



Marina Steffansson & Outi Polso

**MASENNUKSEN HOITON LÄÄKKEITÄ,
TERAPIAA JA LIIKUNTAA**

**PIEKSÄMÄEN KAUPUNGIN PÄIHDE- JA
MIELENTERVEYSPOLIKLINIKAN ASIAKKAIDEN
KOKEMUKSIA LIIKUNNAN TUOTTAMASTA
HYVINVOINNISTA JA TALOUDELLINEN ANALYYSI
PALVELUKETJUN MUUTOKSISTA**



Vipuvoimaa
EU:lta
2014–2020



Elinkeino-, liikenne- ja
ympäristökeskus



Diakonia-ammattikorkeakoulu
Helsinki 2017

DIAK PUHEENVUORO 5
[DIAK SPEAKS 5]

Julkaisija: Diakonia-ammattikorkeakoulu
Kannen kuva: Shutterstock
Taitto: Juvenes Print Oy

ISBN 978-952-493-284-4 (verkkojulkaisu)
ISSN 2343-2217 (verkkojulkaisu)

Juvenes Print Oy
Tampere 2017

TIIVISTELMÄ

**Marina Steffansson
& Outi Polso**

**MASENNUKSEN HOITOON
LÄÄKKEITÄ, TERAPIAA JA LIIKUNTA
Pieksämäen kaupungin päihde- ja
mielenterveyspoliklinikan asiakkaiden
kokemuksia liikunnan tuottamasta
hyvinvoinnista ja taloudellinen analyysi
palveluketjun muutoksista**

Helsinki:

Diakonia-ammattikorkeakoulu 2017

52 s.

Diak Puheenvuoro 5

Tämän selvityksen tavoitteena on selvittää liikunnan merkitystä päihde- ja mielenterveyshuollon asiakkaiden hyvinvoinnille sekä tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoprosessiin integroidun liikuntaneuvonnan, liikunta-aktiivointimallin, vaikutuksia masennuksen hoitokustannuksiin. Selvitys koostuu kahdesta osiosta: Ensimmäisessä osiossa selvitetään haastattelun avulla liikunnasta saatuja kokemuksia. Toisessa osiossa tarkastellaan taloudellisen analyysin avulla Pieksämäen kaupungin palvelujärjestelmän muutoksen vaikutuksia kaupungin kustannuksiin.

Haastattelun kohderyhmänä oli Pieksämäen kaupungin päihde- ja mielenterveyshuollon liikunnasta innostuneet asiakkaat. Haastattelu toteutettiin puolistrukturoituna haastatteluna, jossa keskityttiin seuraaviin kysymyksiin: Kuinka liikkuminen on vaikuttanut hyvinvointiin? Mikä merkitys liikunnalla on ollut haastateltaville? Mikä on motivoinut liikkumaan? Onko liikunta muuttanut päihde- ja mielenterveyspalvelujen tarvetta? Liikunta-aktiivointimallin palveluketjun kustannusten arvioimisessa käytettiin päihde- ja mielenterveyspalveluissa ”tyypillisen”, masennusta sairastavan hoitopolun mallia, jonka kustannukset arvioitiin terveydenhuollon yksikkökustannusten avulla Pieksämäen kaupungin näkökulmasta. Liikuntaneuvonnan kustannuksissa pyrittiin samanlaiseen kustannusten tarkasteluun siinä määrin kuin kustannustietoja oli saatavilla.

Päihde- ja mielenterveyshuollon asiakkaiden haastattelujen mukaan liikunta on tuonut heille lisää hyvinvointia. Hyvinvoinnin lisääntymistä kuvailtiin hyvänolon tunteen ja henkisen hyvinvoinnin lisääntymisenä. Kustannusten tarkastelussa selvitettiin kustannusten muutosta, kun

masennuksen hoitoon yhdistetään liikunta-aktiivointi. Jos tällä liikunta-aktiivointimallilla saadaan lyhennettyä ”tyypillisen” masennusta sairastavan hoitopolkua puolella tai enemmän, uusi malli tuottaa kustannussäästöjä Pieksämäen kaupungille. Liikunnan tuottamia muita lisääntyneitä terveys-hyötyjä ei huomioitu tässä kustannusten tarkastelussa.

Asiasanat: hyvinvointi, kustannukset, liikunta, liikunta-aktiivointi, masennus, palvelujärjestelmä

Teemat: Hyvinvointi ja terveys

Julkaistu: Painettuna ja Open Access -verkkajulkaisuna
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-284-4>

ABSTRACT

**Marina Steffansson
& Outi Polso**

**TREATING DEPRESSION:
MEDICINES, THERAPIES AND
PHYSICAL ACTIVITY**

Experiences of the customers of substance abuse and mental health services at a Pieksämäki clinic concerning wellbeing produced by physical activity and economic analysis of changes in the service chain

Helsinki:

Diaconia University of Applied Sciences, 2017

52 s.
Series

Diak Puheenvuoro 5
[Diak Speaks 5]

The aim of this report is to discuss the importance of physical activity to the wellbeing of customers of substance abuse and mental health services. Another aim is to shed light on how depression treatment costs are influenced when customers' physical activity counselling and physical activation are integrated into the social and health care process. This report consists of two sections. The first section, relying on interviews with the clinic's customers, reports on their experiences with physical activity. The second section uses an economic analysis to study the impacts of the changes in the Pieksämäki service system on the costs of this city.

The target group of the interviews was the customers of substance abuse and mental health services at a Pieksämäki clinic, who were keen on physical activity. The interviews were semi-structured and focused on these questions: In which ways has physical activity influenced your wellbeing? What does physical activity mean to you? What motivates you to take physical activity? Has physical activity made any difference in your need of substance abuse and mental health services? When estimating the costs of the service chain into which physical activation is integrated, we modelled the typical treatment path of a depressed person within the substance abuse and mental health services, estimating the unit costs of the model to the city of Pieksämäki. Physical activity counselling costs were studied in a similar way where cost information was available.

According to our interviews, the customers of substance abuse and mental health services have felt their wellbeing increase through physical activity. They described this increase in wellbeing as a growing good feeling and balance of mind. We studied the changes in the costs when the treatment of depression was augmented by physical activation. If the integration of physical activation shortens the typical treatment path of a depressed patient by a half or more, the integrated model reduces the costs of the city. Other increased health benefits brought on by physical activity were not considered in our study of costs.

Keywords: depression, physical activity, welfare, service system, physical activation, costs

Themes: Welfare and health

Published: Printed and as an Open Access web publication
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-284-4>

SISÄLLYS

| | |
|---|-----------|
| 1 Johdanto | 9 |
| 2 Mielenterveyden häiriönä masennus | 13 |
| 3 Masennus ja liikunta | 15 |
| 4 Liikkumattomuuden syyt | 17 |
| 4.1 Liikkumattomuuden syiden ymmärtäminen | 17 |
| 4.2 Liikunnan esteet..... | 17 |
| 4.3 Liikunnan tavoitteet..... | 18 |
| 5 Motivointi liikkumiseen | 19 |
| 5.1 Aikuisten liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät..... | 19 |
| 5.2 Arvo- ja hyväksyntäpohjainen lähestymistapa..... | 19 |
| 5.3 Motivaatiohaastattelu..... | 20 |
| 6 Sosiaali- ja terveysalan sekä liikuntatoimen palvelujärjestelmän kehittäminen Pieksämäellä | 21 |
| 7 Haastattelututkimus..... | 25 |
| 7.1 Haastattelututkimuksen toteutus..... | 25 |
| 7.2 Haastattelututkimuksen tulokset..... | 26 |
| 7.3 Yhteenveto haastatteluista | 32 |
| 8 Taloudellinen analyysi..... | 35 |
| 8.1 Case Rauni – sairastui masennukseen | 35 |
| 8.2 Case Raunin kustannukset | 37 |
| 8.3 Liikuntaneuvonnan kustannukset | 38 |
| 8.4 Kustannusten muutos – eri mallien tarkastelu | 39 |
| 9 Yhteenveto..... | 45 |
| Lähteet | 48 |

KUVAT

| | | |
|---------|--|----|
| KUVA 1. | Vuosina 1991–2015 korvatut sairauspäivärahat sairausryhmittäin | 10 |
| KUVA 2. | Masennuksen hoidon vaiheet | 14 |
| KUVA 3. | Sosiaali- ja terveydenhuollon ja liikuntatoimen palvelujärjestelmä. Liikunta-aktivointimallin prosessikuvaus | 23 |

TAULUKOT

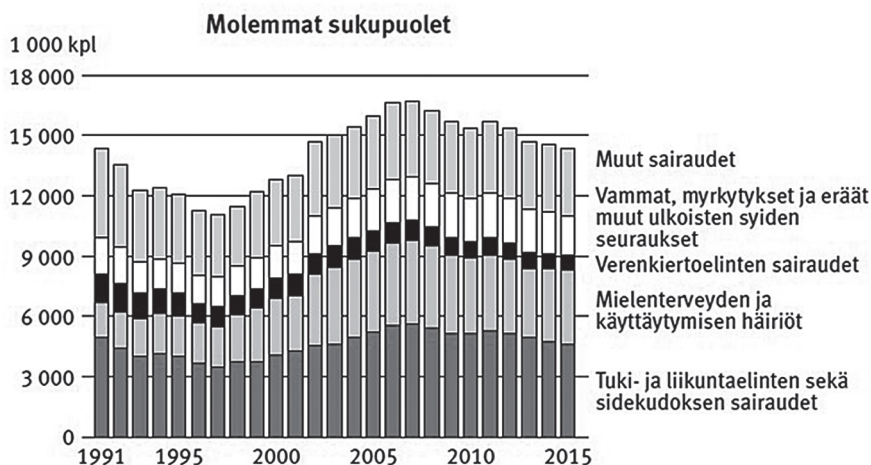
| | | |
|--------------|---|----|
| TAULUKKO 1. | Miksi liikunta koetaan hyvänä asiana? | 27 |
| TAULUKKO 2. | Liikkumisen esteet ennen ja rajoitteet nykyisin | 29 |
| TAULUKKO 3. | Miksi liikuntakortti on tarpeellinen ja tärkeä? | 30 |
| TAULUKKO 4. | Mielenterveys- ja päihdepalvelujen käytön muutos haastateltavilla | 32 |
| TAULUKKO 5. | Masennuspotilaan hoitoprosessi ja sen kustannukset (Case Rauni) | 37 |
| TAULUKKO 6. | Pieksämäen kaupungin liikuntaneuvonnan kustannukset (vuoden 2015 kustannuksin) | 39 |
| TAULUKKO 7. | Vaihtoehtoiset mallit päihde- ja mielenterveys- palvelujen käytön muutoksista liikuntaneuvontaan osallistumisen myötä | 40 |
| TAULUKKO 8. | Yksittäisen asiakkaan kustannusten tarkastelu- malleja päihde- ja mielenterveyspalvelujen käytön muuttuessa | 41 |
| TAULUKKO 9. | Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys Pieksämäellä 2015, mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 25–64-vuotiaat | 42 |
| TAULUKKO 10. | Pieksämäen kaupungin terveydenhuollon ja liikuntaneuvonnan kustannusten muutoksia, jos osa lievistä ja keskivaikeasta masennuksesta kärsivistä henkilöistä saadaan motivoitua liikkumaan | 43 |
| TAULUKKO 11. | Asiakkaat ohjattu työterveydestä liikuntaneuvontaan eikä jatkossa tarvita päihde- ja mielenterveyshuollon palveluja, kustannusten muutos | 43 |

1 JOHDANTO

Masennus on sairaus, joka saattaa lamauttaa ihmisen jopa kaikilla elämänaikavälillä. Suomessa masennusta sairastaa noin viidesosa väestöstä, ja yli puolella sairastuneista sairaus uusii. Osalla sairastuneista sairaus kroonistuu pysyväksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Masennus 2015.) Masennus aiheuttaa maailmanlaajuisesti merkittävää työ- ja toimintakyvyn heikkenemistä, ja lisäksi se huonontaa elämänlaatua (Bruffaerts ym. 2012; Koivumaa-Honkanen, Tuovinen & Honkalampi, 2008). Vuosittain masennukseen sairastuneiden määrä on pysynyt samalla tasolla useiden vuosien ajan, mutta masennuksen takia työeläkkeelle jäävien määrä on kasvussa. Masennuksen takia työkyvyttömyyseläkkeelle jää vuosittain yli 4 000 suomalaista. Sairausten hoidossa masennuslääkkeet ja psykoterapia ovat yksittäisistä hoitokeinoista tehokkaimpia, mutta myös liikunnalla on todettu selviä masennusta parantavia vaikutuksia. Käypä hoito -suositusten mukaan masennusta sairastaville liikunta on osa hyvää hoitoa. Olennaista ei ole se, miten liikkuu, vaan tärkeintä on, että ylipäätään liikkuu. Liikunta ehkäisee masennusta, sillä paljon liikkuvilla on vähemmän masennusta kuin vähän liikkuvilla. Liikunnan tuottama hyöty perustuu siihen, että liikunta siirtää ajatukset pois kielteisistä asioista. Ryhmäliikunta antaa osallistujalle myös sosiaalista tukea. (Liikunta. Käypä hoito -suositus 2016.) Masennus on monimuotoinen sairaus, ja yksittäisillä keinoilla sitä ei saada hoidettua. Kyse on kuitenkin suomalaisten toiseksi yleisimmästä sairauspäivää aiheuttavasta ja eniten työikäisiä eläköityvästä sairaudesta. Masennuksesta johtuva vaiva yksilölle sekä kustannuserä yhteiskunnalle on niin suuri, että masennuksen hoidossa kannattaa ottaa kaikki keinot käyttöön.

Terveydenhuoltoon kohdistuvat mielenterveyshäiriöiden välittömät ja välilliset kustannukset ovat yli miljardi euroa vuosittain. Kokonaiskustannukset työpanosmenetyksineen ovat noin 5 miljardia euroa vuodessa. Eläketurvakeskuksen ja Kansaneläkelaitoksen tietojen mukaan vuonna 2013 masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkemenot olivat Suomessa 509 miljoonaa euroa ja sairauspäivärahakustannukset 108 miljoonaa euroa. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat toiseksi suurin sairausryhmä tuki- ja liikuntaelin- sekä sidekudoksen sairauksien jälkeen, ja ne ovat yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle päättymiseen. Kaikista työkyvyttömyyseläkkeensaajista 49,1 % ja Kelan korvaamista sairauspäivärahoista 25,7 % (kuva 1) aiheutuu mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöistä. (Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2014 2015, 92; Kelan sairausvakuutustilasto 2015 2016, 73.) Vuonna 2015 Kela maksoi mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöistä johtuvia sairauspäivärahoja yli 183,3 miljoonaa euroa, joka on 22,2 % kaikista vuonna 2015 maksetuista sairauspäivärahoista. Vuonna 2015 mielenterveyden ja käyttäytymishäiriöstä johtuvien sairauspäiväraha-aikojen kesto oli keskimäärin 67 päivää kautta kohti. (Kelan sairausvakuutustilasto 2015 2016, 79.)

Vuosina 1991–2015 korvatut sairauspäivärahapäivät sairausryhmittäin



KUVA 1. Vuosina 1991–2015 korvatut sairauspäivärahat sairausryhmittäin (Kelan sairausvakuutustilasto 2015, 2016, 21).

Liikunnan merkitys ihmisten terveydelle, hyvinvoinnille, sosiaaliselle eheydelle sekä terveyspalveluiden tarpeelle on ymmärretty. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetus- ja kulttuuriministeriö ovat yhteisesti sopineet neljä linjausta terveyttä ja hyvinvointia edistävän liikunnan kehittämiseksi: arjen istumisen vähentäminen elämänsä aikana, liikunnan lisääminen elämänsä aikana, liikunnan nostaminen keskeiseksi osaksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta sekä liikunnan aseman vahvistaminen suomalaisessa yhteiskunnassa. Liikunnan nostaminen keskeiseksi osaksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä vaatii saumatonta moniammatillista sosiaali- ja terveydenhuollon sekä liikuntapalveluiden yhteistyötä. (Valtion liikuntaneuvosto 2013.) Mielenterveyden edistämiseen suunnatut resurssit palautuvat moninkertaisina takaisin. Monet ehkäisevän mielenterveystyön toimet maksavat itsensä takaisin alle vuodessa ja suurin osa alle viidessä vuodessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Liikuntaneuvontahankkeissa liikuntaneuvontaprosessit ovat lisänneet asiakkaiden hyvinvointia: liikunnallisuus lisääntyy, arkiliikunta monipuolistuu ja ruokailutottumukset paranevat. Muutoksia on tapahtunut myös subjektiivisessa toimintakykytuntemuksessa sekä vireyden ja elinvoimaisuuden kokemuksessa. (Tuunanen, Puurunen, Malvela & Kivimäki, 2016.) Liikuntaa on käytetty terveydenhuollossa hoitomuotona. Haasteena on aloitetun liikunnan ylläpitäminen, joten tieto liikuntaan liittyvistä motivaatiotekijöistä on tärkeää.

Pieksämäen kaupungin ja Diakonia-ammattikorkeakoulun yhteisessä Hoitava liikunta-aktiivointi -kehittämishankkeessa (2015–2017) mielen-terveys- ja päihdehuollon asiakkaille on tarjottu mahdollisuutta liikunnan aloittamiseen. Hankkeessa jatkettiin Pieksämäen Terveysliikunnan kehittämishankkeessa (2012–2014) aloitetun liikunta-aktiivointimallin kehittämistä rakentamalla sosiaali- ja terveydenhuollon sekä liikuntatoimen yhteinen palveluketju asiakkaiden hyvinvoinnin lisäämiseksi. Tavoitteena on, että liikunta on yksi hoitomuoto muiden hoitomuotojen rinnalla myös psyykkisten häiriöiden hoidossa.

Tässä selvityksessä avataan lyhyesti sitä, mitä masennus on, kuinka sitä hoidetaan ja mikä on liikunnan vaikutus masennukseen. Liikunnalla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia masennukseen, mutta liikkeelle lähteminen ei ole kaikille yhtä helppoa. Siksi tarkastellaan myös liikkumattomuuden syitä. Liikunnan aloittamiseen tarvitaan myös motivaatiota, mistä niin ikään kerrotaan lyhyesti. Mielenkiinnon kohteena onkin selvittää liikunnan merkitystä mielen-terveys- ja päihdeasiakkaiden hyvinvoinnille ja

sitä, mitkä ovat olleet aikaisemmin esteinä liikunnan harrastamiseen, onko esteitä nyt ja mikä on motivoinut liikkumaan. Lisäksi tarkastellaan uuden palveluketjun toiminnan vaikutuksia kustannuksiin: onko liikunnan harrastaminen vaikuttanut päihde- ja mielenterveyspalvelujen käytön määrän vähenemiseen ja syntykö tästä säästöjä? Selvitys koostuu kahdesta osiosta. Ensimmäisessä osiossa selvitetään haastattelun avulla liikunnasta saatuja kokemuksia. Kohderyhmänä on Pieksämäen kaupungin mielenterveys- ja päihdehuollon liikunnasta innostuneet asiakkaat. Toisessa osiossa tarkastellaan taloudellisen analyysin avulla Pieksämäen kaupungin palvelujärjestelmän muutoksen vaikutuksia kaupungin kustannuksiin. Selvityksessä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

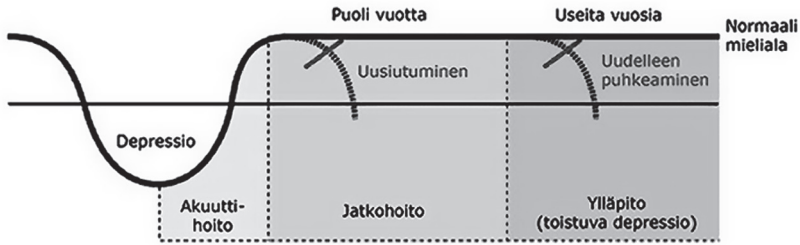
1. Kuinka liikkuminen on vaikuttanut kohderyhmän hyvinvointiin?
2. Mikä on motivoinut liikkumaan?
3. Miten hoitoliikunta on vaikuttanut mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttöön?
4. Palveluketjun muutoksen vaikutukset kustannuksiin

2 MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖNÄ MASENNUS

Masennustila eli masennus on taustaltaan monisyinen mielialahäiriö. Sairausalttiuteen vaikuttavat sekä perinnölliset tekijät että lapsuudenaikaiset ja ajankohtaiset ristiriidat, menetykset ja pettymykset. Mielenhäiriössä mielialan muutos kestää yhtämittaisesti vähintään 2–3 viikkoa, usein kuukausia, joskus vuosiakin. Noin puolella masennusjaksoon ensi kertaa sairastuneilla sairausjakso toistuu, osalla useitakin kertoja elämän aikana. Toistuvat masennusjaksot ja pitkittyvä masennus ovat yleinen syy enenaikaiseen eläkkeelle jäämiseen. Vakaviin ja toistuviin sairausjaksoihin liittyy kohonnut itsemurhariski. Erialaisten mielialahäiriöiden luokittelu perustuu oireiden laatuun, vaikeusasteeseen ja keston. Masennustiloihin voi liittyä yksittäisiä tai toistuvia mania- tai hypomaniajaksoja, jolloin mieliala on epänormaalisti ja jatkuvasti kohonnut. Tällöin kyse on kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Sairausjaksojen pituutta, vakavuutta ja toistumisalttiutta voidaan usein olennaisesti vähentää joko lääkehoidon tai asianmukaisen psykoterapian avulla. (Huttunen 2015.) Masennuksen oireita ovat mielenkiinnon ja mielihyvän menetys, uupumus, korostuneet itsesyytökset, omanarvontunnon heikkeneminen, unen ja ruokahalun häiriintyminen, keskittymisvaikeudet ja syvimmissä masennustiloissa jopa kuoleman ja itsetuhoisuuden ajatukset (Leppämäki 2007, 629). Masennushäiriöt pitkittyvät helposti. Jäännösoireilu on tavallista, vaikka masennushäiriön kriiteerit eivät täytykään (Suvisaari 2015).

Masennuksen hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen (kuva 2). Akuuttivaiheen hoidon tavoitteena on oireettomuus, ja se kestää tämän tavoitteen saavuttamiseen asti. Jatkohoidon tavoitteena on estää oireiden palaaminen (relapsi). Ylläpito-hoidon tavoitteena on puolestaan ehkäistä uuden sairausjakson puhkeaminen. Käypä hoito -suosituksen mukaan akuutissa vaiheessa tehokkaita hoitomuotoja ovat masennuslääkkeet ja vaikuttaviksi osoitetut terapiat. Hoito on tehokkainta, kun näitä käytetään yhtä aikaa. Jos hoito lopetetaan heti oireiden jälkeen, suurena riskinä on oireiden palaaminen. Jos masennus on toistuvaa, on suositeltavaa aloittaa ylläpitohoito. Ylläpito-hoidossa potilaan tilaa seurataan vastaanottokäynneillä vähintään

vuosittain, vaikka potilas olisikin oireeton. Vasta kun potilas on ollut oireettomana useamman vuoden ajan, voidaan harkita lääkehoidon varovais- ta asteittaista lopettamista. (Depressio. Käypä hoito -suositus 2016.)



KUVA 2. Masennuksen hoidon vaiheet (Depressio. Käypä hoito -suositus 2016).

Liikunta mainitaan Käypä hoito -suosituksissa sekä masennuksen ehkäisyssä että hoidossa. Suosituksen mukaan masennuspotilaat saattavat hyötyä säännöllisestä ryhmämuotoisesta liikunnasta, ja se lievittää myös ikään-tyneiden ja toimintakyvyltään heikentyneiden oireita. Liikunnan ja lääke- hoidon yhdistämisestä on vähän tutkimuksia, mutta masennuslääkkeisiin yhdistettynä liikunta saattaa lievittää masennuksen oireita. Liikunta myös ehkäisee masennusta: paljon liikkuvilla on vähemmän itse ilmoitettuja ma- sennusoireita. Vähemmän liikkuvat ja inaktiivit sairastuvat useammin kuin paljon liikkuvat. (Liikunta. Käypä hoito -suositus 2016.)

3 MASENNUS JA LIIKUNTA

U seissa tutkimuksissa on todettu liikunnan ja yleisen hyvinvoinnin yhteys masennukseen. Ströhle (2009) on tutkinut yhteyttä fyysisen aktiivisuuden ja masennuksen esiintyvyydessä sekä liikunnan mahdollista terapeuttista vaikutusta masennushäiriöissä. Tutkimuksen mukaan liikunnan on todettu vähentävän jännittyneisyyttä, ahdistusta ja suojaavan mielialaa masentavissa elämäntilanteissa. Huolimatta siitä, että näyttö liikunnan vaikutuksista lisääntyy, liikunnan käyttö masennuksen hoidossa on vasta alkuvaiheessa. (Ströhle 2009, 777.) Haarasillan ja kumppaneiden (2004) sekä Hassménin ja kumppaneiden (2000) mukaan fyysiseen aktiivisuuteen liittyy monenlaisia terveydellisiä vaikutuksia. Kliinisissä ja epidemiologisissa tutkimuksissa on osoitettu säännöllisen liikunnan vähentävän masennusta. (Haarasilta, Marttunen, Kapiro & Aro 2004; Hassmén, Koivula & Uutela 2000.) Stantonin ja Reaburnin mukaan masennuksen hoidossa vaikuttavaa olisi ohjattu aerobinen liikuntaharjoittelu kolme kertaa viikossa kohtalaisella teholla. Ohjattua liikuntaharjoittelua pitäisi olla vähintään yhdeksän viikon ajan. (Stanton & Reaburn 2014.) Cochranen systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin 39 liikuntaan ja masennukseen liittyvää tutkimusta vuoteen 2009 mennessä ja johtopäätöksenä oli, että verrattaessa liikuntaa hoitona hoitamatta jättämiseen, lumeeseen tai kontrolli-interventioon, liikunnalla oli hoitona kohtalainen kliininen vaikutus masennuksen hoidossa. Katsauksen perusteella on perusteltua suositella liikuntaa masennusoireiselle sekä masennus diagnoosin saaneelle. Tutkimusten mukaan on kuitenkin mahdotonta määritellä liikunnalle tarkkaa määrää, kestoja tai laatua. Kannattavinta on valita se liikuntamuoto, mistä nauttii eniten – tämä parantaa liikuntaan sitoutumista. (Cooney ym., 2013.) Liikunnan vaikutukset masennuksen hoidossa näkyvät parhaiten lievää ja keskivaikeaa masennusta sairastavien joukossa (Leppämäki 2007, 2). Uusimmissa kontrolloiduissa tutkimuksissa saatujen tulosten mukaan liikunta voi olla kliinisesti tehokasta masennuksen hoidossa (Belvederi ym. 2015; Hallgren ym. 2015).

Väestötutkimusten mukaan vähäisellä liikunnalla on yhteys masennusoireisiin ja liikuntaharrastuksen puute tai vähäisyys ennustaa myöhemmällä iällä masennuksen puhkeamisen. Säännöllinen liikunta kohottaa mielialaa, ja sillä on mahdollista ehkäistä ja jopa hoitaa masennustilaa. Tärkeää on, että, liikunta on mielekästä ja palkitsevaa. Aerobisella liikunnalla on selviä antidepressiivisiä vaikutuksia ainakin lievissä ja keskivaikeissa masennuksissa. Liikunta ei ole mikään yleislääke masennuspotilaalle, mutta masennuksen hoitoon tulisi sisällyttää suositus säännöllisestä kuntoliikunnasta. Vastaanotolla voidaan tehdä liikuntaa koskeva mini-interventio asiakasta syyllistämättä tai painostamatta ja voidaan painottaa asiakkaan asemaa aktiivisena toimijana, joka voi vaikuttaa itse sairautensa kulkuun ja hyvinvoinnin lisäämiseen. (Leppämäki, 2007, 629–630. Käypä hoito -suosituksissa on mukana myös liikuntasuositus, jonka mukaan liikunnan tulee kuulua pitkäaikaissairauksien ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen tarvittaessa muihin elämäntapamuutoksiin ja hoitoihin yhdistettyinä. Paljon liikkuvilla on vähemmän masennusoireita ja he näyttävät sairastuvan harvemmin masennukseen kuin vähän liikkuvat. Liikunta keskeyttää masennusajatuksia ja kääntää huomion pois ikävistä asioista sekä tuo sosiaalista tukea, jos harrastaa liikuntaa ryhmässä. (Liikunta. Käypä hoito -suositus 2016.)

4 LIKKUMATTOMUUDEN SYYT

4.1 Liikkumattomuuden syiden ymmärtäminen

Tärkeämpää kuin jakaa tietoa liikkumisesta on ymmärtää yksilön liikkumattomuuden syitä. Pelkkä tieto ei riitä muuttamaan käytöstä, vaan se voi jopa lisätä syyllisyyden tunnetta. Liikuntakäyttäytyminen on enemmän kuin yksilön yksinkertainen valinta – siihen liittyvät lukuisat arjen sidonnaisuudet ja rajoitteet. Mittaaminen ja suositusten jakaminen voi aiheuttaa haluttomuuden edes yrittää, jos suositukset koetaan olevan tavoittamattomissa. Vasta viime aikoina on alettu ymmärtää aktiivisten ihmisten sijaan passiivisten ihmisten määrää. Liikunnan tutkimuksessa ei ole vielä pitkiä perinteitä liikkumattomuuden henkilökohtaisten syiden tarkasteluun, kuten ei arkisen liikkumisen korostamiseenkaan. On muistettava, että vähän liikkuvat eivät ole homogeeninen ryhmä. Useista eri syistä (mm. iän, kulttuurin, ulkonäön ja toimintakyvyn vuoksi) itsensä ulkopuoliseksi tunteville kynnyks liikkuntapalveluiden käyttöön voi olla liian korkea. Nyky-aikana perhemallit muuttuvat, eivätkä uudet sukupolvet enää välttämättä toimi fyysisen aktiivisuuden osalta vanhojen totuttujen mallien mukaan. (Pyykkönen 2014.)

4.2 Liikunnan esteet

Koetut liikunnan esteet voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin esteisiin. Sisäiset esteet ovat yksilöstä riippuvia, subjektiivisia ja ihmisen oman päätöksenteon ulottuvissa. Näitä ovat muun muassa ajan puute, tunteet, terveydentila ja elämäntilanne. Ulkoiset esteet ovat yksilöstä riippumattomia, esimerkiksi liikuntamahdollisuuksien puuttuminen, sää ja kulttuuriset tekijät. (Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen, 2009.) Suomalaisessa kaksostutkimuksessa suurimmalla osalla tutkittavista ei ollut varsinaisia syitä fyysisen aktiivisuuden vähyydelle. Yleisimmät syyt olivat kipu ja erilaiset terveysongelmat (Aaltonen ym. 2012.) Muita yleisiä syitä ovat ajanpuute, työ, perhe, sää, väsymys ja laiskuus. Fyysisesti aktiiviset ihmiset kokevat aktiiv-

visuudelleen olevan vähemmän esteitä, kuin liikkumattomat. (Korkiakangas, 2010.) Jotta asiakas voi tehdä liikkumisen kannalta tärkeitä valintoja, täytyy liikkumista estävät tekijät pystyä tunnistamaan ymmärtämällä yksilöä, löytää keinot estävien tekijöiden ratkaisemiseksi sekä antaa kannustusta (Korkiakangas 2010; Pyykkönen 2014).

4.3 Liikunnan tavoitteet

Kokemus ja tavoitteet kuuluvat olennaisena osana motivoitumiseen: merkityksellinen tavoite saa liikunnan kiinnostamaan, ja sen hyödyt nähdään selvemmin. Vaikka tavoite olisikin ulkoisen motivaattorin aiheuttama, se voi johtaa vähitellen sisäiseen motivaatioon. (Sansone & Thoman 2006.) Liikunnan tavoitteet tulisi olla eroteltu a) yleisiin (esim. kunnan kohottaminen ja stressin hallinta) ja konkreettisiin (esim. päivittäinen 15 minuutin kävely) tavoitteisiin sekä b) lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteisiin. Ennen kaikkea tavoitteiden tulee olla asiakkaan itsensä määrittelemiä (Bodenheimer & Handley 2009), mikä lisää asiakkaan sitoutumista liikuntasuunnitelmaan (Buckworth & Dishman 2002, 143). Realistiset tavoitteet ja niiden saavuttaminen lisäävät asiakkaan pystyvyyden tunnetta ja itseluottamusta, mikä on yhteydessä parempaan terveyskäyttäytymiseen (Bodenheimer & Handley 2009).

Liikkumisen edistäminen yhdessä perheen kanssa tukee motivoitumista säännölliseen liikuntaan, vastaava vaikutus on myös työnantajan tukemalla liikunnalla erityisesti kiireisissä elämäntilanteissa. Myönteisten kokemusten saaminen liikunnan kautta motivoi liikuntaharrastuksen jatkamiseen. On tärkeää, että liikunnalla tavoiteltaisiin useaa eri tavoitetta: tällöin liikunnan ylläpitäminen ei ole vain yhden asian varassa. (Korkiakangas 2010.) Takapakit kuuluvat aina muutosprosessiin. Mahdollisissa lipsumisissa ja epäonnistumisissa tuomitsemisesta tai syyllistämisestä ei ole apua. On myös tärkeää saada asiakas ymmärtämään, etteivät yksittäiset lipsumiset pilaa kokonaisuutta, vaan ne nähdään ja hyväksytään oppimiskokonaisuuksina. Tuolloin on tärkeintä tunnistaa syyt ja luoda strategioita niiden vähentämiseksi. Onnistumisten kohdalla asiakasta kannattaa muistuttaa, että saavutus on hänen omaa ansiotaan. (Buckworth & Dishman 2002, 143; Kangasniemi & Kauravaara 2016.)

5 MOTIVOINTI LIKKUMISEEN

5.1 Aikuisten liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät

Nautinto, ilo, fyysinen kunto ja fyysinen tila ja sosiaalisuus olivat tärkeimpiä liikuntaan osallistumisen syitä (Korkiakangas 2010; Aaltonen ym., 2012). Yleisimmät liikuntaan motivoivat tekijät kuitenkin vaihtelevat eri elämänvaiheissa. Pohtimalla omaa elämäntilannetta on mahdollista tiedostaa liikkumista rajoittavia tai siihen motivoivia tekijöitä (Korkiakangas 2010). Olennaista yksilön motivoinnissa fyysiseen aktiivisuuteen on se, että ihminen kokee liikunnan hyödyt haittoja suurempana (Prochaska, Wright & Velicer 2008). Myös tunteet, arvot ja asenteet vaikuttavat motivaatioon (Buckworth & Dishman 2002, 215).

Liikuttamisessa unohdetaan helposti liikunnan kokemuksellinen puoli. Vain liikunta, joka tuottaa nautintoa ja tuntuu hyvältä, on hyväksi yksilölle. (Pyykkönen 2014.) Yleisten suositusten täyttämisen lisäksi olennaista on tarkastella yksilön elämäniloa ja mielenrauhaa (Rovio & Saaranen-Kauppinen 2014a). Tieto liikunnan vaikutuksista terveyteen ja hyvinvointiin tai kehoitus harrastaa liikuntaa enemmän ei välttämättä ole riittävän voimakas motivoija, jolloin motivoinnissa tulee kiinnittää huomioita muihin motivaatioon liittyviin tekijöihin. Motivoinnissa kannattaakin keskittyä motivoitavan henkiseen hyvinvointiin ja tähdätä tätä parantaviin toimiin vahvistamalla motivoitavan autonomisuutta ja itsetuntoa. (Tuuha 2016, 68.)

5.2 Arvo- ja hyväksyntäpohjainen lähestymistapa

Nyky-yhteiskunnan ajanpuute aiheuttaa pakon priorisoida ajankäyttöä, ja fyysinen aktiivisuus joutuu taistelemaan ihmisten ajasta entistä voimakkaammin muun muassa älypuhelinien kanssa. Ajankäytön valinnat paljastavat, mitkä asiat ihmiselle ovat tärkeimpiä (Rovio & Saaranen-Kauppinen 2014). Koska ajanpuute on merkittävä fyysisen aktiivisuuden vähentäjä, on mahdollista tarkastella asiaa yksilön omien arvojen kautta. Omien arvojen mukaan toimiminen tuo elämään sisältöä. (Kangasniemi 2014.) Arvo- ja

hyväksyntäpohjainen lähestymistapa terveyden edistämisessä ja esimerkiksi fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä perustuu yksilön ymmärrykseen hänen elämäänsä ohjaavista arvoista. Lähestymistavassa pyritään omien arvojen, tunteiden ja ajatusten tunnistamiseen ja myös negatiivisten tunteiden hyväksymiseen sen sijaan, että niitä pyrittäisiin muuttamaan. Asiakkaan omien arvojen tunnistamisen kautta häntä voidaan ohjata toteuttamaan niitä päivittäisillä valinnoilla. Käyttäytymistä pyritään muuttamaan joustavaksi: asiakasta myös opetetaan havaitsemaan omasta käyttäytymisestään välttely- tai kontrollointikeinoja, jotka mahdollisesti kapeuttavat elämää ja estävät omien tunteiden ja ajatusten hyväksymisen. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 98–99.)

5.3 Motivaatiohaastattelu

Transteoreettisen muutoksen mallin sekä itseohjautuvuusteorian pohjalta on rakennettu menetelmäksi motivaatiohaastattelu, jolla pyritään vaikuttamaan asiakkaan motivaatioon elämänmuutosta kohtaan selvittämällä hänen arvojaan, tavoitteitaan ja resurssejaan muutokseen (Markland, Ryan, Tobin & Rollnick, 2005; Sussman, Nezami, Pokhrel & Ames, 2007). Keskeistä on havaita ja vahvistaa ristiriitaa asiakkaan nykytilan ja tavoiteltavan tilan välillä, osoittaa empatiaa, ymmärrystä ja välittämistä asiakasta kohtaan sekä vahvistaa asiakkaan kyvykkyyttä ja itseluottamusta tunnistamalla vahvuudet ja huomioimalla pienikin edistys. Ammattilaisen ei kuulu suositella, taivutella tai kehottaa asiakasta toimimaan tietyllä tavalla, sillä se herättää helposti vastareaktion. Asiakasta tulee ennemminkin myötäillä ja ymmärtää sekä välttää väittelyä. (Markland, Ryan, Tobin & Rollnick 2005; Sussman, Nezami, Pokhrel & Ames 2007; Järvinen, 2014). Menetelmä on todettu hyväksi erityisesti vastahakoisten asiakkaiden motivoinnissa (Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Christensen, 2005). Motivoivan haastattelun tarkoituksena on saada asiakas itse havaitsemaan muutoksen tarve ja puhumaan siitä. Ammattilainen ohjailee tilannetta avoimilla kysymyksillä ja refleктоivalla kuuntelemisellä. (Markland, Ryan, Tobin & Rollnick 2005; Järvinen, 2014). Menetelmää on yleisesti käytetty transteoreettisen muutoksen mallin esiharkinta- ja harkintavaiheissa, mutta sitä voidaan soveltaa myös muulloin (Koski-Jännes 2008).

6 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN SEKÄ LIIKUNTATOIMEN PALVELUJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMINEN PIEKSÄMÄELLÄ

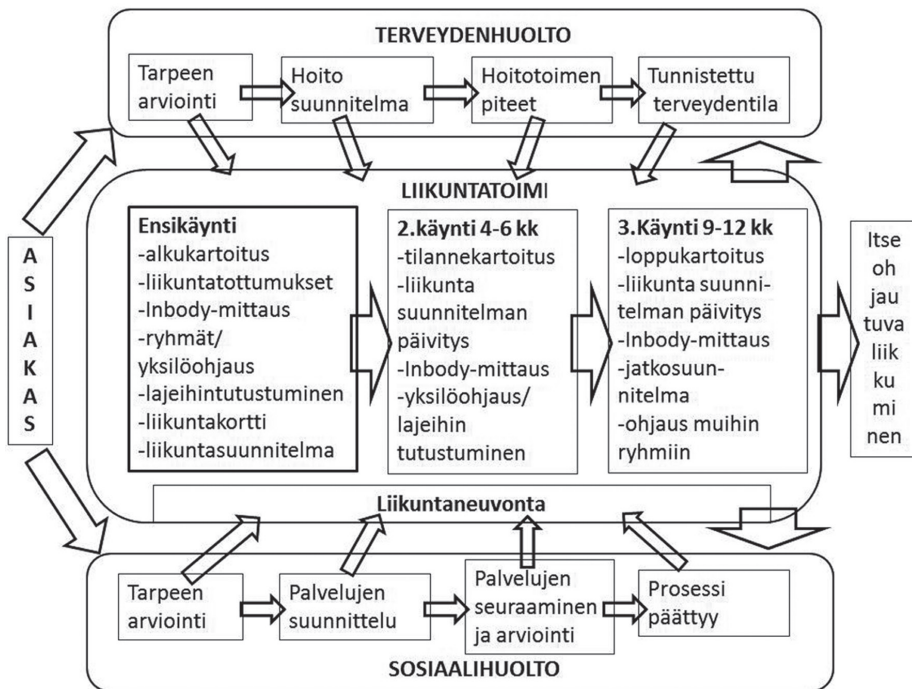
Sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeita ovat muun muassa palvelujen muuttaminen asiakaslähtöisiksi, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen. Tarkoituksena on tuottaa asiakaslähtöiset, matalan kynnyksen moniammatilliset palvelut. (Valtion liikuntaneuvosto 2013.) Matalan kynnyksen palveluilla tarkoitetaan syystä tai toisesta palvelujärjestelmän ulkopuolelle jääneille asiakkaille osoitettuja palveluita, joihin hakeutuminen olisi mahdollisimman helppoa. Matalan kynnyksen palveluissa pyrkimyksenä on monien eri palveluiden yhdistäminen. (Leeman & Hämäläinen 2015.)

Pieksämäellä liikunta on ollut pitkään yksi päihde- ja mielenterveyshuollon kuntoutusyksikön toimintamuodoista. Pieksämäen kaupungin Terveysliikunnan kehittämishankkeessa (2012–2014) lähdettiin selvittämään, kuinka liikuntatoimi voisi palvella mielenterveys- ja päihdeasiakkaita. Kuntoutusyksikön ohjaajan mukaan useilla asiakkailla ei ollut taloudellisesti mahdollista harrastaa liikuntaa kaupungin uimahallissa ja kuntosalilla, koska näihin tarvittavien korttien hinta oli liian korkea. Kaupunki tuli tässä vastaan, ja kuntoutusyksikköön annettiin 30 liikuntakorttia, jotka oikeuttivat uimahallin ja kuntosalin käyttöön. Kortti nimettiin soite-kortiksi. Kortit jaettiin liikunnasta kiinnostuneille asiakkaille, ja veloitteena oli, että niitä käytetään vähintään kaksi kertaa viikossa. Kortin käyttöä myös seurattiin. Terveysliikunnan kehittämishankkeessa kuntoutusyksikön asiakkaille perustettiin oma liikuntaryhmä, jonka tarkoituksena oli tutustuttaa asiakkaat erilaisiin liikuntamuotoihin. Ryhmän vetäjänä toimi liikuntatoimen liikunnanohjaaja.

Toiminnan kehittämistä jatkettiin Pieksämäen kaupungin ja Diakonia-ammattikorkeakoulun yhteisessä Hoitava liikunta-aktiivointi -kehittämishankkeessa. Hankkeen yhtenä tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon sekä liikuntatoimen yhteinen palvelujärjestelmä. On tarve

luoda yhteistyömalleja sellaisten sairauksien hoitoon, joissa fyysisellä aktiivisuudella on (lääke)tieteellisesti todettu parantava vaikutus. Uuden toimintamallin tavoitteena on, että kunnallinen liikuntapalvelu lääketieteellistyy ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen hoitotyö liikunnallistuu. Uusi sosiaalihuoltolaki painottaa moniammatillista ja monialaista verkostotyötä, tiedonkulun sujuvoittamista, asiakaslähtöisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta, tuen saamista ihmisten omissa arkiympäristöissä sekä painopisteen siirtämistä korjaavista toimista hyvinvoinnin edistämiseen ja varhaiseen tukeen (Sosiaalihuoltolaki 2015). Hankkeen toimenpiteet on suunnattu näihin samoihin kohteisiin.

Hoitava liikunta-aktiivointi -hankkeessa on rakennettu sosiaali- ja terveydenhuollon sekä liikuntatoimen yhteinen palveluketju asiakkaiden hyvinvoinnin lisäämiseksi (kuva 3.). Hankkeen myötä puhutaan uudesta käsitteestä, hoitoliikunnasta. Hoitoliikunta on terveystieteiden alakäsite, jolla tarkennetaan sen hoidollisia ja matalan kynnyksen sisältöjä. Hoitoliikunnassa keskitytään asiakkaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja toimintakykyyn ja fyysisen näkökulman rinnalle nostetaan vahvasti myös psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Tavoitteena on tunnistaa terveytensä kannalta liian vähän liikkuvat henkilöt ja ohjata heidät liikuntaneuvontapalveluiden piiriin. Liikuntaneuvonnan kautta asiakkaalle tarjotaan mahdollisuus matalan kynnyksen liikuntapalveluiden avulla tutustua erilaisiin liikkumisen muotoihin sekä antaa tietoa ja ohjausta, jotta asiakas pystyisi jatkossa harrastamaan liikuntaa omatoimisesti.



KUVA 3. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja liikuntatoimen palvelujärjestelmä. Liikunta-aktiivointimallin prosessikuvaus.

Hoitava liikunta-aktiivointi -hankkeessa kehitetty liikuntaneuvontamalli on otettu käyttöön Pieksämäen kaupungin sosiaali- ja perusterveydenhuollon kaikissa toimipaikoissa. Pieksämäen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan terveyden- ja sairaanhoidossa huomioidaan liikunta yhtenä hoitomuotona muiden hoitomuotojen rinnalla. Palveluketju toteutetaan prosessina, jossa asiakas ohjautuu liikuntaneuvontaan terveyden- tai sosiaalihuollosta. Kun hoitohenkilökunta tai lääkäri toteaa liikkumisen lisäämisen tai aloittamisen olevan asiakkaalle hyväksi, hän voi suositella asiakkaalle käyntiä Pieksämäen kaupungin liikuntaneuvojan luona.

Nämä asiakkaat ovat usein inaktiiveja, jolloin tilanteeseen liittyy aina myös asiakkaan motivointi. Asiakkaan suostuessa liikuntaneuvontaan liikunnanohjaaja ottaa yhteyttä suoraan asiakkaaseen ja sopii tapaamisen. Liikunnanohjaajan yhteydenotto madaltaa asiakkaan kynnystä tulla liikuntaneuvontaan ja samalla liikunnanohjaajan on mahdollista jatkaa asiakkaan motivointia liikunnan harrastamisen aloittamiseen. Ohjaus liikuntaneuvontaan voidaan järjestää missä vaiheessa terveyden- ja sosiaalihuollon palveluketjua tahansa. Tarvittaessa asiakas voidaan ohjata myös liikuntaneuvonnasta takaisin sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Liikuntaneuvonta on asiakkaalle ilmaista. Ensimmäisellä käyntikerralla liikuntaneuvonnassa selvitetään asiakkaan liikuntatottumukset, rajoitteet, nykykunto sekä yleinen motivaatio liikuntaa kohtaan. Näiden yksilöllisten tietojen perusteella hänelle tehdään yhdessä asiakkaan kanssa henkilökohtainen liikuntasuunnitelma ja määritellään jokaiselle yksilölliset liikkumisen tavoitteet. Ensikäynnillä asiakkaalle annetaan liikuntatilojen ja -palveluiden käyttöön oikeuttava liikuntakortti ja esitellään kaupungin tarjoamat liikuntapalvelut ja -mahdollisuudet. Asiakkaalle tehdään myös Inbody-mittaus. Halutessaan hänellä on mahdollisuus osallistua matalan kynnyksen ohjattuihin liikuntaryhmiin (kuntosaliryhmä, vesijumpparyhmä, mielenterveys- ja päihdepolin liikuntaryhmä sekä lajitutustumisryhmä). Liikuntaneuvojalta asiakas voi myös saada yksilöohjausta erilaisiin liikuntamuotoihin tai -lajeihin, jotta hän löytäisi itselleen mieluisat fyysisen aktiivisuuden muodot.

Liikuntasuunnitelman ja tavoitteiden toteutumista seurataan. Mahdollinen soittoseuranta toteutuu noin kolmen kuukauden kuluessa ensikäynnistä. Toinen liikuntaneuvonnan tapaaminen järjestetään kuuden kuukauden kuluttua, jolloin kartoitetaan senhetkinen tilanne ja tarvittaessa päivitetään liikuntasuunnitelma ja tavoitteet. Edelleen asiakkaalla on mahdollisuus liikunnanohjaajan ohjauksella tutustua uuteen liikuntamuotoon ja saada yksilöllistä ohjausta.

Toinen soittoseuranta voidaan tehdä toisen ja kolmannen käyntikerran välillä. Kolmannella käyntikerralla noin 12 kuukauden päästä aloituksesta asiakkaalle tehdään loppukartoitus, liikuntasuunnitelma päivitetään jälleen ja luodaan jatkosuunnitelma liikunnan jatkamisesta. Häntä kannustetaan osallistumaan muihin Pieksämäellä tarjolla oleviin liikuntaryhmiin.

Liikuntaneuvontaprosessin kesto on noin yksi vuosi, mutta yksilöllisiä eroja on prosessin kestossa. Joidenkin asiakkaiden kohdalla puoli vuotta tapaamisten välillä on liian pitkä aika, jolloin motivaatio liikkumiseen alkaa vähetä tai häviää kokonaan. Liikuntaneuvonnan kehittämisessä tähän on kiinnitetty huomiota ja saadun palautteen mukaan liikuntaneuvontaprosessia on muokattu niin, että mietitään jokaisen asiakkaan kohdalla yksilöllisesti se, mitkä ovat tapaamisvälit. Lyhempien tapaamisvälien on todettu ylläpitävän asiakkaan motivaatiota paremmin. Asiakkaat, jotka käyvät tiuhempaan liikuntaneuvonnassa, menevät koko prosessin läpi nopeammin, noin 6–9 kuukauden aikana. Liikunnanohjaajan ja asiakkaan tapaamiskertoja ei näissä tapauksissa ole lisätty.

Koko liikuntaneuvontaprosessin tavoitteena on antaa asiakkaalle tietoa ja valmiuksia jatkaa fyysisen aktiivisuuden ylläpitoa omatoimisesti, omaksua se osaksi elämää sekä ohjautua itsenäisesti erilaisiin liikuntaharrastuksiin, muun muassa Pieksämäen seudun urheilu- ja liikuntaseuroihin sekä Seutuopistoon, joilla on tarjottavanaan monipuolisia liikuntaryhmiä.

7 HAASTATTELUTUTKIMUS

Haastattelututkimuksen tavoitteena on selvittää liikunnan merkitystä päihde- ja mielenterveyspoliklinikan asiakkaiden hyvinvointiin. Haastateltavat ovat osallistuneet Terveysliikunta- tai Hoitava liikunta-aktiivointi -hankkeeseen. Puolistrukturoidussa haastattelussa keskitytään seuraaviin kysymyksiin: Kuinka liikkuminen on vaikuttanut hyvinvointiin? Mikä merkitys liikunnalla on ollut haastateltaville? Mikä on motivoinut liikkumaan? Onko liikunta muuttanut päihde- ja mielenterveyspalvelujen tarvetta?

7.1 Haastattelututkimuksen toteutus

Selvityksessä käytetty aineisto koottiin haastattelemalla Pieksämäen kaupungin mielenterveys- ja päihdehuollon asiakkaita, joista mielenterveys- ja päihdehuollon toimijat ovat nähneet, että liikunta on auttanut heitä sairauden hoidossa. Lisäksi osalla näistä asiakkaista liikunnan avulla kuntoutuminen on johtanut mielenterveys- ja päihdepalvelujen käytön vähenemiseen. Haastatteluun mukaan esitetyistä asiakkaista kukaan ei kieltäytynyt. Kaikilta haastateltavilta kysyttiin vielä henkilökohtainen suostumus osallistua haastatteluun. Haastattelut toteutettiin loppukesän 2016 aikana puolistrukturoituna haastatteluna. Haastattelurungon tavoitteena oli tietoisesti ohjata haastateltavat kertomaan omasta kokemuksesta liikkumiseen ja liikunnan harrastamiseen. Selvityksessä tehtiin 11 haastattelua. Haastatteluihin osallistui 6 miestä ja 5 naista, jotka olivat 31–70-vuotiaita. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttöaika haastateltavilla vaihteli välillä 1,5–12 vuotta. Seitsemän haastateltavaa kuului ryhmään, joka oli saanut sote-kortin käyttöönsä jo vuonna 2014. Heistä kuusi oli osallistunut 1–2 kertaa viikossa kuntoutusyksikön järjestämään vesijumppaan ja/tai kuntosalikäyntiin. Yksi haastateltava liikkui täysin itsenäisesti käyttäen liikuntakorttia. Neljä haastateltavaa aktivoitui liikkumaan Hoitava liikunta-aktiivointi -hankkeessa. Heillä oli myös liikuntakortti käytössä, ja he osallistuivat hankkeen järjestämiin liikuntaryhmiin kerran viikossa.

Haastattelut toteutettiin Pieksämäen kaupungin päihde- ja mielenterveyspoliklinikalla, joka oli tuttu ympäristö kaikille haastateltaville. Haastattelut aloitettiin kertomalla haastateltavalle päihde- ja mielenterveyshuollon toimijoiden kokemuksesta siitä, että heidän asiakkaansa ovat kuntoutuneet hyvin ja toimijoiden mielestä heidän kohdallaan kuntoutuksessa liikunnalla on ollut merkittävä rooli. Tällä avauksella päästiin haastattelussa suoraan haastattelun aiheeseen.

Haastattelu aloitettiin ohjaavilla kysymyksillä: Kuinka liikunta on vaikuttanut hyvinvointiin viimeisen vuoden aikana? Onko muitakin tekijöitä, jotka ovat lisänneet hyvinvointia? Aloituksen jälkeen haastattelu eteni liikunta-aktiivisuuden muutosta selvittävillä kysymyksillä: Milloin olet aloittanut liikkumisen? Miten liikuntatottumukset ovat muuttuneet? Minkä verran harrastit aikaisemmin liikuntaa – entä nyt?

Liikunnan merkitystä ja motivaatiota selvitettiin sellaisilla kysymyksillä kuin Mitkä asiat ovat saaneet sinut innostumaan liikunnasta? Mistä syystä koet liikunnan hyvänä arjessa tai elämässä? Mitkä asiat ovat ennen olleet esteenä liikunnan harrastamiselle? Onko nyt vielä joitain esteitä? Millaisen liikunnan koet mieluisaksi? Onko mieluisan liikuntamuodon harrastaminen helppoa Pieksämäellä?

Kaikki haastateltavat ovat alkaneet harrastaa liikuntaa päihde- ja mielenterveyshuollon palvelujen yhteydessä, ja ohjattu ryhmätoiminta on toteutettu joko kuntoutusyksikön ohjaajan toimesta tai hankkeiden puolesta. Uusia asiakkaita tulee tätä kautta koko ajan lisää, ja ryhmät täyttyvät. Liikunta-aktiivoinnin tavoitteena onkin, että asiakkaiden kuntoutuessa he pystyisivät omatoimisesti hakeutumaan urheiluseurojen ja järjestöjen sekä Pieksämäellä toimivan Seutuopiston tarjoamiin liikuntaryhmiin. Tästä syystä haastateltavilta kysyttiin heidän mahdollisuuksiaan tai kykyään ja kiinnostustaan hakeutua itsenäisesti uusien liikuntaharrastusten pariin. Lopuksi kysyttiin, onko hyvinvoinnin lisääntyminen vaikuttanut mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttöön ja kuinka haastateltavat kokevat jaksamisensa, kun he eivät käytä palveluja enää niin paljon.

7.2 Haastattelututkimuksen tulokset

Onko liikunta vaikuttanut hyvinvointiin viimeisen vuoden aikana? Onko muitakin tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet hyvinvointiin? . Liikunnan tuomista hyvistä asioista päällimmäiseksi nousi yleinen hyvinvoinnin lisääntyminen, ja sitä kuvailtiin arjen hallinnan ja elämänrytmin parantumisena, painon pudotuksena, kipujen helpotuksena, sosiaalisen verkoston kasvamisena. Ryhmäliikuntaan osallistunut haastateltava totesi:

Liikunta on se, mikä sai kotoa pois liikkeelle. Aikaisemmin olin mökkihöperö, jonka oli vaikea lähteä kotoa minnekään. Nyt on paljon helpompi lähteä liikkeelle.

Taulukkoon 1. on koottu haastateltavien vastauksia siitä, mistä syystä he kokevat liikunnan hyvänä asiana ja kuinka liikunta on vaikuttanut suoraan terveydentilaan ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.

TAULUKKO 1. Miksi liikunta koetaan hyvänä asiana?

| Terveys | Kokonaisvaltainen hyvinvointi |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • liikunnan hyötyjen tunnistaminen, kuten painon putoaminen ja esim. lääkityksen vähentyminen tai kokonaan pois jäänti | <ul style="list-style-type: none"> • hyvän olon tunne, minkä liikunnasta on huomannut saavansa |
| <ul style="list-style-type: none"> • terveellisempi ruokavalio | <ul style="list-style-type: none"> • muutoksen tuntee henkisesti. Ei ole ollut enää niin väsynyt |
| <ul style="list-style-type: none"> • paino laskenut 14,5 kg | <ul style="list-style-type: none"> • oma hyvinvointi ja hyvät sisarusuhteet |
| <ul style="list-style-type: none"> • niskahartia- ja päänsärky, olo helpottui, vesijumppa auttoi | <ul style="list-style-type: none"> • liikuntaan tulee riippuvuus, sitä kaippaa. Jos ei pääse liikkumaan, tulee ärtynoisyyttä, tulee halu liikkua |
| <ul style="list-style-type: none"> • liikunnan aloittamisen jälkeen terveys on parantunut, riski sairastua on pienentynyt | <ul style="list-style-type: none"> • kavereita tullut lisää, paljon hyviä asioita |
| <ul style="list-style-type: none"> • auttaa pääsemään eroon ahdistavista ajatuksista ja ahdistuksesta, ettei ajattele koko ajan surkeita asioita. Alkoholien käyttö myös vähentynyt ja masennus lieventynyt. Parempi olo, ei tarvitse ajatella.... | <ul style="list-style-type: none"> • sai päivään aktiviteettia |
| <ul style="list-style-type: none"> • on päässyt käymään salilla ja uimassa niin paino on pudonnut | <ul style="list-style-type: none"> • henkinen puoli pysyy kunnossa jaksamista energisyyttä, elämän laatu on parantunut, muu hyvinvointi on parantunut, liikkuminen on auttanut, keväällä liikuin pyörätuolilla, nyt kävelen rollaattorilla |
| <ul style="list-style-type: none"> • kun liikkuu ei tule ahdistusta ja masennusta. Liikkuminen on halpa lääke. Kortin käyttö on pudottanut painoa ainakin 10 kg | <ul style="list-style-type: none"> • kuntosalilta tullut tuttuja |
| <ul style="list-style-type: none"> • liikunta auttaa jaksamaan paremmin, vaikuttanut uneenkin. | <ul style="list-style-type: none"> • tuo elämän muuta kodin ulkopuolista sisältöä |
| | <ul style="list-style-type: none"> • jonkinlaisia ystävyysuhteita tuli ryhmän kautta, vaikkei yhteydenpito olekaan kovinkaan säännöllistä. |

Muita tekijöitä hyvinvoinnin lisääntymiseen olivat työkokeilun aloittaminen, omasta aloitteesta päättynyt parisuhde ja säännöllinen työharjoittelupaikka.

Liikunta-aktiivisuuden muutosta tarkasteltiin seuraavilla kysymyksillä: Milloin haastateltava on aloittanut liikkumisen? Miten liikuntatottumukset ovat muuttuneet – minkä verran haastateltava harrasti aikaisemmin lii-

kuntaa, entä nyt? Haastateltavista seitsemän oli täysin inaktiiveja ennen mielenterveys- ja päihdehuollon kautta saatua sote-korttia ja Hoitava liikunta-aktiivointi -hanketta. Heistä neljä ei ollut koskaan harrastanut mitään liikuntaa. Kolme haastateltavaa oli harrastanut liikuntaa jonkin verran joskus aikaisemmin, mutta sitten liikunta oli jäänyt pois. Syyksi mainittiin terveydelliset syyt, osa näistä liittyi mielenterveys- ja päihdehäiriöihin. Kaksi haastateltavista vastasi harrastaneensa liikuntaa aikaisemminkin jonkin verran: ”käynyt vähän lenkillä”, ja kaksi haastateltavaa vastasi harrastaneensa kävelyä aina.

Kaikki haastateltavat olivat alkaneet liikkua tai heidän liikunta-aktiivisuutensa oli lisääntynyt vuosien 2014 ja 2015 aikana. Liikunnan aloittamisen ja haastattelun välisenä aikana liikunta-aktiivisuus oli lisääntynyt selvästi kaikilla haastateltavilla. Liikuntakortin saaminen jo itsessään on edellyttänyt, että korttia käytetään vähintään kahdesti viikossa. Vain yksi haastateltava vastasi liikkuvansa vain kaksi kertaa viikossa – kerran viikossa vesijumpparyhmässä ja kerran viikossa itsenäisesti uimassa. Muilla haastateltavilla tämä minimi liikunta-aktiivisuus ylittyi selkeästi. Haastateltavista seuraavaksi vähiten liikkuva mainitsi käyvänsä kuntosalilla 3–4 kertaa viikossa, minkä lisäksi hänellä oli joka päivä hyötyliikuntaa. Loput haastateltavista vastasivat liikkuvansa lähes päivittäin tai päivittäin. Haastateltavista yksi aikaisemmin täysin inaktiivi kuvaili omaa lisääntynyttä liikunnanharrastamista sanoilla ”Liikkuminen on suorastaan räjähtänyt.” Nykyisin hän osallistuu kaksi kertaa viikossa kuntoutusyksikön järjestämään liikuntaryhmään ja käy kerran viikossa itsenäisesti uimassa, minkä lisäksi hän käy päivittäin lenkillä. Yksi haastateltavista vastasi liikunnan jääneen pois aikanaan terveydellisistä syistä, mutta hän kertoi liikkuvansa nykyisin päivittäin. Hän totesi myös, että diabetekseen sairastumisen riski on pienentynyt huomattavasti.

Motivaatiota liikkumisen aloittamiseen selvitettiin kysymyksillä Mitkä asiat ovat saaneet innostumaan liikunnasta? Mitkä asiat ovat ennen olleet esteenä liikunnan harrastamiselle? Onko nyt vielä joitain esteitä? Millaisen liikunnan kokee mieluisaksi? Motivoivia tekijöitä liikkumisen ja liikunnan harrastamiseen löytyi useita. Päälimmäiseksi nousi kuitenkin päihde- ja mielenterveyspuolelta tullut kannustus. Haastateltavista viisi mainitsi tärkeimmäksi tekijäksi kuntoutusyksikön ohjaajat ja poliklinikan hoitajat. Heiltä saatu tuki, kannustus ja asiantuntemus ovat olleet merkittäviä, mikä on motivoinut aloittamaan liikunnan harrastamisen. Ohjaajia ja ohjausta kommentointiin esimerkiksi näin: ”ohjaus on ollut ammattimaista.”

Seuraavaksi tärkeimmäksi koettiin omalta liikuntaryhmältä saatu tuki. Hankkeiden aikana jaetut liikuntakortit ovat myöskin motivoineet haastateltavia. Yksi heistä mainitsi, että kun kortin on saanut, niin sitä pitää myös

käyttää – ”kortti on inspiroinut liikkumaan.” Liikuntakortista mainittiin myös se, että uimahallissa ja kuntosalilla voi käydä, kun on saanut liikuntakortin (hankkeen kautta), mutta muuten ei olisi varaa maksaa sitä itse. Hankkeissa toteutetut Inbody-mittauksista saadut tulokset ovat myös motivoineet liikkumaan. Alkumittauksissa saatuja tuloksia on haluttu parantaa, ja sen eteen on tehty töitä seuraavaa mittausta varten. Mittauksista tullut onnistumisen tunne on kannustanut jatkamaan liikuntaa.

Liikkumisen aloittamiselle on kaikilla haastateltavilla ollut aikanaan erilaisia esteitä (taulukko 2). Seitsemällä haastateltavalla esteinä ovat olleet fyysiset tai psyykkiset ongelmat. Psyykkisistä ongelmista esille nousivat epävarmuus, haluttomuus, jännitys ja masennus. Kun liikkumisesta on tullut jo osa päivittäistä elämää, näistä seitsemästä haastateltavasta vain kaksi mainitsi terveydelliset tekijät. Huomattavaa on, että terveydelliset tekijät eivät enää olleet heidän varsinaisina liikkumisen esteinä. Toinen heistä totesi: ”toisinaan vanhat esteet -epävarmuus.” Se ei siis ole jatkuvasti esteenä. Toinen haastateltavista sanoi: ”fyysinen kunto ei ole vielä sillä tasolla, että pystyisi tekemään kaikkea”. Tässä sanomassa on viesti mukana: kunto on paranemassa ja toivottavasti tuotakaan estettä ei ole enää kauan. Merkillepantavaa on se, että psyykkiset ongelmat eivät olleet enää kenenkään haastateltavan liikkumista rajoittavana tekijänä.

TAULUKKO 2. Liikkumisen esteet ennen ja rajoitteet nykyisin.

| Liikkumisen esteet ennen | Liikkumista rajoittavat tekijät nykyisin |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • oma laiskuus, läpi elämän ollut epävarmuutta, ei kannustajaa | <ul style="list-style-type: none"> • ei varsinaisia, toisinaan ”vanhat” esteet – epävarmuus, |
| <ul style="list-style-type: none"> • yleinen haluttomuus, jännitys, ettei ole uskaltanut lähteä mukaan | <ul style="list-style-type: none"> • taloudellinen tilanne |
| <ul style="list-style-type: none"> • raha, välimatkat, motivaatio, jännitys, kivut, lapsuusajasta liikuntatunnit jääneet hirveinä kokemuksina mieleen. | <ul style="list-style-type: none"> • hieman sovittelua liikuntaryhmien aikataulujen kanssa |
| <ul style="list-style-type: none"> • yksinäinen susi, vain laiska ja ylipainoa paljon | <ul style="list-style-type: none"> • nyt on enemmän aikaa ja kivut ovat hellittäneet |
| <ul style="list-style-type: none"> • taloudelliset syyt ovat olleet esteenä | <ul style="list-style-type: none"> • tällä hetkelläkään ei ole mitään terveydellisiä ongelmia, keho on kuin 30-vuotiaalla |
| <ul style="list-style-type: none"> • kaverin puute, laiskuus | <ul style="list-style-type: none"> • ei muut kuin taloudelliset syyt |
| <ul style="list-style-type: none"> • terveydelliset syyt | <ul style="list-style-type: none"> • esteettömyys on ollut ongelma, fyysinen kunto ei ole vielä sillä tasolla, että pystyisi tekemään kaikkea |
| <ul style="list-style-type: none"> • ei ollut intoa | <ul style="list-style-type: none"> • raha |
| <ul style="list-style-type: none"> • raha, ei ollut sopivaa ryhmää, mahdollisuuksia oli, mutta ei rahaa | |
| <ul style="list-style-type: none"> • terveydelliset syyt, paha masennus, taloudelliset tekijät | |

Liikkumisen aloittamisen esteenä osalla haastateltavista olivat taloudelliset tekijät (taulukko 3). Tämä este mainittiin haastatteluisissa monessa eri kohdassa. Ongelmaa on saatu ratkaistua kuntoutusyksikön ja hankkeiden ilmaisilla liikuntaryhmillä sekä Pieksämäen kaupungin mahdollistamalla ilmaisella liikuntakortilla, sote-kortilla. Tämä este mainittiin myös nykyisenä rajoitteena. Hankkeen aikanahan tämä ei ole ongelma, sillä ryhmät ja ilmainen kortti ovat haastateltavien käytössä, mutta kuinka käy hankkeen päättymisen jälkeen? Pieksämäen kaupunki ei ole tehnyt vielä päätöstä ilmaisen liikuntakortin jakamisesta jatkossa. Liikuntakortti on selkeästi yksi tärkeimmistä kannustimista liikunnan aloittamiseen ja myös mahdollista- ja sen jatkamiseen.

TAULUKKO 3. Miksi liikuntakortti on tarpeellinen ja tärkeä?

- ilman korttia en uskoisi pystyväni käymään kuntosalilla ja uimassa
- edullisuus tärkeä, sen takia käytän korttia aktiivisesti
- jos jatkossa sote-korttia ei myönnetä, en ehkä voi itse hankkia korttia.
- on helppoa, kun on kortti, muuten olisi liian kallista
- kortin ostaminen itse voi olla taloudellisesti vaikeaa

Huolimatta siitä, että taloudelliset esteet mainittiin liikuntaa rajoittavina tekijöinä, haastateltavat olivat kuitenkin löytäneet myös mahdollisuuden lenkkeilystä ja kävelystä, jotka ovat maksuttomia kaikille. Tämän lisäksi kaksi haastateltavista mainitsi lisääntyneessä liikunnassa arkiliikunnan. Tämä on tärkeä huomio, koska päivittäisten askareiden tekemisessä tulee huomattava määrä päivän liikunnasta, ja se kaikki on pois istumisesta ja liikkumattomuudesta. Arkiaskareista tuleva hyötyliikunta on tärkeä tekijä liikunnan lisäämisessä.

Suurin osa haastateltavista koki ryhmäliikunnan mieluisimmaksi liikuntamuodoksi. Tätä perusteltiin ryhmältä saadulla vertaistuellalla ja sillä, että harrastaminen tutussa ryhmässä on helpompaa, kun ei tarvitse jännittää. Lisäksi tuttu ryhmä motivoi liikkumaan. Joukosta löytyi kuitenkin myös niitä ”yksinäisiä susia”. He mainitsivat nimenomaan hyväksi liikuntakortin suomen mahdollisuuden käydä kuntosalilla niin usein kuin haluaa, ja he kertoivatkin käyvänsä salilla 4–5 kertaa viikossa.

Mielenterveys- ja päihdehuoltoon tulee jatkuvasti uusia asiakkaita, joille tarjotaan liikuntaa yhtenä hoitomuotona. Hoitoliikunnan yhtenä tavoitteena onkin saada asiakkaat voimaantumaa niin, että he ovat jatkossa kykeneviä hakeutumaan omatoimisesti liikkumaan. Pieksämäen kaupungin ylläpitämä Seutuopisto tarjoaa lukuisia erilaisia mahdollisuuksia liikkumiseen, ja useat ryhmät toimivat hyvin matalan kynnyksen periaatteella. Lisäksi Pieksämäellä liikuntamahdollisuuksia tarjoavat useat eri urheiluseurat ja järjestöt. Näihin osallistuminen vaatii kuitenkin kykyä hakeutua itse toimintaan mukaan ja myös taloudellisen panoksen.

Nämä edellä mainitut seikat koettiin esteenä itsenäisesti liikunnan harrastukseen hakeutumiselle. Kolme haastateltavista sanoi suoraan, että he eivät olleet vielä kykeneviä lähtemään itse etsimään uusia liikunnan harrastusmuotoja. Kynnyksen lähtee yksin liikkeelle oli liian korkea. Neljä haastateltavaa totesi, että on jo vähän miettinyt asiaa, mutta tässäkin apu voisi olla hyväksi. Kaksi haastateltavaa mainitsi jo tutkineensa Seutuopiston esitteitä, ja kiinnostusta oli heillä jonkin verran, vaikka kynnyksestä ei ollut vielä ylitetty. Kaksi haastateltavista sanoi haluavansa liikkua yksin. Tässäkin taloudelliset esteet tulivat esiin, kun oman voimattomuuden lisäksi raha mainittiin yhdeksi syyksi, miksi ei hakeuduttu muihin liikuntaharrastuksiin.

Kysymys hyvinvoinnin lisääntymisen vaikutuksista mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttöön jätettiin tarkoituksella viimeiseksi. Haastateltavat olivat saaneet kertoa omista kokemuksistaan liikunnan merkityksestä heille itselle. Kuntoutumiseen olivat vaikuttaneet monet seikat, mutta vastauksista nousivat esiin liikunnan tuomat merkitykset, jotka näkyivät jo aiemmissa vastauksissa. Osalla haastateltavista elämäntilanteen ja sairauden vuoksi säännöllinen palvelujen käyttö oli välttämätöntä, mutta osalla palvelujen käyttö oli vähentynyt huomattavasti (taulukko 4). Palvelujen käytön tarpeen vähenemisen tai lopettamisen syitä olivat masennuksen helpottuminen ja henkisen hyvinvoinnin paraneminen. Tässä yhteydessä haastateltavilta kysyttiin myös sitä, kuinka he kokevat pärjäävänsä, kun he eivät käytä palveluja enää niin paljon. Useimmat heistä vastasivat, että kun mieli piristyy ja saa paremmin arkirytmistä kiinni, niin ei tule enää niin paljon raskaita ajatuksia, ja jos tulee, niitä pystyy hallitsemaan paremmin. Tieto siitä, että apua kuitenkin saa tarvittaessa, rauhoitti myös mieltä.

TAULUKKO 4. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen käytön muutos haastateltavilla.

- En käy enää tuolla yläkerrassa (ei käy enää sairaanhoitajan luona) en tarvitse enää terapiaa. Ilmeisesti ne (hoitajat?) huomasivat, että masennus on vähentynyt.
- Tilanne on nyt paljon parempi kuin vuosi sitten, mutta tarvitsen vielä palveluja.
- Keskusteluaika kuntoutushoitajan kanssa aikaisemmin oli parin kolmen viikon välein, nyt jopa yli kaksi kuukautta käyntien välillä ja pärjään hyvin, olen pärjännyt vähemmällä vuoden 2015 lopusta saakka. Henkisellä puolella oon rauhoittunut, on tullut kärsivällisyyttä – kyllä tästä selvittäään, pärjään, kaikki johtuu hyvinvoinnin lisääntymisestä.
- Samalla tavalla käytän palveluja.
- Kävin ensin kolmena päivänä viikossa (kuntoutusyksikkö) ja nyt olen ajatellut osallistua vain yhtenä päivänä viikossa ja osallistun jatkossa liikuntaryhmiin.
- Alussa olin kaksi päivää kuntoutusyksikössä, nyt vain yksi päivä viikossa, sama myös sairaanhoitajakäyntien kanssa – palvelun tarve vähentynyt puolella.
- Joka viikko kävin aikaisemmin, nyt vain pidetään yllä, ehkä kerran kuukaudessa tai tarvittaessa, oikeastaan vain uusin lääkereseptejä.

Haastattelun lopuksi haastateltavilta kysyttiin, tuleeko heille vielä jotain mieleen, mitä he haluaisivat sanoa. Useampaa mietitytti mahdollisuus jatkaa liikuntaa samalla tavalla sitten, kun hanke päättyy. Tähän viitaten useampi kysyikin haastattelijalta toiminnan jatkosta ja siitä, kuinka kauan heillä on mahdollisuus käydä näissä aikaisemmin mainituissa liikuntaryhmissä ja kuinka kauan he saavat vielä käyttää liikuntakorttia. Toiveena oli, että toiminta jatkuisi samanlaisena jatkossakin. Yksi haastateltavista totesi, että jos jatkossa ei ole enää liikuntakorttia käytössä, niin voihan sitä jatkaa ulkona liikkumista. Toinen haastateltava totesi, että uskoo jatkavansa samaan malliin eteenpäin. Kaikki haastateltavat olivat samaa mieltä siitä, että liikunta on auttanut heitä kuntoutumisessa.

7.3 Yhteenveto haastatteluista

Haastattelun yhtenä tavoitteena oli selvittää liikunnan merkitystä päihde- ja mielenterveyspoliklinikan asiakkaiden hyvinvoinnille. Poliklinikan hoitajat valitsivat haastateltavat haastatteluihin, koska heillä oli tieto siitä, ketkä olivat aloittaneet liikunnan harrastamisen ja keillä hyvinvointi oli lisääntynyt heidän mielestään liikunnan avulla.

Hyvinvoinnin lisääntymistä haastateltavat kuvailivat arjen hallinnan ja elämänrytmin parantumisenä ja sosiaalisen verkoston kasvamisena. Päiviin mukaan tullut aktiviteetti on parantanut arjen hallintaa. Elämänrytmin muutokseen on vaikuttanut mielialan parantuminen ja parempi unen

laatu sekä osalla haastateltavista alkoholin käytön lopettaminen. Ahdistus ja mieltä painavat raskaat ajatukset olivat myös vähentyneet. Masennus ja ahdistus olivat osalla haastateltavista johtaneet siihen, että he eivät ole pystyneet poistumaan kotoa. Tämä on johtanut myös sosiaalisen verkoston pienenemiseen tai jopa kokonaan sen puuttumiseen. Liikunnan aloittaminen on vaatinut ”ihmisten ilmoille” lähtemistä. Tämän kynnyksen ylittäminen on ollut saavutus, jonka seurauksena kotoa lähteminen ei ole enää niin vaikeaa. Tästä on seurannut myös uusien sosiaalisten verkostojen muodostumista, mikä on lisännyt hyvinvointia. Fyysiseen terveyteen suoraan vaikuttavista asioista useimmat mainitsivat painon pudotuksen, kipujen vähentymisen, lääkityksen vähenemisen sekä riskin sairastua. Lisääntynyt fyysinen terveys on innostanut jatkamaan liikunnan harrastamista.

Haastattelu keskittyi liikunnan tuottamaan hyvinvointiin, mutta haastateltavilta kysyttiin kuitenkin, onko ollut muita tekijöitä, jotka heidän mielestään ovat vaikuttaneet lisääntyneeseen hyvinvointiin. Esille tuli työharjoittelu, työkokeilu ja parisuhteen päättyminen. Työharjoittelu ja työkokeilu ovat mahdollistaneet kotoa poispääsemisen, arjen rytmin paraneamisen ja lisäksi ne ovat kasvattaneet sosiaalista verkostoa.

Kaikki haastateltavat kertoivat liikunnan määrän lisääntyneen hankkeisiin osallistumisen aikana. Osa haastateltavista oli ollut täysin inaktiiveja aikaisemmin. Liikkumattomuuden syitä olivat laiskuus, innostuksen puute, epävarmuus, kouluaikana saadut huonot kokemukset sekä kannustuksen puute. Näiden syiden lisäksi useasti mainittiin taloudelliset esteet. Osa oli harrastanut liikuntaa jonkin verran. Liikuntakortin saaneille on sanottu, että korttia täytyy käyttää vähintään kaksi kertaa viikossa. Näin korttia käyttää vain yksi haastateltavista. Kaikki muut käyttävät liikuntakorttia enemmän kuin kolme kertaa viikossa ja tämän lisäksi useampi harrastaa myös muuta liikuntaa. Osa harrastaa liikuntaa jo päivittäin.

Toisena tavoitteena oli selvittää, mikä haastateltavia oli motivoinut liikkumaan. Tärkeimpänä tekijänä mainittiin päihde- ja mielenterveyspuolelta tullut kannustus. Toinen tärkeä tekijä motivaation lisääntymiseen on ollut ryhmältä saatu tuki. Liikuntakortin saaminen on myös motivoinut ja se on tuonut myös vastuunottoa – kun kortin on saanut, sitä pitää käyttää. Liikuntaneuvonnassa toteutetut mittaukset ovat toimineet kannustimena jatkaa liikunnan harrastamista ja nostattaneet halun parantaa tuloksia. Liikunnanohjaajien rooli motiivoinnissa on ollut myös olennainen tekijä harrastuksen jatkumisessa.

Haastateltavat mukaan liikunnan aloittamisen esteenä ovat aikaisemmin olleet psyykkiset ja fyysiset ongelmat, kannustuksen ja kaverin puute. Näistä psyykkisiin ongelmiin, kannustuksen ja kaverin puutteeseen sekä taloudellisiin esteisiin on saatu muutosta liikunnan avulla. Fyysiset ongelmat ovat vielä osittain rajoitteena, mutta kunnan kohentuessa nekin ovat vähentyneet. Liikunnan harrastamisen esteenä lähes kaikki mainitsivat myös taloudelliset esteet. Ilmainen liikuntakortti on ratkaissut tämän ongelman, mutta useampaa mietitytti jo etukäteen tilanne, kuinka liikunnan harrastamisen käy, jos korttia ei saa enää jatkossa. Haastateltavien lähtökohtien näkökulmasta oleellista kuitenkin on, että aiemmin esteenä koetut psyykkiset ongelmat eivät rajoita enää kenenkään haastateltavan liikunnan harrastamista.

Liikunnan harrastaminen on lisännyt hyvinvointia niin, että se näkyy haastateltavien päihde- ja mielenterveyspalvelujen tarpeen vähenemisenä. Liikunnan vaikutusta hoitajaksojen pituuteen ei tässä selvityksessä saatu tietoa. Osalla hoidon tarve on enää saavutetun tilanteen ylläpitoa. Useamman haastateltavan mukaan ahdistuneisuus, epävarmuus ja masennus ovat helpottaneet.

Motivaation merkitys liikunnan harrastamiseen tulee esille jokaisen haastateltavan kohdalla. Se on sysännyt haastateltavat liikunnan harrastamiseen. Kaikki haastateltavat on ohjattu liikuntaneuvontaan. Kukaan ei ole hakeutunut sinne oma-aloitteisesti. Nyt osa haastateltavista on jo miettinyt muita liikunnan harrastamisen vaihtoehtoja.

8 TALOUDELLINEN ANALYYSI

Taloudellinen arviointi tarkoittaa sekä kustannusten että vaikutusten arviointia. Sen ajatuksena on, että mitään toimintaa ei voi pitää parempana pelkästään kustannuksia tai pelkästään vaikutuksia tarkastelemalla, vaan taloudellisessa arvioinnissa on huomioitava sekä kustannukset että vaikutukset. Taloudellista arviointia tehdään, jotta saataisiin tietoa siitä, kuinka rajalliset resurssit saataisiin parhaaseen mahdolliseen käyttöön. Luotettava näyttö toiminnan kustannusvaikuttavuudesta saadaan satunnaistetulla koeasetelmalla, jolloin voidaan arvioida juuri tietyn toiminnan vaikutuksia. Satunnaistettu koeasetelma vaatii kuitenkin huomattavasti aikaa ja resursseja, ja usein käy niin, että joudutaan hakemaan vaihtoehtoisia tapoja tuottaa tietoa toiminnan kustannuksista ja vaikutuksista. Tässä selvityksessä ei päästä tuottamaan tietoa kustannusten ja vaikutusten suhteista, vaan tarkastellaan kustannuksia siitä näkökulmasta, mitkä ovat liikunta-aktivointimallista syntyneet lisäkustannukset mielenterveys- ja päihdehuollon asiakkaiden kohdalla. Kustannusten tarkastelussa käytetään saatavilla olevia tietoja ja pyritään niiden avulla tuottamaan tietoa siitä, tuoko tämä toimintamalli mahdollisia kustannussäästöjä. Hyvinvoinnille ei lasketa rahallista arvoa, vaan arvioidaan palvelujen vähenevästä käytöstä syntyviä säästöjä hyvinvoinnin lisääntyessä (Pehkonen-Elmi, Kettunen, Surakka & Piirainen 2015, 26). Tämän taloudellisen selvityksen tavoitteena on tuottaa tietoa liikunnan tuottaman hyvinvoinnin vaikutuksesta palvelujen käytön vähenemiseen ja siitä syntyvistä kustannussäästöistä käytännönläheisellä tavalla.

8.1 Case Rauni – sairastui masennukseen

Masennuksen hoidon kustannusten selvittämiseksi tarkastellaan esimerkkinä masennuksesta kärsivän asiakkaan hoitopolkua masennushäiriön alkamisesta masennushoidon päättymiseen. Tässä selvityksessä kustannuksia tarkastellaan ainoastaan Pieksämäen kaupungin perspektiivistä, koska tässä taloudellisessa analyysissä tarkastelun kohteena on sosiaali- ja terveydenhuollon sekä liikuntatoimen palvelujärjestelmien kehittäminen ja siitä

syntyvien kustannusten muutos kaupungin kohdalla. Metodina käytetään case-tutkimusta, jossa voidaan käyttää monilla eri tavoilla hankittua tietoa. Hoitoprosessin selvittämiseksi pyydettiin mielenterveyspoliklinikan hoitajaa kuvailemaan heille tyypillisen masennuksesta kärsivän asiakkaan hoitopolku (E. Kilpeläinen, henkilökohtainen tiedonanto 4.8.2016), jatkossa Case Rauni. Hoitopolussa kuvattiin kaikki asiakkaan käyttämät terveydenhuoltopalvelut sairausjakson ajalta. Hoitopolulla käytettyjen terveydenhuoltopalvelujen kustannusten selvittämiseen käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon yksikkökustannuksia vuonna 2011. Yksikkökustannukset on laskettu valtakunnan tasolla, ja ne ovat bruttokustannuksia, eli niihin on sisällytetty asiakkaiden maksuosuus. Ne eivät kuitenkaan sisällä matka- ja aikakustannuksia eivätkä tuotannonmenetyksiä. Tässä selvityksessä on vuoden 2011 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikkökustannukset korjattu vastaamaan vuoden 2015 kustannuksia julkisten menojen kuntatalouden terveydenhuollon hintaindeksillä¹. (Kapiainen, Väisänen & Haula 2014, 12.)

Rauni on 40-vuotias Pieksämäellä asuva julkisella sektorilla kokopäivätyössä käyvä lapseton yksineläjä. Hän hakeutui työterveyteen pitkittyneen väsymyksen takia. Työterveyslääkäri totesi väsymyksen syyksi masennuksen ja antoi Raunille sairauslomaa kaksi kuukautta. Sairausloman aikana oireet eivät hellittäneet, ja Rauni hakeutui uudelleen työterveyslääkärin vastaanotolle. Työterveyslääkäri katsoi masennuksen olevan sen verran vaikea, että hän kirjoitti Raunille lähetteen mielenterveyspoliklinikalle. Poliklinikan päivätiimi tarkasteli Raunin tapausta ja hänelle annettiin aika mielenterveyspoliklinikan lääkärille. Lääkäri totesi masennuksen jatkuvan ja antoi Raunille kaksi kuukautta lisää sairauslomaa. Tämän lisäksi Rauni aloitti hoitokäynnit mielenterveyshoitajan luona. Käyntejä oli joka toinen viikko. Tämän sairausloman jälkeen Rauni kuntoutui niin, että pääsi aloittamaan jälleen työt. Käynnit jatkuivat kuitenkin säännöllisesti hoitajan luona. Masennus ei kuitenkaan helpottunut, ja Rauni tarvitsi lisää sairauslomaa. Tämä vaati käynnin mielenterveyspoliklinikan lääkärillä.

Raunin masennuksesta irti pääseminen kesti noin kaksi vuotta². Hän oli sinä aikana töissä mutta kävi säännöllisesti mielenterveyshoitajan luona joka toinen viikko. Välillä, tilanteen huonontuessa, hän jäi sairauslomalle. Päihde- ja mielenterveyspalvelujen käytön aikana Raunilla oli yhteensä viisi sairauslomajaksoa. Jokainen sairausloma vaati käynnin lääkärillä.

1 Julkisten menojen hintaindeksi, kuntatalous tehtävälueittain, terveydenhuolto 2005=100, 2011= 121,0, 2015=129,3. (Suomen virallinen tilasto (SVT). Julkisten menojen hintaindeksi.

2 Hoitoon hakeutuneilla masennuksesta toipuminen kestää keskimäärin puolesta vuodesta vuoteen. Osalla masennus voi kuitenkin jälkioireineen jatkua jopa vuosia. (Masennusinfo 2017)

8.2 Case Raunin kustannukset

Taulukossa 5 on esitetty Raunin hoitopolusta aiheutuneet kustannukset. Kustannustiedoissa on käytetty terveydenhuollon yksikkökustannuksia 2011 (Kapiainen, Väisänen, & Haula, 2014) ja sieltä on huomioitu perusterveydenhuollon avohoitokäyntien kustannukset ammattiryhmittäin ja toimintayksiköittäin. Nämä kustannukset on muutettu vastaamaan vuoden 2015 kustannuksia käyttäen kuntatalouden terveydenhuollon julkisten menojen hintaindeksiä. Kustannuksiin on huomioitu kaikki hoitopolun vaiheet, jotka on pystytty erittelemään. Todellinen hoitopolku saattaa sisältää muitakin vaiheita, esimerkiksi useampia puhelinsoittoja hoitokäyntien välissä, mutta niitä ei ole huomioitu näissä kustannuksissa. Raunin hoidon terveydenhuollon kokonaiskustannukset ovat kahden vuoden hoitojaksolta 3 489 euroa.

TAULUKKO 5. Masennuspotilaan hoitoprosessi ja sen kustannukset (Case Rauni).

| | käyntikerrat | kerta € ¹ | yhteensä € |
|---|--------------|----------------------|--------------|
| työterveyslääkäri | 2 | 52 | 105 |
| päihde- ja mielenterveystoimisto, lähetteen käsittely | | 15 | 15 |
| päiväitiimi, käsittelee lähetteen, arvioi hoidon tarpeen ² | | | |
| lääkäri | | 29 | 29 |
| psykologi | | 47 | 47 |
| sairaanhoitaja | | 19 | 19 |
| päihde- ja mielenterveyslääkäri ³ | 5 | 135 | 679 |
| sairaanhoitaja, aika asiakkaalle | | 16 | 16 |
| päihde- ja mielenterveystoimisto, lähettää asiakkaalle ajanvarauksen | | 15 | 15 |
| päihde- ja mielenterveystoimiston sairaanhoitaja ⁴ | 50 | 51 | 2 565 |
| yhteensä | | | 3 489 |
| ¹ Perusterveydenhuollon avohoitokäyntien yksikkökustannuksia ammattiryhmittäin ja toimintayksiköittäin vuonna 2011. Julkisten menojen hintaindeksi, kuntatalous tehtäväalueittain, terveydenhuolto 2005=100, 2011= 121,0, 2015=129,3. Suomen virallinen tilasto (SVT). ² Perusterveydenhuollon avohoitokäyntien yksikkökustannuksia ammattiryhmittäin ja toimintayksiköittäin vuonna 2011: konsultaatio ³ Lääkärillä käynti hoidon alkaessa päihde- ja mielenterveyshuollossa, lisäksi neljä kertaa hoidon aikana sairauslomajakso, jonka arviointi vaatii aina lääkärillä käynnin. ⁴ Hoitoprosessi kestää noin kaksi vuotta. Sen aikana käynti mielenterveyshoitajan luona noin joka toinen viikko. | | | |

8.3 Liikuntaneuvonnan kustannukset

Liikuntaneuvonnan kustannukset on laskettu vuoden 2015 Pieksämäen kaupungin liikuntatoimen kustannustoteuman perusteella. Kustannusten tarkastelussa huomioidaan uimahallin sekä kuntosalin käytön kustannukset, liikunnanohjaajan käyntien ja puhelinsoittojen kustannukset, ryhmiin osallistumisen kustannukset sekä Inbody-mittauksen kustannukset.

Pieksämäellä uimahalli käsittää allasosaston ja kuntosalin. Liikuntatoimen kustannuksista voidaan erotella uimahalliin kohdistuneet kustannukset ilman yleishallinnon vyörytyksiä. Uimahallin vuoden 2015 toteutuneet bruttokustannukset sisältävät uimahallin allasosaston ja kuntosalin kustannukset. Liikunnanohjaajan palkka ei kuulu uimahallin kustannuksiin. Allasosaston ja kuntosalin kustannuksia ei ole eroteltu, koska liikuntaneuvontaan osallistuvat käyttävät ilmaisella liikuntakortilla molempia liikuntapaikkoja. Kustannukset käyntiä kohden on laskettu jakamalla uimahallin kokonaisbruttokustannukset uimahallin kävijämäärällä. Kävijämäärät on otettu vuoden 2015 kävijämääristä.

Liikunnanohjaajalla käynnin kustannukset vuodelta 2015 on laskettu liikunnanohjaajan käytetyn työajan perusteella. Asiakkaalle soitetujen puhelujen kustannukset lasketaan myös liikunnanohjaajan käytetyn työajan perusteella. Liikuntaneuvontaprosessiin kuuluu 2–3 soittokertaa asiakkaalle. Kustannusten laskennassa huomioidaan kaksi soittokertaa liikuntaneuvontaprosessin aikana. Ryhmään osallistumisen kustannuksiin on laskettu liikunnanohjaajan tunnin valmisteluun kuluva aika sekä ryhmän ohjaus. Kustannukset osallistujaa kohtaan on laskettu jakamalla kustannukset ryhmään osallistuvien määrällä. Sote-kortin kustannukset on laskettu sen mukaan, että kortti on vuoden käytössä ja sitä käytetään noin kaksi kertaa viikossa. Inbody-mittauslaite on hankittu useita vuosia aikaisemmin. Sen todellisiin kustannuksiin sisältyy hankintahinta, käyttökoulutuksen kustannukset ja laitteen huoltokustannukset. Mittauskerran kustannusten saamiseksi pitäisi olla tieto vielä mittauskertojen lukumäärästä. Koska näitä tietoja ei ole saatavilla, käytetään Inbody-mittauksen kustannuksena 12 euroa. Tämä on summa, jolla liikuntatoimi tarjoaa mittauksia kaupunkilaisille. Kuvassa 3. (Kappaleessa 6.) kuvatun liikuntaneuvontaprosessin kokonaiskustannukset ovat 1 232 € liikuntaneuvonnan asiakasta kohden (Taulukko 6.). Noin kaksi kolmasosa liikuntaneuvonnan kustannuksista koostuu liikuntakortin käytöstä ja noin yksi kolmasosa liikunnanohjaajan työpanoksesta.

TAULUKKO 6. Pieksämäen kaupungin liikuntaneuvonnan kustannukset (vuoden 2015 kustannuksin).

| | h | kertaa | €/kerta | €/osallistuja |
|--|------|--------|---------|---------------|
| käynti liikuntaneuvojan luona ¹ | 1,5 | 3 | 35,8 | 161 |
| liikunnanohjaajan puhelinsoitto | 0,25 | 2 | 6,0 | 12 |
| liikunnanohjaaja/ryhmäläinen ² | | 40 | 4,77 | 191 |
| sote-kortti ³ , uimahallikäynti tai kuntosali | | 100 | 8,12 | 812 |
| Inbody-mittaus | | 3 | 12 | 36 |
| liikuntaneuvonnan tilat | | | | 20 |
| yhteensä | | | | 1 232 |

¹liikunnanohjaajan tuntipalkka kerrottuna sivukulukertoimella 1,45 on 23,86 €/h
²liikunnanohjaajan työaika 2 h/ryhmä, ryhmään osallistujia keskimäärin 10, kustannus osallistuja/ryhmä
³uimahallin bruttokustannukset/käyntimäärä=kustannus/käynti
⁴kaupungin määrittelemä hinta mittaukselle
⁵kustannukset laskettu bruttokustannuksista ja jaettu liikuntaneuvontaan osallistuvien määrällä (150 osallistujaa).

8.4 Kustannusten muutos – eri mallien tarkastelu

Kustannusten muutosten tarkastelussa lähtökohtana on päihde- ja mielenterveyspalvelujen käytön väheneminen alkaneen ja/tai lisääntyneen liikunta-aktiivisuuden johdosta. Haastatteluun osallistuneilta kysyttiin heidän mielenterveys- ja päihdepalvelujen tarpeensa muutosta hyvinvoinnin lisääntyessä. Tarkemmat palvelujen käyttötiedot saatiin asiakastietojärjestelmästä. Käyntien tilastoinnissa kuntoutusyksikön käyntejä ei ole kuitenkaan järjestelmässä eritelty. Sairaanhoidajan käynnit ovat voineet sisältää myös asiakkaan muiden asioiden hoitoa, esimerkiksi. Kansaneläkelaitoksen kanssa. Tästä syystä asiakastietojärjestelmän tilastoinnista saadut palvelunkäyttötiedot eivät vastanneet todellisuutta päihde- ja mielenterveyspalvelujen käytöstä, minkä vuoksi näitä tietoja ei voitu käyttää kustannusten muutosten selvittämiseen, vaan oli otettava huomioon se, mitä haastateltavat olivat kertoneet haastatteluissa (taulukko 4). Haastattelun yhteenvedona todettiin, että osa haastateltavista ei tarvitse sairaanhoidajan ja lääkärin palveluja enää lainkaan ja osa huomattavasti vähemmän kuin aikaisemmin. Näillä oletuksilla luodaan kustannusten tarkastelua varten vaihtoehtoisia malleja (taulukko 7). Päihde- ja mielenterveyspalvelujen kustannusten tarkastelussa käytetään Case Rauni -esimerkkiä.

TAULUKKO 7. Vaihtoehtoiset mallit päihde- ja mielenterveyspalvelujen käytön muutoksista liikuntaneuvontaan osallistumisen myötä.

| |
|---|
| <i>Malli 1.</i> Asiakas aloittaa hoitosuhteen päihde- ja mielenterveyspoliklinikalla. Akuutin vaiheen jälkeen hänet ohjataan liikuntaneuvontaan. Tämän seurauksena hoitajakso lyhenee puolella vuodella, jolloin käyntejä on kaksi työterveyslääkärillä, neljä mielenterveyspoliklinikan lääkäriä ja 37 käyntiä hoitajan luona. |
| <i>Malli 2.</i> Asiakas aloittaa hoitosuhteen päihde- ja mielenterveyspoliklinikalla, ja hänet ohjataan samaan aikaan liikuntaneuvontaan. Tämän seurauksena hoitajakso kestää vain vuoden, jolloin käyntejä on kaksi työterveyslääkärillä, kaksi mielenterveyspoliklinikan lääkäriä ja 25 käyntiä hoitajan luona. |
| <i>Malli 3.</i> Asiakas aloittaa hoitosuhteen päihde- ja mielenterveyspoliklinikalla, ja hänet ohjataan samaan aikaan liikuntaneuvontaan. Tämän seurauksena hoitajakso kestää vain puoli vuotta, jolloin käyntejä on kaksi työterveyslääkärillä, kaksi mielenterveyspoliklinikan lääkäriä ja 12 käyntiä hoitajan luona. |
| <i>Malli 4.</i> Asiakas ohjataan työterveyslääkäriltä heti liikuntaneuvontaan. Ensimmäisen sairauslomajakson jälkeen hän on kuntoutunut, eikä lähetettä päihde- ja mielenterveyspoliklinikalle tarvitse tehdä. Asiakkaalla on yksi käynti työterveyslääkärillä. |

Päihde- ja mielenterveyshuollon tyyppillisen masennusta sairastavan hoitopolun kustannukset ovat 3 489 €. Kun hoitopolkuun liitetään mukaan liikuntaneuvonta, kustannukset ovat 4 721 €. Kun liikuntaneuvonnan myötä asiakas aloittaa liikunnan harrastamisen ja sen avulla vointi paranee, oletuksen mukaan lyhenee myös päihde- ja mielenterveyshuollon hoitopolku. Tämän seurauksena käyntimäärät päihde- ja mielenterveyshuollossa vähenevät ja hoitopolun kustannukset pienenevät. Jos hoitopolku lyhenee puolella vuodella, se ei vielä tuo säästöjä, vaan lisäkustannuksia tulee noin 400 €/asiakas. Jos asiakkaan hoitopolku saadaan päihde- ja mielenterveyshuollossa lyhennettyä puolella liikunnan harrastamisen avulla, liikuntaneuvonta tuo jo noin 450 € säästöä. Jos hoitopolku saadaan lyhennettyä vain puoleen vuoteen, säästöä tulee 1 124 € asiakasta kohden. Jos asiakas ohjataan liikuntaneuvontaan ensimmäisellä työterveyskäynnillä ja liikunnan harrastamisen aloittamisella saadaan masennus heti hallintaan, niin säästöä syntyy 2 205 €. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Yksittäisen asiakkaan kustannusten tarkastelumalleja hoitajakson muuttuessa.

| | Malli 1 | Malli 2 | Malli 3 | Malli 4 |
|---|---------|---------|---------|---------|
| päihde- ja mielenterveyspalvelujen käyttö € | 2 686 | 1 800 | 1 133 | 52 |
| liikuntaneuvonta € | 1 232 | 1 232 | 1 232 | 1 232 |
| yhteensä € | 3 918 | 3 032 | 2 365 | 1 284 |
| nykyisen hoitomallin kustannukset € | 3 489 | 3 489 | 3 489 | 3 489 |
| nykyisen hoitomallin kustannukset - päihde- ja mielenterveyspalvelujen käyttö ja liikuntaneuvonta € | -429 | 457 | 1 124 | 2 205 |
| Malli 1. Kaksi käyntiä työterveyslääkärillä, asiakkaan hoitoketju mielenterveyspoliklinikalla: neljä käyntiä mielenterveyspoliklinikan lääkärillä, 37 käyntiä hoitajan luona. | | | | |
| Malli 2. Kaksi käyntiä työterveyslääkärillä, asiakkaan hoitoketju mielenterveyspoliklinikalla: kaksi käyntiä mielenterveyspoliklinikan lääkärillä, 25 käyntiä hoitajan luona. | | | | |
| Malli 3. Kaksi käyntiä työterveyslääkärillä, asiakkaan hoitoketju mielenterveyspoliklinikalla: kaksi käyntiä mielenterveyspoliklinikan lääkärillä, 12 käyntiä hoitajan luona. | | | | |
| Malli 4. Yksi käynti työterveyslääkärillä. | | | | |

Edellisissä malleissa tarkasteltiin kustannusten muutoksia yksittäisen asiakkaan kohdalla. Kustannusten tarkastelussa voidaan erilaisia malleja rakentaa myös eri tilastoista saatujen tietojen perusteella, jolloin voidaan tarkastella kustannusten muutoksia tietyssä joukossa.

Seuraavissa malleissa tarkastellaan Pieksämäen kaupungin terveydenhuollon ja liikuntaneuvonnan kustannusten muutoksia, jos osa lievistä ja keskivaikeasta masennuksesta kärsivistä henkilöistä saadaan motivoitua liikkumaan. Malleissa lähdetään liikkeelle seuraavista lähtökohdista:

- Pieksämäellä vuonna 2015 mielenterveysperusteisesti päivärahaa saaneita 25–64-vuotiaita oli 157 henkilöä. Jos oletetaan, että heistä 59 % kärsisi lievistä tai keskivaikeasta masennuksesta, näitä henkilöitä olisi 93. (Taulukko 9).
- Vuonna 2016 Pieksämäen kaupungin päihde- ja mielenterveyspoliklinikan kuntoutusyksikössä kävi säännöllisesti 57 asiakasta. Heistä jokainen on käyttänyt tai käyttää edelleen myös muita päihde- ja mielenterveyspoliklinikan palveluja (hoitaja, lääkäri, psykiatri). Näistä 57 kuntoutusyksikön asiakkaasta 8 (14 %) osallistui tässä selvityksessä tehtyyn haastatteluun. He kaikki kokivat, että liikunnan harrastaminen on lisännyt hyvinvointia. Niin ikään he kaikki ovat käyttäneet vähemmän päihde- ja mielenterveyspalveluja, mikä heidän oman kokemuksensa mukaan on johtunut liikunnan tuottamasta paremmasta hyvinvoinnista.

7. Kuntoutusyksikön asiakkaista 24 (50 %) on mukana liikuntaryhmissä, ja hyvinvoinnin lisääntyminen on vaikuttanut päihde- ja mielenterveyspalvelujen käyttöön muillakin kuin vain haastatteluun osallistuneilla.
8. Malleissa oletuksena on, että kaikilla liikuntaneuvontaan lähteneillä odotetaan hoitovastetta liikunnasta, jolloin masennuksen hoitopolku lyhenee.

TAULUKKO 9. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys Pieksämäellä 2015, mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 25–64-vuotiaat.

| | tuhatta asukasta kohti | 25–64- vuotiaiden osuus Pieksämäellä ² | yhteensä | lievää ja keskivaikeaa masennusta sairasta- vien osuus (59 %) ³ |
|---|------------------------------|---|----------|--|
| mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 25–64-vuotiaat / 1000 vastaavanikäistä ¹ | 16,5 | 9 493 | 157 | 93 |

¹Lähde: Suomen virallinen tilasto (SVT), Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneet 25 – 64-vuotiaat / 1000 vastaavan ikäistä (ind. 2345)

²Lähde: Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu]

³Kuopion kaupungin ja Itä-Suomen yliopiston tutkimushankkeessa selvitettiin Kuopion psykiatrian keskuksen (KPK) ja Kuopion seudun päihdepalvelusäätiön potilaiden mielenterveyden häiriöihin liittyvää palvelujen käyttöä 2012 – 2013. Tutkimukseen osallistuneista 304 henkilöstä 59 % esiintyi lievää tai keskivaikeaa masennusta. Masennusoireilua mitattiin Beck Depression inventory; BDI-21 – mittarilla. (Flink, Kuhlman, Pajula & Saarinen 2013). Jatkotarkastelussa käytetään Kuopion kaupungin ja Itä-Suomen yliopiston tutkimushankkeessa saatuja % -lukuja lievää ja keskivaikeaa masennusta oireilevien mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saavien asiakkaiden määrästä.

Näillä oletuksilla rakennetaan seuraavat mallit ja lasketaan niissä kustannusten muutos. (Taulukko 10.). Kustannusten muutoksen tarkastelussa on käytetty Taulukossa 8. laskettuja säästöjä palvelujen käytön vähentyessä. Liikuntaneuvonnan avulla saavutettu hoitojakson lyhentyminen puolella 13 asiakkaan kohdalla tuo säästöä 5 941 €. Hoitojakson lyhentyessä puoleen vuoteen 13 asiakkaan kohdalla, säästöä syntyy 14 612 €. Jos hoitojakso saadaan puolitettua 19 asiakkaalla, säästöä syntyy 8 683 €. Jos hoitojakso saadaan lyhennettyä puoleen vuoteen 19 asiakkaan kohdalla, säästöä syntyy jo yli 21 000 €. Jos hoitojaksoa saataisiin puolitettua 50 prosentilla asiakkaista kahdesta vuodesta vuoteen, jolloin käyntimäärät mielenterveyslääkärillä ja – hoitajilla puolittuisivat, säästöä syntyisi myös noin 21 000 €.

TAULUKKO 10. Pieksämäen kaupungin terveydenhuollon ja liikuntaneuvonnan kustannusten muutoksia, jos osa lievistä ja keskivaikeasta masennuksesta kärsivistä henkilöistä saadaan motivoitua liikkumaan.

| |
|---|
| <p><i>Malli 5.</i> 14 % lievää ja keskivaikeaa masennusta sairastavista mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneista 93 asiakkaasta kokee liikunnan tuottavan hyvinvointia. Palvelujen käyttö vähenee 13 asiakkaalla. Hoitojakso lyhenee vuodella. >>> Kustannussäästö 5 941 € (13 × 457).</p> |
| <p><i>Malli 6.</i> 14 % lievää ja keskivaikeaa masennusta sairastavista mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneista 93 asiakkaasta kokee liikunnan tuottavan hyvinvointia. Palvelujen käyttö vähenee 13 asiakkaalla. Hoitojakso on vain puoli vuotta. >>> Kustannussäästö 14 612 € (13 × 1 124).</p> |
| <p><i>Malli 7.</i> 20 % lievää ja keskivaikeaa masennusta sairastavista mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneista 93 asiakkaasta kokee liikunnan tuottavan hyvinvointia. Palvelujen käyttö vähenee 19 asiakkaan kohdalla. Hoitojakso lyhenee vuodella. >>> Kustannussäästö 8 683 € (19 × 457).</p> |
| <p><i>Malli 8.</i> 20 % lievää ja keskivaikeaa masennusta sairastavista mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneista 93 asiakkaasta kokee liikunnan tuottavan hyvinvointia. Palvelujen käyttö vähenee 19 asiakkaan kohdalla. Hoitojakso on vain puoli vuotta. >>> Kustannussäästö 21 356 € (19 × 1 124).</p> |
| <p><i>Malli 9.</i> 50 % lievää ja keskivaikeaa masennusta sairastavista mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneista 93 asiakkaasta kokee liikunnan tuottavan hyvinvointia. Palvelujen käyttö vähenee 46 asiakkaan kohdalla. Hoitojakso on vain vuoden. >>> Kustannussäästö 21 022 € (46 × 457).</p> |

Vastaavasti voidaan tarkastella, kuinka kustannukset muuttuisivat, jos työterveyslääkäri ohjaisi asiakkaat saman tien liikuntaneuvontaan eikä jatkossa tarvittaisi päihde- ja mielenterveyshuollon palveluja (taulukko 11).

TAULUKKO 11. Asiakkaat ohjattu työterveydestä liikuntaneuvontaan eikä jatkossa tarvita päihde- ja mielenterveyshuollon palveluja, kustannusten muutos.

| |
|---|
| <p><i>Malli 10.</i> Masennuksen välitön hoito liikunnan avulla 10 %:lla lievää tai keskivaikeaa masennusta sairastavista asiakkaista. 9 asiakasta ei tarvitse päihde- ja mielenterveyspalveluja. >>> Kustannussäästö 19 845 € (9 × 2 205).</p> |
| <p><i>Malli 11.</i> Masennuksen välitön hoito liikunnan avulla 20 %:lla lievää tai keskivaikeaa masennusta sairastavista asiakkaista. 19 asiakasta ei tarvitse päihde- ja mielenterveyspalveluja. >>> Kustannussäästö 41 895 € (19 × 2 205).</p> |

Tässä mallissa liikuntaneuvonnan kohdalla kustannuksiin on lisätty yksi työterveyslääkärin vastaanottokäynti, jossa masennus on todettu (Taulukko 8.). Työterveyslääkäri on ohjannut asiakkaan saman tien liikuntaneuvontaan. Asiakas ei ole tarvinnut enää työterveyshuollon palveluja masennuksen hoitoon. Jos näin saataisiin hoidettua 10 % aikaisemmin arvoidusta 93 lievää ja keskivaikeaa masennusta sairastavista asiakkaista, eli yhdeksän asiakasta, niin säästö olisi yli 19 000 € ja 20 % asiakkaista, eli 19 asiakasta, niin säästö olisi yli 41 000 €.

9 YHTEENVETO

Masennus on sairaus, jonka kohtaa noin joka viides aikuinen jossain vaiheessa elämää. Masennus voi olla eriasteista, se voi olla lievää, keskivaikeaa tai vakavaa. Riippuen masennuksen vakavuudesta myös masennuksen hoitajaksot vaihtelevat. Akuuttivaiheen hoidossa pyritään oireetomuuteen, ja jatkohoidolla pyritään estämään oireiden palaaminen. Vakava masennus saattaa kestää vuosia ja voi aiheuttaa pysyvän työkyvyttömyyden. Terveydenhuoltoon kohdistuvat mielenterveyshäiriöiden välittömät ja välilliset kustannukset ovat yli miljardi euroa vuosittain, ja vuonna 2015 Kelan maksamista sairauspäivärahoista 22,2 % johtui mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöistä. Sairauspäivärahoja maksettiin 183,3 miljardia euroa. Liikunnalla on todettu olevan selviä parantavia vaikutuksia useaan eri sairauteen, ja liikunta on nostettukin keskeiseksi osaksi terveyden- ja hyvinvoinnin edistämistä ja sairauksien ehkäisyä. Tähän pääseminen vaatii moniammatillista sosiaali- ja terveydenhuollon sekä liikuntatoimen yhteistyötä.

Pieksämäellä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä liikuntatoimen yhteistyönä rakennettua liikunta-aktivointimallia käytetään sosiaali- ja terveydenhuollossa yhtenä hoitomuotona muiden joukossa. Asiakkaalle voidaan määrätä liikuntaa hoidoksi siinä, missä hänelle voidaan määrätä jotain muutakin hoitoa.

Tämän selvityksen tavoitteena oli saada tietoa liikunnan merkityksestä päihde- ja mielenterveysasiakkaiden lisääntyneelle hyvinvoinnille sekä selvittää Hoitava liikunta-aktivointi -hankkeessa rakennetun uuden moniammatillisen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä liikuntatoimen palveluketjun vaikutuksia toiminnan kustannuksiin.

Liikunta on tuonut lisää hyvinvointia haastatelluille. Hyvinvoinnin lisääntymistä useimmat kuvailivat hyvänolon tunteen ja henkisen hyvinvoinnin lisääntymisenä. Säännöllinen liikunta on kohottanut mielialaa. Päivittäisen arkirytmien ja rutiinin löytäminen on tuonut päiviin aktiviteettia ja aikaisemmin mielessä olleet ”raskaat” ajatukset ovat jääneet pois. Haastattelvien mukaan aikaisemmat liikunnan harrastamisen psyykkiset esteet ovat

kaikki poistuneet (vrt. Ströhle 2009; Haarasilta, Marttunen, Kapiro & Aro 2004; Hassmén, Koivula & Uutela 2000). Joitain rajoittavia tekijöitä on yhä edelleen, mutta ne eivät estä kokonaan liikkumista.

Liikunnan aloittamisen esteiden ylittämiseen on oikealla motivoinnilla ollut tärkeä vaikutus, ja tässä ohjaajilla on merkittävä rooli. Pelkästään puhe liikunnan terveellisistä vaikutuksista ei yksinään motivoi liikkumaan. Useimmat kyllä tiedostavat liikunnan merkityksen terveyteen, mutta henkisten voimavarojen ollessa vähäiset alkuun pääseminen voi olla hankalaa ja siihen tarvitaan tukea. Liikuntaneuvonnassa liikuntaa ei ole tarjottu pelkkänä liikuntana, vaan liikkeelle on lähdetty pienin askelin hakemalla ensin myönteisiä kokemuksia, jotka ovat voineet aluksi olla jotain muuta kuin itse liikuntaa. Uskaltautuminen kotoa ulos, sosiaaliset suhteet ja onnistumisen tunne (vrt. Buckworth & Dishman 2002, 143; Kangasniemi & Kauravaara 2016) ovat tekijöitä, jotka ovat motivoineet. Motivoinnissa oleellista on, että liikunnan hyödyt koetaan haittoja suurempana (vrt. Prochaska, Wright & Velicer 2008). Hyvinvoinnin lisääminen vahvistaa itsetuntoa (vrt. Tuuha, 2016, 68). Sen myötä uskallus ja halu lähteä omista suljetuista ympyröistä mahdollistuu. Liikunnasta saatu nautinto, ilo ja sosiaalisuus ovat liikuntaan osallistumisen tärkeimpiä syitä. Liikunta tuottaa mielihyvää, ja tuntuu hyvältä, kun pääsee asetettuihin tavoitteisiin (vrt. Pyykkönen, 2014). Olennaista on tarkastella asiaa yksilön näkökulmasta pohtimalla jokaisen omia lähtökohtia ja tavoitteita ja hakea näihin keinoja liikunnan avulla. Ohjaus ja vertaistuki ovat myös motivoivia tekijöitä. Liikuntakortti- ja Inbody-mittaukset toimivat hyvin kannustimena jo aloitetun liikuntaharrastuksen jatkamiseen.

Taloudellisessa analyysissä tarkasteltiin kustannuksia ensin palveluketjun muutoksen näkökulmasta. Liikuntaneuvonta tuo lisäkustannuksia palveluketjuun, mutta muuttaako se päihde- ja mielenterveyspalvelujen käyttöä niin, että palveluketjun muutos tuottaa säästöjä? Case Raunin avulla määritelty ”tyypillisen” masennuksesta kärsivän asiakkaan hoitopolku selvitettiin ja sille laskettiin kustannukset terveydenhuollon yksikkökustannusten avulla. Liikuntaneuvonnan kustannusten tarkastelu oli haasteellisempaa, koska valmiita kustannustietoja ei ollut saatavilla, vaan kustannukset jouduttiin poimimaan Pieksämän kaupungin vuoden 2015 toteumasta. Liikunnan lisäämisen tuoman hyvinvoinnin vaikutusta päihde- ja mielenterveyspalvelujen käyttöön ei saatu osoitettua potilastietojärjestelmistä saaduilla palvelunkäyttötiedoilla, koska ne eivät olleet yksiselitteisiä. Käytettävissä olevan rajoitetun aineiston takia kustannusmalleissa jouduttiin käyttämään oletuksia, jotka rakennettiin tilastojen ja aikaisempien tutki-

mustulosten avulla sekä haastateltavien omakohtaisten kertomusten sekä hoitohenkilökunnalta saatujen tietojen perusteella.

Kustannusmallit osoittivat, että masennuksen hoidossa liikuntaneuvonnan lyhentäessä masennuksen hoitoaikaa vuoden tai enemmän, syntyy kustannussäästöjä verrattuna tilanteeseen, jossa masennusta sairastavaa asiakasta hoidetaan päihde- ja mielenterveyshuollossa kaksi vuotta. Hoitopolun lyhentyessä vain puoli vuotta, liikuntaneuvonta lisää kustannuksia. Kustannusten tarkastelu oli hyvin rajallinen, koska kustannuksia tarkasteltiin vain palveluketjun muutoksen näkökulmasta. Haastateltavien mukaan riski sairastua muihin sairauksiin, esimerkiksi diabetekseen ja verenpainetautiin on pienentynyt huomattavasti, kun on alkanut harrastaa liikuntaa. Liikunnan tuottamia laajempia terveyshyötyjä ei otettu tässä selvityksessä huomioon. Laajempi näkökulma kustannusten huomioimisessa sekä pidempi aikajänne taloudellisessa analyysissä tuottaisi varmasti huomattavasti isommat kustannussäästöt.

LÄHTEET

- Aaltonen, S., Leskinen, T., Morris, T., Alen, M., Kaprio, J., Liukkonen, J. & Kujala, U. (2012). Motives for and Barriers to Physical Activity in Twin Pairs Discordant for Leisure Time Physical Activity for 30 Years. *International Journal of Sports Medicine* 33 (2), 157–163.
- Belvederi, M., Amore, M., Menchetti, M., Toni, G., Neviani, F., Cerri, M., Rocchi, M. B. L., Zocchi, D., Bagnoli, L., Tam, E., Buffa, A., Ferrara, S., Neri, M., Alexopoulos, G. S. & Zanetidou, S. (2015). Physical exercise for late-life major depression. *The British Journal of Psychiatry* 207, 235–242.
- Bodenheimer, T. & Handley, M. (2009). Goal-setting for behavior change in primary care: An exploration and status report. *Patient Education and Counseling* 76 (2), 174–180.
- Bruffaerts, R., Vilagut, G., Demyttenaere, K., Alonso, J., Alhamzawi, A., Andrade, L. H., Benjet, C., Bromet, E., Bunting, B., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., Karam, E. G., Lepine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Nakane, Y., Ormel, J., Posada-Villa, J., Scott, K. M., Varghese, M., Williams, D. R., Xavier, M. & Kessler, R. C. (2012). Role of common mental and physical disorders in partial disability around the world. *The British Journal of Psychiatry* 200 (6), 454–461.
- Buckworth, J. & Dishman, R. (2002). Exercise Psychology. USA.
- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., McMurdo, M., Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. Saatavilla <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6/abstract>
- Depressio. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 6.7.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023>
- Flink, N., Kuhlman, I., Pajula, J. & Saarinen, P. Kuopion psykiatrian keskuksen palvelujen käyttäjät. Saatavilla 9.10.2016. https://www.kuopio.fi/documents/7369547/7555214/KPKraportti_080114.pdf/89e122ba-be82-420e-9b8f-399b8691a353
- Haarasilta, L., Marttunen, M., Kapiro, J. & Aro, H. (2004). Correlates of depression in a representative nationwide sample of adolescents (15–19 years) and young adults (20–24 years). *European Journal of Public Health* 14, 280–285.
- Hallgren, M., Kraepelien, M., Öjehagen, A., Lindefors, N., Zeebari, Z., Kaldo, V. & Forsell, Y. (2015). Physical exercise and internet-based cognitive-behavioural therapy in the treatment of depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 207 (3), 227–234.
- Hassmén, P., Koivula, N. & Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. *Preventive Medicine* 30 (1), 17–25.
- Huttunen, M. (2015). Mielialahäiriö. Terveyskirjasto. Saatavilla 3.10.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00393
- Järvinen, M. (2014). Motivoiva haastattelu. Saatavilla 16.8.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=53695F8FFC2ED31320DE160F9A9E2EB A?id=nix02109>

- Kangasniemi, A. (2014). Arvot ja niiden merkitys elämäntapamuutokseen motivoinnissa. *Impulssi* 28, 29.
- Kangasniemi, A. & Kauravaara, K. (2016). Kohti muutosta – Arvo- ja hyväksyntäpohjainen lähestymistapa liikunnan ja terveyden edistämisessä. Vantaa: Liikunta- ja hyvinvointiakatemia.
- Kapiainen, S., Väisänen, A. & Haula, T. (2014). Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Saatavilla <https://www.julkari.fi/handle/10024/114683>
- Kelan sairausvakuutus tilasto 2015 (2016). Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Koivumaa-Honkanen, H., Tuovinen, T., & Honkalampi, K. (2008). Mental health and well-being in a 6-year follow-up of patients with depression: assessments of patients and clinicians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43 (9), 688–696.
- Korkiakangas, E. (2010). Aikuisten liikuntamotivaatioon vaikuttavat tekijät. Tampere: Juvenes.
- Korkiakangas, E., Alahuhta, M. & Laitinen, J. (2009). Barriers to regular exercise among adults at high risk or diagnosed with type 2 diabetes: a systematic review. *Health Promotion International* 24 (4), 416–427.
- Koski-Jännes, A. (3.4.2008). Motivoiva haastattelu [Luento]. Tampere: Tampereen yliopisto, sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.
- Leeman, L. & Hämäläinen, R.-M. (2015). Matalan kynnyksen palvelut. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Leppämäki, S. (2007). Liikunta ja masennus. Säännöllinen liikunta lievittää masennuksen oireita. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 123 (6), 629–630.
- Liikunta. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla 13.1.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50075>
- Markland, R., Ryan, R., Tobin, V. & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology* 24 (6), 811–831.
- Masennusinfo (2017). Saatavilla 12.10.2016. <http://www.masennusinfo.fi/>
- Pehkonen-Elmi, T., Kettunen, A., Surakka, A. & Piirainen, K. (2015). Vaikeasti työllistyville suunnattujen aktivointitoimenpiteiden taloudellinen analyysi – esimerkkeinä korotettu palkkatuki ja kuntouttava työtoiminta. (A Tutkimuksia 42). Helsinki: Diakoniammattikorkeakoulu.
- Prochaska, J., Wright, J. & Velicer, W. (2008). Evaluating Theories of Health Behavior Change: A Hierarchy of Criteria Applied to the Transtheoretical Model.” *Applied Psychology* 12 (1), 561–588.
- Pyykkönen, T. (2014). Liikuntaa – periaatteessa joo, mutta... *Impulssi* 28, 6–12.
- Rovio, E. & Saaranen-Kauppinen, A. (2014). Liikuntaa arjen armoilla. *Impulssi* 28, 13–25.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice* 55 (513), 305–312.
- Sansone, C. & Thoman, D. (2006). Maintaining Activity Engagement: Individual Differences in the Process of Self-Regulating Motivation. *Journal of Personality* 74 (6), 1697–1720.

- Sosiaalihuoltolaki (2015). Saatavilla 25.5.2016. <http://stm.fi/sosiaalihuoltolaki>
- Stanton, R. & Reaburn, P. (2014). Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. *Journal of Science and Medicine in Sport* 17 (2), 177–182.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission* 116, 777–784.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Julkisten menojen hintaindeksi. Vuosineljännes 2014, Liitetaulukko 2. Kuntatalous tehtävälueittain 2005=100. Saatavilla 12.10.2016 http://www.stat.fi/til/jmhi/2014/04/jmhi_2014_04_2015-02-13_tau_002_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Työvoimakustannustutkimus. Saatavilla 25.10.2016 <http://www.stat.fi/til/tvtutk/>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne. Saatavilla 21.11.2016 <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>
- Sussman, S., Nezami, E., Pokhrel, P. & Ames, S. (2007). Motivation in Health Behavior Research and Practice. Teoksessa P. O’Neal (toim.) *Motivation of Health Behavior* (5–14). USA: Nova Science Publishers.
- Suvisaari, J. (2015). Masennus kansanterveyshaasteena. Saatavilla 14.10.2016 <http://www.slideshare.net/THLfi/masennus-kansanterveyshaasteena-suvisaari>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Masennus (2015). Saatavilla 12.10.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/masennus>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016). Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi. Saatavilla 14.10.2016 <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>
- Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2015 (2016). Helsinki: Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos.
- Tuuha, H. (2016). Liikuntakäyttämiseen vaikuttava motivaatio itsemäärämisteorian näkökulmasta. (Pro gradu -tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos).
- Tuunanen, K., Puurunen, A., Malvela, M. & Kivimäki, S. (2016). Laatua liikuntaneuvontaan. (Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 313). Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES.
- Valtion liikuntaneuvosto (2013). Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:10). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

KIRJOITTAJAT

Marina Steffansson, TtM, TKI-asiantuntija, Diakonia-ammattikorkeakoulu
Outi Polso, TtM

SARJOJEN KRITEERIT

DIAK TUTKIMUS -sarjassa julkaistaan uutta ja innovatiivista tietoa tuottavia tieteellisiä tutkimuksia Diakonia-ammattikorkeakoulun opetus-, tutkimus- ja kehittämistoiminnan alueilta. Julkaisut ovat monografioita tai artikkelikokoelmia.

DIAK TYÖELÄMÄ -sarjassa julkaistaan tutkimus- ja kehittämisraportteja sekä opinnäytetöitä, jotka ovat tuottaneet innovatiivisia ja merkittäviä työelämää kehittäviä tuloksia. Sarjaan voivat tarjota julkaisuja Diakonia-ammattikorkeakoulun työntekijät, opinnäytetyöntekijät ja ulkopuoliset kirjoittajat.

DIAK PUHEENVUORO -sarjassa julkaistaan Diakonia-ammattikorkeakoulun temaattisia puheenvuoroja, erilaisia selvityksiä sekä opinnäytetöitä. Tekstilajiltaan julkaisut voivat poiketa tieteellisestä tai raportoivasta tekstistä.

DIAK OPETUS -sarjassa julkaistaan pedagogista kehittämistä kuvaavia julkaisuja, oppimateriaaleja, oppaita ja työkirjoja.

DIAK PUHEENVUORO

DIAK PUHEENVUORO –sarjassa julkaistaan Diakonia-ammattikorkeakoulun temaattisia puheenvuoroja, erilaisia selvityksiä sekä opinnäytetöitä. Tekstilajiltaan julkaisut voivat poiketa tieteellisestä tai raportoivasta tekstistä.

Diak Puheenvuoro 1: Liisa Kauppinen & Irina Leino & Kirsti Kauppinen (toim.), 2016. Kokemuksellista taidetietä kulkemassa.

Diak Puheenvuoro 2: Jorma Niemelä (toim.), 2016. Sote sosiaalisen kestävyuden vahvistajana (saatavana vain verkkojulkaisuna).

Diak Puheenvuoro 3: Raili Gothóni, Mikko Malkavaara & Minna Valtonen (toim.), 2016. Muutosvoimaa – tutkielmia diakista ja teologiasta.

Diak Puheenvuoro 4: Pulkkinen Mari, Rautasalo Eija & Rönkä Tuija (toim.), 2016. Arjen helmiä – työelämälähtöistä osallistavaa kehittämistä sairaanhoitajakoulutuksessa.