyysisen sekä sosiaalisen hyvinvoinnin ylläpitämiseksi (Kandola & Stubbs 2020, 346).

5 Helsingin Kaupunki liikkumisen edistäjänä

Helsingin kaupunki nosti vuosiksi 2018–2021 liikkumisen edistämisen yhdeksi kärkihankkeeksi, tavoitteena liikkumisen edistäminen ja istumisen vähentäminen. Vähäisen liikkumisen aiheuttamien terveyshuollon kustannusten on arvioitu kasvavan merkittävästi vuoteen 2030 mennessä. (Käytä liikkumavaraasi – Helsingin liikkumisohjelma, 3–4.) Liikkumisohjelman yhtenä tavoitealueena (Tavoitealue 8) oli; ” liikunnan hyödyntäminen nykyistä paremmin sairauksien ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Toimenpiteitä kohdennetaan erityistä tukea tarvitseville kuntalaisryhmille”. (Käytä liikkumavaraasi – Helsingin liikkumisohjelma, 25.)

” Terveys ja päihdepalveluissa tarjotaan tukea, neuvoa ja ohjausta liikkumisen edistämiseen osana terveellisten elintapojen edistämistä sekä sairauden hoitoa ja kuntoutusta. Sosiaali- ja terveystoimialan toiminta korostuu ikääntyneiden ja erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden liikkumisessa”. (Käytä liikkumavaraasi – Helsingin liikkumisohjelma, 47.) ”Terveyttä edistävän liikunnan edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäiseviä ja korjaavia palveluja. Ammatillaisen tehtäviin kuuluu liikkumisen puheeksi otto, neuvonta ja motivointi”. (Käytä liikkumavaraasi – Helsingin liikkumisohjelma, 25.)

Helsingin kaupungin hyvinvointisuunnitelma vuosille 2022–2025 on tehty johtamaan, ohjaamaan ja kehittämään helsinkiläisten hyvinvointia ja terveyden edistämistä. Hyvinvointisuunnitelma suuntautuu terveyden ja hyvinvoinnin edistämistyöhön, eriarvoisuuden vähentämiseen, kestävien kaupunkien ja yhteisöjen sekä köyhyyden poistamisen tavoitteisiin. Strategia nojaa sosiaalisen laadun määritelmiin ja YK:n kestävän kehityksen tavoitteisiin. (Hyvinvointisuunnitelma, 2022.) Hyvinvointisuunnitelman ja työikäisten liikkumisen edistämisen yhtenä tavoitteena (tavoite 20) on hyödyntää liikkumista ”työikäisten sosiaalisen hyvinvoinnin edistämässä, sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa sekä osana psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista kuntoutumista. (Hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta kaikille – Helsingin hyvinvointisuunnitelma 2022–2025.)

Tämän kehittämistyön kohteena on Helsingin kaupungin psykiatria ja päihdepalveluiden mielialahäiriöpalveluiden potilaat. Potilaiden fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa edistävät hoitoalan ammattilaiset, jotka työskentelevät Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluiden mielialahäiriöpoliklinikoilla tai fysioterapia ja liikuntapalveluiden yksikössä.

6 Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelut

Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluiden palvelukokonaisuus (Kuva 2) muodostuu Ensilinjan palveluista, Mielialahäiriöpalveluista, Psykoosipalveluista, Päihdepalveluista, Asumisen tuki- sekä Sosiaali- ja kriisipäivystyksestä (Helsingin kaupunki. Psykiatria- ja päihdepalvelut, 2023).



Kuva 2. Helsingin kaupungin Psykiatria ja päihdepalveluiden palvelukokonaisuus

Helsingin kaupungin psykiatria ja päihdepalvelut on jakaantunut neljän eri alueellisen psykiatria- ja päihdekeskukseen. Tämä kehittämistyö kohdentuu psykiatria- ja päihdepalveluiden mielialahäiriöpalveluiden eri alueiden poliklinikoille (Kuva 3) ja fysioterapia ja liikuntapalveluiden yksikköön. Fysioterapia ja liikuntapalveluiden yksikkö sijaitsee Auroran sairaala-alueella ja kuuluu hallinnollisesti Ensilinjan palveluiden alaisuuteen (Helsingin kaupunki, Ensilinjan palvelut, 2023).



Kuva 3: Mielialahäiriöpalveluiden alueelliset poliklinikat

6.1 Mielialahäiriöpalvelut

Mielialahäiriöpalvelut ovat vastuussa masennuksen, kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekä mieliala- ja erityishäiriöiden tutkimuksesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Hoitotyöryhmät koostuvat moniammatillisista työryhmistä ja hoitajakso toteutetaan näyttöön perustuviin hoito-ohjelmiin. (Helsingin Kaupunki. Mielialatyöryhmät, 2023.)

Perusterveydenhuolto tai muu taho tekee arvion, jonka jälkeen potilas voidaan ohjata mielialahäiriöpalveluiden piiriin. Hoitajakso on määräaikainen ja hoidosta vastaa hoitovastuussa oleva työntekijä, jonka tehtävänä on koordinoida hoitoprosessin etenemistä potilaan ja omaisten kanssa. Hoitajakso on kolmivaiheinen, johon kuuluu arviointi- ja hoito-

jakso sekä hoidon päättäminen. (Helsingin Kaupunki, mielialatyöryhmät, 2022.) Tarvittaessa potilas saa tiiviimpää tukea osallistumalla intensiivisen avohoidon hoito-ohjelman eri ryhmätoimintaan (Helsingin kaupunki, intensiivinen avohoito, 2023).

Liikuntaryhmät ovat pitkittyneen masennuksen keskivaiheen yksi hoitomenetelmä (Helsingin kaupunki, psykiatrian hoito-ohjelmat, pitkittyneen masennuksen hoito-ohjelma, 2019). Hoito-ohjelmissa mainitaan keskivaiheen hoitomenetelmänä elintapaohjaus ja liikunnan edistäminen joko ryhmämuotoisella tai lyhyellä yksilöinterventiolla. Hoidon loppuvaiheessa pyritään hyödyntämään kolmannen sektorin toimijoita. (Helsingin kaupunki, psykiatrian hoito-ohjelmat, 2019.)

Helsingin kaupungin hyvinvointisuunnitelma kohdentuu tukemaan hoitohenkilökunnan liikumisen puheeksi ottoa psykiatria ja päihdepalveluissa (Hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta kaikille – Helsingin hyvinvointisuunnitelma 2022–2025). Tämän palvelupolkumallin kehittämistyössä painotetaan liikumisen puheeksi ottamista ja palveluohjausta mielialahäiriöpalveluiden hoitotapaamisissa.

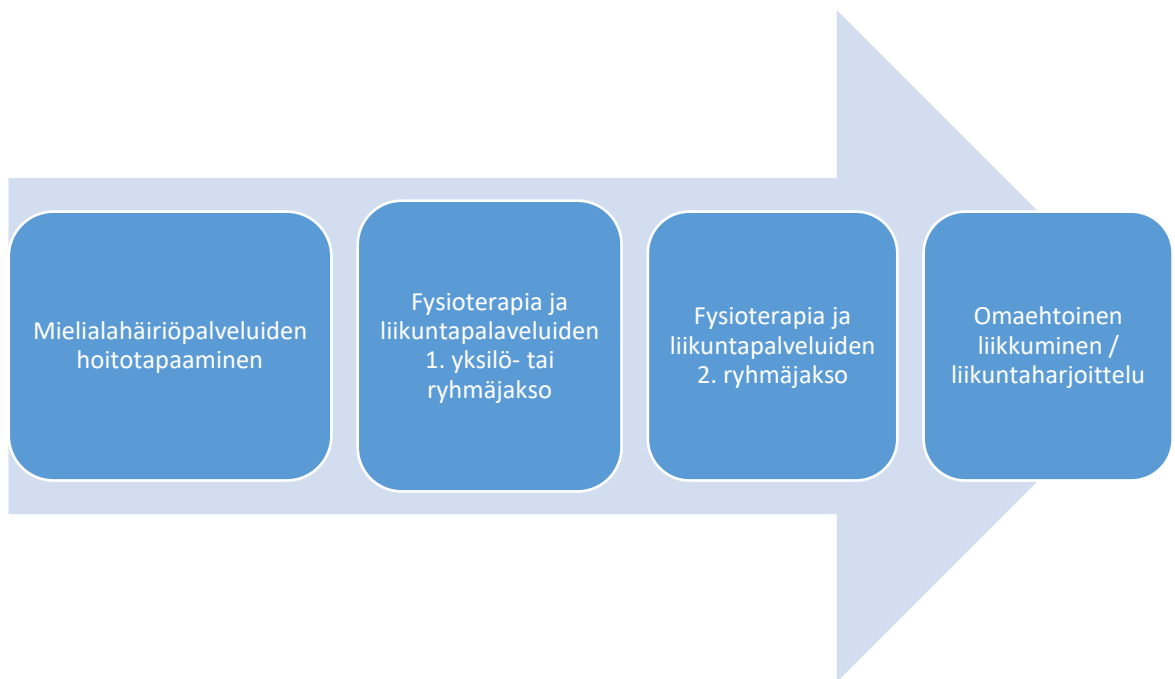
Palvelupolkumalli rakentuu neljästä palvelutuokiosta, joista hoitotapaaminen mielialahäiriöpoliklinikalla on tämän kehittämistyön palvelupolkumallin ensimmäinen palvelutuokio (Kuva 4) hoitohenkilöstön ja potilaan välillä. Palvelutuokiot muodostavat palvelupolun eri vaiheet (Tuulaniemi 2011, 79).

6.2 Fysioterapia ja liikuntapalvelut

Helsingin kaupungin psykiatria ja päihdepalveluiden fysioterapia ja liikuntapalveluiden yksikön perustehtävänä on toimia tukipalveluna Helsingin kaupungin psykiatriselle erikoissairaanhoidolle sekä päihdepalveluille järjestämällä yksilöllistä vastaanottoa ja liikuntaryhmiä. Ryhmätoimintaan osallistuu potilaita mielialahäiriö- ja psykoosipalveluista sekä asiakkaita päihdepalveluiden piiristä. (Helsingin kaupunki, fysioterapia- ja liikuntapalvelut, 2023.)

Viikon aikana järjestetään 10–15 ryhmää, johon ei tarvitse ajanvarausmääräystä vaan paikka ryhmiin varataan yhteistyössä hoitovastuussa olevan työntekijän kanssa. Yksilövastaanotolle tarvitaan ajanvarausmääräys, jonka tekee psykiatrisen hoitotyöryhmän työntekijä. Yksi liikunnanohjaaja vastaa koko Helsingin kaupungin psykiatria ja päihdepalveluiden liikuntapalvelukokonaisuudesta ja ryhmätoiminnan ohjaajaparina toimii kokemusasiantuntija. (Helsingin kaupunki, fysioterapia- ja liikuntapalvelut, 2023.)

Fysioterapia ja liikuntapalvelut toimivat moniammatillisessa yhteistyössä Helsingin kaupungin liikuntapalveluiden kanssa. Verkostotyön tavoitteena on moniammatillisen ja monialaisen yhteistyön lisääminen psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaiden fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan edistämiseksi. (Helsingin kaupunki, fysioterapia- ja liikuntapalvelut, 2023). Fysioterapia ja liikuntapalveluiden yksilövastaanottojakso tai ryhmäjaksot ovat palvelupolkumallin toinen ja kolmas palvelutuokio (Kuva 4). Neljäs palvelutuokio (Kuva 4) on siirtyminen omatoimisen liikkumisen tai liikuntaharjoittelun pariin.



Kuva 4. Palvelutuokiot mielialahäiriöpalveluiden potilaiden fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa edistävässä palvelupolkumallissa

7 Käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta

Innovaatiotoiminta ohjaa nykypäivän talousajattelua, jossa tuotetaan uudenlaisia ja hyödyllisiä tuotteita, palveluita, prosesseja ja menetelmiä. Laaja-alainen eri asiantuntijoiden muodostama verkostojen yhteistyö kehittää tiedettä, teknologiaa ja osaamista innovaatioksi ja tukemaan hyvinvointia. Kilpailun kiristyessä on löydetty uusia tapoja innovoida, jossa yhtenä lähestymistapana on käyttäjien osallistaminen innovaatiotoimintaan. (Työ- ja elinkeinoministeri, 2023.)

Bason 2011, on kuvannut yhteissuunnittelun tuottavan kahdentyyllisiä hyötyjä, joita kuvataan divergenssiksi ja toteutukseksi. Divergenssillä viitataan avoimeen suunnitteluprosessiin, joka edesauttaa laajaa keskustelua sekä innovointia. Toteutus lisää sidosryhmien osallisuutta kehitysohjelmaan, jonka myötä palvelut vastaavat enemmän heidän tarpeitaan sekä näkemystä. (Jyrämä, Mattelmäki 2015, 36.) Tässä kehittämistyössä sidosryhmät, eli eri käyttäjät ovat osallisena kehittämistyössä. Osallistamisen tavoitteena on luoda palvelupolkumalli, jossa huomioidaan potilaiden ja hoitohenkilökunnan ääni sekä näkemykset.

Käyttäjät voidaan nähdä käyttäjälähtöisessä innovaatiotoiminnassa palvelukehityksen lähtökohtana, jolloin organisaatio pyrkii hankkimaan käyttäjistä mahdollisimman syvän ja laajan ymmärryksen. Asiakasrajapinnassa työskentelevät henkilöt ovat avainasemassa käyttäjien tarpeiden ymmärtämisessä, jolloin ymmärrys käyttäjien tarpeista syntyy asiakasvuorovaikutuksessa. Käyttäjät voivat olla myös mukana kehityshankkeissa, jolloin käyttäjät nähdään tutkimus- ja kehittämistoiminnan toimijoina ja resursseina. Lisäksi käyttäjät voivat tuottaa suoraan innovaatioita organisaatioille, jossa käyttäjät kehittävät innovaatioita, joita markkinoilla ei vielä ole. (Jyrämä, Mattelmäki 2015, 176–178.) Käyttäjät kuvataan henkilöksi tai organisaatioksi, joille tuotetaan uutta arvoa heidän kuljettuaan innovaatioprosessi loppuun saakka (Sundbo, Toivanen 2011, 5). Mielialahäiriöpalveluiden potilaat sekä työntekijät yhdessä fysioterapia ja liikuntapalveluiden työntekijöiden kanssa muodostavat palvelupolkumallin käyttäjäryhmät.

Innovaatiot ja käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta on saanut laajasti huomiota julkisen sektorin puolella (Sundbo, Toivanen 2011, 203). Julkisten palveluiden kehittämisessä käyttäjälähtöinen innovointi on nostettu avainasemaan (Jyrämä, Mattelmäki 2015, 175). Kansantalouteen vaikuttavat hyvinvointia ja terveyttä edistävät toimet sekä liikuntapalveluiden tuottajan rooli muodostavat eron julkisen- ja yksityisen puolen käyttäjälähtöisessä innovaatiotoiminnassa (Harmokivi-Saloranta, 2020, 17). Tämä työ kohdentuu Helsingin

kaupungin mielialahäiriöpalveluiden potilaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, jolloin kehittämistyö voidaan nähdä osana julkisen puolen käyttäjälähtöistä innovaatiotoimintaa.

Helsingin kaupungilla osallisuuden periaatteet (Kuva 5) koskevat koko kaupunkiorganisaatiota. Helsinki toimii monissa eri hankkeissa, jotka osallistavat käyttäjiä monessa eri tasossa. (Helsingin kaupunki, Helsingin osallisuusmalli, 2018.)



Kuva 5. Osallisuuden periaatteet. (mukailten Helsingin kaupunki 2018, 13)

Käyttäjien osallistaminen innovointiin kehittää kaupunkiympäristöä ja palveluita, mutta osallistaminen ei kuitenkaan ole ongelmaton. Terveydenhuoltoalalla kokemukset ja tutkimukset ovat osoittaneet vaikeaksi löytää motivoituneita, vuorovaikutuksellisia ja itsensä ilmaisemaan kykeneviä osallistujia. Yksityisyyden ja henkilötietojen suoja estää laajan käyttäjämäärän osallistumisen kehittämistyöhön ja on usein haastavaa saada kaikkien palveluiden käyttäjien ääni kuuluviin. Aktiiviset käyttäjät ovat todennäköisemmin sitoutuneemmin mukana innovoinnissa. (Hennala 2011, 61.)

Käyttäjälähtöiseen innovaatioprosessiin palvelun kehittämisvaiheeseen sisältyy Jäppisen (2011,156) mukaan viisi eri vaihetta;

1. "Asiakasymmärrysvaihe
2. Ideointivaihe
3. Suunnitteluvaihe
4. Testausvaihe

5. Tuotantovaihe”

Asiakasymmärrys voidaan muodostaa erilaisilla haastatteluilla tai kyselyillä, joilla saadaan laaja-alainen ymmärrys palveluiden eri käyttäjäryhmistä. Asiakasymmärryksen pohjalta käynnistetään yhteissuunnittelun menetelmin ideointivaihe, jossa luodaan eri käyttäjäprofiileja ja palvelumalleja. Käyttäjäprofiileista ja eri palvelumalleista voidaan tehdä visuaalisointeja, jotka hahmottavat kehittämistyötä ja tekevät palveluista läpinäkyviä. Suunnitteluvaiheessa malleja testataan, arvioidaan ja jatkokehitetään. Päätöksentekovaiheessa sovietaan kehittämistyön ja johtamisen vastuut. Käyttäjälähtöinen kehittämistoiminta edistää työtyytyväisyyttä ja työntekijöiden vastuuta työnsä suunnittelusta. Käyttäjien osallistaminen kehittämistyöhön edistää haluttujen palveluiden tuottamista. (Jäppinen 2011, 157–159.) Tämän kehittämistyön aikana toteutetaan käyttäjälähtöisen innovaatioprosessin asiakasymmärrys- ja ideointivaihe.

8 Työn tavoite ja tarkoitus

Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluiden fysioterapia ja liikuntapalvelut tekevät monialaista ja -ammattillista yhteistyötä Helsingin kaupungin psykiatrisen sairaanhoidon mielialahäiriöpalveluiden sekä Helsingin kaupungin kulttuuri- ja vapaa-ajan toimialan liikuntapalveluiden kanssa.

Helsingin kaupungin mielialahäiriöpalveluista puuttuu potilaiden fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa edistävä palvelupolkumalli. Potilaat, jotka hyödyntävät fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa hoitomuotona tai päähoitomuotojen tukena, jäävät ilman rakenteellista ja sosiaalista tukea fyysisen aktiivisuuden sekä liikunnan ylläpitämiseksi Tämän kehittämistyön tavoitteena on kehittää käyttäjälähtöinen palvelupolkumalli mielialahäiriöpalveluiden potilaiden fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan edistämiseksi mielialahäiriöpalveluiden, fysioterapia ja liikuntapalveluiden sekä kaupungin liikuntapalveluiden välille.

Ensimmäinen askel, joka on ymmärrettävä monitasoisessa liikuntapalveluiden kehittämisen prosessissa, on tiedostaa tekijät, jotka ovat esteenä tai motivaation lähteenä liikuntakäyttäytymisessä. Tätä tietoa voidaan hyödyntää interventioiden suunnittelussa, rakenteiden kehittämisessä ja kliinisessä työssä. (Glowacki ym 2017, 109.) Tutkimus, joka kohdentuu mielialahäiriöpalveluiden potilaisiin, on kehittämistyön ensimmäinen työvaihe. Tutkimuksen pää- ja samalla ensimmäinen tavoite on selvittää, mitkä ovat Helsingin kaupungin psykiatrisen mielialahäiriöpalveluiden potilaiden itsekoetut esteet ja motivaatiotekijät fyysistä aktiivisuutta sekä liikuntaa kohtaan.

Hoitohenkilöstön kokemat esteet liikunnan tai fyysisen aktiivisuuden puheeksi ottamiseksi ovat verrannollisia masennusta sairastavien potilaiden kokemuksiin esteisiin liikunnan tai fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi. Merkittävimmät esteet ovat matala mieliala, koulutuksen puute, tiedon puute siitä miten edistää fyysistä aktiivisuutta ja resurssien puute. (Glowacki ym 2019, 4.) Helsingin hyvinvointisuunnitelman liikkumista edistävät toimenpiteet kohdentuvat tukemaan psykiatria- ja päihdepalveluiden hoitohenkilökunnan liikkumisen puheeksi ottamista ja palveluohjausta. Tutkimuksen toinen tavoite on selvittää, miten fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan puheeksi ottaminen, neuvonta ja motivointi toteutuvat mielialahäiriöpoliklinikoiden hoitotapaamisissa potilaan näkökulmasta.

Tutkimuksen tulokset tulevat osaksi palvelupolkumallia. Palvelupolkumallin yhteiskehittäminen hoitoalan ammattilaisten kanssa on kehittämistyön toinen työvaihe. Palvelupolkumalli lisää monialaista ja moniammattillista yhteistyötä potilaiden fyysisen aktiivisuuden ja

liikunnan edistämiseksi. Fyysinen aktiivisuus ja liikunta voi edistää masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden oireiden vähenemistä sekä ehkäistä eri elintapasairauksien puhkeamista. Hoitohenkilökunta voi hyödyntää palvelupolkumallia fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa edistävien palveluiden kehittämisessä, interventioiden suunnittelussa ja kliinisessä työssä.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Mitkä itsekoetut esteet vaikuttavat Helsingin kaupungin psykiatrisen sairaanhoidon mielialahäiriöpalveluiden masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavien potilaiden fyysiseen aktiivisuuteen ja liikuntaan?
- 2) Mitkä motivaatiotekijät vaikuttavat Helsingin kaupungin psykiatrisen sairaanhoidon mielialahäiriöpalveluiden masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavien potilaiden fyysiseen aktiivisuuteen ja liikuntaan?
- 3) Miten Helsingin kaupungin psykiatrisen sairaanhoidon mielialahäiriöpalveluiden hoitohenkilökunnan fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan puheeksi ottaminen, neuvonta ja motivointi toteutuvat potilaiden näkökulmasta?

9 Kehittämistyön toteutus

Työelämästä lähtöisin olevat kehittämisen kohteet, kuten prosessien tai toimintojen parantaminen, tuotekehitys, palveluiden kehittäminen tai erilaiset asiantilat, ovat lähtökohtana kehittämistutkimukselle. Kehittämistutkimukselle on ominaista päällekkäiset sykliset prosessit, jossa kehittäminen ja tutkiminen ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Tutkimuksen menetelmät valikoituvat kehittämiskohteen mukaan, jossa voidaan käyttää kvantitatiivisia (määrällinen) ja kvalitatiivisia (laadullinen) tutkimusmenetelmiä. (Kananen 2017, 19–20.)

Monimenetelmällistä tutkimusta voidaan käyttää monialaisissa tutkimuksissa, jolloin viitataan käsitteeseen triangulaatio, eli monimetodinen lähestymistapa. Metoditriangulaatio yhdistää määrällisen ja laadullisen tutkimuksen, jossa tavoitellaan kattavampaa ja luotettavampaa tutkimusta. (Vilkkä 2021, 70., Eskola, Suoranta 2000, 68–69.) Tämän kehittämistyön toteutus on kaksivaiheinen, jonka ensimmäisessä työvaiheessa tehdään kvantitatiivinen tutkimus mielialahäiriöpalveluiden potilaille. Tutkimusmenetelmänä on strukturoitu kyselylomake, joka mahdollistaa mahdollisimman laajan kyselyn toteutuksen ja samalla käytetty tutkimusmenetelmä turvaa potilaiden henkilötietosuojan. Strukturoidulla kyselylomakkeella tavoitellaan potilaiden ääntä osaksi palvelupolkumallia. Kyselytutkimuksen tulokset huomioidaan kehittämistyön toisessa vaiheessa. Kyselytutkimus on käyttäjälähtöisen innovaatioprosessin asiakasymmärrysvaihe yhdestä käyttäjäryhmästä.

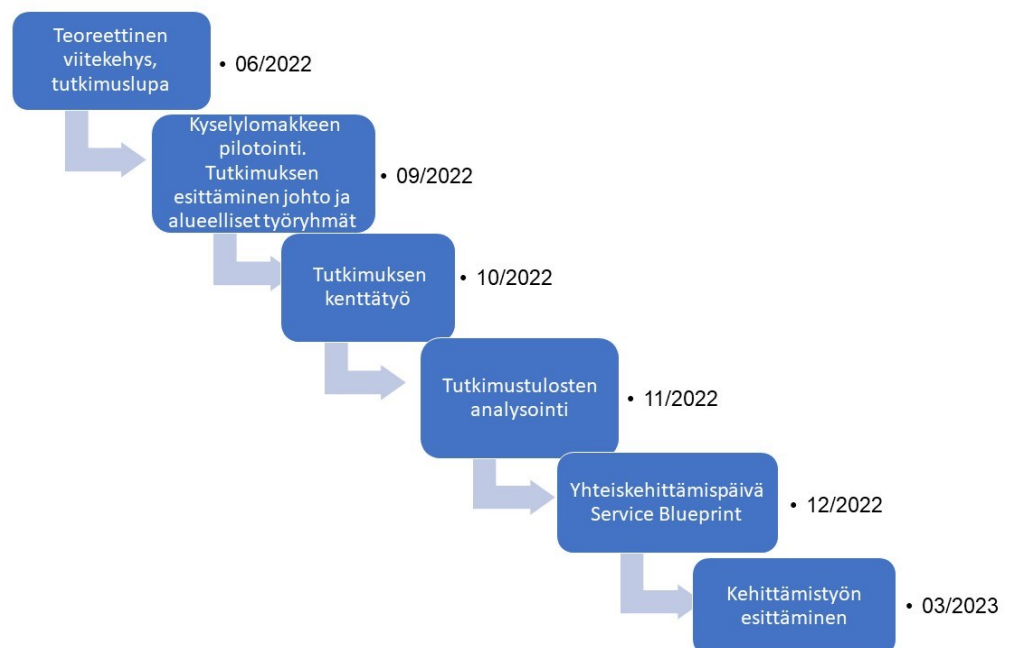
Toinen työvaihe on yhdessä asiakasrajapinnassa työskentelevien hoitoalan ammattilaisten kanssa kehittää visuaalinen kuvaus palvelupolkumallista Service blueprint menetelmän mukaisesti. Palvelupolku yhdistetään palvelumuotoiluprosessin asiakaskontaktien prosessien kehittämistyöhön, jota ohjaa asiakaslähtöinen arvoajattelu (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2014, 71, 73). Tässä työvaiheessa tavoitellaan mielialahäiriöpalveluiden sekä fysioterapia ja liikuntapalveluiden työntekijöiden ääntä ja näkemyksiä osaksi palvelupolkumallia. Palvelupolkumallin kehittäminen Service blueprint menetelmän mukaisesti on käyttäjälähtöisen innovaatioprosessin ideointivaihe.

9.1 Kehittämistyön lähtökohdat ja aikataulu

Psykiatria ja päihdepalveluiden potilaiden fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan edistämisen monialainen ja -ammattillinen yhteistyö on käynnistetty alueellisten mielialahäiriöpoliiklinikoiden, fysioterapia ja liikuntapalveluiden sekä Helsingin kaupungin kulttuuri ja vapaa-ajan toimialan liikuntapalveluiden kanssa vuodesta 2020 lähtien;

- Yhteistyöpalaverin kulttuuri- ja vapaa-ajan liikuntapalvelut ja fysioterapia ja liikuntapalvelut 14.10.2020
- Palvelupolukumallin idea esitettiin Kalasataman psykiatriakeskuksen mielialatyöryhmän työntekijöille ja johdolle 27.1.2021
- Palvelupolukumallin idea esiteltiin 5.3.2021 yhteistyöpalaverin merkeissä Kulttuuri ja vapaa-ajan toimialan liikuntapalveluiden edustajille. Liikuntapalveluiden työryhmästä erityisliikuntakoordinaattori on keskeinen yhteistyökumppani.
- Ensimmäinen yhteinen moniammatillinen ryhmäkäynti liikuntapalveluiden erityisliikuntakoordinaattorin ja psykiatria- ja päihdepalveluiden liikunnanohjaajan kanssa Kalasataman Into-ryhmään (Intensiivisen avohoidon ryhmä) toteutui 8.10.2021. Yhteistyövierailut aloitettiin vuoden 2022 alusta Malmin ja Laakson psykiatriakeskusten Intensiivisen avohoidon Into-ryhmissä.
- Palvelupolukumalli esitettiin 12/2021 Helsingin kaupungin Soten liikkumishjelman koordinaatiotyöryhmän johdolle.

Kehittämistyön toteutus pohjautui monialaisen ja -ammatillisen verkostotyön jo käynnistettyihin toimenpiteisiin. Aikataulu muodostui alla olevan aikajanan (kuva 6) mukaisesti:



Kuva 6: Kehittämistyön eri vaiheiden aikataulu

9.2 Kehittämistyön määrällinen tutkimus

Kvantitatiivinen tutkimus soveltuu tukimaan ihmistä ja kulttuurituotteita. Aineiston keräämiseksi valittu menetelmä määrittää tavan, jolla tutkimusta lähdetään toteuttamaan. Yleisin käytetty menetelmä tehdä määrällistä tutkimusta on kyselylomake, jolla voidaan saavuttaa laaja kohderyhmä sekä turvata vastaajien henkilötiedot ja muut arkaluontoiset asiat. (Vilkkä 2021, 94.)

Tutkimuksen tavoite määrittää kyselylomakkeen kysymykset ja kyselylomakkeen on oltava teoreettisen viitekehyksen mukainen (Vilkkä 2021, 102,105). Kvantitatiivinen tutkimus perustuu jo olemassa oleville teorioille ja tutkimuksessa tiedetään mitä tutkitaan ja mitä kysymyksiä esitetään. Kehittämistutkimuksen rajattu toimintaympäristö ja havaintoyksiköiden pieni määrä estävät tilastollisen analyysin tehokkaan käytön ja otantamenetelmien käyttöä sekä hallintaa. (Kananen 2012, 121,122.)

Kyselylomakkeen käyttäminen mahdollistaa kehittämistyössä mahdollisimman laajan käyttäjäryhmän ja niiden henkilöiden tavoittamisen, jotka eivät käytä liikuntapalveluita. Käyttäjälähtöisen palveluprosessien suunnittelussa käyttäjien tarpeiden ymmärtäminen luo ymmärryksen kehittämistyölle (Jäppinen 2011, 157). Tieteellistä tutkimustyötä tehtäessä noudatetaan tieteellisen tradition perinteitä. Tutkimusongelma, tutkimuskysymykset ja yleisesti hyväksytyjen menetelmien käyttäminen ovat tieteellisen tradition keskeisimpiä osia. (Ojansalo, Moilanen, Ritalahti 2014, 18.) Tässä tutkimuksessa strukturoitu kyselylomake pohjautuu (Glowacky ym, 2017) tehtyyn tutkimukseen, jossa selvitettiin esteitä ja motivaatiotekijöitä masennusta sairastavien henkilöiden osallistumisesta fyysiseen aktiivisuuteen ja liikuntaan.

Itsekoetut esteet liittyvät useimmiten tunteidensäätelyyn, ympäristön aiheuttamiin esteisiin sekä omakohtaisiin uskomuksiin omista kyvyistä ja aikomuksista. Merkittävin yksittäinen tekijä on tunteisiin liittyvät esteet, joista korostuu matala mieliala, vähäinen energisyys, väsymys ja vähäinen motivaatio. Liikuntamotivaatiota lisääviä tekijöitä ovat uskomukset liikunnan positiivisista seurauksista, liikunnan sosiaalisista tekijät ja fyysisen aktiivisuuden vaikutukset tunteiden- sekä käyttäytymisen säätelyyn. (Glowacky ym 2017, 115.)

Esteitä liikunnalla on raportoitu 36 ja motivaatiota lisääviä tekijöitä 39. Kyselylomakkeeseen on lisätty etäryhmä-vaihtoehto joko esteeksi tai motivaation lähteeksi. Etäryhmät ovat yleistyneet Covid-19 pandemian johdosta. Esteet ja motivaatiotekijät jaotellaan tuloksia analysoitaessa joko; merkittävimmät esteet ≥ 20 vastaajaa tai merkittäviä esteitä ≥ 15 vastaajaa. Vastaajat saivat valita kyselystä niin monta estettä kuin kokivat.

9.3 Tutkimuksen kenttätyö

Tutkimuksen kenttätyön alustavana toimenpiteenä kehittämistyön suunnitelma, tavoitteet, tutkimusmenetelmät ja aikataulu esitettiin Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluiden mielialahäiriöpalveluiden johdolle 09 / 2022. Johdon tuella tutkimusta lähdettiin toteuttamaan eri alueellisten psykiatria- ja päihdekeskusten mielialahäiriöpalveluiden poliklinikoilla. Mielialahäiriöpalveluiden johdon tapaamisen jälkeen käynnistettiin 2 viikkoa kestävä pilotointijakso Helsingin kaupungin psykiatria ja päihdepalveluiden fysioterapia ja liikuntapalveluiden yksikössä.

Tutkimuksen kenttätyöhön osallistuvien mielialahäiriöpalveluiden työntekijöiden rekrytointi tapahtui vierailamalla eri alueellisten mielialahäiriöpoliklinikoiden hoitotyöryhmien viikkokokouksissa. Vierailun järjestämisessä osastonhoitajat olivat yhteyshenkilöinä, mikä edesauttoi tutkimuksen kenttätyöhön osallistuvien hoitotyöryhmien jäsenten rekrytointia. Hoitotyöryhmien työntekijät osallistuivat tapaamisissa aktiivisesti pohdintaan, mikä on hyvä tapa jakaa kyselylomaketta tutkimuksen kohderyhmälle sekä miten tutkimuksen täyttämistä ja palauttamisesta tehtäisiin mahdollisimman helppoa. Määrällisen tutkimuksen kenttätyö toteutettiin neljän alueellisen psykiatria- ja päihdekeskuksen mielialahäiriöpalveluiden hoitotapaamisissa ja ryhmätoiminnassa.

Vuosaaren ja Kalasataman poliklinikoilla sairaanhoitajat jakoivat kyselylomaketta ja Malmin sekä Laakson poliklinikoilla kyselylomakkeen jakamiseen osallistuivat eri ammattiryhmiä edustavat hoitotyöryhmän jäsenet. Strukturoitu kyselylomake mahdollisti mahdollisimman laajan käyttäjäryhmän tavoittamisen, joka tutkimusmenetelmänä turvasi potilaiden anonymiteetin ja henkilötietosuojan. Tutkimus toteutettiin tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Yleisesti sovittujen sääntöjen noudattaminen ideointivaiheesta tulosten julkaisemiseksi, ovat tutkimusetiikan ja sen noudattamisen kannalta oleellista. Eettisesti toimiva tutkija huomioi, miten tutkimusaineisto säilytetään ja samalla suojaa tutkittavien anonymiteetin. (Vilka 2021, 41,47.)

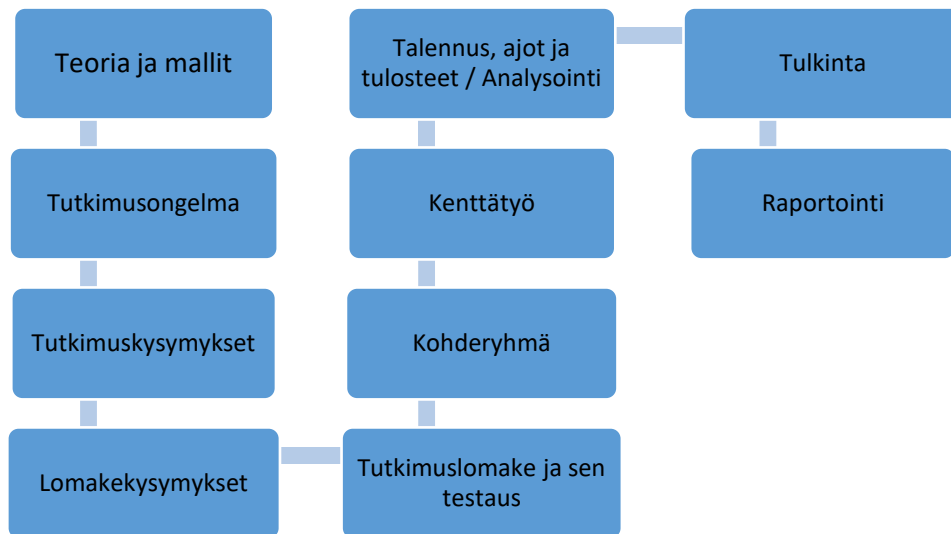
Kyselylomakkeessa potilailta ei kerätty tunnistetietoja ja kyselylomake palautettiin suljetussa kirjekuoressa fysioterapia ja liikuntapalveluiden toimipaikalle. Tutkimukset palautettiin joko Helsingin kaupungin sisäisellä postilla tai julkisen postin kautta. Tutkimukseen oli lisäksi mahdollista osallistua suostumusasiakirjassa olevan QR-koodin kautta, jolloin lomakkeen pääsi täyttämään digitaalisessa muodossa. Kyselylomake tehtiin Helsingin kaupungin Microsoft forms-ohjelmalla. Kyselylomake ei sisältänyt avoimia kysymyksiä, jotka

olisivat vaarantaneet potilaiden henkilötietosuojan tai potilasturvallisuuden. Tutkimuksesta ja sen tavoitteista sekä osallistumisen ehdoista ilmoitettiin tutkimuksen mukana tulevassa informointikirjeessä (Liite 1) ja suostumusasiakirjassa (Liite 2). Tutkijan toimesta painotettiin potilaiden vapaaehtoista osallistumista tutkimukseen ja kyselylomakkeen täyttäminen tapahtui potilaiden ehtojen mukaan, joko hoitotapaamisissa tai heidän valitsemassa paikassa. Ennakoon tutkimuksen epäonnistumiseksi oli arvioitu kohderyhmän heikko vastausprosentti. Vastaajien määrä oli kuitenkin riittävän suuri, jonka myötä saatiin tieto tutkimuskysymyksiin ja -tavoitteisiin.

Kyselylomake oli alustavasti suunnattu masennus- ja ahdistuneisuushäiriödiagnoosi potilaille, mutta diagnoosin perusteella tehtävästä jaosta luovuttiin yhteisymmärryksessä hoitohenkilökunnan kanssa käytyjen keskusteluiden pohjalta. Kohderyhmän rajaaminen diagnoosin perusteella nähtiin aiheuttavan potilasturvallisuuden vaarantamisen, varsinkin kuin mielialahäiriöpalveluiden ryhmätoiminnassa on eri diagnooseilla olevia potilaita.

Johdonmukainen eteneminen ja tutkijan käyttämien menetelmien, tiedonhankinnan sekä tutkimustulosten hallinta ohjaa tutkijan työn etenemistä hyvän tieteellisten käytäntöjen mukaisesti. Lähdeviittausten tarkka ja oikeaoppinen käyttäminen ilmaisee, että tutkija toimii vilpittömästi ja rehellisesti tiedeyhteisöä ja lukijoita kohtaan. Teoreettinen toistettavuus muodostuu, kun tutkimussuunnitelma ja tutkimus ovat yhteneväisiä kuvauksen, sisällön ja aiheen osalta. (Vilka 2021, 42,45.)

Tutkimuksen analysointivaiheeseen valittiin mukaan pilotointijakson ja eri alueiden mielialahäiriöpalveluiden potilaiden vastaukset. Kyselylomakkeella tavoiteltiin potilaiden ääntä osaksi käyttäjälähtöistä palvelupolkumallia, joka on tämän kehittämistyön käyttäjälähtöisen innovaatioprosessin asiakasymmärrysvaihe. Tutkimus eteni kvantitatiivisen tutkimuksen prosessikaavion (kuva 7) mukaisesti.

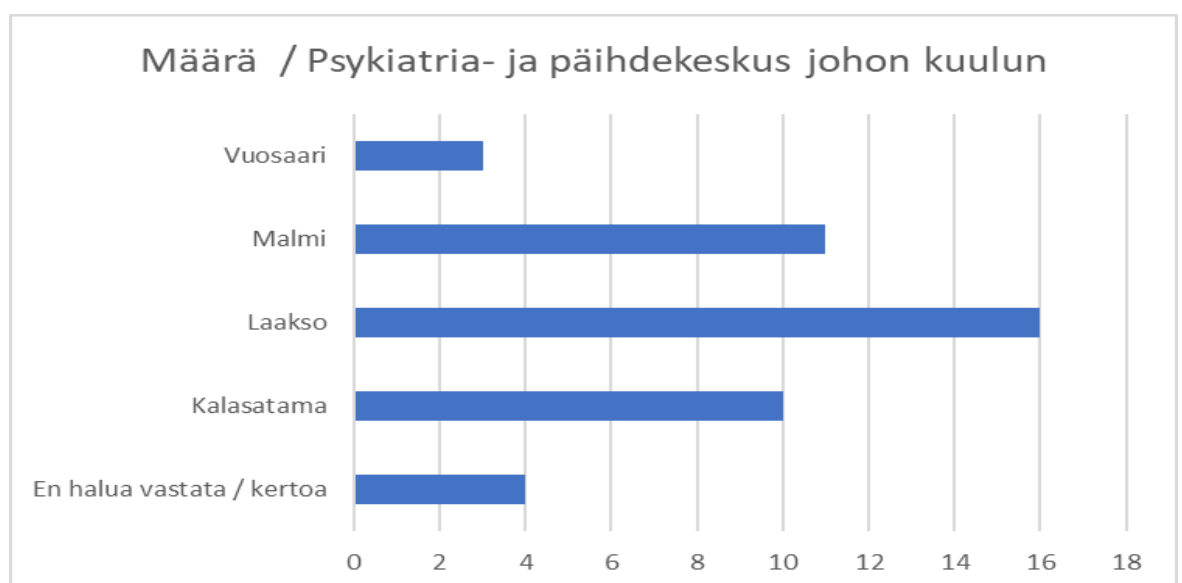


Kuva 7. Kvantitatiivisen tutkimuksen prosessikaavio. (mukaillen Kananen, 2012, 121)

9.4 Kyselytutkimuksen tulokset

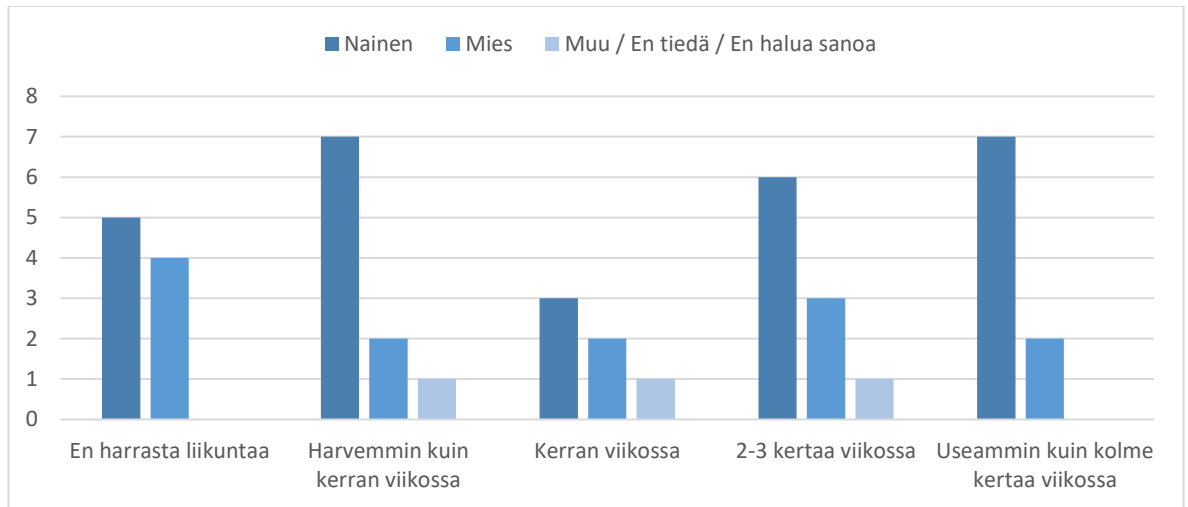
Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 44 henkilöä, joista naisia oli 28, miehiä 12 ja 4 ei halunnut vastata tai kokivat olevansa muu-sukupuolisia. Vastaajista 18 oli iältään 18–29-vuotiaita, 23 30–59-vuotiaita ja 3 yli 60-vuotiasta.

Eri alueiden poliklinikoilta (Kuva 8) Laakson-, Malmin- ja Kalastaman poliklinikoilta vastasi 10 tai enemmän. Vuosaaren vastaajien määrä jäi vähäiseksi. 4 henkilöä ei halunnut vastata tai kertoa omaa mielialahäiriöpoliklinikkaa.



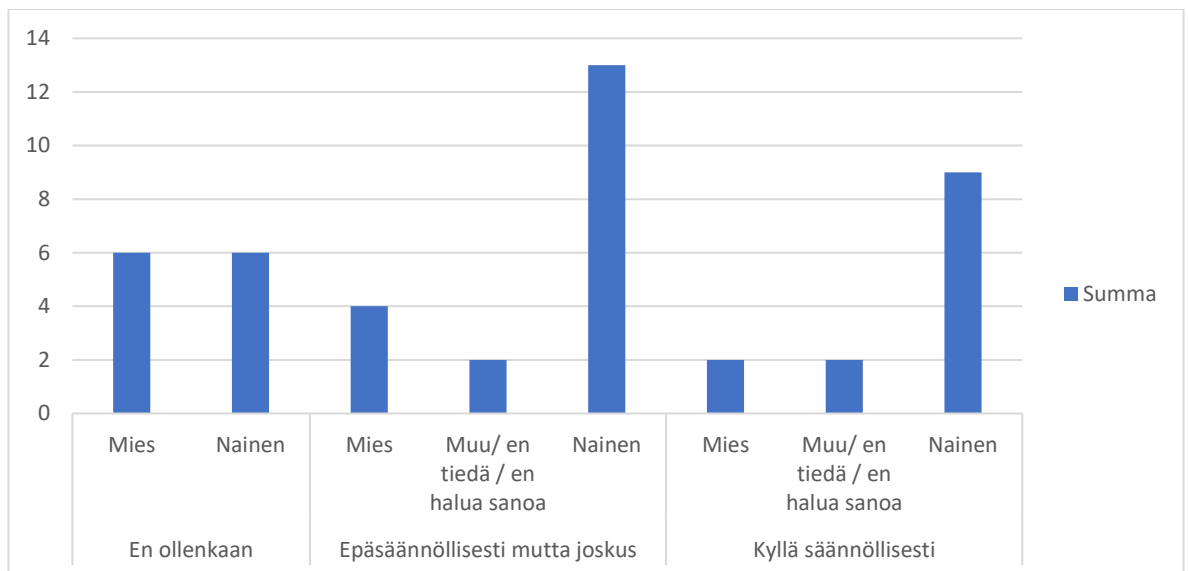
Kuva 8. Alueellisten poliklinikoiden vastaajamäärät

Yhteenvetona 25 (57 %) henkilöä harrasti liikuntaa vähintään kerran (Kuva 9) viikossa ja 19 (43 %) henkilöä vähemmän kuin kerran viikossa.



Kuva 9. Vastanneiden säännöllinen liikuntaharrastaminen

Vastaajista 31 (70 %) henkilöä liikkuu säännöllisesti vähemmän kuin 30 minuuttia päivässä (Kuva 10) tai 2 tuntia 30 minuuttia viikossa.



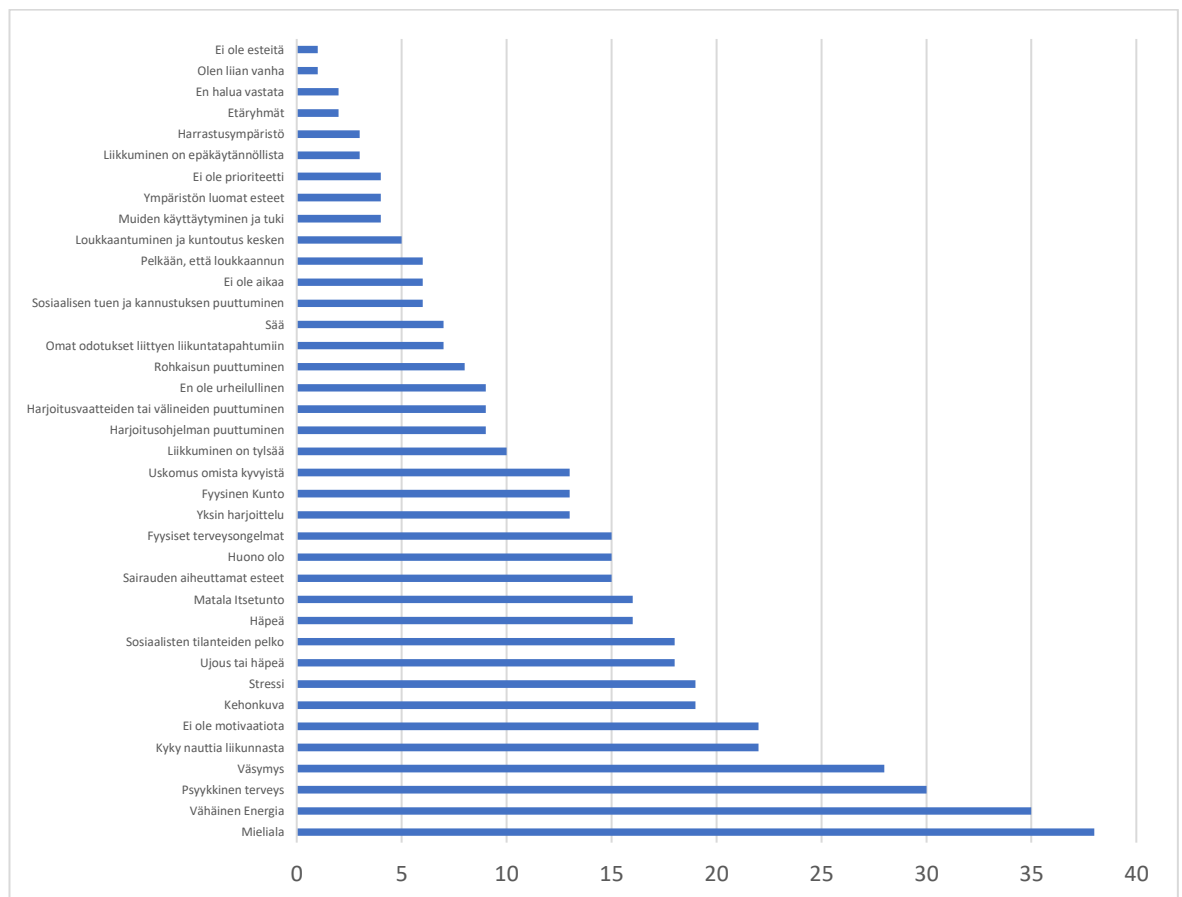
Kuva 10. Vastanneiden säännöllinen liikkumisen aktiivisuus suhteessa UKK-liikkumisen suositukseen.

Kyselylomakkeessa (Liite 3) ei kysytty liikuntamuotoa tai liikunta-aktiiviteetin rasittavuutta. Lisäksi vähintään kerran viikossa säännöllisen liikunnan harrastaneista 13 (30 %) vastasi myös liikkuvan vähintään 30 minuuttia päivässä tai 2 tuntia 30 minuuttia viikossa. Reippaan liikkumisen suositukset saavuttivat ne, jotka harrastavat liikuntaa vähintään kerran viikossa.

UKK liikkumisen suositusten mukaan aikuisten tulee liikkua reipasta liikkumista vähintään 2 tuntia 30 minuuttia tai rasittavaa liikuntaa vähintään 1 tunti 15 minuuttia viikossa. On kuitenkin huomioitava, että vähäisen liikkumisen lisääminen vaikuttaa vähän liikkuviin terveyden kannalta myönteisesti. (UKK-instituutti, 2019).

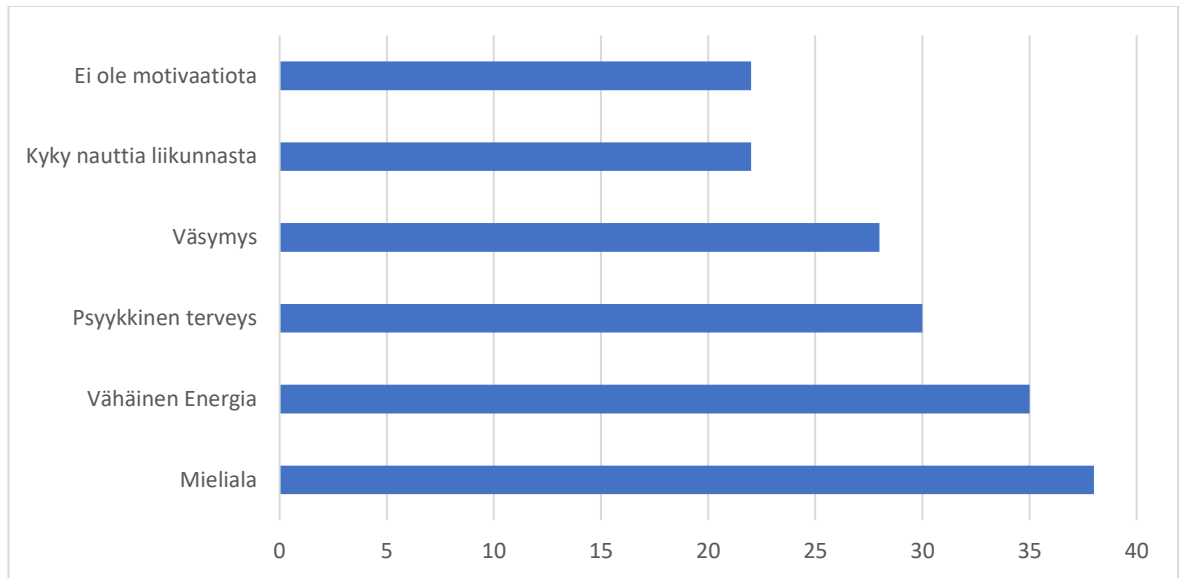
9.4.1 Esteet fyysiselle aktiivisuudelle ja liikunnalle

Tutkimuksen päätavoitteena oli selvittää Helsingin kaupungin mielialahäiriölinjan potilaiden itsekoettuja esteitä tai motivaatiotekijöitä fyysisestä aktiivisuudesta ja liikuntaa kohtaa. Fyysisestä aktiivisuudesta ja liikuntaa kohtaan koettiin esteitä (Kuva 11) jokaisesta eri aiheesta ja 44 vastaajista yksi koki, että ei ole esteitä. Häpeä, sosiaalisten tilanteiden pelko ja ujous tai häpeä olivat kaikki merkittäviä esteitä sekä kyky nauttia liikunnasta oli yksi merkittävimmistä esteistä.

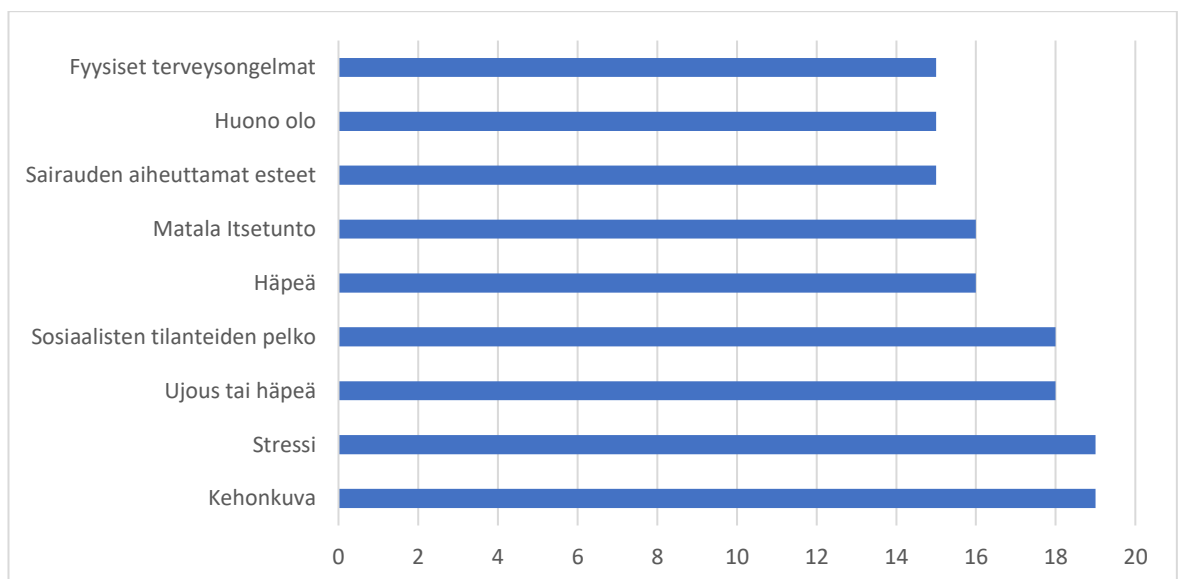


Kuva 11. Tunnistettut esteet fyysiselle aktiivisuudelle ja liikunnalle

Merkittävimmät esteet (Kuva 12), joita koki >20 vastaajista ja merkittävät esteet (Kuva 13), joita koki >=15 vastaajista. Merkittävimmistä esteistä huomioitavan korkealla oli mieliala ja vähäinen energia. Merkittävissä esteissä korostui sosiaalisten tilanteiden pelko, ujous tai häpeä, stressi ja kehonkuva.



Kuva 12. Merkittävimmät esteet fyysiselle aktiivisuudelle ja liikunnalle

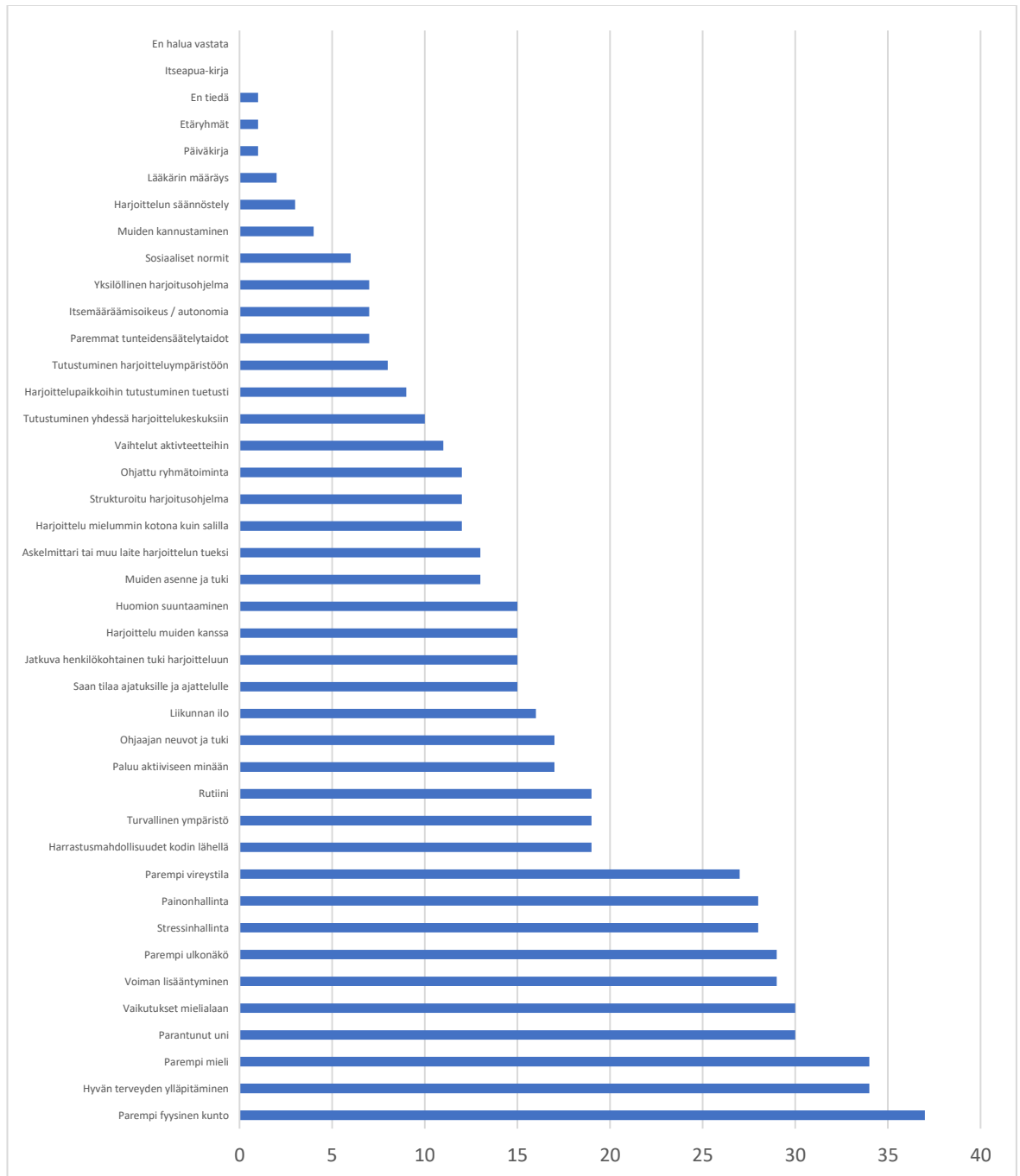


Kuva 13. Merkittäviä esteitä fyysiselle aktiivisuudelle ja liikunnalle

Kyselyyn vastanneiden henkilöiden merkittävimmät itsekoetut esteet ovat yhteneväiset (Glowacki ym, 2017) tehtyyn analyysiin, joissa esteinä korostuivat matala mieliäla, vähäinen energisyys, väsymys ja vähäinen motivaatio. Kyselytutkimuksen tulosten mukaan liikumiskäyttäjymisen muutokseen tähtäävässä interventioissa voidaan hyödyntää tunteisiin pohjautuvaa käyttäytymistieteellistä viitekehystä.

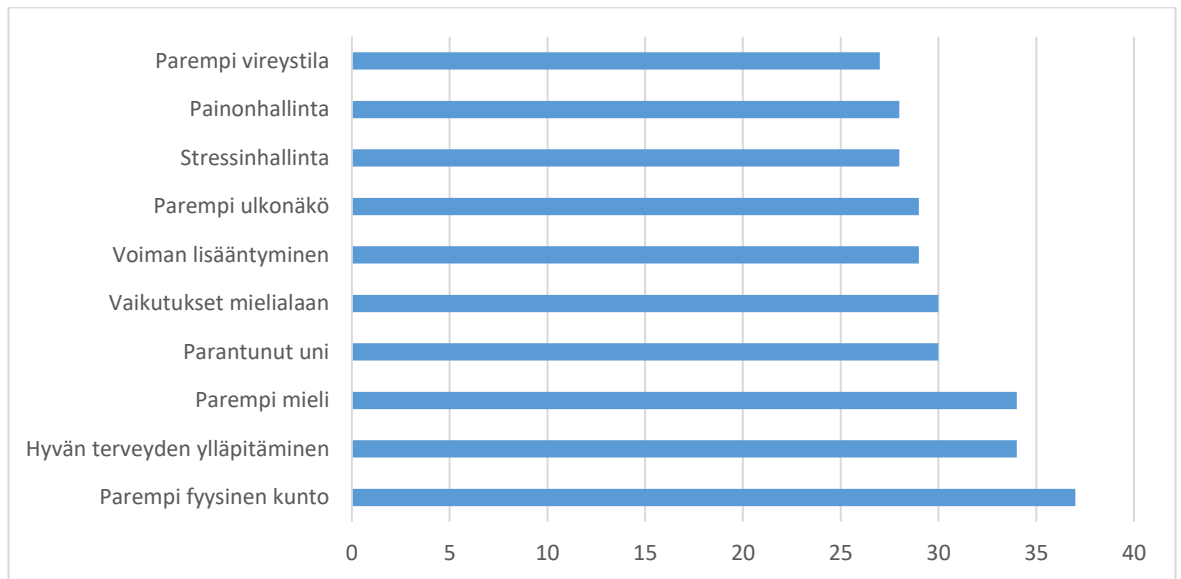
9.4.2 Motivaatiotekijät fyysiselle aktiivisuudelle ja liikunnalle

Motivaatiota lisäävistä tekijöistä (Kuva 14) kaikki osa-alueet lukuun ottamatta ”Itseapua-kirja” koettiin motivaatiota lisäävinä fyysisistä aktiivisuutta ja liikuntaa kohtaan.

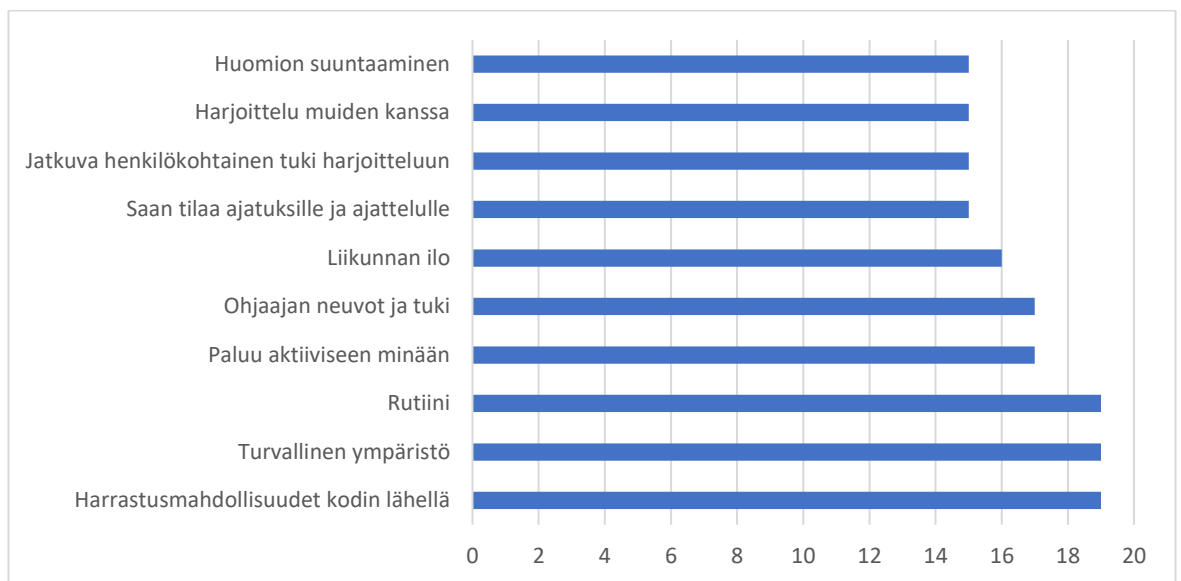


Kuva 14. Tunnistetut motivaatiotekijät fyysiselle aktiivisuudelle ja liikunnalle

Merkittävimmät motivaatiotekijät (Kuva 15), joita koki >20 vastaajista ja merkittävät motivaatiotekijät (Kuva 16), joita koki ≥ 15 vastaajista. Merkittävimmissä motivaatiotekijöissä huomioitavan korkealla olivat parempi fyysinen kunto, hyvän terveyden ylläpitäminen ja parempi mieli. Harrastusmahdollisuudet kodin lähellä, turvallinen ympäristö ja rutiini olivat merkittävänä motivaatiotekijöinä.



Kuva 15. Merkittävimmät motivaatiotekijät

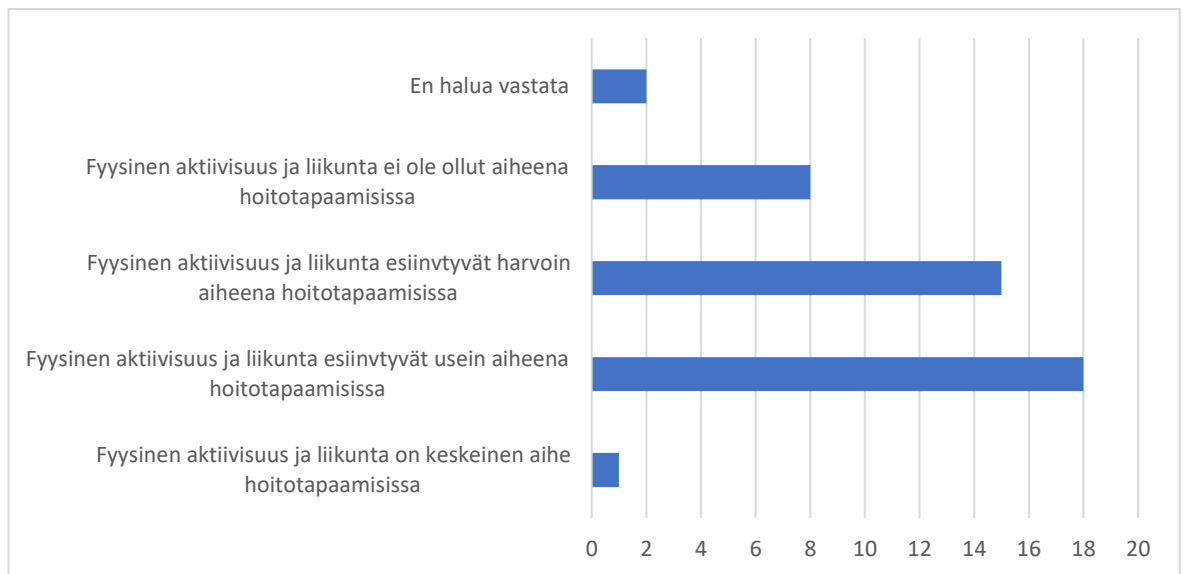


Kuva 16. Merkittäviä motivaatiotekijöitä

Motivoituminen fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa kohtaan tapahtuu tietämyksen kasvaessa fyysisen aktiivisuuden sekä liikunnan positiivisista seurauksista. Sosiaalinen tuki, harrastusmahdollisuuksien saavutettavuus, turvallinen ympäristö, vaikutukset tunteiden- ja käyttäytymisen säätelyyn sekä liikunnan ilo edesauttavat kohdehenkilöiden osallistumista fyysiseen aktiivisuuteen ja liikuntaan. Tulokset ovat yhteneväisiä (Glowacki ym, 2017) tehtyyn analyysiin, jossa korostuivat vaikutukset liikunnan positiivisista seurauksista, sosiaalisista tuesta, ja liikkumisen vaikutuksista tunteiden- sekä käyttäytymisen säätelyyn.

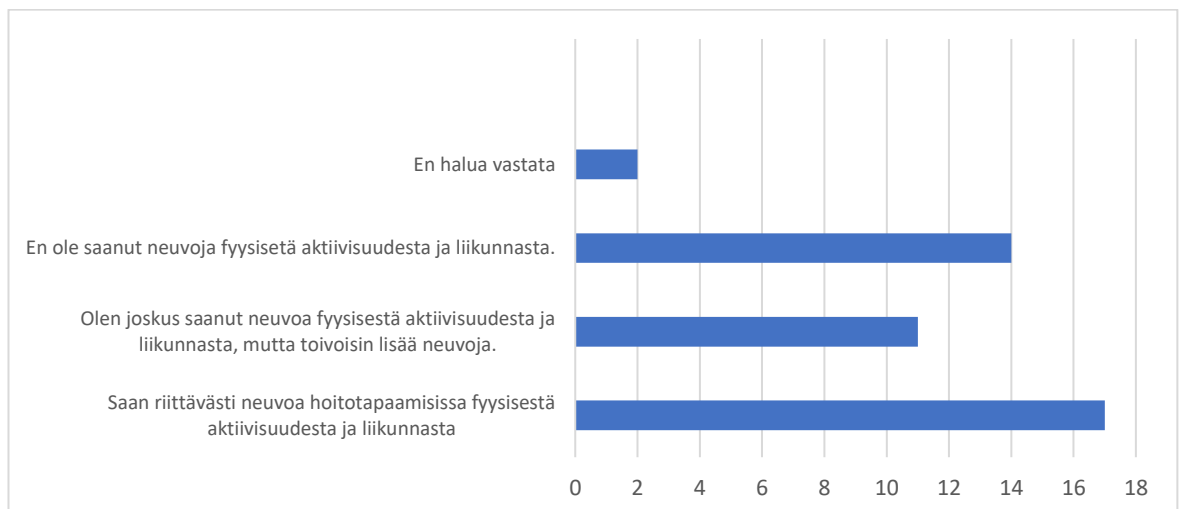
9.4.3 Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan puheeksi ottaminen, neuvonta ja motiivointi

Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan puheeksi ottaminen hoitotapaamisissa (Kuva 17) 19 (43 %) henkilöä koki, että fyysinen aktiivisuus on keskeinen aihe tai esiintyy aiheena usein. 23 (52 %) henkilöä koki, että fyysinen aktiivisuus ja liikunta esiintyy aiheena harvoin, tai ei ollenkaan hoitotapaamisissa.



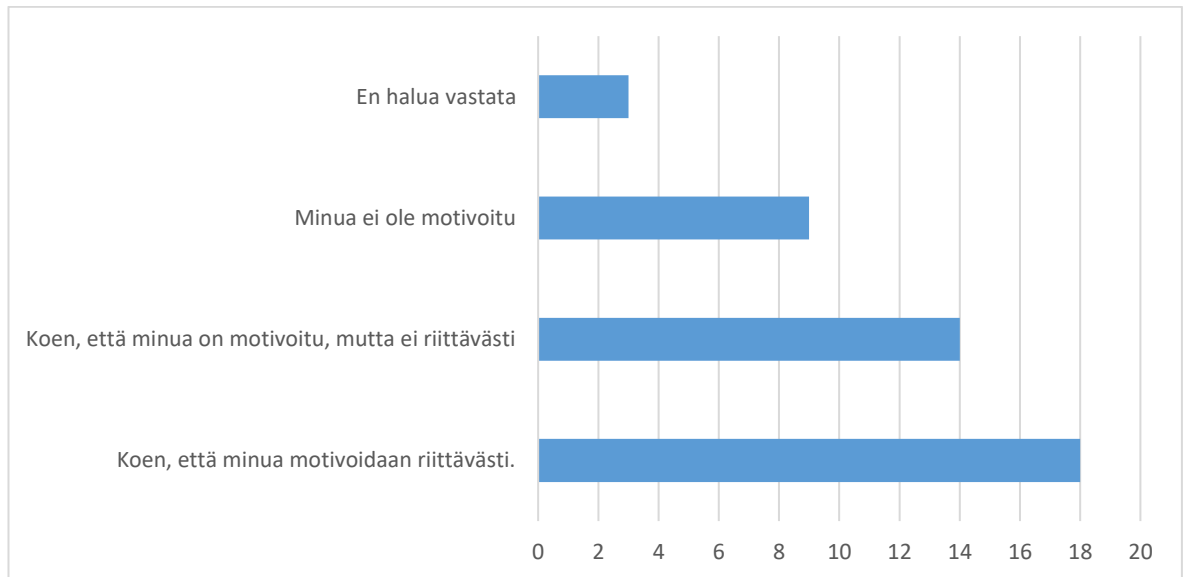
Kuva 17. Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan puheeksi ottaminen hoitotapaamisissa

25 henkilöä (57 %) koki, että ei ole saanut tai ei saa riittävästi neuvoa fyysisestä aktiivisuudesta ja liikunnasta. 17 (39 %) henkilöä ilmoitti saavansa riittävästi neuvoa fyysisestä aktiivisuudesta ja liikunnasta (Kuva 18).



Kuva 18. Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan neuvonta hoitotapaamisissa

23 henkilöä (53 %) koki, että ei ole motivoitu tai ei motivoida riittävästi sekä 18 (41 %) henkilöä koki, että heitä motivoidaan riittävästi fyysiseen aktiivisuuteen ja liikuntaan (Kuva 19).



Kuva 19. Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan motivointi hoitotapaamisissa

Yhteenvedona noin 43 % vastanneista kokee, että fyysinen aktiivisuus ja liikunta on usein tai keskeinen aihe hoitotapaamisissa ja he saavat myös riittävästi neuvoa ja motivointia fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa kohtaan. Noin 57 % vastanneista kokee, että fyysinen aktiivisuus ja liikunta esiintyvät harvoin tai ei ollenkaan aiheena hoitotapaamisissa, toivoisivat lisää neuvoja tai ei ole saanut neuvoja ollenkaan, tai on motivoitu, mutta ei riittävästi / ei ole motivoitu ollenkaan. Tulokset huomioidaan palvelupolukumallin ensimmäisessä kontaktipisteessä, jossa painotetaan Helsingin kaupungin hyvinvointisuunnitelman mukaista hoitohenkilökunnan liikkumisen puheeksi ottamista ja palveluohjausta psykiatria ja päihdepalveluiden hoitotapaamisissa.

9.5 Kehittämistyön Service blueprint palvelupolukumalli

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli kehittää Service blueprint menetelmän mukainen visuaalinen kuvaus palvelupolusta mielialahäiriölinjan potilaiden fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan edistämiseksi. Mallin avulla voidaan lisätä Helsingin kaupungin psykiatrisen mielialahäiriöpalveluiden potilaiden fyysistä, sosiaalista ja psyykkistä hyvinvointia sekä edistää potilaiden terveyttä. Palvelupolukumalli kehitettiin asiakasrajapinnassa työskentelevien hoitoalan ammattilaisten kanssa, joilla on ymmärrys käyttäjäryhmästä ja heidän tarpeistaan, jolle palvelupolukumalli kohdentuu.

”Palvelu on toiminnallinen tekojen sarja”. Prosessissa yhdistyvät asiakkaan eri kontaktipisteet kuljetulla reitillä, joka voidaan kuvata palvelupolkuna. (Tuulaniemi 2011, 212.) Palvelupolku on prosessi, jossa yhdistyvät asiakkaan yksittäiset ja peräkkäiset palvelutuokiot. Kokemus palvelukokonaisuudesta syntyy asiakkaan omista valinnoista ja palvelun tuotantoprosessiin suunnitelluista kontaktipisteistä. (Jyrämä, Mattelmäki 2015, 120.)

Palvelupolku kuljetaan aina yksilöllisesti läpi, jossa kokemus palvelusta muodostuu asiakkaiden eri valinnoista ja tuottajan tarjoamista vaihtoehtoista sekä kanavista (Miettinen 2016, 50). Verkostojen välinen yhteistyö ja eri toimijoiden osaaminen yhdistyvät palvelupolkuprosesseissa (Jyrämä, Mattelmäki 2015, 120). Palvelun kehittämisessä, palvelupolun ja palvelutuokioiden hahmottelu auttaa hahmottamaan palvelun tuotantotavan, rakenteen ja päävaiheet (Miettinen 2016, 51).

Palvelumalli voidaan kuvata visuaalisesti, jossa näkyväksi tuodaan kuvaus palvelun tuottamisesta ja tarvittavista resursseista, suhteessa palvelun läpikäyvään asiakkaaseen. Palvelun muodostama arvo tehdään visuaalisessa muodossa asiakkaalle näkyväksi, huomioiden samalla palvelun tuottajien haasteet. Palvelumallista käytetään nimeä Service Blueprint. (Tuulaniemi 2011, 210,213.)

G. Lynn Shostack ehdottama malli esitettiin vuonna 1983 ajatuksena poistaa virheet ja vähentää ylimääräisiä kokeilukertoja kehittämistyössä. Visuaalinen palvelukuvaus nähtiin edesauttavan palvelun tuottajien välistä vuorovaikutusta. (Slater, Lantman 2019, 26.) Service blueprint-malli perustuu prosessiajatteluun, jossa toiminnot esitetään palvelun tuottajan ja asiakkaan näkökulmasta. Mallin avulla voidaan kehittää uusia palvelumalleja ja kuvata sekä korjata jo olemassa olevia palveluita. Visuaalisessa muodossa esitetty malli huomioi asiakkaan kokemukset ja palveluntuottajan taustalla tekemä asiakkaalle näkymätön työ. Malli etenee kronologisessa järjestyksessä neljällä eri väylällä. (Tuulaniemi 2011, 212–214.)

Ylimmät väylät muodostavat asiakkaalle näkyvät osat; jossa toisella väylällä on kuvattu asiakaskokemukseen vaikuttavat tekijät ja toisella väylällä asiakaskohtaamiseen vaikuttavat suorat vuorovaikutustilanteet. Alimmat kaksi väylää muodostavat asiakkaalle näkymättömän työn pitäen sisällään; henkilökunnan työn ja tukitoimet, jotka eivät näy asiakkaalle sekä muiden kuin suorassa vuorovaikutuksessa olevien henkilöiden välttämätön työ. (Slater, Lantman 2019, 27.)

Osallistujia Service blueprint palvelupolkumallin kehittämistyöhön tavoiteltiin alueellisten mielialahäiriöpalveluiden poliklinikoiden hoitotyöntekijöistä sekä fysioterapia ja liikuntapalveluiden työntekijöistä. Yhteiskehittämispäivään osallistui 2 henkilöä fysioterapia ja liikuntapalveluista sekä 1 työntekijä Malmin mielialahäiriöpoliklinikalta. Palvelupolkumallin kehittäminen toteutettiin ryhmätyöskentelynä. Työpaja jaettiin kolmeen eri työvaiheeseen.

9.5.1 Ensimmäinen työvaihe

Kyselytutkimuksen esteiden ja motivaatiotekijöiden sijoittaminen osaksi palvelutuokioita. Työvaiheessa sijoitettiin potilaiden itsekokemat esteet ja motivaatiotekijät palvelupolkumallin neljälle eri kontaktipisteelle;

- a. Ensimmäinen kontaktipiste on mielialahäiriöpalveluiden alueellisella poliklinikalla tapahtuva yksilö- tai ryhmämuotoinen hoitotapaaminen. Hoitotapaamisissa painotetaan liikkumisen puheeksi ottamista ja palvelunohjausta. Helsingin kaupungin hyvinvointisuunnitelma kohdentuu tukemaan hoitoalan ammattilaisten liikkumisen puheeksi ottamista ja palvelunohjausta.
- b. Toinen kontaktipiste on potilaiden siirtyminen fysioterapia ja liikuntapalveluiden liikuntaryhmien tai yksilöohjauksen pariin. Ryhmä- tai yksilöjaksossa painotetaan tuettua harjoittelujaksoa. Tuettu harjoittelujakso on kestoaltaan 10–12 viikkoa. Harjoittelu on voima- tai kestävyysharjoittelua 1–2 kertaa viikossa. Harjoittelujakson pituus ja ohjeistus perustuu kliiniseen ohjeistukseen liikunnasta masennuksen hoidossa.
- c. Kolmas kontaktipiste on jatkaminen fysioterapia ja liikuntapalveluiden palveluiden ryhmätoiminnan piirissä. 2. ryhmäjakson tavoitteena on tukea itsenäisempään harjoitteluun. Harjoittelu on voima- ja / tai kestävyysharjoittelua 1–2 kertaa viikossa, kestoaltaan 10–12 viikkoa. Harjoittelujakson pituus ja ohjeistus perustuu kliiniseen ohjeistukseen liikunnasta masennuksen hoidossa. Liikkumisen lisääntyessä ja liikuntataitojen kasvaessa voidaan tehdä monipuolisempi harjoitteluhjelma, joka tukee motivaatiota.
- d. Neljäs kontaktipiste on siirtyminen Helsingin kaupungin julkisten liikuntapalveluiden tai muun julkisen palvelun piiriin. Tavoitteena on, että potilas tekee omatoimista liikuntaa tai liikuntaharjoittelua. Saattaen vaihto nähdään olevan merkittävä tekijä siirtäessä omaehtoisen liikuntaharjoittelun pariin.

Kyselytutkimuksen merkittävimmät ja merkittävät esteet sijoittuvat palvelupolun kahteen ensimmäiseen kontaktipisteeseen; hoitotapaamiseen mielialahäiriölinjan poliklinikalla sekä

fysioterapia ja liikuntapalveluiden ensimmäisellä tuetulla yksilö- tai ryhmäjaksolla. Esteiden vähentämiseksi mielialahäiriöpoliklinikan hoitotapaamisessa voi hyödyntää tunteisiin vaikuttavaa käyttäytymistieteellistä viitekehystä tai painottaa fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan positiivisia vaikutuksia.

Kyselytutkimuksen merkittävimmät ja merkittävät motivaatiotekijät sijoittuvat palvelupolun kaikille neljälle eri kontaktipisteelle. Ensimmäisessä kahdessa kontaktipisteessä tulee painottaa liikkumisen ja liikunnan positiivisia seurauksia ja sosiaalisten tekijöiden vaikutuksia. Potilaan siirtyessä eteenpäin kohti itsenäisempää ja omatoimista harjoittelua tulee huomioida motivaatiota lisäävänä tekijöinä liikunnan positiiviset seuraukset, sosiaaliset tekijät ja painottaa fyysisen aktiivisuuden sekä liikunnan vaikutuksia tunteiden- ja käyttäytymisen säätelyyn. Omatoimista harjoittelua tukee viimeisellä kontaktipisteellä ympäristön vaikutukset harjoittelumahdollisuuksiin, jossa tärkeänä yksittäisenä tukitoimena nähtiin saattaen vaihto fysioterapia ja liikuntapalveluista ryhmätoiminnasta julkisten palveluiden piiriin.

9.5.2 Toinen työvaihe

Ryhmätyöskentelynä mietittiin Service Blueprint menetelmän käyttäjälle näkyvät osat; asiakaskokemiseen ja -kohtaamiseen vaikuttavat tekijät.

Asiakaskokemukseen vaikuttavat kaikki näkyvät tekijät, jotka voivat vaikuttaa potilaiden päätökseen lisätä fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa palvelupolun eri kontaktipisteillä. Asiakaskokemuksen muodostumiseen vaikuttaa muut ympäristön tekijät, kuin suorat vuorovaihtustilanteet;

- Hoitotapaamisessa asiakaskokemukseen nähtiin vaikuttavan näkyvä esite eri liikuntaryhmistä, juliste vastaanottohuoneessa liikunnan terveystuloksista ja eri liikuntavälineiden esilläolo vastaanotto tilassa. Näiden nähtiin suuntaavan ajatuksia liikkumiseen.
- Fysioterapia ja liikuntapalveluiden ryhmäjaksoilla asiakaskokemukseen nähtiin vaikuttavan potilaan kohtaaminen, selkeät opastetaulut ryhmätiloista, kuntosalilaitteet ja niiden sijoittelu, ryhmätoiminnan sääntöjen visuaalinen esite, tilan äänimaailma, ja pukuhuoneiden tila sekä säännöt.
- Helsingin kaupungin liikuntapalveluiden asiakaskokemus nähtiin muodostuvan liikuntapaikan sijainnista, laitteista ja hinnasta.

Asiakaskohtaamiseen vaikuttavat tekijät muodostuvat suorista vuorovaikutustilanteista potilaiden ja hoitohenkilökunnan sekä julkisten liikuntapalveluiden työntekijöiden välillä;

- Mielialahäiriölinjan hoitotapaamisissa asiakaskohtaamiseen nähtiin vaikuttavan informaation kulkeminen henkilökunnan ja potilaiden välillä, henkilökohtainen ote motivoitiin, sensitiivisyys hoitotapaamisissa, kirjallinen ja sähköinen esite liikuntapalveluista kokonaisuudessaan.
- Fysioterapia ja liikuntapalveluiden 1. tuetulla ryhmä- tai yksilöjaksolla asiakaskohtaamiseen nähtiin vaikuttavan tervehtiminen, opastus tarvittaessa oikeaan tilaan, kiireetön kohtaaminen, priorisointi ensikertalaisiin, kannustava palaute ja ilmapiiri sekä yksinkertaisuus harjoittelussa.
- Fysioterapia ja liikuntapalveluiden 2. ryhmäyksillä asiakkoita kohtaan nähtiin vaikuttavan henkilökohtainen kohtaaminen ”tervehditään nimellä” ja että muut ryhmäläiset tervehtivät ja on kontaktissa.
- Helsingin kaupungin liikuntapalveluiden asiakaskohtaamiseen nähtiin vaikuttavan tieto palveluista ja yhteyshenkilöistä, esimerkkinä Helsingin kaupungin liikuntapalveluiden Alue- ja Nyt-liikunta sekä saattaen vaihto fysioterapia ja liikuntapalveluista kunnallisten liikuntapalveluiden piiriin.

9.5.3 Kolmas työvaihe

Service Blueprint menetelmän käyttäjälle näkymättömät osat. Henkilökunnan työ, joka ei ole näkyvässä potilaille ja tukitoimet sekä muiden kuin suorassa vuorovaikutuksessa olevien työntekijöiden välittämätön työ. Kehittämistyön Service blueprint mallissa yhdistettiin käyttäjälle näkymättömät osat yhdeksi kokonaisuudeksi

- Mielialahäiriölinja hoitotapaamisissa fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan edistämiseksi nähtiin vaikuttavan hoidon suunnittelu hoitotiimeissä suullisesti, kirjaaminen potilastietojärjestelmään, yhteydenotto työkoriviesteillä, intran tiedon hyödyntäminen ja Qr-koodin avulla löydettävät liikuntapalvelut.
- Fysioterapia ja liikuntapalveluiden ryhmäyksillä nähtiin vaikuttavan toimintojen suunnittelu, koulutus, verkostotyö, yhteistyö muiden toimijoiden kanssa, työntekijöiden välinen vuorovaikutus, tiedottaminen ja työkoriviestintä

- Helsingin kaupungin liikuntapalveluiden asiakaskohtaamiseen nähtiin vaikuttavan yhteistyö eri toimijoiden kanssa ja laaja tiedottaminen palveluista mielialahäiriö- sekä fysioterapia ja liikuntapalveluiden työntekijöille.

Yhteiskehittämisen päivän tuloksena syntyi Service blueprint menetelmän mukainen visuaalinen kuvaus palvelupolkumallista (Kuva 20). Mallia voidaan hyödyntää mielialahäiriölinjan potilaiden fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan lisäämiseksi tähtäävien interventioiden suunnittelussa, rakenteiden kehittämisessä ja kliinisessä työssä (Liite 4).

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Esite liikuntaryhmistä • Juliste vastaanottohuoneessa liikunnan terveysvaikutuksista • Liikuntavälineiden esiliäolo vastaanotto tilassa | <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan kohtaaminen • Selkeät opasteluuryhmittäloista Kuntosallaitteita niiden sijoittelu • Ryhmitöiminnan sääntöjen visuaalinen esite • Tilan äänimaailma, pukuhuoneiden tila ja säännöt | <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan kohtaaminen • Selkeät opasteluuryhmittäloista Kuntosallaitteita niiden sijoittelu • Ryhmitöiminnan sääntöjen visuaalinen esite • Tilan äänimaailma, pukuhuoneiden tila ja säännöt | <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan kohtaaminen • Selkeät opasteluuryhmittäloista Kuntosallaitteita niiden sijoittelu • Ryhmitöiminnan sääntöjen visuaalinen esite • Tilan äänimaailma, pukuhuoneiden tila ja säännöt | <p>Liikuntapaikkojen sijainti, laitteet ja hinta</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Liikkumisen ja liikunnan positiiviset vaikutukset mielialaan | <ul style="list-style-type: none"> • Ohjaajan tuki harjoitteluun • Saan tilaa ajatuksille ja ajattelulle • huomion suuntaaminen • Parempi vireyttä ja parantunut uni | <ul style="list-style-type: none"> • Ohjaajan tuki harjoitteluun • Saan tilaa ajatuksille ja ajattelulle • huomion suuntaaminen • Parempi vireyttä ja parantunut uni | <ul style="list-style-type: none"> • Ohjaajan tuki harjoitteluun • Saan tilaa ajatuksille ja ajattelulle • huomion suuntaaminen • Parempi vireyttä ja parantunut uni | <p>Motivaatiotekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turvallinen Ympäristö • Harrastusmahdollisuudet kodin lähellä • Paluu aktiiviseen minään • Parempi ulkonäkö |
| <p>Motivaatiotekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liikkumisen ja liikunnan positiiviset vaikutukset mielialaan | <ul style="list-style-type: none"> • Ohjaajan tuki harjoitteluun • Saan tilaa ajatuksille ja ajattelulle • huomion suuntaaminen • Parempi vireyttä ja parantunut uni | <ul style="list-style-type: none"> • Ohjaajan tuki harjoitteluun • Saan tilaa ajatuksille ja ajattelulle • huomion suuntaaminen • Parempi vireyttä ja parantunut uni | <ul style="list-style-type: none"> • Ohjaajan tuki harjoitteluun • Saan tilaa ajatuksille ja ajattelulle • huomion suuntaaminen • Parempi vireyttä ja parantunut uni | <p>Motivaatiotekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rutini, Parempi mieli, Parempi fyysinen kunto • Voman lisääntyminen. Harjoittelu muiden kanssa. Hyvän terveyden ylläpitäminen • Painonhallinta. Stressinhallinta. • Liikunnan ilo |
| <p>Hoitotapaaminen mielialahäiriöpalveluiden poliklinikka. Liikkumisen ja liikunnan puheeksi ottaminen ja palveluohjaus</p> | <p>Fysioterapia ja liikuntapalvelut 1. Ryhmäjakso 10-12 viikkoa. Tuettu harjoittelu.</p> | <p>Fysioterapia ja liikuntapalvelut 1. Ryhmäjakso 10-12 viikkoa. Tuettu harjoittelu.</p> | <p>Fysioterapia ja liikuntapalvelut 2. Ryhmäjakso 10-12 viikkoa. Itsenäisempi harjoittelu</p> | <p>Omatöiminen harjoittelu. Julkiset liikuntapalvelut</p> |
| <p>Kontaktipisteet palvelupolkumallissa</p> | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Esteet • Vähäinen energia. Väsymys. Mieliala ja psyykkinen terveys • Ei ole motivaatiota • Sairaudesta aiheuttamat esteet ja fyysiset terveysongelmat • Sosiaalisten tilanteiden pelko | <ul style="list-style-type: none"> • Esteet • Kyky nauttia liikunnasta • Kehonkuva • Ujous tai häpeä • Matala itsearvo • Stressi | <ul style="list-style-type: none"> • Esteet • Kyky nauttia liikunnasta • Kehonkuva • Ujous tai häpeä • Matala itsearvo • Stressi | <ul style="list-style-type: none"> • Esteet • Kyky nauttia liikunnasta • Kehonkuva • Ujous tai häpeä • Matala itsearvo • Stressi | <ul style="list-style-type: none"> • Tervehtiminen, opastus tarvittaessa oikeaan tilaan • Kireiden kohtaaminen, priorisointi ensikertalaisin • Kannustava palaute ja ilmapiiiri • Yksinkertaisuus harjoittelussa |
| <ul style="list-style-type: none"> • Informaation kulkeminen henkilökkunnan ja potilaiden välillä • henkilökohtainen ote motivoitinti, sensitiivisyys hoitotapaamisissa • kirjallinen ja sähköinen este palveluista kokonaisuudessaan | <ul style="list-style-type: none"> • Tervehtiminen, opastus tarvittaessa oikeaan tilaan • Kireiden kohtaaminen, priorisointi ensikertalaisin • Kannustava palaute ja ilmapiiiri • Yksinkertaisuus harjoittelussa | <ul style="list-style-type: none"> • Tervehtiminen, opastus tarvittaessa oikeaan tilaan • Kireiden kohtaaminen, priorisointi ensikertalaisin • Kannustava palaute ja ilmapiiiri • Yksinkertaisuus harjoittelussa | <ul style="list-style-type: none"> • Tervehtiminen, opastus tarvittaessa oikeaan tilaan • Kireiden kohtaaminen, priorisointi ensikertalaisin • Kannustava palaute ja ilmapiiiri • Yksinkertaisuus harjoittelussa | <ul style="list-style-type: none"> • Tieto palveluista ja yhteyshenkilöistä • Saattaen vaihto |
| <p>Asiakaskokemukseseen vaikuttavat tekijät:</p> | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hoiton suunnittelu hoitotoimeissa suullisesti • kirjaaminen potilastietojärjestelmään • Yhteydenotto työkorviestillä, intran tiedon hyödyntäminen. • Or-koodin käyttäminen eri palveluihin | <ul style="list-style-type: none"> • Toimintojen suunnittelu • Koulutus • Verkostotyö, yhteistyö muiden toimijoiden kanssa • Työntekijöiden välinen vuorovaikutus, tiedottaminen ja työkorviestimiä | <ul style="list-style-type: none"> • Toimintojen suunnittelu • Koulutus • Verkostotyö, yhteistyö muiden toimijoiden kanssa • Työntekijöiden välinen vuorovaikutus, tiedottaminen ja työkorviestimiä | <ul style="list-style-type: none"> • Toimintojen suunnittelu • Koulutus • Verkostotyö, yhteistyö muiden toimijoiden kanssa • Työntekijöiden välinen vuorovaikutus, tiedottaminen ja työkorviestimiä | <ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö eritoimijoiden kanssa • Laaja tiedottaminen palveluista mielialahäiriöpoliikkoiden- ja fysioterapia ja liikuntapalveluiden työntekijöille |
| <p>Helsinki</p> | <p>Henkilökunnan työ ja tukitoimet, jotka eivät näy potilaalle. Muiden kuin suorassa vuorovaikutuksessa olevien työntekijöiden välttämätön työ</p> | | | <p>2</p> |

Kuva 20. Service blueprint - liikkumisen edistämisen palvelupolkumalli Helsingin kaupungin mielialahäiriöpalveluiden potilaille

10 Pohdinta

Kehittämistyön tuloksena syntyi käyttäjälähtöinen palvelupolkumalli, joka huomioi potilaiden itsekoetut esteet ja motivaatiotekijät fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa kohtaan.

Palvelupolkumalli on ensisijaisesti kohdennettu Helsingin kaupungin mielialahäiriöpalveluiden masennus ja ahdistuneisuushäiriöpotilaille.

Palveluiden käyttäjät muodostuivat tässä kehittämistyössä potilaista ja hoitoalan ammattilaisista. Käyttäjät olivat palvelupolkumallin kehittämistyön lähteenä ja aktiivisena osana kehittämistyötä. Kehittämistyön ensimmäisessä vaiheessa toteutuneella kyselytutkimuksella saatiin potilaiden ääni osaksi palvelupolkumallia. Potilaiden henkilötietosuojan turvaamiseksi heidän ääntänsä tavoiteltiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Toisessa vaiheessa hoitoalan ammattilaiset olivat keskeisessä osassa kehittämistyötä, jonka myötä palvelupolkumallista tuli heidän kehittämistyönsä tulos.

Käyttäjälähtöisessä innovoinnissa käyttäjät ovat aktiivisena osana innovaatioiden tuottamisessa ja toimivat innovaatioiden lähteenä eivätkä kohteena (Hennala 2011, 60). Innovaatiotoimintaa ohjaa oppiminen palveluiden käyttäjiltä ja oppiminen yhdessä heidän kanssaan, josta muodostuu palveluiden arvo (Jyrämä, Mattelmäki 2015, 174).

Johdonmukainen eteneminen ja tutkijan käyttämien menetelmien, tiedonhankinnan sekä tutkimustulosten hallinta ohjaa tutkijan työn etenemistä hyvän tieteellisten käytäntöjen mukaisesti. Lähdeviittausten tarkka ja oikeaoppinen käyttäminen ilmaisee, että tutkija toimii vilpittömästi ja rehellisesti tiedeyhteisöä ja lukijoita kohtaan. Teoreettinen toistettavuus muodostuu, kun tutkimussuunnitelma ja tutkimus ovat yhteneväisiä kuvauksen, sisällön ja aiheen osalta. (Vilka 2021, 42,45.)

Tutkimuksen luotettavuus (reliabiliteetti) ja pätevyys (validiteetti) ovat muodostuneet keskeisiksi käsitteiksi, jolla tehtyä tutkimusta arvioidaan tekijän tai tekijöiden ja lukijoiden toimesta. ”Tutkimuksen pätevyys (validius) tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata”. Luotettavuus (reliaabelius) muodostuu kun tutkimus on toistettavissa käyttäen samoja menetelmiä, aikaa ja paikkaa ja tulokset ovat yhteneväiset saman henkilön kohdalla. (Vilka 2021, 193,195.) Kyselytutkimus ja kysymykset mittaivat sitä mitä tavoiteltiin, joka on validiteetin kannalta olennaisin tekijä. Tutkimuskysymykset pohjautuivat jo olemassa oleviin teorioihin ja tutkimuksella saatiin uutta tietoa Helsingin kaupungin psykiatrisen mielialahäiriöpalveluiden potilaiden fyysisen aktiivisuuden ja

liikunnan edistämiseksi. Tutkimuskysymykset rakentuivat teoreettisen viitekehyksen mukaisesti. Tehty kyselytutkimus on toistettavissa samoilla menetelmillä, samassa ajassa ja paikassa. Tämä on tutkimuksen reliabiliteetin kannalta oleellinen tekijä.

Fyysinen aktiivisuuden ja liikunnan väheneminen aikuisväestöllä on merkittävä kuluerä valtioiden ja kansanterveyden näkökulmasta. Liikuntaraportin mukaan suomalaiset liikkuvat terveytensä kannalta liian vähän (Husu, Tokola, Vähä-Ypyä, Vasankari 2022, 115). Suunnan kääntämiseksi on aloitettu kansainvälisiä ja kansallisia toimia, joiden tavoitteena on saada fyysisesti aktiivisempia yhteiskuntia ja yhteiskunnan jäseniä. Tukea tulee kohdistaa niihin, jotka eivät saavuta fyysisen aktiivisuuden suosituksia ja ovat heikommassa yhteiskunnallisessa asemassa. Masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavat potilaat ovat suuremmassa riskissä sairastua sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksiin ja ovat sairaudesta johtuvista oireista tuen tarpeessa fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan lisäämiseksi. Tukitoimien on oltava oikea-aikaisia ja niiden tulee kohdentua rakenteisiin sekä sosiaalisiin, fyysisiin ja psyykkisiin hyvinvoinnin osa-alueiden tekijöihin.

10.1 Kehittämistyön ensimmäinen vaihe

Masennus ja ahdistuneisuushäiriö kasvattaa ennestään riskiä liikkumattomuudelle ja masennuksesta johtuva liikkumattomuus aiheuttaa vuosittain merkittäviä kuluja yhteiskunnalle. Kyselylomakkeeseen vastanneista 57 % ilmoitti harrastavansa liikuntaa vähintään kerran viikossa ja 43 % vähemmän kuin kerran viikossa. 30 % ilmoitti liikkuvansa 30 minuuttia päivässä tai 2 tuntia 15 minuuttia viikossa ja 70 % ilmoitti liikkuvansa vähemmän. On kuitenkin huomioitava tuloksien tulkintojen suhteen, että osa vastanneista olivat jo mukana Helsingin kaupungin psykiatria ja päihdepalveluiden fysioterapia ja liikuntapalveluiden piirissä. Yksikössä toteutetaan yksilövastaanottoa ja ryhmätoimintaa mielialahäiriöpalveluiden potilaiden fyysisen aktiivisuuden sekä liikunnan edistämiseksi.

Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan edistämistyössä tulee ottaa huomioon potilaiden yksilöllinen lähtötaso, senhetkinen elämäntilanne ja muut yksilölliset tekijät, jotka voivat vaikuttaa fyysisen aktiivisuuteen tai liikuntaan. On myös huomioitava, että vähäinen fyysisen aktiivisuuden lisäys on jo terveyttä edistävää, päivitettyjen liikkumisen suositusten mukaan heille, jotka ovat vähän liikkuvia. Liikkuminen muodostuu kaikessa arjessa tapahtuvasta liikkeestä, jota on hyvä painottaa, kun mietitään motivointia fyysistä aktiivisuutta kohtaan.

Fyysisen aktiivisuuden edistämistyössä liikuntaneuvonta, elintapaohjaus ja niiden tehostamiseksi tarkoitetut terveysteknologiset ratkaisut nähdään vaikuttavana toimena (Husu, To-

kola, Vähä-Ypyä, Vasankari 2022, 116). Masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavien potilaiden fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi on huomioitava sairauden aiheuttamat tekijät, jotka vaikuttavat heidän fyysiseen aktiivisuuteensa tai liikuntaan. Liikuntaneuvonnan palvelut, elintapaohjaus ja niiden tueksi kehitetyt terveysteknologiset ratkaisut eivät välttämättä ole vaikuttavia, ellei osata ottaa huomioon kyseisten sairauksien aiheuttamat rajoitteet. Tämän kehittämistyön tutkimuksella selvitettiin Helsingin kaupungin mielialahäiriöpalveluiden itsekoetut esteet ja motivaatiotekijät fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa kohtaan.

Merkittävimmät esteet fyysiselle aktiivisuudelle ja liikunnalle olivat mieliala, vähäinen energia, psyykinen terveys, väsymys, kyky nauttia liikunnasta ja ei ole motivaatiota. Liikuntaraportin (2022) tuloksista käy ilmi, että suurimmat esteet työikäisten liikkumiselle ovat; ”ajan puute (57%), pysyvä fyysinen rajoite tai toimintakyvyn rajoitus (21%), kiinnostuksen puute (14%) ja taloudelliset tekijät (7%)” (Husu, Tokola, Vähä-Ypyä, Vasankari 2022, 28). Kehittämistyön tutkimus tuo esille eron mielialahäiriöpalveluiden potilaiden esteistä suhteessa liikuntaraportin tuloksiin. Tämä tieto lisää ymmärrystä mielialahäiriöpotilaiden sairauksien aiheuttamista rajoitteista fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa kohtaan.

Merkittävimmät motivaatiotekijät fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan lisäämiselle olivat parempi fyysinen kunto, hyvän terveyden ylläpitäminen, parempi mieli, parantunut uni, vaikutukset mielialaan, voiman lisääntyminen, parempi ulkonäkö, stressinhallinta, painonhallinta ja parempi vireystila. Liikuntaraportin (2022) tuloksista käy ilmi, että liikkumisen vaikutukset ”fyysisen kunnon parantamiseksi, terveyden edistämiseksi, mielen hyvinvoinniksi ja sosiaaliset suhteet” olivat motivaatiota lisääviä tekijöitä. (Husu, Tokola, Vähä-Ypyä, Vasankari 2022, 27). Tämän kehittämistyön tutkimuksessa nousseet motivaatiotekijät ovat verrannollisia liikuntaraportin tulosten suhteen. Kehittämistyön tutkimustulosten merkittävänä motivaatiotekijänä noussut ”paluu aktiiviseen minään” eroaa liikuntaraportin tuloksista. Tämän voi nähdä johtuvan sairauden aiheuttamasta vähäisestä fyysisestä aktiivisuudesta ja antaa viitteitä siitä, että mielialahäiriöpalveluiden potilaat tarvitsevat sosiaalista tukea sekä liikunta-alan ammattilaisen ohjausta fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi.

Tutkimusnäyttö osoittaa, että hoitohenkilökunnan jäsenet kokevat yleisesti esteitä liikkumisen ja liikunnan puheeksi ottamiseksi. Osalle vastaajista (noin 43 %) fyysinen aktiivisuus ja liikunnan puheeksi ottaminen, neuvonta ja motivointi toteutuvat hyvällä tasolla mielialahäiriöpoliklinikoiden yksilö- ja ryhmätapaamisissa. Kyselytutkimuksessa saatujen tulosten pohjalta suurimmalle osalle (noin 57 %) vastanneista liikkumisen puheeksi ottaminen, neuvonta ja motivointi ei toteudu, tai ei toteudu riittävästi. Kyselytutkimusten tulosten poh-

jalta Helsingin kaupungin eri alueiden mielialahäiriöpalveluiden poliklinikoiden hoitotyöntekijöille tulee kohdentaa tukea ja työvälineitä, jotka tukevat liikkumisen edistämisen puheeksi ottamista ja palveluohjausta.

Yhtenä työvälineenä on Helsingin kaupungin Kulttuuri ja vapaa-ajan toimialan, liikkumisen edistämisen yksikön kehittämä liikkumisen mini-interventiomalli. Mini-interventiomalli on työkalu, joka tukee terveydenhuollon ammattilaista ottamaan liikkuminen puheeksi ja tukemaan potilaiden motivaatiota liikkumisen lisäämiseksi. ”Malli on kehitetty yhteistyössä Helsingin kaupungin sosiaali-, terveys-, ja pelastustoimialan, Opiskelijoiden liikuntaliiton, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön, Tuki- ja liikuntaelinliitto tule ry:n ja Liikkuva opiskelu -ohjelman kanssa”. (Helsingin kaupunki 17.2.2023.)

Toinen malli, jota hoitohenkilökunta voi hyödyntää on: The Exercise and Depression toolkit. Malli on kehitetty yhteistyössä tutkijoiden, hoito- ja liikunta-alan ammattilaisten ja masennusta sairastavien potilaiden kanssa. Työkalu kohdentuu tukemaan kanadalaisten hoitoalan ammattilaisten kliinistä työtä masennusta sairastavien potilaiden fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan edistämiseksi. (The Exercise and Depression Toolkit, 2023).

Strukturoidulla kyselylomakkeella saavutettiin tutkimukselle asetetut tavoitteet. Ymmärryksen esteistä ja motivaatiotekijöistä fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa kohtaan nähdään ensimmäisenä toimenpiteenä vaikuttavien palveluiden kehittämistyössä. Palvelupolkumallissa esitetyt esteet ja motivaatiotekijät auttavat hoitohenkilökuntaa suuntamaan puheensa esteiden vähentämiseksi ja painottaamaan motivaatiotekijöitä, joita nähdään esiintyvän palvelupolkumallin eri kontaktipisteissä. Hoitohenkilökunta voi hakea tukea eri käyttäytymistieteellisistä viitekehyksistä, joilla voidaan vaikuttaa tavoiteltuun terveyttä edistävän käyttäytymisen muutokseen, palvelupolun eri kontaktipisteissä.

10.2 Kehittämistyön toinen työvaihe

Kehittämistyön toisena vaiheena kehitettiin käyttäjälähtöisesti Service blueprint -menetelmän mukainen palvelupolkumalli, jossa huomioidaan kyselytutkimuksen tulokset. Yhteiskehittämissä päivillä tavoiteltiin hoitohenkilökunnan ääntä osaksi palvelupolkumallia. Palvelupolkumalli tukee hoitoalan ammattilaisia interventioiden suunnittelussa, rakenteiden kehittämisen ja kliinisessä työssä. Yhteiskehittämisen päivä oli samalla käyttäjälähtöisen innovaatioprosessin ideointivaihe.

Yhteiskehittämissä päivään oli tavoitteena saada osallistumaan eri alueiden mielialahäiriöpoliklinikoiden hoitotyöryhmien työntekijöitä sekä fysioterapia ja liikuntapalveluiden yksikön

työntekijöitä, jonka myötä palvelupolukumallissa olisi ollut edustettuina palvelupolun kontaktipisteiden eri alueiden hoitoalan ammattilaisten ääni ja näkemykset.

Tavoitteena oli saada vähintään kaksi työntekijää yhdeltä alueelta, jolloin palvelupolukumallissa olisi ollut edustettuina eri alueiden mahdolliset erityispiirteet. Yhteiskehittämispäivään osallistui yksi työntekijä Malmin mielialahäiriöpalveluiden poliklinikalta ja kaksi työntekijää fysioterapia ja liikuntapalveluiden yksiköstä. Vähäisen osallistujamäärän takia palvelupolukumalli kehitettiin ryhmätyönä, jossa tutkija toimi fasilitaattorina. Ryhmätyössä syntyi laaja-alaista keskustelua ja pohdintaa, jotka välittyivät osaksi palvelupolukumallia.

Palvelupolun ensimmäinen kontaktipiste on mielialahäiriölinjan ryhmä- tai yksilötapaaminen, jossa painotetaan liikkumisen puheeksi ottoa ja palveluohjausta Helsingin kaupungin hyvinvointisuunnitelman mukaisesti. Eri alueellisten mielialahäiriöpoliklinikoiden hoitotyöntekijöiden ääni ja näkemys ei tullut osaksi palvelupolukumallia, vaan ainoastaan Malmin mielialahäiriöpoliklinikan yhden työntekijän ääni ja näkemys. Kehittämistyöhön osallistuvan työntekijän näkemykset palvelupolukumallin eri kontaktipisteiden näkyvistä ja ei näkyvistä osista on terveydenhoitoalan ammattilaisen esille nostamia teemoja. Teemat ovat tärkeitä, koska poliklinikoiden hoitovastuussa olevat hoitoalan ammattilaiset vastaavat fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan puheeksi ottamisesta, neuvonnasta, motivoinnista sekä palveluohjauksesta mielialahäiriöpalveluiden potilaille.

Palvelupolun toinen ja kolmas kontaktipiste on yksilö- tai ryhmäjakso Helsingin kaupungin psykiatria ja päihdepalveluiden fysioterapia ja liikuntapalveluiden palveluiden piirissä. Fysioterapia ja liikuntapalveluiden työntekijät ovat liikunta- ja hoitoalan ammattilaisia, joiden äänet ja näkemykset saatiin osaksi palvelupolkua. Heidän osallistumisensa myötä palvelupolukumallissa on Helsingin kaupungin liikuntapalvelukokonaisuudesta vastaavien työntekijöiden näkemykset ja ääni. Tutkimustulosten mukaan fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa edistävästä interventioista saadaan vaikuttavampia, jos suunnittelusta ja toteutuksesta vastaa liikunta-alan ammattilainen.

Palvelupolun neljäs ja viimeinen kontaktipiste on käyttäjien siirtyminen harrastamaan liikuntaa julkisten palveluiden piiriin tai omaehtoinen liikkuminen. Fyysistä aktiivisuutta sekä liikuntaa ohjaa omatoiminen harjoittelu. Tutkimuslupa mahdollisti ainoastaan psykiatria- ja päihdepalveluiden henkilöstön osallistumisen yhteiskehittämispäivään. Tästä johtuen Helsingin kaupungin kulttuuri ja vapaa-ajan toimialan liikuntapalveluiden työntekijät eivät voineet tämän opinnäytetyön puitteissa osallistua yhteiskehittämispäivään, alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen. Heidän osallistumisensa olisi vaatinut erillisen tutkimuslupahakemuksen kulttuuri ja vapaa-ajan toimialalta. Tiivis yhteistyö jatkuu tämän opinnäytetyön

jälkeen ja kehittämistyön prosessin myötä syntyneet yhteistyön rakenteet tiivistyvät tulevaisuudessa ennestään.

Tuloksena syntyi visuaalinen Service blueprint palvelupolkumalli, jossa huomioidaan strukturoiden kyselytutkimuksen tulokset potilaiden itsekoetuista esteistä ja motivaatiotekijöistä fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa kohtaan. Fyysistä aktiivisuutta ja liikuntaa edistävä palvelupolkumalli tukee terveydenhuollon ammattilaisten työtä interventioden suunnittelussa, rakenteiden kehittämisessä ja kliinisessä työssä. Eri toimialojen edustajat ovat tietoisia palvelupolun kontaktipisteistä ja niihin liittyvästä näkyvistä ja ei näkyvistä osista, joista muodostuu käyttäjälle kokemus palvelun laadusta.

10.3 Yhteenveto

Vahva tutkimusnäyttö osoittaa fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan vaikuttavan positiivisesti masennuksen ja ahdistuneisuushäiriön hoitoon. Fyysistä aktiivisuutta sekä liikuntaa käytetään hoitomenetelmänä kliinisessä työssä miedon, keskivaikean ja vaikean masennuksen hoidossa. Tutkimusnäyttö osoittaa suositellun intensiteetin, keston ja harjoitusmuodon, joka on huomioitava kliinisessä työssä. Näytön pohjalta tulee kohdentaa enemmän resursseja masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavien henkilöiden fyysisen aktiivisuuden sekä liikunnan lisäämiseksi, joka puolestaan vaikuttaa myös ennaltaehkäisevästi masennus ja ahdistuneisuushäiriön oireiden syntymisessä. Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan lisäämiseksi tähtäävät interventiot ovat edullisia sekä saavutettavissa olevia hoitomenetelmiä vähentäen samalla sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksien syntymistä. Tämä tulee huomioida mielialahäiriöpalveluiden potilaiden kliinisessä työssä.

Kehittämistyössä syntynyt palvelupolku on malli, joka kehittyi edelleen tämän kehittämistyön päätyttyä. Palvelupolkumalli tulee osaksi palvelujärjestelmää, joten työllä on vaikuttavuutta kehittämistyön päätyttyä. Palvelupolkumallin tavoitteena on lisätä monialaista ja moniammatillista yhteistyötä Helsingin kaupungin eri toimialojen välillä mielialahäiriöpalveluiden potilaiden fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan edistämistyössä. Tämän kehittämistyön tuloksena syntynyt käyttäjälähtöinen palvelupolkumalli on ensimmäinen Suomessa kehitetty malli mielialahäiriöpalveluiden potilaiden fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan edistämiseksi, jossa huomioidaan heidän itsekokemansa esteet ja motivaatiotekijät fyysistä aktiivisuutta tai liikuntaa kohtaan.

10.4 Oman oppimisen arviointi

Oppiminen tämän opinnäyteprosessin myötä on ollut laaja-alaista, jossa on yhdistynyt käytännön kehittämistyö ja tutkimustoiminta. Työn tuloksena syntyi työelämää palveleva

palvelupolkumalli. Työtä on ohjannut verkostoituminen Helsingin kaupungin mielialahäiriöpalveluiden ja kulttuuri ja vapaa-ajan työntekijöiden kanssa. Kehittämistyön tutkimussuunnitelmaa ja aihetta on esitetty mielialahäiriöpalveluiden ja Helsingin kaupungin liikku- misohjelman johdolle. Eri tasoilla toimivilla henkilöillä on kaikilla oma vastuualueensa liik- kumista edistävässä työssä, ja yhteistyö on sujunut kannustavassa sekä myönteisessä il- mapiirissä. Tuki kehittämiselle on ollut laajaa ja tästä haluan kiittää mielialahäiriöpalve- luiden ja fysioterapia ja liikuntapalveluiden työntekijöitä, jotka omalta osaltaan auttoivat tutkimuksen kenttätöön onnistumisessa.

Kehittämistyön tarve syntyi työskennellessäni fysioterapia ja liikuntapalveluiden liikunnan- ohjaajana ja vastaten psykiatria ja päihdepalveluiden liikuntapalvelukokonaisuudesta. Keskusteluissa potilaiden, työkavereiden ja ohjaajaparina työskentelevien kokemusasian- tuntijoiden kanssa yritimme mieltä keinoja, jotka ovat vaikuttavampia potilaiden fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan edistämiseksi. Näimme jokapäiväisessä työssä, kuinka liikkumi- nen ja liikunta auttaa, mutta ymmärsimme myös, että tuki on oltava laajempaa ja pitkäkes- toisempaa. Näiden keskusteluiden pohjalta päätin kehittää palvelupolkumallin opinnäyte- työnä, joka luo potilaille rakenteellisen sekä sosiaalisen tuen fyysisen aktiivisuuden ja lii- kunnan lisäämiseksi.

Eri toimialojen välinen verkostoituminen käynnistyi ennen tämän kehittämistyön aloitta- mista, jolloin oli luotu jo tiettyjä toimintamalleja mielialahäiriöpalveluiden potilaiden fyysi- sen aktiivisuuden ja liikunnan lisäämiseksi. Opintojen aikana syntyi osaaminen ja ymmär- rys kokonaisuudesta, joka on huomioitava vaikuttavien liikuntapalveluiden kehittämis- työssä.

Teoreettista viitekehystä rakentaessa, otin sähköpostilla yhteyttä alan arvostetuimpiin ja kansainvälisellä kentällä työskenteleviin tutkijoihin, joilta sain tutkimuksia luettavaksi sekä hyödynnettäväksi opinnäytetyössäni. Teoreettista viitekehystä rakentaessani, työtäni oh- jasi rohkeus ja kiinnostus tutkia mitä aiheista tiedetään sekä minkälaista uutta tietoa on julkaistu. Näen, että teoreettisen viitekehysten rakentaminen onnistui opinnäytetyössäni erittäin hyvin.

Aikaisempaan tutkimustietoon tutustuminen auttoi minua hahmottamaan kehittämistyön tavoitetta, menetelmien valintaa ja hyödyntämään jo tehtyjen tutkimusten teorioita sekä malleja. Syntyi ymmärrys siitä, minkälainen palvelupolkumalli edistää mielialahäiriöpalve- luiden potilaiden rakenteellista, fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista tukea fyysisen aktiivisuu- den sekä liikunnan edistämiseksi. Aikaisempi tutkimustieto ja fyysistä aktiivisuutta sekä

liikuntaa edistävät jo kehitellyt mallit loivat ymmärryksen siitä, mitä tämän kehittämistyön tutkimuksella on tarkoitus selvittää, jotta voimme kehittää vaikuttavan palvelupolkumallin.

Tutkimuksellinen kirjoittaminen ja prosessikirjoittaminen on ollut mielenkiintoinen oppimisprosessi. Teoreettisen viitekehyksen osuudessa hyödynnän eri lähteiden vuoropuhelua, joka on tieteellisen kirjoittamisen yksi päätavoite. Samalla monipuolinen lähteiden käyttäminen ja vuoropuhelu luovat tieteellistä uskottavuutta kehittämistyön teoriapohjaan.

Kehittämistyön aikataulu toteutui tutkimussuunnitelman mukaisesti. Kehittämistyön toteuttaminen opinnäytetyönä on luonut varmuutta ja osaamista, jota pystyn hyödyntämään nykyisessä sekä tulevaisuudessa työtehtävissä liikunta-alan ammattilaisena.

Lähteet

- Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (viitattu 06.10.2021). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M., Mead, G.E., Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013'. Luettavissa: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub6>. Luettu 27.1.2023
- Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021 (viitattu 10.10.2021). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Depression and other common Mental Disorders: Global health estimates: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IG. Luettavissa: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/W?sequence=1>. Luettu: 25.1.2023
- Duodecim. Terveyskirjasto. Limbinen järjestelmä. 2016. Luettavissa: <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt01934>. Luettu 18.1.2022
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P. 2016. Motivation factors and barriers towards exercise in serious mental illness: a systematic review and a meta-analysis. Luettavissa: <https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>. Luettu: 25.1.2023
- Glowacki, K., Arbour-Nicitopoulos, K., Burrows, M., Chesik, L., Heinemann, L., Irving, S., Raymond, W.L., Sultana, M., Michalak, E., Scott, A., Taylor, A., Faulkner, G., It's more than just a referral: Development of an evidence-informed exercise and depression toolkit. *Mental health and physical activity*. Volume 17. 2019, pages 100297. Luettavissa: <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2019.100297>. Luettu: 25.1.2023
- Glowacki, K., Duncan, M.J., Gainforth, H., Faulkner, G. Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review. *Mental Health and Physical Activity*, Volume 13, 2017, Pages 108-119, ISSN 1755-2966. Luettavissa: <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.10.001>. Luettu: 25.1.2023
- Gujral, S., Aizenstein, H., Reynolds, C.F., Butters, M.A., Erickson, K.I. Exercise effects on depression: possible neural mechanisms. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017 Nov; 49:2-10. Luettavissa: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.012>. Luettu. 25.1.2023
- Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Luettavissa: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>. Luettu 25.1.2023
- Harmokivi-Saloranta, P. 2020. Käyttäjät liikuntapalveluiden kehittäjinä – käyttäjälähtöisessä liikuntapalveluinnovaatioprosessissa käyttäjien tuottama tieto tutkimuksen kohteena. *ACTA Universitatis Lappeenrantaensis* 894. Väitöskirja
- Helsingin kaupunki. Ensilinjan palvelut. 2023. Intranet. <https://helsinginkaupunki.sharepoint.com/sites/Sotepe-Psykiatria-ja-paihdepalvelut/SitePages/Ensilinjan-palvelut.aspx>. Luettu: 20.1.2023

- Helsingin kaupunki. Fysioterapia ja liikuntapalvelut. 2023. Intranet. <https://helsinginkaupunki.sharepoint.com/sites/Sotepe-Psykiatria-ja-paihdepalvelut/SitePages/Fysioterapia-ja-liikuntapalvelut.aspx>. Luettu: 15.1.2023
- Helsingin kaupunki. 17.2.2023. Helsinki pyrkii aktivoimaan vähemmän liikkuvia – uusi työkalu helpottaa liikkumisen puheeksi ottamista. Luettavissa: <https://www.hel.fi/fi/uutiset/helsinki-pyrkii-aktivoimaan-vahemman-liikkuvia-uusi-tyokalu-helpottaa-liikkumisen-puheeksi>. Luettu 19.2.2023
- Helsingin kaupunki. Intensiivinen avohoito. 2023. Intranet. <https://helsinginkaupunki.sharepoint.com/sites/Sotepe-Psykiatria-ja-paihdepalvelut/SitePages/Intensiivinen-avohoito.aspx>. Luettu. 15.1.2023
- Helsingin kaupunki. Mielialatyöryhmät. 2023. Intranet. <https://helsinginkaupunki.sharepoint.com/sites/Sotepe-Psykiatria-ja-paihdepalvelut/SitePages/Mielialah%C3%A4iri%C3%B6poliklinikat.aspxm>. Luettu 15.1.2023
- Helsingin kaupunki. Helsingin osallisuusmalli. 2018. Luettavissa: <https://www.hel.fi/static/liitteet/kanslia/asukasyhteistyö/osallisuusmalli-yleisesitys-2018.pdf>. Luettu. 15.1.2023
- Helsingin kaupunki. Psykiatrian hoito-ohjelmat. Pitkittyneen masennuksen hoito-ohjelma. 2019. Intranet. http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/terveys_ ja _paihdepalvelut/psykiatria_ ja _paihdepalvelut/Sivut/Psykiatrian-hoito-ohjelmat.aspx. Luettu. 15.1.2023
- Helsingin kaupunki. Psykiatrian hoito-ohjelmat. Masennuksen hoito erikoissairaanhoidossa. 2019. Intranet. http://helmi.hel.fi/Sote/osastot/terveys_ ja _paihdepalvelut/psykiatria_ ja _paihdepalvelut/Sivut/Psykiatrian-hoito-ohjelmat.aspx. Luettu 18.1.2023
- Helsingin kaupunki. Psykiatria- ja päihdepalvelut. 2023. Intranet. Luettavissa: <https://helsinginkaupunki.sharepoint.com/sites/Sotepe-Psykiatria-ja-paihdepalvelut>. Luettu 18.1.2023
- Hennala, L. 2011. Kuulla vai kuunnella - Käyttäjää osallistavan palveluinnovoinnin lähestymistavan toteuttamisen haasteita julkisella sektorilla. ACTA Universitatis Lappeenrantaensis 453. Väitöskirja.
- Husu, P., Tokola, K., Vähä-Ypyä, H., Vasankari, T. 2022. Liikuntaraportti. Suomalaisten mitattu liikkuminen, paikallaanolo ja fyysinen kunto. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2022:23. Helsinki. Luettavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164370/OKM_2022_33.pdf?sequence=1. Luettu: 25.1.2023
- Hyvinvointisuunnitelma – Helsingin kaupunki. 2022. Luettavissa: <https://hyte.hel.fi/hyvinvointisuunnitelma/>. Luettu 18.1.2023
- Hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta kaikille – Helsingin hyvinvointisuunnitelma 2022–2025. Tavoitteet, toimenpiteet, keskeiset mittarit ja vastuutahot. 2022. Luettavissa: <https://www.hel.fi/static/kanslia/hyte/liite-hyvinvointisuunnitelman-tavoitteet-toimenpiteet-mittarit-vastuutahot.pdf>. Luettu 18.1.2023
- Jyrämä, A. Mattelmäki, T. 2015. Palvelumuotoilu saapui verkostojen kaupunkiin. Verkosto- ja muotoilunäkökulmia kaupungin palvelujen kehittämiseen. Aalto yliopisto.
- Jäppinen, T. 2011. Kunta ja käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta – kunnan ja kuntalaisen vuorovaikutus palveluja koskevassa päätöksenteossa ja niiden uudistamisessa. Helsinki, Suomen Kuntaliitto. ACTA nro 230. Väitöskirja. Luettavissa:

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66835/978-951-44-8659-3.pdf?sequence=1>.
Luettu: 25.1.2023

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä – kehittämistutkimuksen kirjoittamisen opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134.

Kandola A., Stubbs B. 2020. Exercise and Anxiety. In: Xiao J. (eds) Physical Exercise for Human Health. Advances in Experimental Medicine and Biology, vol 1228. Springer, Singapore. Luettavissa: https://doi.org/10.1007/978-981-15-1792-1_23. Luettu: 25.1.2023

Käytä liikkumavaraasi – Helsingin liikkumisojelman. 2018. Luettavissa: https://helsinki-liikkuu.s3.eu-west-3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2018/08/21111412/Helsingin_liikkumisojelman_2018_A4_interaktiivinen_21.12.pdf. Luettu 12.2.2022

Liikkumalla terveyttä – askel kerrallaan. Viikoittainen liikkumisen suositus 18–64-vuotiaille. UKK-instituutti, 2019. Luettavissa: <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumisen-suositukset/aikuisten-liikkumisen-suositus/>. Luettu: 25.1.2023

Liikkumattomuuden kustannukset Suomessa. UKK-instituutti, 2022. Luettavissa: <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumattomuuden-kustannukset/liikkumattomuuden-kustannukset-suomessa/>. Luettu: 25.1.2023

Liikunta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 02.11.2021). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

McCartan, J., Yap, J., Firth, J., Stubbs, B., Tully, MA., Best, P., Webb, P., White, C., Gilbody, S. Churchill, R., Breedvelt, J.F., Davidson, G. 2020. Factors that influence participation in physical activity for anxiety and depression: a synthesis on qualitative evidence. Luettavissa: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013547>. Luettu: 25.1.2023

Miettinen, S. 2016. Palvelumuotoilu-uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Teknologiaeollisuus ry. Savonia-ammattikorkeakoulu, Kuopion Muotoiluakatemia

Nyberg, J., Henriksson, M., Åberg, N.D., Wall, A., Eggertsen, R., Westerlund, M., Danielsson, L., Kuhn, H.G., Waern, M., Åberg, M. 2019. Effects of exercise on symptoms of anxiety, cognitive ability and sick leave in patients with anxiety disorders in primary care: study protocol for PHYSBI, a randomized controlled trial. Luettavissa: <https://bmc-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2169-5>. Luettu: 25.1.2023

Ojasalo, K., Moilanen, T., Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät-uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Sanoma Pro Oy. 3. uudistettu painos. Helsinki.

Physical activity guidelines for Americans, 2nd edition. Department of health and human services. USA. 2018. Luettavissa: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf. Luettu: 25.1.2023

Ravindran, A.V., Balneaves, L.G., Faulkner, G., Ortiz, A., McIntosh, D., Morehouse, R.L., Ravindran, L., Yatham, L.N., Keendy, S.H., Lam, R.W., MacQueen G.M., Milev, R.V., Parikh, S.V. 2016. The CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. The Canadian Journal of Psychiatry Volume 61, Issue 9, September. 2016, Pages 576-587. Luettavissa: <https://doi.org/10.1177/0706743716660290>. Luettu: 27.1.2023

- Schorb, A., Niebauer, J., Aichhorn, W., Schiepek, G., Scherr, J., Claussen, M.C. Overtraining from a sport psychiatry perspective. *Dtsch Z Sportmed.* 2021; 72: 271–279. Luettavissa: <https://www.germanjournalsportsmedicine.com/archive/archive-2021/issue-6/overtraining-from-a-sports-psychiatry-perspective/>. Luettu: 28.1.2023
- Sinikallio, S. 2019. Terveystien psykologia. Ps-Kustannus. Jyväskylä
- Slater, S.J., Lantman, N. 2019. Service design, models, tools & templates. International Service Design Institute
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Firth, J., Veronese, N., Solmi, M., Brand S., Cordes J., Malchow B., Gerber M., Schmitt A., Correll C.U., Hert M.D., Gaugharn F., Schneider F., Kinnaflick F., Falkai P., Möller H.J., Kahl K.G. 2018. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). Luettavissa: DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.07.004. Luettu: 25.1.2023
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Richards, J., Ward, P., Soundy, A. 2016. Dropout from exercise randomized controlled trials among people with depression: A meta-analysis and meta regression', *Journal of Affective Disorders*, vol. 190, pp. 457-466. Luettavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.019>. Luettu: 25.1.2023
- Sundbo, J., Toivanen, M. 2011. User based innovation. Edward Elgar Publishing limited. UK.
- Terveystien ja hyvinvoinnin laitosp. Mielialahäiriöt. 2022. Luettavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>. Luettu 8.1.2023
- Terveystien ja hyvinvoinnin laitosp. Ahdistuneisuushäiriöt. 2022. Luettavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuushairiot>. Luettu 8.1.2023
- The exercise and depression toolkit. Population physical activity lab. 2021. Luettavissa: <https://exerciseanddepression.ca/>. Luettu: 28.1.2023
- Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Talentum. Hämeenlinna
- Työ- ja elinkeinoministeri. 2023. Innovaatiopolitiikka kannustaa yrityksiä jatkuvaan uudistumiseen. Luettavissa: <https://tem.fi/innovaatiopolitiikka>. Luettu 18.1.2023
- Valtioneuvoston selonteko liikuntapolitiikasta. 2018. Luettavissa: <https://okm.fi/documents/1410845/4449678/Valtioneuvoston+selonteko+liikuntapolitiikasta.pdf/16b4a853-180b-ad4f-0127-e3065b616912/Valtioneuvoston+selonteko+liikuntapolitiikasta.pdf?t=1540454134000>. Luettu 12.2.2023
- Vancampfort, D., Sánchez, C.P.R., Hallgren, M., Schuch, F., Firth, J., Rosenbaum, S., Van Damme, T., Stubbs, B. 2021. Dropout from exercise randomized controlled trials among people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis and meta-regression. *J Affect Disord.* 2021 Mar 1; 282:996-1004. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33601745. Luettavissa: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.003>. Luettu: 25.1.2023
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Sienaert, P., Wyckaert, S., De Hert, .M, Rosenbaum, S., Probst, M. 2015. What are the factors that influence physical activity participation in individuals with depression? A review of physical activity correlates from 59 studies. *Psychiatr*

Danub. 2015 Sep;27(3):210–24. PMID: 26400128. Luettavissa: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26400128/>. Luettu 24.3.2023

Vasankari, T., Kolu, P. 2018. Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnon yhteiskunnalliset kustannukset. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunnan julkaisusarja 31/2018. Luettavissa: <https://tietokayttoon.fi/documents/10616/6354562/31-2018-Liikkumattomuuden+lasku+kasvaa.pdf/3dde40cf-25c0-4b5d-bab4-6c0ec8325e35/31-2018-Liikkumattomuuden+lasku+kasvaa.pdf?version=1.0&t=1522906611000>. Luettu, 29.1.2023

Vilkkä, H. 2021. Tutki ja kehitä. Ps-Kustannus. Keuruu

WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization. 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization, WHO. 2020. Physical Activity. Luettavissa: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>. Luettu 25.1.2023

World Health Organization, WHO. 2021. Depression. Luettavissa: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Luettu. 25.1.2023

Liitteet

Liite 1 Tutkimuksen informointikirje

Kehittämistyön alustava nimi:

Käyttäjälähtöinen liikunnan palvelupolkumalli Helsingin kaupungin Psykiatria- ja päihdepalveluiden mielialahäiriölinjan avohoidon masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastaville potilaille.

Tutkimus on osa käyttäjälähtöisen liikunnan palvelupolkumallin kehittämistyötä Helsingin kaupungin Psykiatria- ja päihdepalveluille. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää psykiatria- ja päihdepalveluiden mielialahäiriölinjan masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavien potilaiden itsekoettuja esteitä ja motivaatiotekijöitä fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan suhteen.

Esteiden ja motivaatiotekijöiden selvittäminen on ensimmäinen tekijä, joka on ymmärrettävä monitasoisessa liikuntapalveluiden kehittämistyössä. Lisäksi tutkimuksella selvitetään, miten liikunnan puheeksi ottaminen, neuvonta ja motivointi toteutuvat hoitotapaamisissa, potilaiden kokemusten mukaan. Liikunnan puheeksi ottaminen, neuvonta ja motivointi oli Helsingin kaupungin liikkumisohjelman yksi tavoitealue vuosien 2019–2021. Tutkimuksen tavoitteena on saada potilaiden näkemykset ja ääni osaksi palvelupolkumallia, joka on käyttäjälähtöisen innovaatiotyön mukaista.

Tutkimus toteutetaan neljän alueellisen psykiatria- ja päihdekeskuksen mielialahäiriölinjan masennus ja ahdistuneisuushäiriö työryhmissä, Intensiivisen avohoidon Intoryhmissä sekä psykiatria ja päihdepalveluiden fysioterapia ja liikuntapalveluiden hoitotapaamisissa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä tule aiheuttaa osallistujalle ylimääräistä henkistä, fyysistä tai sosiaalista kuormitusta. Tutkimuksen kohteena olevalla henkilöllä on oikeus kieltäytyä tai vetäytyä tutkimuksesta.

Tutkimuksessa ei kerätä henkilötietoja ja tutkimustietoja käsittelee ainoastaan tutkimuksen tekijä Janne Koppinen. Tietoja ei luovuteta ulkopuolisille maille, ryhmille tai henkilöille. Tutkimustulokset julkaistaan liikunta-alan ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä.

Tutkimukseen voi osallistua tutkimuksen suostumusasiakirjassa olevan QR-koodin kautta tai täyttämällä kyselylomakkeen. Kyselylomake palautetaan suljetussa kirjekuoressa Fysioterapia ja liikuntapalveluiden toimipisteeseen, osoitteeseen Nordenskiöldinkatu 20, rak 3C. Tutkimukset säilytetään lukitussa kaapissa. Tutkimusrekisteri hävitetään 31.12.2023 mennessä fysioterapia ja liikuntapalveluiden tietoturvaroskakorissa. Lisätietoa tutkimuksesta antaa: Janne Koppinen P:

Liite 2. Tutkittavan suostumusasiakirja

Käyttäjälähtöinen liikunnan palvelupolkumalli Helsingin kaupungin Psykiatria- ja päihdepalveluiden mielialahäiriölinjan avohoidon masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastaville potilaille.

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani tutkimuksen informointikirjeen. Ymmärrän, että tutkimuksessa ei kerätä tai käsitellä henkilötietoja. Tutkimuksen tavoitteet ovat minulle selvät ja olen saanut vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta. Tutkimus noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa.

Ymmärrän, että minulla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta, eikä kieltäytymisen tai suostumuksen peruuttaminen tule vaikuttaa saamaani kohteluun tai hoitoon millään tavalla. Olen tietoinen siitä, että mikäli peruutan osallistumiseni, tai osallistumiseni keskeytyy muusta syystä, voidaan kerättyjä tietoja edelleen käsitellä tässä tutkimuksessa. Tutkimuksen liittyvissä kysymyksissä voin ottaa yhteyttä tutkimuksen tekijään. Janne Koppiseen P:

Täyttämällä kyselylomakkeen tai avaamalla QR-koodin osallistun vapaaehtoisesti tutkimukseen.



Liite 3. Strukturoitu kyselylomake

Liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden esteet, motivaatiotekijät ja puheeksi ottaminen.

Liikunta-alan Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tutkimus

1. Sukupuoli

- Mies
- Nainen
- Muu/ en tiedä / en halua sanoa

2. Ikä

- 18–29
- 30–59
- 60 yli
- En halua kertoa

3. Psykiatria- ja päihdekeskus, johon kuulun

- Kalasatama
- Laakso
- Malmi
- Vuosaari
- En halua vastata / kertoa

4. Harrastan säännöllistä liikuntaa. (Liikunta on fyysisen aktiivisuuden muoto, joka on strukturoitua, toistettavissa ja tavoitteena on lisätä hyvinvointia sekä parantaa kuntoa)

- En harrasta liikuntaa
- Harvemmin kuin kerran viikossa
- Kerran viikossa
- 2–3 kertaa viikossa
- En halua vastata

5. Liikun reippaasti vähintään 30 minuuttia päivässä tai 2 h 30 minuuttia viikossa. (Hengästyttävä liikunta, joka on kohtuullisesti kuormittavaa, esimerkiksi pyöräily, uinti, tanssi tai reipas kävely)

- Kyllä säännöllisesti
- Epäsäännöllisesti mutta joskus
- En ollenkaan

En halua vastata

6.kokemani esteet fyysisen aktiivisuuden tai liikunnan lisäämiseksi. (Vastauksista voi valita useamman)

- Mieliala
- Vähäinen energia
- Sairauden aiheuttamat esteet
- Ujous tai häpeä
- Kyky nauttia liikkumisesta
- Liikkuminen on tylsää
- Rohkaisun puuttuminen
- Muiden käyttäytyminen ja tuki
- Harjoitusohjelman puuttuminen
- Kehonkuva
- Yksin harjoittelu
- Väsymys
- Psyykkinen terveys
- Häpeä
- Stressi
- Sosiaalisten tilanteiden pelko
- Sosiaalisen tuen ja kannustuksen puuttuminen
- Huono olo
- Fyysiset terveysongelmat
- Fyysinen kunto
- Loukkaantuminen tai kuntoutus kesken
- Harjoitusvaatteiden tai välineiden puuttuminen
- Liikkuminen on epäkäytännöllistä
- Ympäristön luomat esteet
- Omat odotukset liittyen liikuntatapahtumiin
- Ei ole aikaa
- Sää
- Harrastusympäristö
- Ei ole motivaatiota
- Pelkään, että loukkaannun
- Matala itsetunto
- Uskomus omista kyvyistä
- En ole urheilullinen
- Olen liian vanha
- Ei ole prioriteetti
- Etäryhmät
- Ei ole esteitä
- En halua vastata

7.Motivaatiota lisäävät tekijät fyysisestä aktiivisuudesta ja liikuntaa kohtaan

- Hyvän terveyden ylläpitäminen
- Stressinhallinta
- Paremmat tunteidensäätelytaidot
- Voiman lisääntyminen
- Parantunut uni
- Saan tilaa ajatuksille ja ajattelulle
- Parempi ulkonäkö
- Parempi fyysinen kunto
- Parempi mieli
- Parempi vireystila
- Paluu aktiiviseen minään
- Muiden kannustaminen
- Vaihtelut aktiviteetteihin
- Itsemääräämisoikeus / autonomia
- Yksilöllinen harjoitusohjelma
- Painonhallinta
- Harrastusmahdollisuudet kodin lähellä
- Harjoittelu mieluummin kotona kuin salilla
- Tutustuminen harjoitteluympäristöihin
- Turvallinen ympäristö
- Strukturoitu harjoitusohjelma
- Muiden asenne ja tuki
- Sosiaaliset normit
- Ohjattu ryhmätoiminta
- Jatkuva henkilökohtainen tuki harjoitteluun
- Tutustuminen yhdessä harjoittelukeskuksiin
- Harjoittelu muiden kanssa
- Ohjaajan neuvot ja tuki
- Lääkärin määräys
- Harjoittelupaikkoihin tutustuminen tuetusti
- Vaikutukset mielialaan
- Huomion suuntaaminen
- Harjoittelun säännöstely
- Rutiini
- Itseapua-kirja
- Päiväkirja
- Liikunnan ilo
- Askelmittari tai muu laite harjoittelun tueksi
- Etäryhmät
- En tiedä
- En halua vastata

8.Miten koen fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan puheeksi ottamisen toteutuvan hoitotapaamisissa?

- Fyysinen aktiivisuus ja liikunta on keskeinen aihe hoitotapaamisissa.
- Fyysinen aktiivisuus ja liikunta esiintyvät usein aiheena hoitotapaamisissa.
- Fyysinen aktiivisuus ja liikunta esiintyvät harvoin aiheena hoitotapaamisissa.
- Fyysinen aktiivisuus ja liikunta ei ole ollut aiheena hoitotapaamisissa
- En halua vastata

9.Miten koen saavani neuvoa hoitotapaamisissa fyysisestä aktiivisuudesta ja liikunnasta?

- Saan riittävästi neuvoa fyysisestä aktiivisuudesta ja liikunnasta.
- Olen joskus saanut neuvoa fyysisestä aktiivisuudesta ja liikunnasta, mutta toivoisin lisää neuvoja.
- En ole saanut neuvoja fyysisestä aktiivisuudesta ja liikunnasta.
- En halua vastata

10.Miten koen, että minua motivoidaan hoitotapaamisissa fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan lisäämiseksi?

- Koen, että minua motivoidaan riittävästi.
- Koen, että minua on motivoitu, mutta ei riittävästi
- Minua ei ole motivoitu
- En halua vastata

Liite 4. Service blueprint palvelupolku malli mielialahäiriöpalveluiden potilaille

| | | | |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Esite liikuntaryhmiä • Juliste vastaanottohuoneessa liikunnan terveysvaikutuksista • Liikuntavälineiden esiliolovastaanotto tilassa | <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan kohtaaminen • Selkeät opastetut ryhmätoimintatilat • Kunto-salilaitteet ja niiden sijoittelu • Ryhmitoiminnan sääntöjen visuaalinen esite • Tilan äänimaailma, pukuhuoneiden tila ja säännöt | <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan kohtaaminen • Selkeät opastetut ryhmätoimintatilat • Kunto-salilaitteet ja niiden sijoittelu • Ryhmitoiminnan sääntöjen visuaalinen esite • Tilan äänimaailma, pukuhuoneiden tila ja säännöt | <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan kohtaaminen • Selkeät opastetut ryhmätoimintatilat • Kunto-salilaitteet ja niiden sijoittelu • Ryhmitoiminnan sääntöjen visuaalinen esite • Tilan äänimaailma, pukuhuoneiden tila ja säännöt |
| <ul style="list-style-type: none"> • Liikkumisen ja liikunnan positiiviset vaikutukset mielialaan | <ul style="list-style-type: none"> • Ohjaajan tuki harjoitteluun • Saan tilaa ajatuksille ja ajattelulle • Huomion suuntaaminen • Parempi vireyttä ja parantunut uni | <ul style="list-style-type: none"> • Ohjaajan tuki harjoitteluun • Saan tilaa ajatuksille ja ajattelulle • Huomion suuntaaminen • Parempi vireyttä ja parantunut uni | <ul style="list-style-type: none"> • Ohjaajan tuki harjoitteluun • Saan tilaa ajatuksille ja ajattelulle • Huomion suuntaaminen • Parempi vireyttä ja parantunut uni |
| <p>Motivaatiotekijät</p> | <p>Motivaatiotekijät</p> | <p>Motivaatiotekijät</p> | <p>Motivaatiotekijät</p> |
| <p>Hoitotapaaminen mielialahäiriöpalveluiden poliklinikka. Liikkumisen ja liikunnan puheeksi ottaminen ja palveluohjaus</p> | <p>Fysioterapia ja liikuntapalvelut 1. Ryhmäjakso 10-12 viikkoa. Tuettu harjoittelu.</p> | <p>Fysioterapia ja liikuntapalvelut 2. Ryhmäjakso 10-12 viikkoa. Itsenäisempi harjoittelu</p> | <p>Omatoiminen harjoittelu. Julkiset liikuntapalvelut</p> |
| <p>Kontaktipisteet palvelupolku mallissa</p> | | | |
| <p>Esteet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vähäinen energia. Väsymys. Mieliala ja psyykinen terveys • Ei ole motivaatiota • Sairaudesta aiheuttamat esteet ja fyysiset tervyesongelmat • Sosiaalisten tilanteiden pelko | <p>Esteet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kyky nauttia liikunnasta • Kehonkuva • Ujous tai häpeä • Matala itseunto • Stressi | <p>Esteet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tervehtiminen, opastus tarvittaessa oikeaan tilaan • Kireä kohtaan, priorisointi ensikertalaisin • Kannustava palaute ja imapiiri • Yksinkertainen harjoittelussa | <p>Esteet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tervehtiminen, opastus tarvittaessa oikeaan tilaan • Kireä kohtaan, priorisointi ensikertalaisin • Kannustava palaute ja imapiiri • Yksinkertainen harjoittelussa |
| <ul style="list-style-type: none"> • Informaation kulkeminen henkilökkunnan ja potilaiden välillä • henkilökohtainen ote motivoitui, sensitiivisyys • hoitotapaamisissa • kirjallinen ja sähköinen esite palveluista kokonaisuudessaan | <ul style="list-style-type: none"> • Tervehtiminen, opastus tarvittaessa oikeaan tilaan • Kireä kohtaan, priorisointi ensikertalaisin • Kannustava palaute ja imapiiri • Yksinkertainen harjoittelussa | <ul style="list-style-type: none"> • Tervehtiminen, opastus tarvittaessa oikeaan tilaan • Kireä kohtaan, priorisointi ensikertalaisin • Kannustava palaute ja imapiiri • Yksinkertainen harjoittelussa | <ul style="list-style-type: none"> • Tervehtiminen, opastus tarvittaessa oikeaan tilaan • Kireä kohtaan, priorisointi ensikertalaisin • Kannustava palaute ja imapiiri • Yksinkertainen harjoittelussa |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hoidon suunnittelu hoitotiimeissä suullisesti • kirjaaminen potilastietojärjestelmään • Yhteydenotto työkorviestillä, • Intran tiedon hyödyntäminen, • Or-koodin käyttäminen eri palveluihin | <ul style="list-style-type: none"> • Toimintojen suunnittelu • Koulutus • Verkostotyö, yhteistyö muiden toimijoiden kanssa • Työntekijöiden välinen vuorovaikutus, tiedottaminen ja työkorviestintä | <ul style="list-style-type: none"> • Toimintojen suunnittelu • Koulutus • Verkostotyö, yhteistyö muiden toimijoiden kanssa • Työntekijöiden välinen vuorovaikutus, tiedottaminen ja työkorviestintä | <ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö eritoimijoiden kanssa • Laaja tiedottaminen palveluista mielialahäiriöpoliikkoiden- ja fysioterapia ja liikuntapalveluiden työntekijöille |
| <p>Helsinki</p> | <p>Henkilökunnan työ ja tukitoimet, jotka eivät näy potilaalle. Muiden kuin suorassa vuorovaikutuksessa olevien työntekijöiden välttämätön työ</p> | <p>Henkilökunnan työ ja tukitoimet, jotka eivät näy potilaalle. Muiden kuin suorassa vuorovaikutuksessa olevien työntekijöiden välttämätön työ</p> | <p>Henkilökunnan työ ja tukitoimet, jotka eivät näy potilaalle. Muiden kuin suorassa vuorovaikutuksessa olevien työntekijöiden välttämätön työ</p> |