

Haapaniemi Niina

## **TYÖKYKYÄ KEHITTÄMÄSSÄ**

Epävakaatyöryhmän hoidon kehittäminen asiakkaiden työkykyisyyttä tukevammaksi

## **TYÖKYKYÄ KEHITTÄMÄSSÄ**

Epävakaatyöryhmän hoidon kehittäminen asiakkaiden työkykyisyyttä tukevammaksi

Haapaniemi Niina  
Opinnäytetyö  
Syksy 2017  
Ylempi ammattikorkeakoulu tutkinto  
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja  
johtamisen koulutusohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma

---

Tekijä: Haapaniemi Niina

Opinnäytetyön nimi: Työkykyä kehittämässä

Työn ohjaaja: TtT yliopettaja Koivisto Kaisa, TtT yliopettaja Kiviniemi Liisa

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2017

Sivumäärä: 52 + 4

---

Epävakaata persoonallisuutta on vakava toiminta- ja työkykyä alentava sairaus, joka kuormittaa henkilön itsensä lisäksi myös laajasti terveydenhuoltojärjestelmää. Erilaisilla työllistymistä tukevilla toimilla voidaan parantaa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien työkykyisyyttä. Hoidossa on hyvä keskittyä ensi- tai toissijaisesti psykososiaalisen toimintakyvyn parantamiseen oireiden lievittämisen lisäksi. Erityisesti tälle asiakasryhmälle suunnatut toimet voivat parantaa heidän työkykyään. Epävakaan persoonallisuuden runsas esiintyminen sekä sen aiheuttama suuri työelämästä poisjäämisen todennäköisyys tekevät tämän asiakasryhmän ammatillisen kuntoutuksen kehittämisen julkisella puolella tärkeäksi.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kuvata tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien asiakkaiden hoitoa Oulun kaupungin Epävakaatyöryhmässä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien asiakkaiden työkykyyn vaikuttavista tekijöistä sekä heidän kokemuksistaan työllistymistä tukevista toimituksista hoidossa. Tutkimuksen tuloksia hyödynnetään Epävakaatyöryhmän hoidon kehittämisessä asiakasryhmän työkykyisyyttä tukevammaksi. Tutkimuksellinen kehittämistyö toteutettiin laadullisin tutkimusmenetelmin haastattelemalla viittä Epävakaatyöryhmän asiakasta heidän kokemuksistaan työstä, työkyvystä ja itsestään työntekijöinä sekä heidän kokemuksistaan saamastaan hoidosta Epävakaatyöryhmässä. Haastattelusta kerätty aineisto analysoitiin induktiivisesti. Tuloksena oli, että haastateltavat kokivat työkykyinsä vaikuttavan oman terveytensä/toimintakykynsä sekä omat käsityksensä työstä ja itsestä työntekijöinä. Työkykyään edistäneinä asioina hoidossa he nimesivät työntekijöiden asennoitumisen Epävakaatyöryhmässä, saadun tiedon ja ymmärryksen itsestä sekä vertaistuen. Kehitettävänä asioina nimettiin hoitavien henkilöiden asennoituminen muissa hoitopaikoissa sekä hoidon ja kuntoutuksen oikea-aikaisuus.

Tulosten pohjalta jatkokehittämiskohteeksi valittiin hoidon ja kuntoutuksen oikea-aikaisuus. Oikea-aikaisuutta lähdettiin kehittämään miettimällä ratkaisuja ohjautumisen parantamiseen. Lähetekäytäntöjä uusittiin ja hoitopäätökseksi päivitettiin. Lisäksi suunniteltiin toiminta- ja työkyvyn kartoitusmalli, jonka tarkoituksena on parantaa hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden oikea-aikaisuutta sekä tavoitteellisesti suunnitella ja seurata (ammatillisen) kuntoutuksen etenemistä.

---

Asiasanat: epävakaata persoonallisuus, työkyky, tutkimuksellinen kehittäminen, laadullinen tutkimus

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Master's Degree programme in Development and Management of Health and Social care

---

Author(s): Haapaniemi Niina

Title of thesis: Developing working ability

Supervisor(s): Koivisto Kaisa, Kiviniemi Liisa

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2017 Number of pages: 52+4

---

Borderline personality disorder (BPD) affects widely person`s functional and working ability, but also for the health care system. Persons with BPD can improve their working ability if they get support for employment. Actions especially directed at this group can be helpful. In therapy, it is important to focus on first or second on enhancing psychosocial function in addition to relieving the symptoms. The prevalence of BPD and the high probability of being excluded from working life make the development of professional rehabilitation for this group important on the public health care system.

The purpose of this developmental research is to describe the mental health care of clients with BPD in the Epävakaatyöryhmä (the special team for therapy of BPD). The aim of the study is to provide information about the factors affecting the work ability of clients and describe their experiences about the support that they have received for employment in treatment. The results of the research will be utilized in developing the working methods of the Epävakaatyöryhmä to be more supportive to clients' ability to work. This research-based developmental work was carried out through qualitative research methods by interviewing five clients on their experiences of work, work ability and the concept of self as employee as well as their experiences of treatment in the Epävakaatyöryhmä. The material collected from the interviews was analyzed inductively. The result was that the interviewees felt that their own health /performance, perceptions of work and perceptions of self as employees impacted on their work ability. The most helpful factors of the treatment were attitudes of the employees of the Epävakaatyöryhmä, the gained knowledge and understanding, as well as the peer support. As issues to be developed, the clients named the attitudes of the care-givers at other treatment places and planning the treatments and rehabilitations at the right time.

Based on the results, the planning of treatments and rehabilitations right timing was chosen as the further developmental target. The development started by improving the policies how patients get in the treatment. Transmission policies were renewed and updated with treatment access criteria. In addition, a model of an assessment of functional and work capacity was designed to improve the right timing of treatment and rehabilitation. The goal of model was to measure, plan and monitor (professional) rehabilitation more systematically.

Keywords: borderline personality disorder, work ability, developmental research, qualitative research

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TYÖKYVYN TUKEMINEN EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUDEN HOIDOSSA .....	9
2.1	Asiakkaan kokonaisvaltainen hoito.....	9
2.2	Työkyky .....	10
2.3	Epävakaan persoonallisuuden hoito.....	12
2.3.1	Skeematerapia .....	12
2.3.2	Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) .....	14
2.4	Oulun kaupungin Epävakaatyöryhmä.....	15
2.5	Epävakaa persoonallisuus.....	16
2.6	Aikaisemmat tutkimukset.....	19
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT .....	24
3.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet .....	24
3.2	Tutkimustehtävät: .....	24
4	TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA.....	25
4.1	Laadullinen tutkimus.....	26
4.2	Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmät.....	26
4.3	Tutkimukseen osallistuvien valinta .....	27
4.4	Aineistonkäsittely ja analysointi .....	28
5	TUTKIMUSTULOKSET .....	30
5.1	Asiakkaiden kokemuksia työkykyyn vaikuttavista tekijöistä .....	30
5.2	Asiakkaiden kokemuksia työkykyä edistäneistä asioista hoidossa .....	33
5.3	Asiakkaiden nimeämiä kehitettäviä asioita hoidossa .....	35
5.4	Epävakaatyöryhmän hoidon kehittäminen asiakaslähtöisesti .....	37
6	POHDINTA .....	42
6.1	Tutkimustulosten tarkastelua aiempien tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta .....	42
6.2	Tutkimuksen eettiset kysymykset .....	45
6.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	46
6.4	Omat oppimiskokemukset .....	47
	LÄHTEET.....	49
	LIITTEET .....	52

# 1 JOHDANTO

Työkyky nähdään nykyään kokonaisvaltaisena ja monimuotoisempana kuin aiemmin. Terveys painotteisesta näkökulmasta on siirrytty malleihin, joissa työkyvyn ajatellaan syntyvän useamman eri tekijän vaikutuksesta, jotka ovat yhteydessä toisiinsa. Ihmisen työkyky voidaan nähdä rakentuvan ihmisen voimavarojen ja työn vaatimusten välisestä tasapainosta. Ihmisen voimavarat syntyvät terveydestä ja toimintakyvystä, arvoista ja asenteista sekä hänen osaamisestaan. Työ puolestaan pitää sisällään työympäristön ja -yhteisön sekä työn sisällön, sen vaatimukset ja organisoinnin. (Ilmarinen 2006, 79.)

Epävakaata persoonallisuutta on häiriö, joka heikentää ihmisen työ- ja toimintakykyä merkittävästi. Siihen liittyy monenlaisia laaja-alaisesti käyttäytymiseen ja ihmissuhteisiin vaikuttavia oireita. (Sansone & Sansone 2013, 39.) Häiriön esiintyvyys on ulkomaisten tutkimusten mukaan noin 0,7 % väestöstä. Perusterveydenhuollon potilasta arviolta noin 6 % on kyseinen häiriö ja psykiatrisen avohoidon potilaista joka neljännellä. (Käypä hoito 2015, Viitattu 18.11.16) Suomessa häiriön esiintyvyydestä ei tutkimusta juurikaan ole. Löydettävät tilastot ja tutkimukset käsittelevät lähinnä persoonallisuushäiriöiden esiintyvyyttä yleensä. Epävakaata persoonallisuutta oli kuitenkin yleisin sairaalahoidossa olleiden persoonallisuushäiriödiagnoosi Pohjois-Suomen syntymäkohortti 1966 -aineistossa (Kantojärvi 2008, 56).

Epävakaata persoonallisuushäiriö kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmää laajasti. Perusterveydenhuollon piirissä olevat asiakkaat käyttävät palveluja runsaasti, ovat usein yhteydessä puhelimitse vastaanottojen väissä sekä käyttävät useita eri lääkkeitä samanaikaisesti. (Käypä hoito 2015, Viitattu 18.11.16.) Sairauden kuvan monimuotoisuus, runsas terveystalouden käyttö nopeasti eteen tulevat ääritilanteet ja pitkäaikainen hoidon tarve asettavatkin haasteita terveydenhuollolle (Leppänen 2015, 21). Lisäksi epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät herättävät usein negatiivisia tunteita hoitohenkilökunnassa ja heitä kohtaan ollaan tuomitsevia ja ennakkoluuloisempia kuin muihin mielenterveyshäiriöihin liittyen (Sansone & Sansone 2013, 39).

Epävakaata persoonallisuutta ja sen oireet lievittyvät useimmilla potilailla, eikä suurin osa potilaista yli kymmenen vuoden kuluttua enää täytä häiriön kriteerejä. (Käypä hoito 2015, Viitattu 18.11.16) Epävakaan persoonallisuuden oireista toipuminen onnistuu paremmin kuin sosiaalisen toimintakyvyn ja työkyvyn saavuttaminen. Sosiaalinen toimintakyky saavutetaan myös usein ennen työ-

kyvyn palautumista. (Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice 2010, 663). Työkyvyn lasku on pääasiallinen syy siihen, että epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät eivät saavuta tai pysty ylläpitämään toipumista oireiden sekä sosiaalisten ja ammatillisten toimintojen osalta (Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice 2012,482.) Ulkomaisissa tutkimuksissa on osoitettu, että hoidon jälkeenkin noin 45 % epävakaasta persoonallisuudesta kärsivistä on työelämän ulkopuolella. Niistäkin, jotka ovat töissä, vain pieni osa on työssä täysin itsenäisesti pärjääviä. 20-45 % epävakaasta persoonallisuudesta kärsivistä on työkyvyttömiä. (Sansone & Sansone, 2013, 26.).

Epävakaata persoonallisuutta onkin paitsi henkilöä itseään, myös terveydenhuoltojärjestelmää laajalaisesti kuormittavaa sairaus. Sen hoitoa ja kuntoutusta on tärkeää kehittää systemaattisemmaksi. Haastetta tähän tuo hallituksen linjaus, jossa julkisella puolella henkilökunnan määrää tullessaan vähentämään. Ihmisten jäädessä eläkkeelle heidän tilalleen ei palkata enää samassa suhteessa uusia työntekijöitä. Tämä tarkoittaa, että työtä tulee kehittää ja organisoida paremmin, jotta pienemmällä henkilömäärällä pystytään hoitamaan tehtävät tarkoituksenmukaisemmin ja kustannustehokkaammin (Valtioneuvosto 2014, Viitattu 11.12.2016) Omassa työssäni Oulun kaupungin Aikuisten mielenterveyspalveluissa on nähtävissä haasteita, joita hallituksen rakennepoliittinen esitys tulee tuomaan. Kun työntekijä määrä ei tule nousemaan, tuo se haasteen suunnitella palveluita tehokkaammaksi. Tämä tarkoittaa mielestäni uusien tutkittujen, tavoitteellisten hoitomallien löytämistä julkiselle puolelle sovellettavaksi. Palvelujen saatavuutta ja oikea-aikaisuutta on parannettava, jotta ongelmiin päästään puuttumaan hyvissä ajoin ja mielellään ennakoivasti ennen kuin henkilöiden työkyky on uhattuna. Työkyvyn ollessa jo uhattuna, tulee hoidolla pystyä paremmin tukemaan asiakkaiden työssä pysymistä tai sinne takaisin pääsemistä. Mielenterveysongelmat aiheuttavat syrjäytymistä ja etenkin nuorilla, jotka jäävät koulutusjärjestelmän ulkopuolelle. Mitä kauemmin he ovat koulutusjärjestelmän ulkopuolella sitä haastavampaa koulutukseen palaaminen on. Hoitomenetelmissä tulisi ottaa asiakkaan työ- ja toimintakyky laajemmin huomioon pelkän oirekeskeisen hoitamisen sijaan. Tämä tarkoittaa myös moniammatillisen yhteistyön lisäämisen tarvetta.

Selkeästi käytännön työssä näkyvä ilmiö on työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäyspäätösten lisääntyminen. Tutkimuksissa on osoitettu hylkäyspäätösten lisääntyneen koko 2000-luvun ajan, vuonna 2011 hylkäämispäätösten osuus oli hakemuksista jo 25%. Hylkäyspäätöksien osalta mielenterveysongelmat olivat toiseksi suurin sairausryhmä. Hylkäyspäätösten osuus oli suuri nuorilla, vähän koulutetuilla ja työttömillä. (Gould & Nyman 2012, s.37.) Lisääntyneet hylkäämispäätökset

tuovat lisähaastetta kuntoutukselle ja hoidolle. Entistä tärkeämmäksi tulee yhteistyö eri viranomaisten välillä ja asiakkaiden oikea-aikainen ohjaaminen ammatillisen kuntoutuksen piiriin sekä työkyvynarvioiden tekeminen yhteistyössä eri viranomaisten kanssa.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kehittää epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien hoitoa Oulun kaupungin Epävakaatyöryhmässä. Työskentely työryhmässä perustuu Virpi Leppäsen (2015) väitöskirjassa tutkittuun Oulun hoitomalliin tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Hoidon on tutkimuksessa osoitettu lievittävän asiakasryhmän oireita. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kuvata tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien asiakkaiden hoitoa Oulun kaupungin Epävakaatyöryhmässä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien asiakkaiden työkykyyn vaikuttavista tekijöistä sekä heidän kokemuksistaan työllistymistä tukevista toiminnoista hoidossa. Tutkimuksen tuloksia on tarkoitus hyödyntää Epävakaatyöryhmän hoidon kehittämisessä asiakasryhmän työkykyisyyttä tukevammaksi.



## 2 TYÖKYVYN TUKEMINEN EPÄVAKAAN PERSOONALLISUUDEN HOIDOS- SA

Epävakaassa persoonallisuudessa keskeisenä ongelmana on tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn vaikeus sekä alttius vuorovaikutussuhteiden ongelmiin. Häiriöön liittyy usein itseä vahingoittavaa käyttäytymistä sekä itsemurhariski. Hoidossa keskeisiä ovat psykoterapeuttiset menetelmät, joita voidaan yhdistää myös muihin hoitomuotoihin. (Käypä hoito suositus 2015, Viitattu 18.11.16) Epävakaa persoonallisuus ja sen oireet lievittyvät useimmilla potilailla, eikä suurin osa potilaista yli kymmenen vuoden kuluttua enää täytä häiriön kriteerejä. Nopeimmin lievittyvät oireet ovat itsetuhoisuus ja identiteetin häilyvyys. Hitaammin lievittyvät impulsiivisuus ja tunne-elämän ailahtelu. (Käypä hoito 2015, Viitattu 18.11.1.6) Oulun hoitomallitutkimuksessa osoitettiin, että jo vuoden hoidon aikana voitiin saada muutoksia itsetuhoisuuden lisäksi, myös impulsiivisuuteen sekä paranoidisiin ajatuksiin tai dissosiatiiivisiin oireisiin (Leppänen 2015, 117)

Epävakaa persoonallisuushäiriö heikentää toimintakyvyn lisäksi myös työkykyä. Eniten tämä näkyy nuoruudessa ja varhaisaikuisuudessa jolloin työelämään siirtyminen voi vaarantua. (Käypä hoito 2015, Viitattu 18.11.16.) Suurin osa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivistä kohtaakin vaikeuksia työssä. Sen seurauksena he usein vaihtavat työpaikkaa, lopettavat työnteon, pysyvät työttöminä tai eivät edes yritä päästä töihin. (Elliot & Konet 2012; 41.) Tutkimuksissa on osoitettu, että hoidon jälkeenkin noin 45 % Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivistä ovat työttöminä. Niistäkin, jotka ovat töissä, vain pieni osa on työssä täysin itsenäisesti pärjääviä. 20-45% epävakaasta persoonallisuudesta kärsivistä on työkyvyttömiä. (Sansone & Sansone, 2013, 26.) Mitä pitempään henkilöt ovat poissa työelämästä sitä hankalampaa sinne palaaminen heille on. (Elliot & Konet 2012; 41.)

### 2.1 Asiakkaan kokonaisvaltainen hoito

Terveydenhuollossa ihmiskäsityksen on perinteisesti kokonaisvaltainen. Se pitää sisällään käsityksen ihmisestä kehollisena, mielellisenä ja henkisenä olentona. Tämä osa-alueet vaikuttavat dynaamisesti toisiinsa ja ovat suhteessa ympäristöön. (Clark 2004,7) Kokonaisvaltaisuus tarkoittaa myös sitä, että jokainen ihminen on ainutlaatuinen ja ilmaisee omaa itseään ja todellisuuttaan

yksilöllisellä tavalla. Hänellä on yksilöllinen elämänsä ja elämän historiansa. (Koivisto 2011,14-15) Hoitotyössä kokonaisvaltaisuuden huomioiminen tarkoittaa vastavuoroista vuorovaikutusta asiakkaan kanssa. Työntekijä ei ole ekspertti, joka valitsee ja toteuttaa intervention vaan hän pyrkii ymmärtämään asiakkaan ainutlaatuista kokonaistilannetta. (Clark 2004, 2.) Työntekijän asiantuntijuus ja asiakkaan ainutkertainen kokemus sairaudesta, hoidosta ja omista voimavaroista nivotaan yhteen ja näin rakennetaan yhteistyössä hoidollista prosessia, jossa asiakas tulee ymmärretyksi omaan elämäntilanteeseensa liittyen. (Koivisto 2011, 14.)

Terveyspalveluissa toiminnan arvoperustaan kuuluu myös asiakaslähtöisyys. Tämä tarkoittaa, että jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä hyvinvointivajeesta riippumatta. Asiakaslähtöisyydessä keskeistä on, että toimintaa suunnitellaan asiakkaan tarpeista käsin, ei pelkätään palveluntuottajan tarpeet huomioiden. Tämä edellyttää vuoropuhelua ja yhteisymmärrystä siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan olemassa olevien palvelumahdollisuuksien kannalta tyydyttää parhaalla mahdollisella tavalla. Asiakaslähtöisyydessä tärkeää on myös se, että asiakas nähdään aktiivisena osallistujana, jolla on asiantuntijuus omasta elämästään. Asiakas on tuolloin yhdenvertainen toimija eikä passiivinen toiminnan kohde. (Virtanen 2011, 18-19.) Asiakaslähtöisyys ja vastavuoroisuus toteutuvat hoitotyössä, kun ollaan kiinnostuneita ihmisestä kokonaisvaltaisena itseään määrittävänä ja toteuttavana yksilönä. Tässä tulee huomioida kuitenkin asiakkaan terveyden ja sairauden vaihe ja niihin liittyen kyky ottaa vastuuta tilanteestaan. (Koivisto 13-14.)

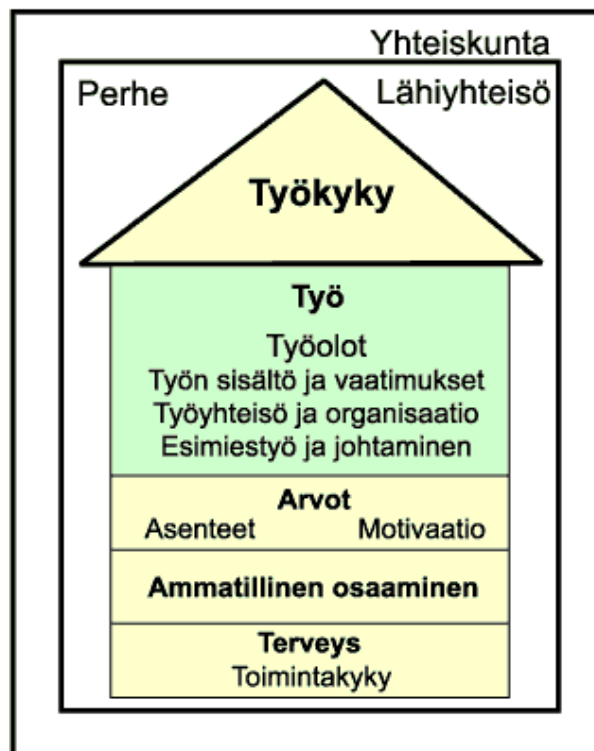
## **2.2 Työkyky**

Työkyky nähdään nykyään kokonaisvaltaisena ja monimuotoisempana kuin aiemmin. Terveyspainotteisesta näkökulmasta on siirrytty malleihin, joissa työkyvyn ajatellaan syntyvän useamman eri tekijän vaikutuksesta. Työkykyä voidaankin esimerkiksi tarkastella Ilmarisen (2006) kuvaamaan työkykytalo-mallin kautta, jossa työkyvyn eri ulottuvuudet vaikuttavat toisiinsa (ks. kuvio 1). Siinä ihmisen työkyky nähdään rakentuvan ihmisen voimavarojen ja työn vaatimusten välisestä tasapainosta. Ihmisen voimavarat syntyvät terveydestä ja toimintakyvystä, arvoista ja asenteista sekä hänen osaamisestaan. Työ puolestaan pitää sisällään työympäristön ja -yhteisön sekä työn sisällön, sen vaatimukset ja organisoinnin. (Ilmarinen 2006, 79.)

Tätä kokonaisuutta voidaan kuvata rakennelmana, jossa on eri kerroksia. Pohjakerroksen muodostaa terveys, joka koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä. Koko

muun rakennelman paino kohdistuu tähän kerrokseen ja siksi muutokset terveydessä luovat uhan työkyvylle. Toisaalta toimintakyvyn vahvistamisen nähdään lisäävän työkykyä. Rakennelman toinen kerros on ammattitaito ja osaaminen. Näitä päivittämällä ja lisäämällä voidaan vastata paremmin työelämän haasteisiin ja ne ovat entistä tärkeämpi edellytys työkyvylle. Työkykytalon kolmas kerros on arvojen, asenteiden ja motivaation kerros. Työn ja omien voimavarojen tasapaino sekä työn ja muun elämän väliset suhteet käsitellään tässä kerroksessa. Käsittelyn tulokset vaikuttavat ja muuttavat arvoja ja asenteita. Myös yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset heijastuvat tähän kerrokseen. Työ ja siihen liittyvät tekijät ovat neljännessä kerroksessa. Työn vaatimukset, organisointi, työyhteisön toimivuus ja johtaminen vaikuttavat moniulotteisesti tässä kerroksessa. (Ilmarinen 2006, 79-80.)

Ihminen pyrkii etsimään tasapainoa työn ja voimavarojen välillä. Tämä tasapaino voi vaihdella ihmisen elämän aikana riippuen esimerkiksi ikääntymisen tai työhön liittyvän uuden teknologian seurauksena. Työkykyyn vaikuttavat tekijät siis muuttuvat jatkuvasti. Työkyky ei myöskään ole irrallaan muusta elämästä vaan perhe ja lähiyhteisö voivat vaikuttaa ihmisen työkykyyn elämän aikana. Työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen on myös haaste työkyvylle. (Ilmarinen 2006, 81.)



Kuvio 1: Työkykytalo (Ilmarinen 2006)

## 2.3 Epävakaan persoonallisuuden hoito

Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien hoidossa keskeisiä ovat psykoterapeuttiset menetelmät. Niitä voidaan yhdistää myös muihin hoitomuotoihin. (Käypä hoito 2015, Viitattu 18.11.16.) Tällä hetkellä epävakaalle persoonallisuudelle on olemassa neljä erilaista laajasti käytettyä ja tutkittua psykoterapiamuotoa. Kaksi näistä on kognitiivis-behavioraalisia: skeematerapia ja dialektinen käyttäytymisterapia. Toiset kaksi ovat luonnoltaan psykodynaamisia. Nämä ovat mentalisaatio- ja transferenssikeskeinen terapia. Kaikilla näillä hoitomuodoilla on tutkitusti voitu lievittää epävakaan persoonallisuuden oireita tai ainakin osaa niistä. Vaikuttavuutta hoitomuodoilla on saatu erityisesti akuuttien oireiden kuten itsensä vahingoittamisen ja itsemurhayritysten osalta. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät hyötyvät laaja-alaisista ja pitkäkestoisista hoitomuodoista. (Zanarini 2009, 1) Tässä tehtävässä kuvaan tarkemmin kahta terapiamuotoa, jotka ovat skeematerapia ja dialektinen käyttäytymisterapia.

### 2.3.1 Skeematerapia

Skeematerapia on eri psykoterapeuttisia lähestymistapoja yhdistävä hoitomuoto, jonka on kehittänyt Jeffrey Young yhdessä kollegoidensa kanssa. Skeematerapiassa yhdistetään kognitiivis-behavioraalista-, kiintymyssuhde-, konstruktivistä-, hahmo- ja objektisuhdeteoriaa. (Young 2008, 27.) Muutoksessa hyödynnetään kognitiivisia, kokemuksellisia ja käyttäytymiseen liittyviä tekniikoita, jotka keskittyvät terapeutin vuorovaikutussuhteeseen, jokapäiväiseen elämään ja menneisiin kokemuksiin. Toipuminen nähdään tapahtuvan, kun haitalliset skeemat eivät enää hallitse asiakkaan elämää (Zanarini 2009, 1)

Skeematerapian kohteena ovat psyyken ytimessä olevat varhaiset sopeutumista haittaavat skeemat. Skeema on malli, jonka läpi henkilö tarkastelee maailmaa tai kokemustaan ja sen avulla hän määrittää havainnoimaansa ja ohjaa reagoimistaan. Skeema on ikään kuin laaja elämän ymmärtämistä ohjaava periaate, joka on muodostunut lapsuuden ja nuoruuden aikana auttamaan sopeutumista ympäristöön. Skeemat kuitenkin pysyvät aktiivisena myös aikuisena, vaikka ne eivät enää auttaisiakaan sopeutumaan parhaalla mahdollisella tavalla elinolosuhteisiin. (Young 2008, 32-34.)

Young (2008) on määrittänyt 18 sopeutumista haittaavaa skeemaa, jotka on ryhmitelty viiteen kategoriaan. Ensimmäinen skeema-alue on Irrallisuus ja hylkääminen. Tämän alueen skeemoille on tyypillistä, ettei henkilö pysty muodostamaan turvallisia ja tyydyttäviä ihmissuhteita. Hän voi uskoa, ettei pysyvyyden, turvallisuuden, huolenpidon, rakkauden ja hyväksytyksi tulemisen tarpeisiin vastata. Skeema-alueeseen kuuluvat hylkäämisen, kaltoinkohtelun, tunnevajeen, vajavuuden ja sosiaalisen eristäytymisen skeemat. (Young 2008, 42-43.)

Toinen skeema-alueista on Heikentynyt autonomia ja alisuoriutuminen. Tähän alueeseen kuuluville skeemoille on tyypillistä, ettei henkilö pysty toimimaan itsenäisesti tai eriytymään vanhemmistaan tai näitä edustavista henkilöistä. Henkilö ei pysty rakentamaan omaa identiteettiään ja luomaan oman näköistä elämäänsä. Skeema-alueeseen kuuluvat skeemat ovat suojattomuus ja epäonnistuminen. Kolmas skeema-alue on Heikentyneet rajat, johon liittyy vaikeuksia rakentaa sisäisiä rajoja vastavuoroisuuden ja itsekurin alueella. Henkilön voi olla vaikeaa toimia pitkäjänteisesti, kunnioittaa toisten oikeuksia, tehdä yhteistyötä ja pitää lupauksensa. Alueeseen kuuluvat skeemat ovat oikeutus ja riittämätön itsekuri. (Young 2008, 43-45.)

Skeema-alueista neljäs on Muut-suuntautuneisuus, jota luonnehtii se, että henkilö asettaa korostetusti muiden tarpeet omiensa edellä. Hän toimii näin saadakseen hyväksyntää, säilyttääkseen yhteyden tai välttääkseen ristiriitoja. Toimintaa luonnehtii usein pyrkimys myötäillä. Alueeseen kuuluvat skeemat ovat alistuminen, uhrautuminen ja hyväksynnän etsintä. Viides skeema-alue on ylivarovaisuus ja estyneisyys, johon liittyy, että henkilöt usein tukahduttavat spontaaneja tunteitaan ja impulssejaan. He toimivat jäykkien sisäistettyjen sääntöjen mukaan eikä tilaa esimerkiksi rentoudella ja ilolle ole. Tähän alueeseen kuuluvat skeemat ovat kielteisyys, emotionaalinen estyneisyys, vaativuus ja rankaisevuus. (Young 2008, 45-48.)

Koska epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä on tyypillisesti taustalla useita vahvoja haitallisia skeemoja, Young loi skeemamoodi käsitteen lisäämään ymmärrystä käyttäytymisen taustalla olevista ilmiöistä. (Young 2008, 390.) Epävakaalle persoonallisuudelle tyypilliset skeemamoodit ovat: terve aikuinen, suojautuja, rankaiseva vanhempi, vihainen ja impulsiivinen lapsi sekä havoittuva (hylätty) lapsi. Hylätyn lapsen minätilassa aktivoituu kärsivä sisäinen lapsi, joka kokee kipua, kauhua, koska henkilö ei saa vastausta tarpeilleen. Vihaisen ja impulsiivisen lapsen minätilassa, henkilö raivoaa tai käyttäytyy impulsiivisesti, koska tunnetason perustarpeisiin ei vastata. Rankaisevan vanhemman minätilassa henkilö kuulee sisäistämänsä auktoriteetin kritisoivan ja rankaisevan äänen ja usein kohtelee itseään kaltoin. Suojautujan minätilassa henkilö tukahduttaa

tunteensa ja tarpeensa ja vetäytyy muiden läheisyydestä. Terveen aikuisen minätila on puoli, joka rauhoittelee ja pitää huolta henkilöstä. Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyen tämä puoli on usein alikehittynyt. Skeematerapian tavoitteena onkin yleisesti vahvistaa tätä puolta niin, että henkilö pystyy huolehtimaan ja suojelemaan hylätyn lapsen minätilaa sekä opettamaan vihaisen ja impulsiivisen lapsen minätilalle rakentavia tapoja ilmaista vihaa. Lisäksi terveen aikuisen minätilan vahvistuminen näkyy kykyä kyseenalaistaa rankaisevan vanhemman minätilaa ja päästä eroon suojaautujan minätilasta. (Young 2008, 437-438.)

Tutkimuksissa on osoitettu, että skeematerapian avulla on voitu vaikuttaa seuraaviin oireisiin merkittävästi: Identiteetin hauraus, dissosiaatio/paranoidisuus, itsensä vahingoittaminen, impulsiivisuus, hylätyksi tulemisen pelko sekä ihmissuhteiden epävakaaisuus. (Zanarini 2009, )

### **2.3.2 Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT)**

Dialektinen käyttäytymisterapia on alun perin kehitetty vaikeaoireisille, itsetuhoisesti käyttäytyville epävakaasta persoonallisuudesta kärsiville henkilöille Marsha Linehanin toimesta. Hoitomallissa epävakaa persoonallisuus nähdään tunteiden säätelyn häiriönä. (Zanarini 2009, 1.) Hoitomallissa yhdistellään kognitiivis-behavioraalista- ja oppimisteoriaa sekä dialektista ja zenbuddhalaista filosofiaa. Zenbuddhalaisuudesta malliin on otettu mukaan tietoisuustaidot. (Kåver & Nilssone 2004, 67)

Dialektinen käyttäytymisterapia yhdistää yksilö- ja ryhmämuotoista terapiaa. Yksilöterapia on pääasiassa kognitiivista käyttäytymisterapiaa, jossa tasapainoillaan hyväksymisen ja muutoksen välillä. Alkuun yksilöterapian päätavoitteena on käyttäytymisen hallinta ja hoitosuhteen lujittaminen. Yksilöterapia on pääsääntöisesti kertaviikkoista. Ryhmämuotoinen terapia tapahtuu myös kertaviikkoisesti. Ryhmäterapiaa kutsutaan taitoalmentukseksi. Taitoalmentusryhmissä käydään lävitse seuraavia neljää osa-aluetta: tietoisuustaidot, vuorovaikutustaidot, tunteiden säätelyn taidot sekä ahdingonsietämisen taidot. Lisäksi hoitomalliin kuuluu mahdollisuus puhelinkonsultaation ympäri vuorokauden. Puhelinkonsultaation tarkoitus on vahvistaa terapiasuhdetta, opettaa pyytämään apua ja auttaa taitojen käyttämistä kriisitilanteissa (Kåver & Nilssone 2004, 86-88.)

Dialektisen käyttäytymisterapian on osoitettu vähentävän itsensä vahingoittamista ja itsemurhayrityksiä. Lisäksi asiakkaat ovat sitoutuneet hoitoon tavanomaista hoitoa paremmin. Psykiatriasta syistä johtuvaa sairaalahoitoa on myös pystytty vähentämään. (Zanarini 2009; )

## 2.4 Oulun kaupungin Epävakaatyöryhmä

Oulun hoitomallin kehittäminen sai alkunsa kliinisessä työssä esiin tulleesta tarpeesta kehittää epävakaan persoonallisuuden hoitoa Oulun kaupungin mielenterveyspalveluissa. Lähtökohtana oli havainto, että tutkimuksissa tehokkaaksi osoitettujen psykoterapioiden systemaattinen toteuttaminen terveydenhuollossa ei ollut käytännössä mahdollista, koska tämä olisi vaatinut useiden työntekijöiden laajamittaista kouluttautumista ja sitoutumista hoito-organisaation palvelukseen. Keskeisenä periaatteena hoitomallin luomisessa olikin rakentaa malli, joka hyödyntäisi jo olemassa olevia henkilökuntaresursseja ja olisi joustavasti muokattavissa hoidon todellisiin tarpeisiin ja kysyntään (Leppänen 2015, 73.) Oulun hoitomallin vaikuttavuutta tutkittiin sen ensimmäisenä toteutumisvuotena ja erikoislääkäri Virpi Leppänen julkaisi aiheesta väitöskirjan 2015. Käytännön työssä huomattiin jo ennen tutkimustulosten julkaisemista hoitomallista saatava hyöty. Tämän seurauksena Oulun kaupungin mielenterveyspalveluihin perustettiin jo vuonna 2011 oma työryhmä, joka keskittyi toteuttamaan ja kehittämään epävakaan persoonallisuuden hoitoa. Työryhmä nimettiin Epävakaatyöryhmäksi.

Oulun hoitomalli yhdistelee skeematerapiaa sekä dialektista käyttäytymisterapiaa. Skeematerapiasta käyttöön on otettu keskeiset käsitteet eli skeemat ja skeemamoodit eli minätilat, joiden kautta asiakkaiden ongelmia pyritään käsitteellistämään ja saamaan niihin muutosta. Keskeisinä skeematerapian menetelminä nähdään empaattinen konfrontaatio ja rajallinen vanhemmointi, joita hoitomallissa myös hyödynnetään. Empaattisella konfrontaatiolla tarkoitetaan ongelmakäyttäytymisen myötätuntoista osoittamista. Rajallinen vanhemmointi taas viittaa lapsuuden aikaisen puutteellisen vanhemmuuden osittaiseen korjaamiseen. Dialektisesta käyttäytymisterapiasta käyttöön on otettu, hoidon rakenne, jossa yhdistellään viikoittaisia yksilökäyntejä sekä ryhmämuotoista terapiaa. Näiden lisäksi malliin kuuluu yksilöterapeuttien konsultaatioryhmä ja asiakkaille annettava puhelinkonsultaatio. DKT:sta tuttu taito- ja valmennusryhmä on muutettu siten, että tietoisuustaitojen osio on vaihdettu skeematerapiasta tuttujen minätilojen ja skeemojen opetteluun. Oulun hoitomallissa ryhmissä opetellaan myös DKT:stä tuttuja tunteiden säätely-, vuorovaikutus- ja ahdingonsietotaitoja, jotka on muokattu skeematerapeuttiseen käsitteistöön sopiviksi. (Leppä-

nen 2015, 74-76.) Puhelinkonsultaatio on myös muokattu siten, että yksilöterapeutit/-hoitajat ovat tavoitettavissa vain arkisin työaikana.

Oulun hoitomallissa keskeistä on tiivis, psykoterapeuttinen muutostyöskentely, johon kuuluu viikoittainen yksilöterapia ja ryhmähoito, 40 kertaa kestävä psykoedukatiivinen ryhmä. (Leppänen 2015, 76). Perinteisen psykoedukatiivisen ryhmän lisäksi nykyisellään Epävakaatyöryhmän hoitoon kuuluu myös muunlaisia ryhmiä, kuteen skeema painotteinen psykoedukatiivinen ryhmä (40x), lyhyt psykoedukaatio ryhmä (x7), Äitiryhmä (x12) sekä ryhmäskeematerapia (30-40x). Yksilökäyntien tiheys ja kesto, vaihtelee. Usein niin, että vähimmillään käynnit toteutuvat kerran viikossa 45 minuuttia kerrallaan. Yksilökäyntejä voi kuitenkin olla myös tiheimmin ja käyntien kesto voi vaihdella 45 minuutista 120 minuuttiin.

Oulun hoitomallista tehdyn tutkimuksen mukaan hoitomallin mukaisella hoidolla todettiin olevan vaikutusta seuraaviin epävakaan persoonallisuuden oireisiin: epävakaat ihmissuhteet, identiteettihäiriö, tyhjyydentunteet, vihanpurkaukset, itsetuhoisuus, impulsiivisuus ja paranoidiset ajatukset tai dissosiaatio. Tutkittavien elämänlaadussa todettiin myös tapahtuneen positiivista muutosta. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös haitallisissa skeemoissa tapahtuvia muutoksia. Tavanomaista hoitoa saaneiden ryhmässä skeematasolla muutoksia ei tapahtunut. Hoitomallin mukaista hoitoa saaneilla kahdeksassa skeemassa tapahtui myönteistä muutosta. Skeemat olivat hylkääminen, epäluottamus, sosiaalinen eristäytyminen, riippuvuus, suojattomuus, oikeutus, riittämätön itsekuri ja hyväksynnän haku. Näistä kolmella todettiin olevaan yhteys itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Nämä skeemat olivat hylkääminen, epäluottamus ja sosiaalinen eristäytyminen. (Leppänen 2015, 97, 117.)

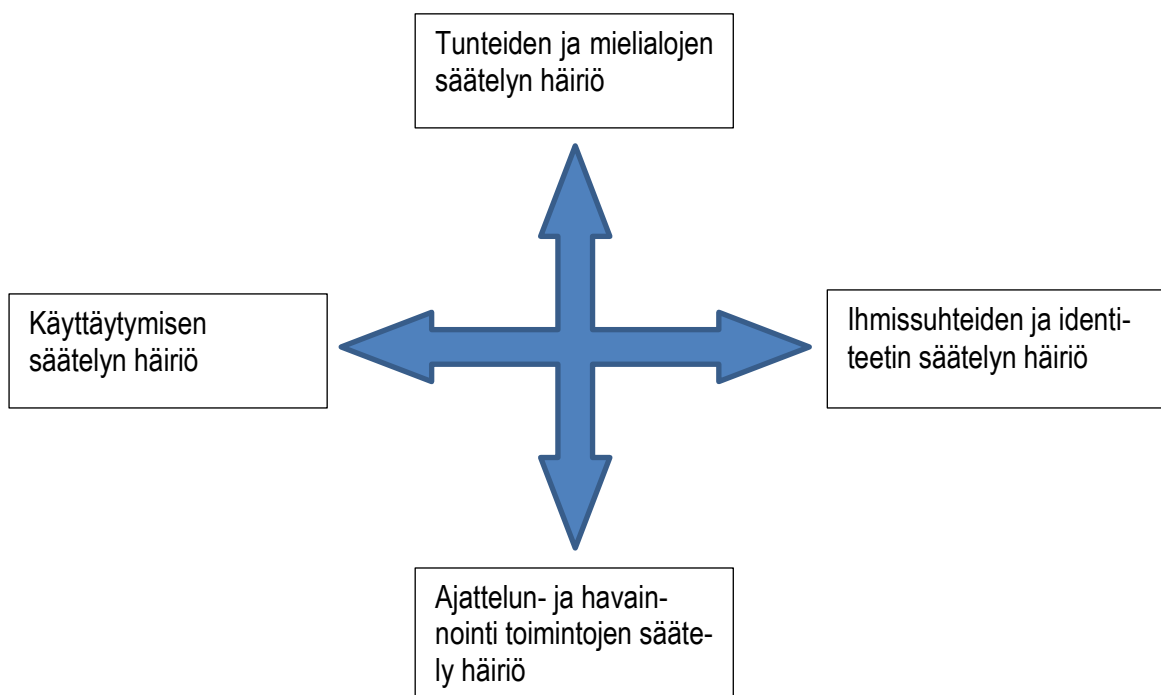
## **2.5 Epävakaa persoonallisuus**

Epävakaa persoonallisuus on potilaan toimintakykyä merkittävästi heikentävä sairaus. Asiakasryhmä kuormittaa usein terveydenhoitojärjestelmää laajasti. Keskeisenä ongelmana häiriössä on tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn vaikeus sekä alttius vuorovaikutussuhteiden ongelmiin. Häiriöön liittyy usein itseä vahingoittavaa käyttäytymistä sekä itsemurhariski. (Käypä hoito suositus 2015, Viitattu 18.11.16) Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät kokevat myös usein voimakasta häpeää, joka on tärkeää huomioida hoidossa. Häpeän tunteet ovat tyypillisesti voimakkaampia



kuin useissa muissa sairaus ryhmissä. (Karan, Niesten, Frankenburg, Fitzmaurice & Zanarini 2014.)

Epävakaata persoonallisuutta voidaan nähdä mielialan ja tunteiden, käyttäytymisen, ihmissuhteiden sekä ajatus- ja havaintotoimintojen säätelyn häiriönä. Tunteiden ja mielialojen säätelyhäiriö on epävakaan persoonallisuuden ydinpiirre. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien mieliala on reaktiivinen, joka tarkoittaa sitä, että henkilön mieliala vaihtelee keskimääräistä enemmän. Mielialan muutokset toistuvat tiheästi ja ovat voimakkaita, mutta eivät välttämättä äkillisiä. Tyypillistä on, että henkilö on herkkä tunneärsykeille. Tämä tarkoittaa sitä, että pienikin ärsyke aiheuttaa reaktion eli kynnyksen reagoida on matala. Tunnereaktiot ovat usein myös intensiivisiä, joka kuvaa niiden äärimmäisyyttä. Jos esimerkiksi vähemmän haavoittuva yksilö kokee hämmennystä, emotionaalisesti haavoittuva henkilö kokee syvää nöyryytystä. Tunteiden säätelyhäiriöllä on myös tyypillistä hidasta palautuminen perustasolle. Tätä selittää se, että tunteet ja mielialat kestävät kauemmin, kun ne aktivoivat ajatuksia ja uskomuksia tai laajemmin erilaisia mielentiloja. Mielentilat vaikuttavat henkilön muisti- ja ajattelutoimintoihin siten, että ne aiheuttavat valikoivaa mielialojen mukaista muistista hakemista ja ympäristön havainnointia. Henkilö esimerkiksi surullisena muistaa surullisia asioita ja havainnoi ympäristöstään tunnetta tukevia asioita, jolloin tunne ikään kuin ruokkii itseään. Tällöin ryhtyminen mielialasta riippumattomaan toimintaan vaikeutuu. (Koivisto, Stenberg, Nikkilä & Karlsson 2009, s.21-22.)



*Kuvio 2. Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvät oireiden dimensiot (Koivisto ym. 2009, 20)*

Käyttäytymisen säätelyn vaikeudella tarkoitetaan taipumusta impulsiiviseen ja aggressiiviseen toimintaan. Impulsiivisuudella tarkoitetaan taipumusta toimia hetken mielihoiteesta. Toiminnan tarkoituksena on tuottaa mielihyvää tai välttää kokemasta negatiivisia tunteita. Joskus se voi olla myös pyrkimystä irrottautua tyhjyyden tai turtuneisuuden olost. Lyhyellä aikavälillä toiminta on henkilölle tyydyttävää, mutta pitkällä aikavälillä henkilö usein katuu toimintansa vahingollisia seurauksia. Impulssikontrollin vaikeudet voivat näkyä esimerkiksi haitallisena päihteiden käyttönä, peliriippuvuutena, ahmimiskohtauksina, harkitsemattomana rahankäyttönä tai harkitsemattomina seksisuhteina. Impulsiiviset oireet voivat myös korvautua uusilla häiriön eri vaiheissa. Itsetuhoisen käyttäytyminen on myös epävakaan persoonallisuuden oire. Itsemurhariski on asiakasryhmällä suuri. Häiriöön liittyy myös itsetuhoista käyttäytymistä ilman tarkoitusta kuolla. Tästä esimerkkinä voi olla viiltely, itsensä hakkaaminen ja polttaminen, nälkiinnyttäminen sekä lääkkeiden omatoiminen yliannostelu. Itsetuhoisen käyttäytyminen on usein epätoivoinen yritys säädellä voimakkaita ja tuskallisia tunteita. (Koivisto ym. 2009, s.24-25)

Ihmissuhteiden ja identiteetin säätelyn häiriö näkyy voimakkaana hylätyksi tulemisen pelkona, ihmissuhteiden epävakaana sekä epävakaana minäkuvana ja käsityksenä itsestä. Hylätyksi tulemisen pelko on hyvin tunnistettu oire, joka voi aiheuttaa epätoivoista ja impulsiivista käytöstä, jonka tarkoituksena on estää todellinen tai kuviteltu hylkääminen. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien ihmissuhteet ovat usein intensiivisiä ja ne voivat muuttua tuttavallisista hyvin läheisiksi hetkessä. Intensiivisyys näkyy ihmissuhteeseen liittyvinä voimakkaina tunnetiloina euforiasta vihaiseen katkeruuteen. Suhtautuminen itsen ja toiseen ihmiseen voi myös muuttua äkillisesti. Yhtenä hetkenä hyväntahtoiseksi koettu ihminen voi muuttua henkilön kokemuksessa julmaksi ja hyljeksiväksi. Henkilö voi myös olla niin erilainen eri ihmisten seurassa, ettei hän tiedä millainen hän todellisuudessa on. Ihmissuhteiden ja identiteetin häiriöt liittyvät toisiinsa siten, että henkilön voi olla vaikeaa erottaa omia kokemuksiaan toisten kokemuksista. Henkilö voi kokea muiden tunteet omikseen tai kokea toisten tunteiden tarttuvan itsen tai omien tunteiden siirtyvän toiseen. Epävakaan henkilön kokemus itsestään voi siten vaihdella runsaasti hetkestä, tilanteesta, ympäristöstä tai mielentilasta riippuen. (Koivisto ym. 2009, s. 26-28.)

Ajattelun- ja havaintotoimintojen lyhytkestoiset häiriöt voivat ilmetä emotionaalisesti kuormittavissa tilanteissa. Näitä voivat olla dissosiativiset oireet sekä vainoharhaiset ajatukset. Henkilö saattaa esimerkiksi hetkellisesti kokea toisten kääntyneen häntä vastaan tai menettää ajantajun tila-

päisesti tai kokea itsensä outona tai muuttuneena. Lyhytkestoiset aistihairahdukset tai hallusinaatiot voivat olla myös mahdollisia. Psykoosisairauksista poiketen nämä ovat usein lyhyt kestoisia, minuuteista tunteihin. (Koivisto ym. 2009, s.29.)

Tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden oireita kuvataan Suomessa usein kansainvälisen diagnostisen luokittelujärjestelmän (International Classification of Diseases) ICD-10:n tai Amerikan Psykiatriyhdistyksen (APA) laatiman psykiatristen häiriöiden DSM-IV-TR-diagnoosiluokituksen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kautta. Nämä ryhmittelevät persoonallisuushäiriöt hieman toisistaan poikkeavasti: ICD-10:ssä käytetään termin "rajatilapersonoallisuushäiriö" sijaan diagnoosia epävakaata persoonallisuus. (Käypä hoito -suositus 2015, Viitattu 18.11.16.) Luokittelujärjestelmiä hyödynnetään diagnosoinnin tukena. Järjestelmät on kuvattu liitteessä 1.

## **2.6 Aikaisemmat tutkimukset**

Seuraavassa taulukossa on esitetty tutkimuksia liittyen epävakaasta persoonallisuudesta toipumiseen ja sen vaikutuksista työkykyyn. Tutkimukset osoittavat, että epävakaasta persoonallisuudesta voi parantua, vaikka se onkin vaikeaa. Parantuminen vie pidemmän aikaa kuin muissa persoonallisuushäiriössä. (Zanarini ym. 2010; Zanarini ym. 2012) Oiretasolla toipuminen ja remissio saavutetaan todennäköisemmin ja nopeammin kuin psykososiaalisen toimintakyvyn osalta. Psykososiaalisen toimintakyvyn osalta sosiaalinen toimintakyky saavutetaan todennäköisemmin kuin ammatillinen toimintakyky. Ammatillinen toimintakyky myös vaarantuu sosiaalista helpommin. (Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice 2010, 663). Ammatillisen toimintakyvyn lasku on pääasiallinen syy siihen, että epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät eivät saavuta tai pysty ylläpitämään toipumista oireiden sekä sosiaalisten ja ammatillisten toimintojen osalta (Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice 2012,482.)

Suurin osa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivistä kohtaa vaikeuksia työssä. Sen seurauksena he usein vaihtavat työpaikkaa, lopettavat työnteon, pysyvät työttöminä tai eivät edes yritä päästä töihin. (Elliot & Konet 2012; 41.) Tutkimuksissa on osoitettu, että hoidon jälkeenkin noin 45 % epävakaasta persoonallisuudesta kärsivistä ovat työelämän ulkopuolella. Niistäkin, jotka ovat töissä, vain pieni osa on työssä täysin itsenäisesti pärjääviä. 20-45 % epävakaasta persoonalli-

suudesta kärsivistä on työkyvyttömiä. (Sansone & Sansone, 2013, 26.) Mitä kauemmin henkilöt ovat poissa työelämästä sitä hankalampaa sinne palaaminen heille on. (Elliot & Konet 2012; 41.)

Erilaisilla työllistymistä tukevilla toimilla voidaan parantaa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien ammatillista toimintakykyä. Hoidossa olisi hyvä keskittyä ensi- tai toissijaisesti psykososiaalisen toimintakyvyn parantamiseen oireiden lievittymisen lisäksi. Erityisesti tälle asiakasryhmälle suunnatut toimet voivat parantaa henkilöiden työkykyä. (Sansone & Sansone 2013, 26; Zanarini ym. 2012, 482.) Epävakaan persoonallisuuden runsas esiintyminen sekä sen aiheuttama suuri työelämästä poisjäämisen todennäköisyys tekevät tämän asiakasryhmän ammatillisen kuntoutuksen kehittämisen julkisella puolella tärkeäksi (Elliot ym. 2012, 41). Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät olivat kolme kertaa todennäköisemmin sairauspäivärahalla kuin muista persoonallisuushäiriöistä kärsivät. Heidän työkykyisyytensä vaihteli ja useat pystyivät palaamaan töihin, vaikkakin osa palasi sairauspäivärahan piiriin myöhemmin. Sairauspäivärahan piirissä oleminen ei kuitenkaan tarkoittanut, etteivätkö epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät pystyneet toimimaan muilla elämäalueilla. (Zanarini ym. 2012, 1.)

TAULUKKO 1: *Aiemmat tutkimukset koskien epävakaan persoonallisuuden vaikutusta työkykyyn ja siitä toipumista*

<b>Tutkimuksen nimi ja julkaisuvuosi</b>	<b>Employment in Borderline Personality Disorder 2012</b>	<b>A connection Place: A Job Preparedness Program for Individuals with borderline Personality Disorder 2012</b>	<b>Time to Attainment of Recovery from Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-year Follow-up Study 2010</b>	<b>Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study 2012</b>	<b>The 10-year Course of Psychosocial Functioning among Patients with Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects 2012</b>	<b>The 10-Year Course of Social Security Disability Income Reported by Patients with Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects 2012</b>
<b>Tutkimuksen kirjoittajat</b>	Sansone R & Sansone L	Elliott B & Konet R.	Zanarini, M; Frankenburg F; Reich D & Fitzmaurice G	Zanarini, M; Frankenburg F; Reich D & Fitzmaurice G	Zanarini, M; Frankenburg F; Reich D & Fitzmaurice G	Zanarini, M; Frankenburg F; Reich D & Fitzmaurice G
<b>Selvitys, kartoitus, tutkimus</b>	kirjallisuuskatsaus	artikkeli	tutkimus	tutkimus	tutkimus	tutkimus
<b>Tutkimus- ja aineistonkeruumenetelmät</b>	-	-	semi-strukturoidut haastattelut kahden vuoden välein 10 vuoden ajan	semi-strukturoidut haastattelut	semi-strukturoidut haastattelut	semi-strukturoidut haastattelut

<b>Tutkittavat</b>	-	54 henkilöä, joilla epävakaata persoonallisuutta ja jotka osallistuivat projektiin vähintään kuu-kauden ajan	290 henkilöä, joilla epävakaata persoonallisuutta diagnoosi	290 henkilöä, joilla epävakaata persoonallisuutta diagnoosi ja vertailuryhmässä 72, joilla joku muu akselin II häiriö	290 henkilöä, joilla epävakaata persoonallisuutta diagnoosi ja vertailuryhmässä 72, joilla joku muu akselin II häiriö	290 henkilöä, joilla epävakaata persoonallisuutta diagnoosi ja vertailuryhmässä 72, joilla joku muu akselin II häiriö
<b>Tulokset</b>	Noin puolet epävakasta persoonallisuudesta häiriöstä kärsivistä pysyy työttömänä seurannoissa ja vain pieni osa heistä on omavaraisia. 20-45 % on työkyvyttömiä, useissa tutkimuksissa oli saavutettu pientä hyötyä työllistymisessä ja yhdessä tutkimuksessa oli kehitetty työllistymistä parantava ohjelma, joka merkittävästi paransi työllistymistä	48 % työllistyi tai saavutti vastaavan tavoitteen, 22 % paransi huomattavasti työllistymisvalmiuksiaan, 26 % saavutti jotain edistymistä työllistymisvalmiuksien osalta.	50 % osallistujista toipui eli oireet lievittyivät ja sosiaalinen ja ammatillinen toimintakyky parani, 93 % olivat oireettomia vähintään kaksi vuotta, 86% pysyi oireettomana vähintään 4 vuotta, parantuneista 34 % sairastui uudelleen.	Epävakaiden remissio tai toipuminen oli hitaampaa, 16 vuoden jälkeen kummassakin ryhmässä oli saavutettu yhtä suuri remissio, muttei toipuminen. Oireiden uusiminen ja toipumisen menetys olivat nopeampaa ja sitä oli enemmän epävakaiden ryhmässä.	Epävakaat, joilla lähtökohtaisesti oli hyvä psykososiaalinen toimintakyky, kokivat vaikeaksi toimintakyvyn säilyttämisen ja uudelleen saavuttamisen. 90 % henkilöistä ammatillinen toimintakyky oli syy psykososiaalisen toimintakyvyn heikkenemiseen.	Epävakaat olivat kolme kertaa todennäköisemmin sairauspäivärahalla kuin muista persoonallisuushäiriöistä kärsivät. 40 % epävakaita onnistui pääsemään pois sairauspäivärahalta mutta 43 % heistä palasi sairauspäivärahalle myöhemmin. Tukien varassa olevat epävakailla oli kuitenkin psykososiaalisia voimavaroja.

<p><b>Johtopäätökset</b></p>		<p>Tulokset tukevat ajatusta, että epävakasta persoonallisuudesta kärsivät voivat hyötyä heille suunnatusta työvalmiuksia edistävästä ohjelmas- ta.</p>	<p>Toipuminen epävakasta persoonallisuudesta niin oireiden kuin psykososiaalisen toimintakyvyn osalta on vaikea saavuttaa, oireiden osalta helpompaa kuin sosiaalisen ja ammatillisen toimintakyvyn. Kuitenkin se on saavutettu, toipuminen on suhteellisen pysyvää.</p>	<p>Oiretason remissio on yleisempää kuin pysyvä toipuminen epävakaudesta, pysyvä remissio ja toipuminen on vaikeampaa saavuttaa ja ylläpitää epävakauden osalta verrattuna muihin persoonallisuushäiriöihin.</p>	<p>Hyvä psykososiaalinen toimintakyky, joka pitää sisällään sosiaalisen ja ammatillisen pätevyyden, on vaikeaa saavuttaa ja ylläpitää epävakaille. Ammatillinen toimintakyky vaarantuu herkemmin kuin sosiaalinen toimintakyky.</p>	<p>Merkittävästi suurempi osa epävakasta potilaista kuin muista persoonallisuushäiriöistä kärsivistä sai sairauspäivärahaa. Kuitenkin merkittävä osa potilaista ei ollut pitkäaikaisesti sairauspäivärahan varassa. Tukien varassa olevat saattoivat kuitenkin pystyä toimimaan suurimmalla osalla elämänalueista.</p>
------------------------------	--	---	--	--	---	--

### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT**

#### **3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet**

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kuvata tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien asiakkaiden hoitoa Oulun kaupungin Epävakaatyöryhmässä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa tunne-elämältään epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien asiakkaiden työkykyyn vaikuttavista tekijöistä sekä heidän kokemuksistaan työllistymistä tukevista toiminnoista hoidossa. Tutkimuksen tuloksia on tarkoitus hyödyntää Epävakaatyöryhmän hoidon kehittämisessä asiakasryhmän työkykyisyyttä tukevammaksi.

#### **3.2 Tutkimustehtävät:**

1. Millaisia kokemuksia epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä asiakkailla on työkykynsä vaikuttavista tekijöistä?
2. Millaisia kokemuksia epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä asiakkailla on työkykyään edistävästä tekijöistä hoidossa?
3. Miten Epävakaatyöryhmän hoitoa voitaisiin kehittää, jotta se tukisi paremmin asiakkaiden työkykyä?



## 4 TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA

Tutkimuksellinen kehittäminen yhdistelee tieteellisen tutkimuksen ja arkiajatteluun perustuvan kehittämisen elementtejä. Se on kehittämistä, jossa hyödynnetään tutkimuksellista logiikkaa. (Toikka & Rantanen 2009, 157.) Kehittämiselle tyypillisesti tutkimuksellisessa kehittämisessä pyritään löytämään ratkaisuja ongelmiin tai uusia parempia toimintatapoja (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 18). Se on konkreettista toimintaa, jolla pyritään kohti tiettyä tavoitetta (Toikka & Rantanen 2009, 14). Opinnäytetyössä tarkoituksena on kehittää epävakaan persoonallisuuden hoitoa Oulun kaupungin Aikuisten mielenterveyspalveluissa. Kehittämistyössä tarkoituksena on pyrkiä selvittämään tutkimuksellisia keinoja käyttäen asiakkaiden käsityksiä työkyynsä vaikuttavista tekijöistä ja sen tukemisesta hoidossa.

Tieteelliselle tutkimukselle tyypillisesti tutkimuksellisessa kehittämisessä käytetään omien ratkaisujen pohjana jo olemassa olevaa teoretietoa, jonka varaan myös uusi tieto rakennetaan (Ojasalo ym. 2014, 21.) Tutkimuksellinen kehittäminen on järjestelmällistä, analyyttistä ja kriittistä tieteellisen tutkimuksen tapaan. Järjestelmällisyys tarkoittaa, että valinnat perustellaan ja dokumentoidaan. Analyttisyys on sitä, että erilaisia menetelmiä käyttäen tunnistetaan, eritellään ja luodaan erilaisia näkökulmia. Kriittisyys tarkoittaa hankitun tiedon, näkökulmien, omien valintojen, prosessin ja tulosten arviointia. (Ojasalo ym. 2014, 22) Tutkimuksellisessa kehittämisessä ei ole omia menetelmiä vaan siinä hyödynnetään laadullista ja määrällistä tutkimusta ja niiden menetelmiä. (Kananen 2012, 25.) Opinnäytetyötä varten perehdyttiin aiempaan tutkimustietoon aiheeseen liittyen ja koottiin sen pohjalta tietoperusta työlle. Tarkoituksena oli luoda uutta tietoa käyttäen laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Epävakaatyöryhmän asiakkaista viittä haastateltiin ymmärryksen lisäämiseksi heidän kokemuksistaan työkyynsä vaikuttavista tekijöistä ja saamastaan hoidosta. Tietoa haluttiin kerätä asiakkaiden näkökulmasta heidän itsensä kertomana.

Kehittämistutkimus pyrkii teorian ja käytännön vuorovaikutukseen. Sen tarkoituksena on muutos tai toiminnan kehittäminen. (Kananen 2012, 27.) Kehittämistutkimuksessa tyypillisesti pyritään kehittämään tuotetta, palvelua, prosessia tai toimintoja (vrt. Kananen 2012, 41, Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 66). Opinnäytetyön aihe on noussut käytännön työn tarpeesta ja opinnäytetyöllä

pyritään hakemaan muutosta käytäntöihin. Tarkoituksena on kehittää olemassa olevaa palvelua eli Epävakaata työryhmän hoitoa tai prosessia jossa asiakkaat palveluun tullessaan kulkevat.

Kehittämisen prosessin vaiheita voidaan kuvata erilaisten prosessimallien avulla. Yksinkertaisimmillaan prosessimalli pitää sisällään neljä vaihetta, jotka ovat tavoitteen arviointi-, suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaihe. Käytännössä prosessin eri vaiheita on kuitenkin usein vaikeaa erotella toisistaan ja ne harvoin etenevät täysin lineaarisesti vaan voivat vuorotella pitkän matkaa. (Toikko & Rantanen 2009, 64) Tyypillinen prosessimalli on myös seuraavaa, joka kuvaa tutkimuksellista kehittämistä hieman. Prosessin vaiheet mallissa ovat: kehittämiskohteen tunnistaminen ja alustavien tavoitteiden määrittäminen, kehittämiskohteeseen perehtyminen teoriassa ja käytännössä, kehittämistehtävän määrittäminen ja kehittämiskohteen rajaaminen, tietoperustan laatiminen sekä lähestymistavan ja menetelmien suunnittelu, kehittämishankkeen toteuttaminen ja julkistaminen eri muodoissa sekä kehittämisen lopputulosten arvioiminen. (Ojasalo ym. 2014, 26.)

#### **4.1 Laadullinen tutkimus**

Tutkimuksen lähestymistavaksi valittiin laadullinen tutkimus. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus sopii tilanteisiin, joissa tietoa, teoriaa tai tutkimusta kyseisestä ilmiöstä ei vielä juurikaan ole tai halutaan luoda uusia teorioita tai saada niistä hyvä kuvaus (Kananen 2012, 29). Opinnäytetyön aiheesta ei ole tehty tutkimusta Suomessa. Epävakaan persoonallisuuden strukturoitu hoito julkisella puolella on Suomessa vielä suhteellisen pienimuotoista eikä tämän asiakasryhmän hoitoon erikoistuneita työryhmiä juuri ole. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää jotakin ilmiötä tai asiaa syvällisemmin (Kananen 2012, 29). Tutkimuksen tarkoituksena onkin syventää ymmärrystä ilmiöstä asiakkaiden itsensä kuvaamana. Tarkoituksena on tavoittaa ihmisen omat kuvaukset koetusta todellisuudesta, mutta se ei tavoittele totuuden löytämistä tutkitavasta asiasta. (Kananen 2012, 29.) Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja ymmärtää työkykyyn vaikuttavia tekijöitä asiakkaiden näkökulmasta.

#### **4.2 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmät**

Laadullisen tutkimuksen menetelmät ovat lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. Yleensä haastattelut ovat yksilöhaastatteluja, mutta myös pari- ja ryhmähaastatteluja voi soveltaa, jos se sopii tutkimuksen tavoitteisiin. Yksilöhaastattelu soveltuu henkilön omakohtaisen

kokemuksen tutkimiseen, kun taas ryhmässä voidaan tutkia yhteisön käsitystä jostakin teemasta (Vilka 2015, 123). Laadullisen tutkimuksen menetelmistä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, koska haluttiin selvittää yksilöiden omia kokemuksia, jotka voivat poiketa toisistaan.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, joka poimii tutkimustehtävistä keskeiset aiheet ja teemat, joita tutkimushaastattelussa on välttämätöntä käsitellä tutkimustehtäviin vastaamiseksi. Tavoitteena on, että vastaaja voi antaa oman kuvauksensa kaikista teemoista. (Vilka 2015, 124-126.) Tutkimuksessa käytetyt teemat olivat: Millaisia kokemuksia Epävakaatyöryhmän hoitoon osallistuvilla asiakkailta on työstä, työkyvystä ja itsestään työntekijöinä? Millaisia kokemuksia Epävakaatyöryhmän hoitoon osallistuvilla on hoidostaan työkyvyn edistämisen näkökulmasta? Liitteessä 2 on esitetty teemahaastatteluun teemat apukysymyksineen.

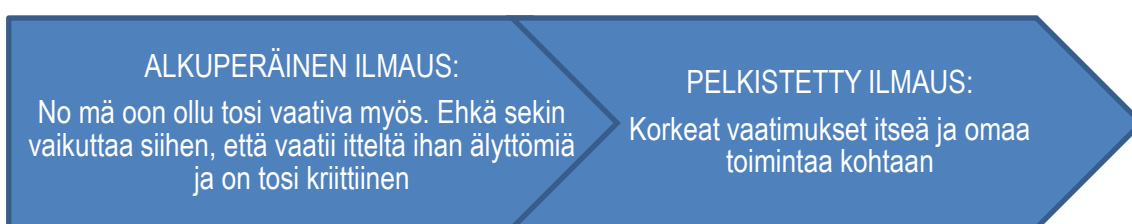
### **4.3 Tutkimukseen osallistuvien valinta**

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimukseen osallistujilla on tietoa tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Tästä syystä tutkittavien valinta on harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. Tarkoituksenmukaisuus tarkoittaa sitä, että haastateltavilla henkilöillä on kokemusta tutkittavista asioista. Harkinnanvaraisuus viittaa tutkijan itse asettamiin kriteereihin tutkittaville. Harkinnanvaraisuuden kriteerit tulee kuitenkin esittää. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86.) Haastateltavat valittiin Oulun kaupungin Epävakaatyöryhmän asiakkaista. Haastateltavista neljä oli naisia ja yksi oli mies. Heillä oli diagnoosina epävakaata persoonallisuutta. He olivat osallistuneet ammatilliseen kuntoutukseen tai heille oli suunniteltu ammatillisen kuntoutuksen toimia. Näin pyrittiin varmistamaan, että tutkittavilla oli kokemusta työryhmän hoidosta, he kuuluivat tutkittavaan asiakasryhmään sekä heillä oli suunnitelmassa pyrkiä työllistymään eri tukitoimien kautta. Haastateltavia oli yhteensä viisi. Harkinnanvaraisuus tutkimuksessa tarkoitti sitä, että kriteerit täyttävistä haastateltavista valittiin oman harkinnan mukaan parhaiten sopivimmat henkilöt. Pyrittiin valitsemaan taustoiltaan hieman erilaisissa tilanteissa olevia henkilöjä, esimerkiksi osalla haastateltavista oli jo työhistoriaa ja ammatti kun taas osa oli vielä ilman ammatillista koulutusta. Työkokemukseen liittyvillä valinnoilla oli tarkoitus saada esiin erilaisia näkemyksiä joihin vastaajien aiemmat kokemukset voivat vaikuttaa.

#### 4.4 Aineistonkäsittely ja analysointi

Haastatteluaineisto nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineiston litterointi eli auki kirjoittaminen on nauhoitetun tekstin muuttamista tekstimuotoon (Vilkkä 2015, 137). Litteroitua tekstiä oli yhteensä 61 sivua. Litteroinnissa oli käytetty fonttia Times New Roman, fonttikokoa 12 ja riviväliä 1,0. Tarkoituksena oli toteuttaa tämän jälkeen analyysi teemoittelun avulla hyödyntäen teemahaastattelun jäsenystä. Teemoittelu tarkoittaa aineiston pilkkomista ja ryhmittelyä aihepiirien avulla. Tarkoituksena on etsiä aineistosta teemaa kuvaavia näkemyksiä. Teemahaastattelusta on apua tässä vaiheessa, koska aineisto on sen pohjalta jo jäsenettyä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Perehdyttäessä litteroituun tekstiin aineistosta nousi esiin informaatiota, joka vaikutti tutkimuksen kannalta oleelliselta, muttei sopinut aiemmin määriteltyihin teemoihin. Tästä syystä teemoittelusta luovuttiin.

Sisällön analyysi toteutettiin lopulta induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tarkoituksena on löytää aineistosta jonkinlainen toiminnan logiikka tai tyypillinen kertomus. (Vilkkä 2005, 140.) Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistettiin. Aineiston pelkistäminen eli redusointi tarkoittaa analysoitavan tiedon pelkistämistä niin, että aineistosta karsitaan epäolennainen pois (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Aineisto luettiin moneen kertaan lävitse, jonka jälkeen yliviivattiin eri väreillä aineistosta tutkimuksen kannalta oleellisia kohtia. Ilmaisut kerättiin erilliselle paperille. Kuviossa 3 esimerkki aineiston redusoinnista.



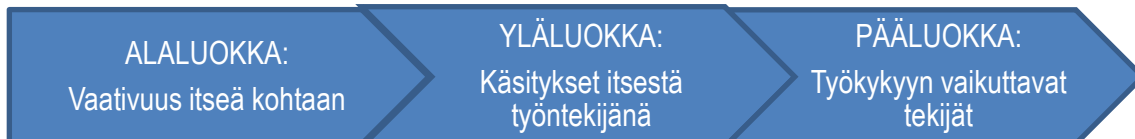
KUVIO 3: Esimerkki aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä

Tämän jälkeen ilmaisuja aloitettiin ryhmitellä. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta kerätyt alkuperäisilmaisut ryhmitellään luokiksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Ryhmittelyä tehdessä etsittiin samankaltaisia asioita sekä eroavuuksia aineistosta. Pyrittiin löytämään käsitteitä ja piirteitä, jotka toistuivat ja niistä muodostettiin alaluokkia. Kuviossa 4 on esitetty esimerkki aineiston klusteroinnista.



KUVIO 4: *Esimerkki aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä*

Aineiston ryhmittelyn jälkeen seuraa aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. Siinä erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto muusta aineistosta. Tämän jälkeen valikoidun tiedon pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja tehdään johtopäätöksiä. Luokitteluja pyritään myös yhdistämään niin paljon kuin mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Abstrahointi vaiheessa jatkettiin aineiston ryhmittelyä. Pyrittiin löytämään yhdistäviä tekijöitä muodostetuille alaluokille, ja muodostettiin näistä yläluokkia. Viimeisessä ryhmittelyn vaiheessa muodostettiin kolme pääluokkaa, jotka olivat työkykyyn vaikuttavat tekijät, hoidossa auttavat tekijät sekä hoidon kehittämiskohdeet. Pääluokat yhdistivät ylä- ja alaluokat yhtenäiseksi käsitejärjestelmäksi. Aineiston abstrahoinnista on nähtävissä esimerkki alla olevassa kuviossa 5.



KUVIO 5: *Esimerkki aineiston abstrahoinnista eli käsitteellistämisestä*

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Asiakkaiden haastatteluaineiston perusteella pääluokkia muodostui kolme, jotka ovat työkykyyn vaikuttavat tekijät, työkykyä edistävät asiat hoidossa ja hoidossa kehitettävät asiat. Pääluokkia kuvaavia yläluokkia muodostui yhteensä yhdeksän. Seuraavassa on kuvattu tutkimuksen pääluokat yläluokkineen sekä havainnollistettu lainauksia käyttäen tutkittavien autenttisia kokemuksia. Pää- ja yläluokat näkyvät alla olevassa taulukossa.

TAULUKKO 1: *Sisällön analyysin pää- ja yläluokat*

PÄÄLUOKAT	YLÄLUOKAT
Työkykyyn vaikuttavat tekijät	Terveys /toimintakyky
	Käsitykset työstä
	Käsitykset itsestä työntekijänä
	Ympäristöön liittyvät tekijät
Työkykyä edistävät asiat hoidossa	Työntekijöiden asennoituminen Epävakaa-työryhmässä
	Tieto/ ymmärrys
	Vertaistuki
Hoidossa kehitettävät asiat	Työntekijöiden asennoituminen
	Oikea-aikaisuus

### 5.1 Asiakkaiden kokemuksia työkykyyn vaikuttavista tekijöistä

Haastateltavat kuvasivat työkykyynsä liittyvinä tekijöinä oman terveytensä/toimintakykynsä sekä omat käsityksensä työstä ja itsestä työntekijöinä. Lisäksi he kokivat ympäristöllä olevan merkitystä työkykyisyyteen.

TAULUKKO 2: *Pääluokka työkykyyn vaikuttavat tekijät ja sen yläluokat*

TYÖKYKYYN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT			
Terveys ja toimintakyky	Käsitykset työstä	Käsitykset itsestä työntekijänä	Ympäristö

Omaan **terveyteensä** vaikuttavina asioina nousivat epävakaata persoonallisuus, muut psyykkiset sairaudet, somaattiset sairaudet ja oireet sekä tasapaino eri toimintakokonaisuuksien välillä. Epävakaan persoonallisuuden merkitys työkykyyn vaihteli vastauksissa suuresti. Tunteiden säätelyyn liittyvät ongelmat, impulsiivisuus sekä ihmissuhteiden epävakaaisuus koettiin työkykyä rajoittavimmiksi. Osa haastateltavista koki epävakaan persoonallisuuden oireiden lievittyneen tai oppineensa elämään oireiden kanssa eikä niiden merkitys enää nykypäivänä ollut suuri. Nämä henkilöt kokivat kuitenkin mm. muiden sairauksiensa laskevan edelleen työkykyään.

”...sitä on hirveen impulsiivinen, herkkä ja reagoiva, semmonen että hirveen ärsykeille herkkä. Hirveen herkästi aistii toisten tunneraktiot ja hirveesti tulkitteekin niitä sitten, ehkä vähän väärinkin.”

”...epävakan oireiden aiheuttamat haasteet on vähentynyt, mutta sitten sieltä on noussu vähän niin kuin tilalle sitä traumaoireilua, joka on sitten uudenlainen haasteensa.”

Haastateltavat toivat esiin myös muita psyykkisiä sairauksia ja oireita, jotka vaikuttivat heidän toimintakykyynsä. Masennus ja ahdistus olivat asioita, jotka lähes kaikki vastaajista mainitsivat. Tämän lisäksi paniikkikohtauksia ja dissosiativisia oireita (esim. epätodellista oloa) oli haastateltavista muutamalla. Lisäksi kaikki haastateltavat kokivat stressinsietokyvyn heikentyneen jollain tapaa psyykkisestä sairastumisesta johtuen ja kolme heistä kärsi univaikeuksista. Neljällä haastateltavista oli myös somaattisia sairauksia tai oireita, jotka vaikuttavat toimintakykyyn. Näitä olivat krooninen väsymys, migreeni, erilaiset kivut ja ärtynneen suolen oireyhtymä.

Työkykyyn asiakkaat kokivat vaikuttavan sen, miten arjen eri toimintakokonaisuudet olivat tasapainossa. Yleinen hyvinvointi ja jaksaminen ja tähän liittyen nukkuminen, ravitsemus ja vapaa-aika nähtiin merkittävänä työkykyä tukevana asioina. Tärkeänä nähtiin, ettei isoja muutoksia saanut yhtä aikaa olla monella eri elämän osa-alueella.

”Työkyky meni työpaikan kanssa stressatessa ja oman elämänhallinnan pettäessä. Tuli tehtyä huonoja valintoja sitten vapaa-ajalla sen suhteen, että miten palautu työstä.”

Haastateltavat kuvasivat **käsityksiensä työstä** vaikuttavan myös työkykyynsä. Arvot, asenteet ja motivaatio työtä kohtaan nousivatkin esiin kaikkien haastateltavien vastauksissa. Neljä viidestä haastateltavasta suhtautui työhön positiivisesti ja nimesi tulevaisuuden tavoitteekseen päästä työelämään. Viides haastateltava kertoi jossain vaiheessa ajatelleensa, ettei aio enää palata työ-

elämään. Haastatteluhetkellä suhtautuminen asiaan vaihteli. Kaksi haastateltavista kuvasi työn olevan asia, jonka kautta he arvottivat itseään. Nyt työelämässä poissa ollessaan he kokivat siitä syyllisyyttä tai kokivat itsensä arvottomaksi tästä syystä. Kaikki haastateltavat nimesivät, että työn merkityksellisyys ja kiinnostavuus itselle oli merkittävä asia työssä jaksamisen kannalta. Kaksi haastateltavista toi esiin myös työn merkityksellisyyden oman taloudellisen tilanteensa parantamiseksi.

"Mä ainakin toivon, että tulevaisuudessa mä oon töissä. Ihminenhän ei oikeesti, tähän on aivan naurettavaa ku ei oo töissä niin sillä ei oo merkitystä tällä vapaa-ajalla, ei millään. Ja tottakai rahallinenkin merkitys sillä työllä on. Kyllä mä niin ku haluaisin olla ja aina mulla on ollu parempi mieli ku mä oon töissä."

"Mulle se määrittelee hyvin paljon niin ku ihmisarvoa, että onko se ihminen töissä vai ei."

"... mä en varmasti jaksais semmosessa työssä jossa ainut motiivi ois raha... Sen ois kuitenkin oltava semmosta sen työn, että viihtyisi ja mikä ois mielekästä, että siellä jaksais olla ja mistä tulis vähä iluaki elämään."

**Itseensä työntekijöinä** haastateltavat suhtautuivat vaihtelevasti. Kaikki kuvasivat olevansa hyviä ja tunnollisia työntekijöitä. Toisaalta kaikki haastateltavat kuvasivat olevansa myös hyvin vaativia ja kriittisiä omaa tekemistään kohtaan ja epäilivät omaa suoriutumistaan ja riittävyttään. Tämä aiheutti huonommuuden, epäonnistumisen ja häpeän tunteita kaikissa haastateltavissa. Neljä haastateltavista koki myös vaikeaksi asettaa rajoja ja he herkästi tekivät enemmän kuin muut tai ottivat toisten tehtäviä hoitaakseen. Heille oli myös korostetun tärkeää tulla hyväksytyksi työyhteisössä. Kaikki haastateltavat olivat myös kokeneet jossain vaiheessa työ- tai koulutushistoriaansa itsensä ulkopuolisiksi tai erilaisiksi kuin muut.

"...ne virheet jäi jotenki ihan hirveesti ahistamaan ja muistan kyllä vieläki mitä oon mokannu. Se aivan hirveä ylitsepääsemätön häpeä sitten niistä virheistä kävi kyllä tosi ahistavaksi."

"Mä oon ollu tosi vaativa. Ehkä sekin vaikuttaa siihen, että vaatii iteltä ihan älyttömiä ja on tosi kriittinen. Ei kaipaa kiitosta eikä apua niihin hommiin sitten. Uhrautuu, tekkee liikaa töitä, enkä osannu koskaan sanua että ei enää, vaan mulle aina vaan niin paljo töitä ku pystyy tekemään."

"...huomaa sen oman erilaisuutensa ja poikkeavuutensa ja se tietenkin vaikuttaa siihen että ei tunne oikein kuuluvansa siihen porukkaan. Se on eri asia, tajuaako ne muut, että minä oon vähän erilainen, mutta minä kyllä ite huomaan ja on vaikea ymmärtää niitä toisia ihmisiä."



**Ympäristöllä** koettiin myös olevan merkitystä työkykyisyyteen. Kolme haastateltavaa nosti esiin yhteiskunnalliset asiat omaan työkykyynsä liittyen. Kaksi haastateltavista koki painetta yhteiskunnan taholta työllistymiseen ja koki työelämän vaatimukset itselleen liian suuriksi. Kaksi haastateltavista toi myös esiin, ettei työpaikkoja riitä kaikille ja tämä vaikutti omaan motivaatioon opiskella tai hakea töitä. Kaksi haastateltavista koki myös häpeää liittyen yhteiskunnassa vallitseviin asenteisiin liittyen mielenterveysongelmiin. Kaikki haastateltavat toivat esiin sosiaalisten suhteiden merkitystä työkykyisyyteensä. Osa haastateltavista koki läheiset tukea antavina. Toiset korostivat perhe-elämästä ja ystävyys-suhteista nousevia kuormittavia tekijöitä kuten suhteiden päättymisiä, haasteita lasten kasvatuksessa tai konflikteja, jotka veivät voimavaroja.

” Sitä aattelee ihan semmosta yhteiskunnallista asiaa, että kyllä niitä työpaikkoja on, mutta ei niitä oo ihan kaikille joita meitä työttömiä on. Töitäkään ei ihan oikeesti oo.”

”... menny monta ihmissuhdetta poikki tai niissä ollu muuten jotaki myrskyä, hämminkiä ja kohinaa niin se tietenki vaikuttaa opintoihinki ja siihen työkykyyn.”

## 5.2 Asiakkaiden kokemuksia työkykyä edistäneistä asioista hoidossa

Työkykyynsä haastateltavat kokivat saaneensa apua hoidosta Epävakaatyöryhmässä. Työntekijöiden asennoituminen, saatu tieto ja ymmärrys sekä vertaistuki koettiin merkityksellisiksi.

TAULUKKO 3: *Työkykyä edistäneet asiat hoidossa.*

TYÖKYKYÄ EDISTÄNEET ASIAT HOIDOSSA		
Työntekijöiden asennoituminen	Tieto, ymmärrys	Vertaistuki

Neljä viidestä haastateltavasta koki merkittäväksi **hoitavien ihmisten asenteet** heitä kohtaan. Inhimillinen, tasavertainen ja hyväksyvä kohtaaminen oltiin koettu tärkeäksi. Kiinnostus ja todesta ottaminen nousivat myös asennoitumisessa merkittäviksi tekijöiksi.

”Mä en tiä missä mä oisin nytte jos mä en ois ikinä päätyny tänne... Täällä on puhuttu asioista hyvässä hengessä... Ihmisten semmonen tietynlainen lempeys täällä, semmonen niin ku ihmisenä vastaanottaminen on tosi tukevaa.” (K)

”Tässä talossa halutaanki oikeesti tehdä jottain eikä vaan anneta aikoja sillon tällön koska on pakko.”

Hyväksyvä ja realisoiva suhtautuminen tunteita ja tarpeita kohtaan nousi myös kahden haastateltavan vastauksissa esiin.

”...vaikka siihen ois vaikeeta ja tuskallista ja kivuliasta vastata niin kyllähän se, että kuuluu että sitä (mitä tarvitsee) kysytään niin antaa viestin, että sillä on väliä.”

”Ja sit semmonen että hyväksytään jotenki ne (tunteet)... Semmonen realistinen suhtautuminen siihenki, että jos ihminen on vihanen niin tarteeko sitä aina pelätä.”

**Tiedon saaminen** oli kaikkien haastateltavien mukaan auttanut heitä. Ongelmien käsitteellistäminen ja toisten kokemusten kuuleminen olivat auttaneen haastateltavia ymmärtämään itseään paremmin, laajentamaan näkemyksiään sekä muuttamaan ajattelu- ja käyttäytymismallejaan. Osa koki myös tiedon lisännen toiveikkuutta ja armollisuutta itseä kohtaan.

”Niin ehkä se pelkkä nimeäminenki autto, koska jos on niin ku nimi jollekin niin sitten voi ehkä alkaa paremmin ymmärtään sitä...”

”...on löytäny käsitteitä näille ilmiöille mitä tuolla pään sisällä on ja niille oireille, niin osaa tulkita ja sitten käsitelläki niitä.”

Kaksi haastateltavista toi myös esiin hankalien asioiden osoittamisen ja kohtaamisen tärkeyden. He olivat kokeneet, että vaikka asioiden kohtaaminen oli kivuliasta, oman paranemisen kannalta oli merkityksellistä mennä epämukavuusalueella.

”On käsitelty ja revitty auki näitä juttuja ja sieltä on noussu niitä juttuja niin ku esimerkiksi koulukiusaamisjutut ja ne tunnelmat. Ne tunteet mitä sieltä nousi, niin ne tuli käytyä läpi, ja se oli sitten tosi helpottavaa. Niin, niin olihan se raskasta mitä sieltä tuli ylös. Nyt ku ne on niin ku menny ja käsitelty ne nii ei siinä nyt oo mitään. Mutta oli siis mulla, mää meenasin lähtäki välillä sieltä pois ku mää en kestäny sitä tunnetta.”

”Onhan tässä ollu vaikeita juttuja ja joutunu tavallaan just tulemaan kasvotusten niinku ihan tosissaan just sen kanssa, että ei oo niin ku työkykyinen ja muiden vaikeiden asioiden kanssa. Mutta ku se on hyväksi, vaikka se on kurjaa, se että se on kurja ei tarkoeta että se on haitallista.”

Ryhmissä saatu **vertaistuki** nousi myös esiin merkityksellisenä erityisesti ulkopuolisuuden kokemuksen lievittymisen ja toiveikkuuden lisääntymisen suhteen.

”Meille tuli semmonen oma porukka, nii siinä ehkä vahvisti sitä, että ku siinä porukassa ei tunne itteä ihan kummajaiseksi ja omituiseksi että ne muutki on vähä omituisia, niin se vahvisti sitä, ettei oo niin ulkopuolinen tunne iha joka paikassa ja joka tilanteessa.”

”...vaikka on edelleen vähä semmonen erilaisuuden tunne, niin on myös se olo, että voi kuuluakin johonki porukkaan, ja on muitaki, joilla on samantyyppistä.”

### 5.3 Asiakkaiden nimeämiä kehitettäviä asioita hoidossa

Asiakkaat olivat pääasiallisesti tyytyväisiä saamaansa hoitoon Epävakaatyöryhmässä. Oikea-aikaisuuteen liittyvissä asioissa koettiin olevan kuitenkin kehitettävää. Asiakkaat antoivat myös negatiivista palautetta saamastaan kohtelusta muissa hoitopaikoissa ja toivoivat yleisesti ammatilaisten asennoitumisen heihin muuttuvan positiivisemmaksi.

TAULUKKO 4: Hoidossa kehitettävät asiat.

HOIDOSSA KEHITETTÄVÄÄ	
Työntekijöiden asennoituminen aiemmissa hoidoissa	Oikea-aikaisuus

Neljä haastateltavista toi esiin saaneensa huonoa kohtelua aikaisemmissa hoitopaikoissaan ja olivat kokeneet **työntekijöiden asennoitumisen** hoidolleen haitalliseksi. He olivat kokeneet, ettei heistä oltu kiinnostuttu, heidän ongelmiaan oli vähätelty tai heitä ei oltu haluttu hoitaa. Yksi haastateltavista kuvasi jopa aiempaa hoitoaan pelottavaksi.

”x:stä ei oo ollu mitään hyötyä, muut(hoidot) on ollu kaikki perseestä ja pelottavaakin.

”Jos miettii x:ssa käyntejä niin voi olla, että siellä on silloin tällön joku keskustelukäynti, mutta ei siellä mitään hoitoprosessia tapahdu. Siellä käydään vaan niitä näitä porisemassa eikä siellä tuu semmonen tunne, että niitä ihmisiä kiinnostas, paranenko mää vai en.”

”Ei se itteä ainakaan motivoi käymään semmosessa paikassa jossa näkkee ettei niitä ihmisiä kiinnosta tai ne ei usko että mä voisin kehittyä tai parantua.”

Kaikki haastateltavat toivat jollain tapaa esiin **hoidon oikea-aikaisuuden**. Suurin osa oli kokenut hoitoon pääsyn vaikeaksi. Hoitoon jonotusajat olivat olleet pitkiä sekä ohjautuminen oikeanlaiseen hoitoon oli kestänyt kauan. Ammatillisen kuntoutuksen toimiin pääseminen oli kestänyt myös osalla kauan.

"...meikäki jonoti aika kauan tänne. En tiä mikä vaikutti, mutta toivos että ihmiset pääsis hoitoon nopeasti. "

"...alunperinkin kaikkihan mulla tuli myöhässä. Siis tämä ei oo teistä johtuvaa vaan ku mut alunperinkin laitettiin tuonne kunnalliselle puolelle niin sitä vaan viivytettiin. Mää kävin vaan puhumassa sairaanhoitajan kans miten mulla mennee. Hirveen pitkä tie oli päästä tähän."

"Oishan tuo ammatillinen kuntoutus toisaalta saanu tulla aikasemmin. Nyt ku alkaa miettimään kokonaisuutta, tavallaan ne tullee aika myöhään, ku ajatellaan sitä ammatillista kuntoutusta. Miks sitä ei ois voinu ottaa mukkaan vaikka jo viis vuotta sitten. "

Oikea-aikaisuus nousi myös esiin siinä, että kaikki eivät olleet kokeneet olleensa valmiita hoitoon aiemmin, jotta olisivat pystyneet hyödyntämään sitä tarkoituksenmukaisesti. Koska hoito epävaakaatyöryhmässä koettiin haastavaksi, haastateltavat nostivat myös esiin tärkeänä asiana sen, ettei omassa elämässä ollut yhtä aikaa hoidon kanssa liian montaa kuormittavaa asiaa meneillään.

"... etten mie tainnu siinä edellisessä psykoterapiassa olla hirveän valmis ottamaan apua vastaan. Kyllä mie taisin olla aika lukossa silloin."

"Mie haluan, että asiat mennee etteenpäin. Silloin ku mie kävin siellä edellisessä terapiassa nii en mä ees hahmottanu mitä ne on, ne asiat jossa olisin halunnu mennä eteenpäin. Mie vaan kävin siellä."

Oikea-aikaisuus nousi myös esiin muiden hoidossa olevien kohdalla. Kaksi haastateltavista oli kokenut, että ryhmässä joihin he olivat osallistuneet, oli ollut henkilöitä jotka eivät olleet valmiita hoitoon ja omalla toiminnallaan häirtasivat myös toisten työskentelyä.

"...ryhmässä on ollu joku semmonen, joka ei oo vielä valmis ryhmätyöskentelyyn tai kykenevä siihen millään tavalla... ku se riittää, että siellä on yks semmonen, joka pilaa sen koko ryhmän työskentelyn niin se menee hukkaan koko ryhmä."

"Sen mä ainakin tiän ettei ryhmiin kannata ottaa liian huonokuntosia ihmisiä. Ne sekottaa sitä koko systeemiä. Osa on kuitenkin siinä vaiheessa, että haluaa selviytyä. Ryhmiin ei kannata laittaa niitä, jotka ei ees halua selviytyä."

#### 5.4 Epävakaatyöryhmän hoidon kehittäminen asiakaslähtöisesti

Tutkimuksen tulokset esiteltiin Epävakaatyöryhmän työntekijöille tiimipalaverissa. Tulosten esittämisen jälkeen pohdittiin yhdessä tulosten kautta esiin tulleita ongelmia. Asiakkaiden haastatte- luista esiin tulleet ongelmat vastasivat pitkälti työntekijöiden omia kokemuksia siitä, mitkä hoidon ongelmakohdat ovat. Osaa asioista kuten hoidon ja kuntoutuksen oikea-aikaisuutta tiimissä oli jo pohdittu aiemminkin. Keskustelun pohjalta keskeisimmäksi kehittämiskohteeksi nousikin hoidon oikea-aikaisuuden parantaminen.

Oikea-aikaisuutta lähdettiin tarkastelemaan aiemmin tehdyn palvelun blueprintin avulla. Siitä pyrittiin tunnistamaan kohdat, jotka vaikuttivat hoidon oikea-aikaisuuteen. Palvelun blueprint on pro- sessikaavio, joka kuvaa palveluprosessin etenemistä ja asiakkaan roolia siinä. Kaaviossa kuva- taan asiakkaan toimet ja valinnat sekä asiakkaan ja palveluntuottajan vuorovaikutus. Palveluntar- joajan toimet jaetaan asiakkaalle näkyviin ja näkymättömiin toimiin. Tukiprosessit ovat yrityksen sisäisiä palveluita ja toimia, jotka tukevat palveluntuotannon toimia. Kaaviossa pyritään objektiiv- seen kuvaukseen niin, että kaikki osapuolet ymmärtävät samalla tavalla millainen palvelukoko- naisuus on kyseessä. (Ojasalo ym. 2015, 178.) Palvelun blueprint on esitetty kuvassa 1.

Ensimmäinen tunnistettu vaihe, jossa oikea-aikaisuuteen liittyvät ongelmat tulivat ilmi, oli hoidon alussa. Hoitoon lähettämässä ilmeni ongelmia. Aiempana käytäntönä oli, että kaikki epävaka- aatyöryhmän läheteet oli ohjattu mielenterveyspalveluiden aluetyöryhmiin, jossa tarkoituksena oli, että aluetyöryhmissä moniammatillinen tiimi arvioisi mitkä asiakkaat he voisivat hoitaa itse, ketkä tarvitsisivat erityisesti Epävakaatyöryhmän hoitoa. Ohjautuminen oli kuitenkin hyvin sattumanva- raista eikä selkeää linjausta oltu pystytty tekemään.

# Service blueprint

3

Kehityskohde: Epävakaatyöryhmän hoitoprosessi ja sen kehittäminen työkykyä edistävämmäksi

	Lähetete	Arviolomake	Arviokäynti	Hoidon aloitus	Yksilökäynnit
Käynnit, tiheys			1x	1x	1-4 vuotta 1-3xvkossa 45-90min/krt
Asiakkaan toimet		Arviolomakkeen täyttäminen	Oma kuvaus toiminta/työkyvystä ja avun tarpeesta	Hoitoon ja tavoitteisiin sitoutuminen	Sitoutuminen hoitoon ja työskentely tavoitteita kohti
Asiakkaalle näkyvät henkilöstön toimet			Tiedottaminen, tilanne kartoitus ja päätös hoidon aloituksesta	Hoidon sisällöstä ja tavoitteista sopiminen	Terapeuttinen työskentely yhdessä asiakkaan kanssa
Asiakkaalle näkymättömät henkilöstön toimet	Lähetteen käsittely työryhmässä	Arviolomakkeen postittaminen	Tiedottaminen muulle työryhmälle	Tiedottaminen muulle työryhmälle	Työnohjaus ja muun työryhmän konsultointi
Tukiprosessit, yhteistyötahot	Lähetete työryhmään toisesta yksiköstä		Tarvittaessa mukana aiempi hoitotaho	Läheisten mukaan ottaminen tarvittaessa	
Ryhmähoidot	Hoitoneuvottelut	Ohjaus muulle	Verkostotyö	Hoidon lopetus	Seuranta
1xvkossa 60-105min/krt	2-3 kk välein 45-60min	Tarvittaessa	Tarvittaessa	Viimeistään 4 vuoden kuluttua	Hoidon lopetusta seuraavan ½ vuoden aikana
Ryhmään osallistuminen	Hoidon suunnitteluun osallistuminen	Osallistuminen muun kuntoutuksen/ hoidon suunnitteluun	Osallistuminen yhteistyöhön	Yhteistyön lopettaminen	Osallistuminen käynteihin
Ryhmän ohjaus Psykoedukaatio	Hoidon arviointi ja suunnittelu	Tiedottaminen ja ohjaus muihin palveluihin	Yhteistyö verkostojen kanssa asiakkaan luvalla	Hoidon lopettaminen	Seurantakäytien järjestäminen
Työnohjaus, yhteistyö muun työryhmän kanssa		Muiden kuntoutus/hoito palveluiden selvittäminen	Viranomaisyhteistyö (asiakas tietoinen)		
	Mukana tarvittaessa asiakkaan muut verkostot	Ammatillinen kuntoutus, palveluohjaus, 3.sektori ym	Kela, Verve, Odi, Typ, TE-keskus, asiakkaan läheiset ym.	Hoidon siirto tarvittaessa mtt, työterveys, tk ym	

KUVA 1: Palvelun blueprint: Epävakaatyöryhmän hoitoprosessi

Epävakaatyöryhmän jäsenten kesken ideoitiin uusia ratkaisuja ongelmaan. Menetelmänä käytettiin aivorihtä, joka on luovan ongelmaratkaisun menetelmä, jossa pyritään tuottamaan ideoita ryhmässä (Ojajärvi ym 2015, 160). Aivorihtien esi- ja lämmittelyvaiheena toimi aiemmin käyty keskustelu kehittämiskohteista. Esivaiheen tarkoitus on asettaa ja rajata tavoitteet. Lämmittelyvaiheessa on pyrkimys vapautua ennakkoluuloista ja muista mieltä rajoittavista tekijöistä. (Ojasalo ym. 2015, 161.) Aivorihtien ideointivaiheessa ideoidaan vapaasti erilaisia ratkaisuja ongelmiin. Kun ideoita on saatu tarpeeksi, niitä tarkastellaan kriittisesti ja pyritään arvioimaan niiden toteutuskelpoisuutta. Tätä vaihetta kutsutaan valintavaiheeksi. (Ojasalo ym. 2015, 161.) Ideoinnin pohjalta työryhmässä päädyttiin laatimaan selkeämpi ohjeistus läheteiden laatimiseen sekä kriteerit hoitoon pääsulle. Lisäksi päädyttiin päivittämään arviointilomaketta niin että siinä otettaisiin paremmin huomioon jo aikaisemmassa vaiheessa asiakkaiden ammatillinen puoli.

Ohjeistus läheteiden laatimiseen sekä hoitopääsykriteerien tarkentaminen olivat ajankohtaista myös siitä syystä, että Epävakaatyöryhmä on siirtymässä osaksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin Psykiatrian tulosaluetta. Yhteistyötä on aloitettu rakentamaan Psykiatrian tulosalueen työntekijöiden kanssa, jotka ovat erikoistuneet hoitamaan epävakaasta persoonallisuudesta kärsiviä henkilöitä dialektisen käyttäytymisterapian avulla. Tämä kehittämistyö on edennyt siihen pisteeseen, että on päädytty yhteisesti käsittelemään kaikki lähetteet, jotka tulevat kumpaankin hoitomalliin. Tarkoituksena on yhdessä arvioida sitä, minkälaiset asiakkaat voisivat parhaiten hyötyä kummastakin käytössä olevasta hoitomallista ja näin tehdä hoitoon pääsystä joustavampaa ja oikea-aikaisempaa.

Ohjeistuksen ja kriteeristön laatimista pohdittiin yhdessä Epävakaatyöryhmän työntekijöiden kesken. Tämän pohjalta työryhmän lääkäri laati ohjeistuksen. Ohjeistuksessa määriteltiin lähettävältä taholta tarvittavat esitiedot asiakkaasta, aiemmista hoidoista ja vaaditut diagnostiset tutkimukset. Lisäksi määriteltiin tekijöitä, jotka voivat olla esteitä hoidolle Epävakaatyöryhmässä. Ohjeistus lähetettiin tiedoksi Oulun mielenterveyspalveluiden kaikille lääkäreille. Samalla informoitiin läheteikäytäntöihin tulleista muutoksista liittyen yhteistyöhön Psykiatrian klinikan kanssa.

Arviolomakkeen kehittämisen lähtökohtana oli ottaa ammatillisen kuntoutuksen suunnittelu osaksi hoitoa jo alusta lähtien. Arviolomakkeeseen oli tarkoitus työ- ja koulutushistorian lisäksi kerätä tietoa asiakkaiden ammatillisista suunnitelmista, toiveista ja tavoitteista. Ammatillisen puolen huomiointi jo hoidon alussa helpottaa asian puheeksi ottamista myös myöhemmässä hoidon vai-

heessa. Haastatteluissakin nousi esiin, että osa asiakkaista koki ammatillisten suunnitelmien esiin ottamisen loukkaavana tai painostuksena. Arviolomaketta tarkasteltaessa jälkikäteen huomattiin, että edellisen päivityksen yhteydessä sovitut muutokset oli jo tehty. Arviolomakkeen päivittäminen ei siis tässä kohtaa ollut tarpeen, mutta sieltä saadun tiedon hyödyntämisessä oli selkeästi kehitettävää, koska muutokset eivät olleet pysyneet työntekijöiden mielessä.

Hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden oikea-aikaisuutta muissa palvelun blueprintin vaiheissa pohdittiin myös yleisesti. Viimeisen vuoden aikana oli jo pyritty ottamaan ammatillista kuntoutusta mukaan enenevässä määrin. Kelan järjestämää ammatillisia kuntoutuspalveluita oli haettu yhä useammille jo aiemmassa vaiheessa hoitoa. Tästä kokemukset olivat positiivisia ja näiden hyödyntämistä aktiivisesti aiottiin jatkaa. Lisäksi pohdittiin mahdollisuutta siihen, että jotkut työryhmän jäsenistä ottaisit enemmän roolia ammatillisen kuntoutuksen suunnittelusta yhdessä asiakkaiden kanssa. Tämä voisi tarkoittaa käytännössä esimerkiksi sitä, että hoitoon kuuluisi niiden kohdalla, jotka eivät olleet työelämässä tai opiskeluissa mukana, säännöllinen ammatillisen kuntoutuksen toimien tarpeen ja ajankohdan arvioiminen. Tähän liittyen voisi olla tarpeen aloittaa seuraamaan ja keräämään tietoa systemaattisemmin hoidossa olevien asiakkaiden etenemisestä kohti opiskelu/työelämää.

Muutama kuukausi palaverin jälkeen kehitettiin alustava toiminta- ja työkyvyntarkoitussuunnitelma. Toiminta- ja työkyvyntarkoituksen tavoitteena oli parantaa hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden oikea-aikaisuutta sekä tavoitteellisesti suunnitella ja seurata (ammatillisen) kuntoutuksen etenemistä. Toiminta- ja työkyvyn tarkoituksena on yhdessä asiakkaan kanssa arvioida asiakkaan selviytymistä päivittäisistä ja tuottavista (työ/opiskelu) toiminnoista ja määrittellä arvioon jälkeen tavoitteita sekä muutostarpeita näiden suhteen. Yhteistyössä voidaan myös miettiä menetelmiä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen ja seuraamiseen. Tarvittaessa hoitoon ja kuntoutukseen voidaan arvioon pohjalta kutsua mukaan eri viranomaistahoja tai verkostoja. Kartoitusta varten tarkoitetaan toteuttaa jatkossa kaikille uusille asiakkaille hoidon alussa sekä seurata ja päivittää sitä tietyn määräajoin. Alkuarviolomakkeessa saatuja tietoja on myös hyvä hyödyntää kartoituksen aikana. Etenkin työ/opiskeluhistorian ja ammatillisten suunnitelmien osalta. Kartoitusta varten suunniteltu lomake on esitetty liitteessä 3.

Aiemmin oli myös pohdittu tiiviimmän yhteistyön aloittamista ammatillista kuntoutusta järjestävien tahojen kanssa. Asiakasryhmän tarpeiden parempi huomioiminen ammatillisessa kuntoutuksessa voisi edesauttaa kuntoutuksen saatua hyötyä ja siihen sitoutumista, jos hoidossa opittujen taitojen



ja toimintamalleja osattaisiin tukea hyödyntämään myös siellä. Lisäksi ammatillisessa kuntoutuksessa haastetta saattaa aiheuttaa asiakkaiden konfliktiherkkyys sekä näennäisesti toimivammalta vaikuttava ulkoasu. Nämä voivat aiheuttaa väärinymmärryksiä, jotka vaikuttavat kuntoutuksen toteutukseen. Jatkossa yhtenä kehittämisen haasteena lienee tämä yhteistyö.

Haastatteluissa esiin tulleet asiakkaiden negatiiviset kokemukset aiempien hoitotahojen asenteista jäivät tältä erää kehittämisen ulkopuolella. Rajaus tehtiin siitä syystä, että jo edellisenä vuotena oli Epävakaatyöryhmän toimesta toteutettu koulutuksia muille ammattilaisille liittyen asiakasryhmän kohtaamiseen ja hoidon haasteisiin. Ajatuksena oli, että näitä koulutuksia voitaisiin tulevaisuudessa jatkaa. Lisäksi Epävakaatyöryhmässä järjestetään jo säännöllistä konsultaatiota ja työnohjausta muille ammattilaisille.

Epävakaatyöryhmän toiminta on jatkuvasti kehittyvää ja joustavaa. Se on ollut sitä työryhmän alusta lähtien. Käytäntöjä pyritään ottamaan nopeasti kokeiluun, niitä muokataan ja otetaan päivittäiseen käyttöön, jos ne koetaan tarkoituksenmukaisiksi. Siksi tässäkin opinnäytetyössä kehittämistyön kuvaaminen on haastavaa, koska se on hyvin nopeatempoista ja useat prosessit kulkevat siinä rinnakkain.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimustulosten tarkastelua aiempien tutkimusten ja kirjallisuuden pohjalta

Työkykyisyys on monimuotoinen ilmiö, jota ei voida tarkastella pelkästään yksittäisen sairauden oireiden kautta. Nykyaikana käsitykset työkyvystä ovatkin muuttuneet entistä kokonaisvaltaisempaan ja monipuolisempaan suuntaan. Työkyvyn nähdään näissä syntyvän monen eri tekijän vaikutuksesta. (Ilmarinen 2006, 79.) Haastateltavat kuvasivatkin työkykyisyyteensä vaikuttavia tekijöitä laajasti. Yksittäisen sairauden, esimerkiksi epävakaan persoonallisuuden oireiden vaikutus oli kuvauksissa pieni osa laajempaa systeemistä kokonaisuutta, jossa eri tekijät vaikuttavat toisiinsa. Näitä johtopäätöksiä tukee myös Katsakou ym. (2012) tutkimus, jossa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät henkilöt saivat itse määrittellä toipumistaan. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät henkilöt itse määrittelevät paranemiseen kuuluvan itsehyväksynnän, itsevarmuuden ja itsetunnon paranemisen, tunteiden, mielialojen ja ajatusten säätelyn kehittymisen, ihmissuhteiden paranemisen, toimintoihin ja työelämään osallistumisen sekä kliinisten oireiden helpottumisen (esim. itsetuhoisuus, itsensä vahingoittaminen, päihteidenkäyttö). (Katsakou, Marouka, Barnicot, Savill, White, Lockwood & Priebe 2012, 6.) Hoidossa ja kuntoutuksessa pitäisi pystyä paremmin huomioimaan asiakas kokonaisuutena diagnoosikeskeisyyden sijaan.

Sairauden oireiden hoitamisen lisäksi psykiatrisessa hoidossa pitäisi pystyä tarkastelemaan asiakkaan käsityksiä itsestään ja niitä suhteessa työhön. Haastateltavat kuvasivat runsaasti negatiivisia itseen liittyviä uskomuksia, jotka vaikuttivat uskallukseen siirtyä takaisin työelämään. Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät kokevatkin usein voimakasta häpeää ja syyllisyyttä, koska heidän on hankalaa hyväksyä, sitä minkälaisia he itse ovat (Katsakou ym. 2012, 6). Näitä uskomuksia ja käsityksiä itsestä tarkastellaan skeematerapiassa sopeutumista haittaavien skeemojen kautta. Epävakaatyöryhmässä tätä kognitiivisen psykoterapian käsitteellistämismallia hyödynnetään asiakkaiden hoidossa. Haastattelujen perusteella skeemojen tarkastelu vaikuttaisi olevan tarkoituksenmukainen malli myös työkyvyn edistämisessä. Katsakoun ym. (2012) tutkimuksessa todetaankin, että skeematerapia vaikuttaa laajemmin persoonallisuuden rakenteisiin ja niissä keskitytään ilmiöön laajemmin kuin pelkkiin epävakaan persoonallisuuden oireisiin. Tästä syystä epävakaan persoonallisuuden täysi toipuminen on todennäköisempää tämänkaltaisissa hoitomuodoissa. (Katsakou ym. 2012, 6.)

Haastateltavista suurin osa oli motivoitunut pääsemään tulevaisuudessa töihin. Motivaatiosta huolimatta asiakkaiden aikaisemmat kokemukset sekä negatiiviset käsitykset itsestä työntekijöinä saivat haastateltavat epäilemään työssä pärjäämistään. Negatiivisten käsitysten työstäminen, mutta myös asiakkaiden rohkaiseminen työelämään siirtymiseen vaikuttaisivat olevan merkityksellisiä asioita hoidossa myös työkyvyn edistämisen näkökulmasta. Tutkimuksissa onkin todettu, että viranomaiset ja muut ihmiset epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien ympärillä eivät välttämättä tue henkilöiden pyrkimyksiä kohti ammatillisia päämääriä tai saattavat hidastaa niitä. He voivat pelätä, että työhön liittyvä stressi pahentaa henkilöiden oireita tai ettei työelämään pyrkiminen ole ajankohtaista ennen kuin suurin osa oireista on hävinnyt. (Zanarini ym. 2012, 482; Comtois, Kerbrat, Atkins, Harned & Elwood 2010, 1108.) Tämä saattaa kuitenkin lisätä epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien työn välttelyä ja siihen liittyvää pelkoa. Comtois ym (2010) tekemässä tutkimuksessa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät kokivat, että työn tekeminen oli vähemmän stressaavaa kuin he olivat odottaneet. Lisäksi henkilöt kokivat, että työn tekeminen oli vähemmän stressaavaa kuin sosiaalietuuksien löytäminen ja ylläpitäminen. Tämä osoittaa, että on tärkeää tukea epävakaasta persoonallisuudesta kärsiviä palaamaan työhön. (Comtois ym. 2010, 1110)

Työkykyä ei voida tarkastella huomioimatta ympäristöä. Perheellä ja muulla lähipiirillä voi olla monenlainen vaikutus työkykyisyyteen. Samoin yhteiskunta luo rakenteita, sääntöjä ja palveluita, jotka voivat vaikuttaa työkykyisyyteen. (Ilmarinen 2006, 81.) Haastateltavista kaikki mainitsivatkin sosiaalisen ympäristön joko tukea antavana tai kuormittavana tekijänä työkykynsä kannalta. Ihmissuhteiden tarkastelemista ja niissä selviytymistä ei tulisikaan hoidossa sivuuttaa. Katsakou ym. (2012) toteaaakin, että ihmissuhteiden paraneminen on epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien kohdalla monimuotoisempi ilmiö kuin vain sosiaalisen eristytymisen osoittaminen. Tämä tarkoittaa usein ihmissuhdetaitojen kehittämistä kuten luottamuksen rakentamista, hylätyksi tulemisen pelon sekä haavoittuvuuden sietämistä läheisissä ihmissuhteissa. (Katsakou ym. 2012, 6.)

Hoidossa terapiasuhteella on olennainen merkitys hoidon tuloksellisuuden kannalta (Kuusinen & Wahlström 2014, 91). Epävakaatyöryhmän hoidon aikana haastateltavat olivat kokeneet merkittäväksi juuri työntekijöiden inhimillisen ja hyväksyvän asenteet heitä kohtaan. Yksi haastateltavista kuvasi tämän auttaneen myös häntä itseään hyväksymään itsensä paremmin. Tutkimukset osoittavat, että terapiasuhteessa merkityksellinen tekijä onkin empatian kokemus. Se on yksi

myönteistä muutosta edistävä tekijä, joka voi auttaa asiakasta muun muassa hyväksymään samaan tapaan myös itsensä. (Kuusinen ym. 2014, 94.)

Lähes kaikki haastateltavat olivat kokeneet saaneensa huonoa kohtelua ammattilaisten taholta aiemmissa hoidoissaan. Hoitosuhteen katkokset ovat väistämättömiä ja asiakasryhmän hoidossa tarvitaan halua niiden havaitsemiseen ja korjaamiseen. Asiakasryhmän hoitoon perehtyneet tutkijat ovatkin sitä mieltä, että katkokset voivat johtua yhtä hyvin asiakkaasta kuin työntekijästä. Usein ne liittyvät siihen, että asiakas tarvitsee arvostavampaa ja vastavuoroisempaa suhtautumista sekä kuulluksi tulemistä kuin on saanut, jotta hänen tarpeensa tulisivat riittävästi huomioituksi. (Koivisto ym. 2009.) Epävakaan persoonallisuuden taustatekijöihin kuuluukin usein se, että yksilön tarpeita ei ole huomioita riittävästi lapsuudessa tai niitä on jopa mitätöity (Young ym. 2008, 37). Hoitotyössä näitä kokemuksia on saatettu tahattomasti vahvistaa. Tästä syystä riittävä kouluttautuminen ja työnohjaus ovat tärkeitä, jotta hoitavalla henkilöllä on riittävästi kykyä nähdä oireilun taakse ja ammattitaito huomata ja ottaa esille yhteistyö katkoksia aiheuttavia asioita sekä kykyä ottaa vastuu omista virheistään hoitosuhteessa.

Hoidon oikea-aikaisuus nousi moniulotteisesti haastateltavien kommenteissa esiin. Yhteiskunnallisesti tämä on ajankohtainen ongelma tilanteessa, jossa julkisen puolen työntekijäresursseja ei lisätä samassa tahdissa kuin asiakasmäärät lisääntyvät (Valtioneuvosto 2014, Viitattu 11.12.2016). Vaarana on, että pitkät jonotusajat ja hoitojen tehottomuus voivat kroonistaa asiakkaiden ongelmia ja vahvistaa kokemusta oman tilanteen toivottomuudesta. Resurssien uudelleen järjestäminen ja työskentelytapojen muuttaminen tulevat olemaan etenkin julkisella puolella keskeisessä roolissa tulevaisuudessa. Ohjautumista ja arviointia hoidon alussa tulisi erityisesti kehittää.

Ammatillisen kuntoutuksen toimien oikea-aikaisuuden miettiminen on myös haasteellista. Haastateltavat kokivat, ettei liian montaa kuormittavaa asiaa tulisi olla yhtä aikaa hoidon kanssa. Joku haastateltavista myös mainitse kokeneensa työelämään siirtymisestä puhumisen painostuksena ja omien ongelmien mitätöintinä. Toisaalta tutkimuksissa on osoitettu, että työntekijöiden liika varominen asiakkaiden työelämään siirtymisessä voi vahvistaa asiakkaiden negatiivisia uskomuksia työstä ja itsestä työntekijöinä (vrt. Zanarini ym. 2012, 482; Comtois ym. 2010, 1108). Tästä syystä Epävakaatyöryhmässä on pohdittu, että ammatillisen kuntoutuksen järjestäminen voisi olla hyvä toteuttaa jonkun muun työryhmän työntekijän kuin omahoitajan/terapeutin toimesta. Näin ollen

hoitosuhteeseen ei aiheutuisi niin suurta yhteistyökatkosten vaaraa eikä terapiaprosessi pelkistyisi vain ammatillisen kuntoutuksen ympärille.

Tutkimuksissa todetaan että, epävakaan persoonallisuuden oireista toipuminen onnistuu paremmin kuin sosiaalisen ja ammatillisen toimintakyvyn saavuttaminen. (Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice 2010, 663). Ammatillisen toimintakyvyn lasku on pääasiallinen syy siihen, että epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät eivät saavuta tai pysty ylläpitämään toipumista oireiden sekä sosiaalisten ja ammatillisten toimintojen osalta (Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice 2012, 482.) Tästä syystä työkyvyn tukemisen tulisi olla keskeisessä osassa tämän asiakasryhmän hoidossa ja kuntoutuksessa ja sen tulisi nivoutua muuhun hoitoon koko hoitoprosessin ajan.

## **6.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset**

Eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja uskottava tutkimus noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Siinä noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tutkija tekee tutkimuksessa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä valintoja. Hän kunnioittaa toisten tutkijoiden saavutuksia tekemällä asianmukaiset lähdeviittaukset näin antaen arvon heidän työnsä. Tutkija raportoi ja tallentaa keräämänsä tiedon asianmukaisesti. Hän hankkii tarvittavat luvat ja sopii kaikkien tutkimukseen osallistuvien kanssa heidän oikeuksistaan. (Tutkimus eettinen toimikunta; Hyvä tieteellinen käytäntö, Viitattu 18.12.2016)

Opinnäytetyössä pyrittiin huomioimaan eettisyyteen liittyviä seikkoja toimimalla rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Tämä näkyi esimerkiksi tutkimuksen vaiheiden tarkkana kirjaamisena ja kuvaamisena. Tutkimuksellisia valintoja on perusteltu kirjallisuuteen ja tutkimuksiin nojaten. Tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelminä olen käyttänyt tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttäviä ja eettisiä menetelmiä. Toisten tekemiä tutkimuksia ja muita lähteitä käytettäessä on tehty asianmukaiset lähdemerkinnät kirjallisiin tuotoksiin. Opinnäytetyön suunnitelmat, toteutus ja raportointi on tehty ammattikorkeakoulun säännösten mukaisesti ja ne on hyväksytetty ohjaavalla opettajalla.

Ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista haettiin tarvittavat luvat Oulun ammattikorkeakoululta sekä muilta yhteistyötahoilta. Tarvittavat sopimukset tehtiin eri osapuolien kanssa, joissa määritellään oikeudet, vastuut ja velvoitteet. Tutkittavilta pyydettiin suostumukset tutkimukseen osallis-

tumiseen. Tutkittavien kanssa tehdyssä sopimuksessa kuvattiin tarkkaan tutkimuksen tarkoitus sekä heiltä kerätyn tiedon käyttötarkoitus. Tutkittaville annettu tiedote tutkimuksesta sekä suostumuslomake on esitetty liitteessä 4. Salassapitovelvollisuudesta on myös huolehdittu. Tutkittavista kerätty tieto on käsitelty anonyymisti ja lopullisesta työstä on pyritty häivyttämään tunnistamista mahdollistavat tekijät. Tutkittavia myös informoitiin siitä, että osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja he voivat missä tahansa vaiheessa keskeyttää tutkimuksen.

Tutkimukseen osallistuvat olivat Oulun kaupungin Aikuisten mielenterveyspalveluiden asiakkaita. Mielenterveysongelmista kärsivät voidaan katsoa kuuluvan niin sanotusti haavoittuvaan tutkittavien ryhmään. Tutkimuksessa on tärkeää, ettei tutkimukseen osallistujille aiheuteta vahinkoa tai riskiä ja tällöin eettisten kysymysten huomioiminen on erityisen tärkeää ja tutkimuksen osallistuvien valinnassa tulee olla tarkka (Koivisto 2006, Viitattu 1.1.2017). Tutkittavien valinnassa hyödynnettiin kokemusta asiakasryhmästä ja ammattitaitoa sen suhteen ketä haastateltaviksi valittiin. Pyrittiin esimerkiksi arvioimaan, että haastateltavat olivat kykeneviä ymmärtämään mihin suostuvat ja heillä oli mahdollisuus kieltäytyä ilman seurauksia. Tutkimukseen osallistuville tulee korostaa vapaata tahtoa, vapaaehtoisuutta, intimiteetin säilymistä sekä heidän tulee saada riittävästi tietoa siitä, mihin he ovat suostumassa. Mahdollisuutta kieltäytyä tai keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa tulee korostaa. Näiden tekijöiden tärkeys korostuu tämän asiakasryhmän kohdalla. (Koivisto 2006, Viitattu 1.1.2017.)

### **6.3 Tutkimuksen luotettavuus**

Laadullisen tutkimuksessa luotettavuus määräytyy suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Lähtökohtana on tutkimusmenetelmien ja tutkittavan ilmiön perusrakenteen yhteensopivuus. (Metsämuuronen 2006, 200; Vilka 2005, 158) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuvata tarkastelemalla uskottavuutta, siirrettävyyttä ja vahvistettavuutta. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkijan tulee tarkistaa ja vertailla vastaavako hänen tekemänsä johtopäätökset tutkittavien käsityksiä. Tämä vaatii oman aineiston kriittistä tarkastelua. (Eskola & Suoranta 1998.) Uskottavuuteen on pyritty vaikuttamaan sillä, että eri opinnäytetyön tekemisen vaiheissa, etenkin sisällön analyysin tekemisessä on hyödynnetty ohjausta koululta ja työelämästä. Sisällön analyysin vaiheet on kuvattu myös tarkkaan ja niistä on annettu havainnollistavia esimerkkejä. Uskottavuutta olisi lisännyt, jos analysoitu aineisto olisi annettu haastateltavien luettavaksi. Aikataulullisista syistä tämä jäi kuitenkin tekemättä.

Siirrettävyys tarkoittaa asioiden paikkaansa pitävyyttä muussa kontekstissa. Siirrettävyydessä on otettava huomioon sosiaalisen todellisuuden monimuotoisuuden asettamat rajat. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaisen kokemus on yksilöllinen ja riippuvainen henkilön fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä. (Eskola & Suoranta 1998; Kananen 2012, 1775) Siirrettävyyteen pyrittiin vaikuttamaan tässä opinnäytetyössä mahdollisimman tarkalla dokumentaatiolla. Esimerkiksi tutkimuksen etenemisen vaiheet ja tutkittavien valinta on pyritty kuvaamaan tarkkaan, jotta tilanteen vastaavuus voidaan tarvittaessa myöhemmin päätellä.

Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset voidaan rinnastaa aiemmin tehtyjen tutkimusten tuloksiin. Aikaisemmat olettamukset siis tukevat uuden tutkimuksen päätelmiä. (Eskola & Suoranta 1998.) Suoraan opinnäytetyön aiheesta löytyi suhteellisen vähän tutkimuksia. Löydetyt tutkimukset olivat ulkomaalaisia. Vastaavuuksia tutkimuksen tuloksiin löytyy kuitenkin eri lähteistä esimerkiksi työkykyyn vaikuttavista tekijöihin ja epävakaan persoonallisuuden työkykyyn liittyviin haasteisiin liittyen. Lisätutkimusta aiheesta olisi tärkeää jatkossa tehdä.

#### **6.4 Omat oppimiskokemukset**

Opinnäytetyön tekeminen on ollut opettavainen kokemus aiheen, tutkimusmenetelmien kuin oman itsen suhteen. Epävakaata persoonallisuus on minulle työni puolesta ennestään jo tuttu ilmiö. Perehtyminen tutkimuksiin ja muuhun aineistoon kuitenkin laajensi tietämystäni. Epävakaan persoonallisuuden vaikutus työkykyyn on moninainen ilmiö kuin olin ajatellut ja sen riittävä huomiointi hoitotyössä on tästä syystä haasteellista. Toisaalta kokemus vahvisti ajatustani siitä, että asiakkaiden tilanteiden yksilöllinen tarkastelu ja työ-/toimintakyvyn huomiointi pelkkien oireiden tarkastelun lisäksi on keskeistä ja tärkeää. Haastattelemiä asiakkaita olivat myös kokemuksiltaan ja käsityksiltään työn suhteen hyvin erilaisia. Tämä auttoi näkemään työkykyisyyteen vaikuttavia tekijöitä eri näkökulmista. Ymmärryksenä aiheen liittymisestä yhteiskunnallisiin ilmiöihin ja poliittisiin linjauksiin myös laajeni. Työkykyisyyden tukemisen tärkeys työvoiman vähetessä, mutta myös pienenevillä hoitoresursseilla asettaa uusien toimintatapojen kehittämisen hyvin ajankohtaiseen rooliin tämän asiakasryhmän, mutta myös muiden osalta.

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta prosessina selkiytyi opinnäytetyön tekemisen myötä. Vaikka kehittämistoiminta on ollut koko työhistoriani ajan mielenkiinnonkohteeni ja olen päässyt sitä to-

teuttamaan onnekseni kaikissa työtehtävissäni, tämä prosessi nosti esiin uuden tiedon tuottamisen ja dokumentoinnin tärkeyden tekemisessä. Usein käytännön työssä nämä tekijät jäävät vähemmälle huomiolle. Kehittämistoiminnalla aikaan saatujen käytäntöjen siirtämistä muualla ja niihin tarvittavien resurssien saamista helpottaisi, jos olisi osoittaa päättävälle taholle kirjallista dokumenttia ja tutkimus tuloksia pelkän oman kokemuksen lisäksi. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan menetelmistä opin myös uusia asioita. Laadullisesta tutkimuksesta minulla ei ollut aiempaa käytännön kokemusta. Sen erilaiset menetelmät tulivat prosessin aikana tutuiksi pohtiessa tutkimusmenetelmään liittyviä ratkaisuja. Tietämys aiheesta syveni ja sisäistyi tekemisen kautta. Vaikka sisällön analyysin tekeminen sai ajoittain siirtämään opinnäytetyön syrjään viikoiksi, oli se lopulta antoisa ja mielenkiintoinen kokemus. Kynnys jatkossa toteuttaa laadullista tutkimusta pieneni huomattavasti.

Opinnäytetyötä tehdessäni ymmärrykseni omista vahvuuksistani ja kehittämiskohteistani kirkastuivat entisestään. Käsitykseni siitä, että olen luonteeltani pitkäjänteinen ja päättäväinen vahvistui. Tiivis opiskelutahti yhdistettynä työhön ja perhe-elämään tuotti ajoittain aikataulujen ja stressin sieron kanssa haasteita. Onnistuin kuitenkin mielestäni kiitettävästi suunnittelemaan toimintaani, asettamaan sille tavoitteita ja tekemään joustavasti uusia suunnitelmia ongelmien ilmetessä. Epävarmuuden sietämiseen sain myös harjoitusta. Ajoittain eteneminen tuntui haastavalta ja oikeiden ratkaisujen tunnistaminen oli vaikeaa. Ajan ja etäisyyden ottaminen prosessiin auttoi kuitenkin tuulettamaan ajatuksia ja löytämään uusia ratkaisumalleja.



## LÄHTEET

Clark, C. 2004. Holistic Nursing Approach to Chronic Disease. Springer Publishing Company

Comtois, K; Kerbrat, A; Atkins, D; Harned, M & Elwood, L, 2010. Recovery From Disability for Individuals With Borderline Personality Disorder: A Feasibility Trial of DBT-ACES. Psychiatric Services. November 2010. vol. 61 (11).

Elliot, B. & Konet, R. 2014. The connection place; A Job preparedness program for individuals with borderline personality disorder. Community mental health journal 2014 vol 50. 41-45.

Eskola, J.& Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino

Gould, R. & Nyman, H. 2012. Työkyvyttömyyseläkepäätökset 2000-2011. Helsinki. Eläketurvakeskus

Ilmarinen, J. 2006. Pitkää työuraa! Helsinki. Työterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kananen J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kantojärvi, L. 2008. Personality disorders in the northern Finland 1966 birth cohort study. Oulu: Oulun yliopisto.

Karan, E, Niesten, IJ, Frankenburg, FR, Fitzmaurice, GM & Zanarini, MC 2014. The 16-year course of shame and its risk factors in patients with borderline personality disorder. Personal Ment Health. 2014 Aug;8(3):169-77.

Katsakou, C; Marougka, S; Barnicot, K; Savill, M; White, H; Lockwood, K & Priebe, S 2012. Recovery in Borderline Personality Disorder (BPD); A Quality study of Service User's Perspectives. PLoS ONE May 2012. Vol 7 (5). 1-8.

Koivisto, K.2011. Ihmisen kokemuksellisuus ja kokonaisvaltaisuus. Teoksessa: Tutkimuskohteina hoitaminen ja hoitamaan oppiminen: Professori Sirpa Janhosen juhlakirja. Oulun ammattikorke-

koulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut. Toimittaneet Kaisa Koivisto, Eila Latvala, Liisa Vanhanen-Nuutinen, Päivi Vuokila-Oikkonen.

Koivisto, K 2016. Inhimillisen toiminnan tutkimukseen liittyvien eettisten kysymysten tarkastelua. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut ISSN 1798-2022. <http://www.oamk.fi/epooki/2016/inhimillisen-toiminnan-tutkimukseen-liittyvien-eettisten-kysymysten-tarkastelua/> Viitattu 1.1.2017.

Koivisto, M; Stenberg, J-H; Nikkilä, H. & Karlsson, H. 2009. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. Helsinki. Duodecim.

Kuusinen, K-L & Wahlström, J 2014. Terapiasuhte -muutosprosessin perusta. Kirjassa Eronen, S & Lahti-Nuuttila, P. Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita. Helsinki: Edita.

Kåver, A & Nilsson Å 2004, Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Helsinki, Edita.

Käypä hoito -suositus: Epävakaata persoonallisuutta, 2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksu/suosituksu?id=hoi50064> Viitattu 18.11.2016 klo 17.05.

Leppänen, V 2015. Epävakaan persoonallisuuden hoitomallitutkimus Oulun mielenterveyspalveluissa. Juvenes print, Tampere.

Ojasalo, K.; Moilanen, T. & Ritalahti T. 2014. Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Sanoma pro.

Sansone, R. & Sansone, L. 2012. Employment in Borderline Personality Disorder. Innovation in Clinical Neuroscience vol 9 (9). 25-29.

Sansone, R. & Sansone, L. 2013. Responses of Mental Health Clinicians to Patients with Borderline Personality Disorder. Innovation in Clinical Neuroscience vol 10(5-6): 39-43.

Steen et al. (2011), Benefits of Co-design in Service Design Projects. International Journal of Design Vol.5 No.2 pp. 53-60.

Toikko, T & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere. Tampere University Press.

Tutkimuseettinen toimikunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto> Viitattu 18.12.2016 klo 16.59.

Valtioneuvosto 2013. Hallituksen päätös rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1043916/rakennepoliittisen-ohjelman-toimeenpano.pdf/6e77c257-6ae9-4166-a6e7-bd7dedc29b52>, Viitattu 11.12.2016 klo 15.46

Valtioneuvosto 2014. Arvio rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta ja esitykset toimien vahvistamiseksi. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1043912/Valtiosihteeri+Hetem%C3%A4en+johtoryhm%C3%A4n+loppuraportti.pdf/1701e9ce-c78a-487c-8790-e3810810727c> Viitattu 11.12.2016 klo 15.55

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otava.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus.

Virtanen, P. 2011. Matkaopas asiakaslähtöiseen sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Helsinki: Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus.

Young, J.; Klosko, J. & Weishaar, M. 2008. Skeematerapia. Helsinki. Edita oy.

Zanarini, M. 2009. Psychotherapy of Borderline Personality Disorder. Acta Psychiatr Scand. November 2009; Vol 120(5). 1-8.

Zanarini, M; Frankenburg, F; Reich, DB & Fitzmaurice, G. 2010. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery. *American Journal of Psychiatry*. June 2010 vol 167 (6). 663-667.

Zanarini, M; Frankenburg, F; Reich, DB & Fitzmaurice, G. 2012. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*. May 2012 vol 169 (5). 476-483.

Zanarini, M; Frankenburg, F; Reich, DB & Fitzmaurice, G. 2012. The 10-year Course of Psychosocial Functioning among Patients with Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Aug; 122(2):

Zanarini, M; Frankenburg, F; Reich, DB & Fitzmaurice, G. 2012. The 10-Year Course of Social Security Disability Income Reported by Patients with Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects. *J Pers Disord*. 2009 Aug; 23(4): 346–356

## ICD-10

### F60.30 Impulsiivinen häiriötyyppi

Impulsiivista häiriötyyppiä luonnehtivat etenkin tunne-elämän epävakaus ja yllykkeiden hallinnan puute. Väkivaltaiset purkaukset ja uhkaava käytös ovat tavallisia, etenkin reaktion muiden kritiikkiin.

#### *Diagnostiset kriteerit:*

- A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit.
- B. Kohta A ja sen lisäksi vähintään kaksi seuraavista:
  - (1) taipumus toimia hetken mielijohteesta ja seurauksia harkitsematta
  - (2) taipumus käyttäytyä riitaisesti ja joutua ristiriitatilanteisiin muiden ihmisten kanssa etenkin, jos impulsiivista käytöstä pyritään estämään tai sitä arvostellaan
  - (3) alttius vihan ja väkivallan purkauksille ja kyvyttömyys hallita niitä
  - (4) kyvyttömyys ylläpitää mitään toimintaa, joka ei tuota välitöntä palkkiota
  - (5) epävakaa ja oikukas mieliala

### F60.31 Rajatilatyypin

Rajatilatyyppissä esiintyy useita tunne-elämän epävakaisuuden piirteitä. Sille ovat ominaisia häiriöt minäkuvassa, päämäärien asettamisessa ja sisäisissä pyrkimyksissä (seksuaaliset pyrkimykset mukaan luettuina) sekä jatkuva tyhjyyden tunne. Kiihkeät ja epävakaa ihmissuhteet saattavat aiheuttaa toistuvasti tunne-elämän kriisejä. Ne voivat olla yhteydessä liialliseen pyrkimykseen välttää hyljätyn tulemista. Nämä kriisit voivat johtaa toistuviin itsemurhauhkauksiin tai -yrityksiin tai muuhun itsetuhoisuuteen (vaikkakin tätä saattaa tapahtua myös ilman selviä ulkoisia aiheuttajia).

#### *Diagnostiset kriteerit:*

- A. Täyttää persoonallisuushäiriön (F60) yleiset kriteerit
- B. Diagnoosin F60.30 osiosta B esiintyy vähintään kolme ja lisäksi ainakin kaksi seuraavista:
  - (1) minäkuvan, sisäisten pyrkimysten ja seksuaalisen suuntautuneisuuden epävarmuus ja häiriintyneisyys

(2) taipumus intensiivisiin ja epävakaisiin ihmissuhteisiin ja niiden myötä tunne- elämän kriiseihin

(3) liiallinen hylätyksi tulemisen välttäminen

(4) toistuvaa itsensä vahingoittamista tai sillä uhkailua

(5) jatkuva tyhjyyden tunne.

(Käypä hoito suositus 2015, Viitattu 18.11.2016.)

## **DSM-IV**

### **Rajatilapersonallisuushäiriö**

Laaja-alaista ihmissuhteisiin, minäkuvaan ja affekteihin liittyvää epävakautta ja huomattavaa impulsiivisuutta. Alkaa varhaisaikuisuudessa ja esiintyy monissa yhteyksissä vähintään viidellä seuraavista tavoista

1. Kiihkeitä yrityksiä välttää todelliselta tai kuvitellulta hylätyksi tulemiselta.
2. Epävakaita ja intensiivisiä ihmissuhteita, joita luonnehtii äärimmäisen ihannoinnin ja vähättelyn vaihtelu
3. Identiteettihäiriö: merkittävästi ja jatkuvasti epävakaa minäkuva tai kokemus itsestä
4. Impulsiivisuus ainakin kahdella potentiaalisella itselle vahingollisella alueella (esim. tuhlaaminen, seksi, kemiallisten aineiden käyttö, holtiton liikennekäyttäytyminen, ahmiminen).
5. Toistuva itsetuhoinen käytös, siihen viittaavat eleet tai uhkaukset tai itsensä viiltely ym. vahingoittaminen
6. Affektiivinen epävakaus, joka johtuu mielialan merkittävästä reaktiivisuudesta (esim. intensiivinen jaksoittainen dysforia, ärtyneisyys tai ahdistuneisuus, joka kestää tavallisesti muutamia tunteja ja vain harvoin muutamaa päivää kauemmin)
7. Krooniset tyhjyyden tuntemukset
8. Asiaankuulumaton, voimakas suuttumus tai vaikeus kontrolloida suuttumusta (esim. toistuva äkkipikaisuus, jatkuva vihaisuus, toistuva tappeleminen)
9. Hetkellinen stressiin liittyvä paranoidinen ajattelu tai vakava dissosiativinen oireilu

(Käypä hoito suositus 2015, Viitattu 18.11.2016)

### **Teemahaastattelun kysymykset**

Millaisia kokemuksia Epävakaatyöryhmän hoitoon osallistuvilla asiakkailla on työstä, työkyvystä ja itsestään työntekijöinä?

- Mikä on työn merkitys asiakkaalle (arvot)?
- Minkälaisia haaveita/odotuksia asiakkaalla on työn suhteen?
- Minkälaisia kokemuksia asiakkailla on työstä ja opiskelusta?
- Mitä työkykyisyys tarkoittaa asiakkaalle?
- Mitkä asiat vaikuttavat asiakkaan työkykyisyyteen? (sairaudet, oireet, asenteet, uskomukset/skeemat, ympäristö)?
- Miten epävakaan persoonallisuuden oireet vaikuttavat työkykyyn?
- Miten haitalliset skeemat vaikuttavat asiakkaiden käsityksiin työstä, työkyvystä ja itsestään työntekijänä?
- Miten ympäristö (sosiaaliset suhteet, yhteiskunta) tukee tai aiheuttaa paineita työelämään siirtymisen suhteen?
- Millaisten asioiden tulisi muuttua, jotta työelämään siirtyminen voisi olla mahdollista?

Millaisia kokemuksia Epävakaatyöryhmän hoitoon osallistuvilla on hoidostaan työkyvyn edistämisen näkökulmasta?

- Mitä hoitoa asiakas on saanut Epävakaatyöryhmässä (yksilö, ryhmä ym)?
- Millaista tukea asiakas kokee tarvitsevansa työkyvyn edistämiseksi?
- Millaiset asiat hoidossa ovat edistäneet työkykyä?
- Millaiset asiat hoidossa ovat voineet haitata työkykyä?
- Missä hoitoprosessin vaiheessa asiakas kokee tarvitsevansa lisää tukea ja millaista?
- Miten hoitoa/hoitoprosessia voisi kehittää, jotta se edistäisi paremmin asiakkaiden työkykyä?

## **Toiminta- ja työkyvynkartoitus**

Toiminta- ja työkyvynkartoituksen tavoitteena on parantaa hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden oikea-aikaisuutta sekä tavoitteellisesti suunnitella ja seurata (ammatillisen) kuntoutuksen etenemistä. Toiminta- ja työkyvyn kartoituksen tarkoituksena on yhdessä asiakkaan kanssa arvioida asiakkaan selviytymistä päivittäisistä ja tuottavista (työ/opiskelu) toiminnoista ja määritellä arvion jälkeen tavoitteita sekä muutostarpeita näiden suhteen. Yhteistyössä voidaan myös miettiä menetelmiä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseen ja seuraamiseen. Tarvittaessa hoitoon ja kuntoutukseen voidaan kutsua mukaan eri viranomaistahoja tai verkostoja esim. Verve, työvoimatoimisto, palvelunohjausyksikkö, Hyvän mielen talo ym.

Kartoitus toteutetaan hoidon alussa osana asiakkaan hoitosuunnitelman laatimista kaikille Epävakaatyöryhmän uusille asiakkaille. Kartoituksessa on tuolloin hyvä hyödyntää alkuarviolomakkeella kerättyjä tietoja. Tarvittaessa kartoitus toteutetaan sovituin määräjain hoidon aikana tilanteen ja tavoitteiden päivittämiseksi. Asetettujen tavoitteiden toteutumista seurataan hoitoneuvotteluissa tai erillisesti sovittujen yksilökäyntien puitteissa.



## Toiminta- ja työkyvynkartoitus

Nimi: \_\_\_\_\_ Hetu: \_\_\_\_\_

Pvm: \_\_\_\_\_ Haastattelija: \_\_\_\_\_

Toimintakokonaisuus	Arvio selviytymisestä	Tavoitteet ja muutostarpeet
<b>Itsestä huolehtiminen</b> (esim. omasta terveydestä huolehtiminen, ruokailutottumukset)		
<b>Asioiminen ja kotielämä</b> (esim. ostosten tekeminen, raha-asiat, virastoissa asioiminen)		
<b>Koulunkäynti ja opiskelu</b>		
<b>Työkyky ja työssä selviytyminen</b>		
<b>Vapaa-aika</b> (esim. oman voimavarojen lisäämiseen tähtäävä toiminta)		
<b>Lepo</b> (riittävä lepo, aktiivisen toiminnan ja levon välinen suhde, keinot rentoutua)		
<b>Sosiaaliset suhteet</b> (läheiset, perheen jäsenet, saatu tuki)		

Tämän hetken tavoitteet ja menetelmät niihin pääsemiseksi:

<b>Pitkän aikavälin tavoitteet ja suunnitelmat niiden saavuttamiseksi</b>
<b>Tarvittavat tukitoimet ja palvelut:</b>
<b>Seuranta ja arviointi:</b>

### **Tutkimustiedote**

Opiskelen Oulun ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Teen opinnäytetyötäni aiheesta epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien työkyvyn edistäminen. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien asiakkaiden hoitoa ja hoidon haasteita Oulun kaupungin Epävakaatyöryhmässä. Tavoitteena on tuottaa tietoa epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien asiakkaiden haasteista työkyvyn ylläpitämisessä tai edistämässä sekä heidän kokemuksistaan tarvitsemastaan ja saamastaan tuesta hoitoprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksen tulosten avulla pyritään löytämään ymmärrystä siihen, miten hoitoprosessin sisältöjä voidaan muokata, jotta hoito tukisi aiempaa enemmän asiakkaiden työkykyä ja edesauttaisi sen saavuttamista. Tuloksia on tarkoitus hyödyntää Epävakaatyöryhmän hoidon kehittämisessä.

Tutkimusmenetelmänäni on teemahaastattelu. Haastattelut on tarkoitus toteuttaa yksilöhaastatteluina vuoden 2017 helmi-maaliskuun aikana. Haastattelutilanteessa paikalla olen minä ja te haastateltava. Haastatteluja on tarkoitus toteuttaa 1-2 per haastateltava ja haastattelun kesto on noin 45-75 minuuttia. Haastattelut on tarkoitus nauhoittaa. Nauhoitteet käsitellään luottamuksellisesti. Haastattelumateriaalia käytetään opinnäytetyössä niin, että haastateltavien henkilöllisyyttä ei ole mahdollista tunnistaa. Haastattelu materiaali säilytetään asianmukaisesti ja hävitetään kun opinnäytetyö on valmis.

Osallistuminen haastatteluihin on täysin vapaaehtoista. Teillä on oikeus keskeyttää haastatteluihin osallistuminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Haastattelusta koituva hyöty on yksilöllistä, mutta siihen osallistumisesta ei aiheudu teille harmia. Jos teillä on jotakin kysyttävää tai haluatte lisätietoja, toivon teidän ystävällisesti ottavan minuun yhteyttä. Suostumuslomake haastatteluun on liitteenä.

Ystävällisin terveisin

Niina Haapaniemi

o6hani02 @students.oamk.fi

## SUOSTUMUS

Olen lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksesta (Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivien työkyvyn edistäminen) saamani tiedotteen. Minulle on kerrottu tutkimuksen tarkoituksesta ja siitä, miten tutkimustuloksia hyödynnetään. Olen tietoinen, että tutkimukseen osallistuminen on minulle vapaaehtoista ja, että voin keskeyttää tutkimukseen osallistumisen, milloin tahansa ilman että siitä seuraa minulle mitään haittaa. Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi kappaletta, toinen haastateltavalle ja toinen Niina Haapaniemelle.

Suostun osallistumaan vapaaehtoisesti tutkimuksen aineiston keruuvaiheen haastatteluun.

Oulussa \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.2017

---

Tutkimukseen osallistujan nimi ja nimen selvennys

---

Niina Haapaniemi

e-mail: o6hani02 @students.oamk.fi