

Heidi Åstedt, Riikka Happonen

Apuvälineitä mielenterveyskuntoutujien arkeen

Apuvälineopas mielenterveyskuntoutujille

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti AMK

Toimintaterapia koulutusohjelma

Opinnäytetyö

5.11.2012



Tiivistelmä

Tekijät Otsikko	Riikka Happonen, Heidi Åstedt Apuvälineopas mielenterveyskuntoutujille
Sivumäärä Aika	44 sivua + 7 liitettä Syksy 2012
Tutkinto	Toimintaterapeutti AMK
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Toimintaterapeutti
Ohjaaja	Lehtori Tuula Uutela
<p>Opinnäytetyö kuvaa mielenterveyskuntoutujille tarkoitetun apuvälineoppaan laatimista. Kehittämistoiminta toteutettiin yhteistyössä Mielenterveyden keskusliitto ry:n kanssa. Suomessa ei juurikaan käytetä kognitiivisia apuvälineitä mielenterveyspuolella. Tämän vuoksi oppaan tekemisellä oli suuri merkitys.</p> <p>Kehittämistoiminta eteni kehittämisprosessin mallin mukaan. Vahvana toimintaterapeuttisena pohjana toimi Person-Environment-Occupation, PEO-malli ja toiminnallinen oikeudenmukaisuus. Toimintaterapeuttisen mallin tueksi otimme kansainvälisen, International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF-luokituksen. Lisäksi teoriana toimii apuväline- ja mielenterveyskirjallisuus.</p> <p>Kehittämistoiminta lähti liikkeelle yhteistyökumppanimme valmiista ideasta. Sopiviin kognitiivisiin apuvälineisiin tutustuimme yhdessä apuvälinevalmistaja Comp-Aid Oy:n toimintaterapeutin kanssa. Opas suunniteltiin nimenomaan mielenterveyskuntoutujille ja halusimme siihen mukaan mahdollisten tulevien käyttäjien näkemystä. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Haastattelua varten järjestimme tilaisuuden ASPA palvelut Oy:n asiakkaille Vantaan Hakunilassa.</p> <p>Tuloksista ilmeni, että mielenterveyspuolella apuvälineet olivat uusi asia, ja mielenterveyskuntoutajat tunsivat apuvälineet tarpeellisiksi arkensa tueksi. Apuvälineitä harkittaessa on otettava huomioon yksilön toimintakyky, elämäntilanne ja elinympäristö. Tämä ja PEO-malli yhdessä tukivat oppaaseen tulevien apuvälineiden valintaa. Moniammatillisessa työyhteisössä</p>	
Avainsanat	Mielenterveyskuntoutuja, kognitiiviset toimintakyvyn häiriöt, apuvälineet

Abstract

Author Title	Riikka Happonen, Heidi Åstedt Assistive Device Guide for Mental Health Rehabilitees
Number of Pages Date	44 pages + 7 appendices Autumn 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Program	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructor	Tuula Uutela, Senior Lecturer
<p>This Thesis is a development project the purpose of which was to produce an assistive device guide for mental health rehabilitees. It was developed in collaboration with Finnish Central Association for Mental Health. Mental health care in Finland does not widely utilize cognitive assistive devices and therefore the guide we produced has a great value.</p> <p>The development proceeded according to the development process model. The occupational therapy models used were Person-Environment-Occupation (PEO) and Occupational Justice. As a supporting occupational therapy model, we employed the International Classification on Functioning, Disability and Health (ICF). We used literature about assistive devices and mental health care as additional theory.</p> <p>Our partner in cooperation had a ready-to-use idea for the development project. We examined the suitable cognitive assistive devices with the help of an occupational therapist working for Comp-Aid Ltd. company. The assistive device guide was specifically designed for mental health rehabilitees and we wanted to use a customer-oriented perception. The data was collected through semi- structured theme interviews conducted in an interview session for the mental health rehabilitees.</p> <p>The outcome reveals that assistive devices in mental health care are a new issue. Many mental health rehabilitees felt a need for assistive devices to support their everyday life. When considering the assistive devices one should look at the rehabilitee's ability to function, life situation and environment, which together with the PEO Model supported the selection of assistive devices which were chosen for the assistive device guide.</p>	
Keywords	mental health rehabilitee, disorder in cognitive function, assistive devices

Sisällys

1 Kehittämiskohteen lähtökohdat	1
2 Mielenterveyden keskusliitto ry ja mielenterveys	4
3 Toimintaterapian näkökulma oppaaseen	8
3.1 Toiminnallinen oikeudenmukaisuus	9
3.2 PEO-malli ja ICF-luokitus	10
3.3 Kognitiivinen toimintakyky ja toimintakyvyn häiriöt	16
3.4 Aivot ja muisti	20
3.5 Apuvälineet	21
3.6 Tutkimukset	25
4 Lähestymistavan ja kehittämismenetelmien kuvaus, kehittämishankkeen toteutus	29
5 Analyysi ja sen tulokset	36
6 Apuvälineopas ja messutilaisuus	41
7 Kehittämisprojektin arviointi	42

Liitteet

Liite 1. Kirje Työntekijöille

Liite 2. Kutsu tilaisuuteen

Liite 3. PowerPoint –esitys

Liite 4. Haastattelulomake

Liite 5. Suostumuslomake

Liite 6. Comp-Aid sopimus

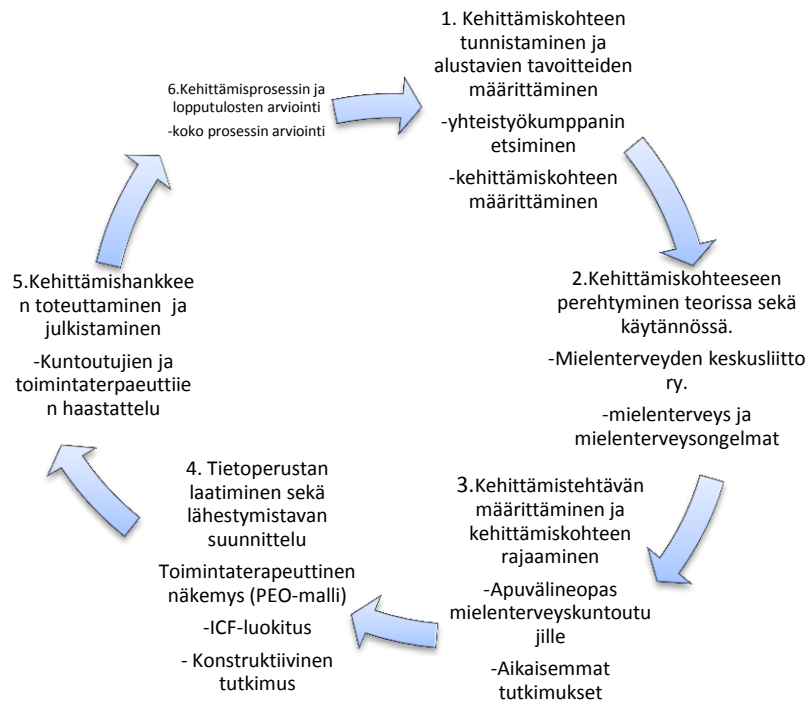
Liite 7. Apuvälineopas mielenterveyskuntoutujille

1 Kehittämiskohteen lähtökohdat

Toimintaterapian tavoitteena on mahdollistaa asiakkaan itsenäisyyttä omassa arjessa ja toiminnassa eli osallistumisessa omaan elämään ja sen valintoihin. Toimintaterapiasta hyötyvät ihmiset, joilla on vaikeuksia selviytyä päivittäisestä elämästä. Toimintaterapia rohkaisee olemaan oman elämän aktiivinen toimija. Tavoitteena on yhdessä asiakkaiden kanssa löytää ratkaisuja arkielämän haasteisiin. (Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2012).

Kuvaamme tässä opinnäytetyössä kehittämiskohteen, jonka toteutimme yhteistyössä Mielenterveyden keskusliitto ry:n kanssa. Tässä luvussa kerromme kuinka kehittämistyö käynnistyi. Kehittämiskohta lähti liikkeelle yhteistyökumppanimme valmiista ideasta. Mielenterveyden keskusliitossa oli pohdittu, että myös mielenterveyskuntoutujat voisivat hyötyä apuvälineistä. Mielenterveyden keskusliitossa oli aloitettu tekemään apuvälineopasta mielenterveyskuntoutujille, mutta oppaan toteutus ei ollut edennyt ideaa pidemmälle. Kiinnostuimme aiheesta ja kiinnostustamme lisäsi vielä se, että Ruotsissa oli kehitetty samantyyppinen opas mielenterveyskuntoutujille.

Kehittämiskohta oli helppo rajata yhteisymmärryksessä Mielenterveyden keskusliitto ry:n kanssa. Rajaus tehtiin apuvälineoppaaseen mielenterveyskuntoutujille ja nimenomaan kognitiivisiin pienapuvälineisiin, mahdollisesti asiakkaan näkökulma huomioon ottaen. Opas on suunnattu pääasiassa mielenterveyskuntoutujien käyttöön. Laajemman lukijakunnan huomioiminen oppaan suunnittelussa olisi ollut paljon laajempi tehtävä. Se jäänee jollekin muulle suunniteltavaksi ja tehtäväksi. Olemme laittaneet kuvion kehittämiskohteen vaiheista (ks. kuvio 1.) selventämään projektin vaiheiden etenemistä.



Kuvio 1. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi (mukailtu Ojasalo – Moilanen - Ritalahti 2009: 24)

Kehittäminen nähdään usein konkreettisena toimintana, jolla tähdätään jonkin selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttaminen (Toikko – Rantanen 2009: 14). Kehittämistyöllä tarkoitetaan toimintaa, jonka päämääränä on saavuttaa uusia tai parannettuja tuotteita, tuotantovälineitä tai -menetelmiä ja palveluja. Kehittämistyö ei ole sidoksissa tiedollisiin arvoihin samalla tavalla kuin perustutkimus tai soveltava tutkimus. (Toikko – Rantanen 2000: 19.) Kehittämistyö voi olla ongelmaperustainen tai uudistamisperustainen. Uudistamisperustainen kehittämistyö puolestaan tarkoittaa uuden etsimistä usein erilaisia rajapintoja kohtaamalla. Tavoitteena voi olla esimerkiksi uusi liiketoimintamalli, tuote tai palvelu, toimintaprosessien uudistaminen tai uuden työkuulttuurin luominen. (Ojasalo ym. 2010: 14–27.)

Jotta kehittämisen tavoitteet voidaan tarkasti määrittää, on ensin hankittava kehittämiskohteeseen liittyvää tietoa eri lähteistä. Tarvittavaa tietoa voivat olla esimerkiksi: 1) yrityksen taustatiedot, 2) johtamisen filosofia, yrityksen arvot, strategiat ym., 3) henkilöiden asenteet ja havainnot sekä 4) tiedot toimialasta ja toimintaympäristöstä. Esimerkiksi tutustumalla yrityksen toimialaan ja toimintaympäristöön tarkemmin voidaan saada selville asioita, jotka suuntaavat

kehittämistyötä aivan eri suuntaan kuin jos ilmiöön tutustuttaisiin vain yrityksessä. (Ojasalo ym.2010: 29.)

Kun kehittämisen kohde on selvillä, voidaan alustavasti määritellä ne tavoitteet, joihin kehittämistyöllä pyritään. Kohde on usein laaja ilmiö, ja tavoitteiden avulla voidaan jo alkuvaiheessa rajata omaa näkökulmaa aiheeseen. (Ojasalo ym. 2010: 27.) Kehittämishankkeemme tuli Mielenterveyden keskusliitto ry:lle tehtävä apuvälineopas mielenterveyskuntoutujille. Alustavat tavoitteemme oli löytää mielenterveyskuntoutujille sopivat kognitiiviset apuvälineet.

Myöhemmissä luvuissa kuvaamme tarkemmin kehittämistyömme kontekstia, asiakasryhmää ja toimintaterapian teoriaa. Viimeisessä luvussa kuvaamme kehittämishankkeen etenemistä ja pohdimme omaa toimintaamme hankkeen aikana.

2 Mielenterveyden keskusliitto ry ja mielenterveys

Tässä luvussa esittelemme yhteistyökumppanimme, asiakasryhmän sekä kontekstin, jossa kehittämistyö tehdään. Kohteenamme oleva organisaatio on Mielenterveyden keskusliitto ry. Olimme sähköpostilla yhteydessä useisiin järjestöihin ja organisaatioihin, joista Mielenterveyden keskusliitto oli kiinnostunut työskentelemään kanssamme.

Mielenterveyden keskusliitto ry on mielenterveyskuntoutujien ja heidän läheistensä itsenäinen kansalaisjärjestö. Toiminnassa on yhdistetty kuntoutumisen kolme asiantuntijuutta: ammattilaiset, kuntoutujat ja vertaiset. Kuntoutuja on oman elämänsä paras asiantuntija. Liitto vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön sekä muuhun mielenterveyspotilaita ja -kuntoutujia sekä heidän läheisiään koskevaan lainsäädäntöön. Vaikuttamistoiminnan perustana on ihmisoikeuksien ja perusoikeuksien turvaaminen kaikille. Mielenterveyden keskusliiton kautta saa neuvontaa kuntoutuspalveluista ja mielenterveyskuntoutujille tarkoitetuista lakisääteisistä etuuksista. Liitto kehittää mielenterveyskuntoutuksen uusia toimintamalleja sekä järjestää kuntoutuskursseja hoidon ja kuntoutumisen tueksi. Järjestö tarjoaa lukuisia muita palveluita liittyen mielenterveyteen ja kuntoutumiseen. (Mielenterveyden keskusliitto Ry n.d.)

Korostamme työssämme sellaista kehittämistä, jossa tarpeen mukaan hyödynnetään tutkimuksen logiikkaa ja menetelmiä. Tällainen kehittämistoiminta voidaan toteuttaa käytännöllisten kehittämisprojektien varassa, mutta on huomattava, että sillä ei voi tavoitella ainoastaan kehittämisen välittömiä tuloksia. Tutkimuksellisten asetelmien ja tiedontuotannon avulla kehittämistoiminnan tulokset pyritään nostamaan ylemmälle tasolle, käsitteelliseen muotoon, jolloin niitä voidaan arvioida helpommin myös yleisen merkityksen kannalta. Kehittämistoiminnan tavoitteena ei siis ole vain käytännön kysymysten ja ongelmien ratkaisu, vaan niiden kuvaaminen ja välittäminen myös laajempaan keskusteluun. (Toikko – Rantanen 2000: 22.) Kehittämistehtävä määrittää tarkasti, mihin kehittämisellä pyritään. Usein kehittämistehtävä on jonkin konkreettisen tuotoksen, toimintatavan tai kehittämisideoiden luominen. (Ojasalo ym. 2010: 33.)

Opinnäytetyöllä haetaan vastausta kysymyksiin millaiset apuvälineet ovat tarpeellisia, sekä millaisesta oppaasta olisi hyötyä mielenterveyskuntoutujille?

Kehittämistoiminta on sosiaalinen prosessi, jossa käydään dialogia kehittämistoimintaan osallistuvien osapuolten kanssa. Dialogin avulla osapuolet voivat tarkastella kehittämisprosessin perusteita, menetelmiä sekä tavoitteita. (Toikko – Rantanen 2009: 98.)

Kävimme keskustelua Mielenterveyden keskusliiton kanssa tapaamisissa ja sähköpostiviestien välityksellä. Heille oli helppoa esittää ideoita ja tarvittaessa kysyä neuvoa sekä apua oppaan laatimiseen. Pohdimme yhdessä MTKL:n kanssa miten saisimme oppaaseen mukaan asiakkaiden näkökulman. He ehdottivat, että tekisimme apuvälineisiin liittyvän haastattelun jollekin MTKL:n kuntoutuskurssille. Hyväksyimme idean ja jäimme odottamaan kutsua kurssille. Tavoitteet oppaan suhteen olivat kummallakin osa-puolella samanlaiset. He luottivat asiantuntijuuteemme ja antoivat vapaat kädet oppaan sisällön suunnitteluun.

Mielenterveys ja mielenterveysongelmat

Apuvälineopas on suunnattu ensisijaisesti mielenterveyskuntoutujille. Käsitteenä mielenterveys on laaja ja sen vuoksi sen tarkka määrittäminen on mahdotonta. Mielenterveyteen vaikuttavat perimä, varhainen vuorovaikutus, elämän eri kokemukset, ihmissuhteet, sosiaalinen verkosto sekä elämäntilanteen kuormittavuus. Mielenterveys saattaa horjua aika ajoin. Kun elämään tulee suuria vastoinkäymisiä, joutuu mieli usein epätasapainoon. Tästä syystä jokainen ihminen voi itse määritellä parhaiten mitä mielenterveys on. (Toivio – Nordling 2009: 84.)

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt hyvinvoinnin koostuvaksi fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja henkisten ominaisuuksien kokonaisuudeksi (Heiskanen – Salonen 1997: 12). Fyysinen hyvinvointi koostuu ihmisen fyysisistä ominaisuuksista. Fyysisiin ominaisuuksiin lasketaan muun muassa riittävä lepo, monipuolinen ruokavalio ja liikunnan riittävä määrä. Psykkisellä hyvinvoinnilla tarkoitetaan ihmisen psyykkisten ominaisuuksien tasapainossa olemista. Psykkisesti hyvinvoiva ihminen tuntee voivansa hallita omaa elämäänsä ja arvostaa itseään. Sosiaalisella hyvinvoinnilla tarkoitetaan ihmisen sosiaalisen verkoston olemassaoloa. Sosiaaliseen verkostoon voidaan laskea esimerkiksi perhe- ja ystävyys-suhteet ja niiden vuorovaikutus. (Jyväskylän Ammattikorkeakoulu 2012.)

Mielenterveys (**Mental health**) voidaan nähdä psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana, jota kaiken aikaa sekä käytämme että keräämme, ja jonka avulla ohjaamme elämäämme. Mielenterveyden olemuksen ymmärtäminen edellyttää tietoa siitä, mikä on mielenterveyden kannalta normaalia ja mikä poikkeavaa ja mikä voisi olla ihanteellinen mielenterveys. (Lönqvist – Heikkinen – Henriksson – Marttunen – Patonen 2001: 13.)

Mielenterveysongelma (mental health problem) on tila, jossa ihminen voi psyykkisesti huonosti, ja jonka vuoksi hän tarvitsee apua ja tukea. Kyseessä on mielenterveysongelma, kun ihmisen tavoitteet ja hänen psyykkinen toimintakykynsä eivät kohtaa, eikä hän selviä päivittäisistä toiminnoistaan normaaliin tapaan ja hän kärsii ja voi pahoin. (Jaatinen 2004: 12.)

Mielenterveyden häiriöt on kattava nimitys erilaisille psyykkisille oireille ja sairauksille. **Mielisairaus** (mental illness) eli psykoottinen tila on pieni osa vaikeimpia mielenterveyden häiriöitä (Kuhanen – Oittinen – Kanerva – Seuri – Schubert 2010: 176). Mielialahäiriöt ja varsinkin masennus ovat merkittäviä kansanterveysongelmia. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä. Masennuksesta kärsii noin 5 % suomalaisista ja siihen liittyy mittavaa työkyvyttömyyttä subjektiivisen kärsimyksen lisäksi. Mielialahäiriöt jaetaan masennushäiriöihin ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. (Kuhanen ym. 2010: 219.)

Mielenterveysongelmat vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn ja arkiseen selviytymiseen hyvin monin tavoin, ja niistä selviydytään eri keinojen avulla. Psykkisen toimintakyvyn heikkeneminen tarkoittaa sitä, ettei ihminen pysty soveltamaan käyttäytymistään ympäristön vaatimuksien mukaisesti. Ihminen ei myöskään kykene toimimaan itselleen tarkoituksenmukaisella tavalla. (Kettunen – Kähäri-Wiik – Vuori-Kemilä – Ihalainen 2002: 122.)

Mielenterveyden häiriöiden yhteydessä on usein kritisoitu sairaus–sanan käyttöä. Tämä johtuu siitä, että psyykkiset ja fyysiset sairaudet ovat luonteeltaan osin erilaisia. Fyysisissä sairauksissa häiriö on aina jonkun elimen toimintatavassa, toisaalta näin voi olla myös jossain psykiatrisissa sairauksissa. Ongelma voi olla esimerkiksi aivojen

rakenteessa. Yleensä psykiatrisissa sairauksissa ongelman ydin on kuitenkin erilaisissa opituissa muistikuvissa tai reaktiomalleissa. Fyysisten ja psyykkisten sairauksien eroista huolimatta mielen sairaudet ovat sairauksia siinä missä muutkin. Mielen sairaudet eivät ole tahdonalaisia, eikä niistä pysty parantumaan pelkällä tahdon voimalla tai ryhdistäytymällä. (Huttunen 2006: 13.)

3 Toimintaterapian näkökulma oppaaseen

Tässä kappaleessa avaamme toimintaterapian näkökulmaa aiheeseen ja selitämme työmme kannalta merkittäviä käsitteitä. Kuten kognitiivinen toimintakyky, toimintakyvyn häiriö ja aivojen ja muistin toiminta. Kuvaamme mielentoimintoja myös ICF-luokituksen kautta, joka tukee toimintaterapian näkökulmaa. ICF ryhmittelee järjestelmällisesti aihealueet, joilla kuvaillaan toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä lääketieteellisen terveydentilan yhteydessä.

Tietoperustassa kuvataan aihealueeseen liittyvät keskeisimmät teoriat ja niitä mahdollisesti kuvaavat mallit sekä tuoreimmat tutkimustulokset. Teoria muodostuu joukosta lakeja tai määritelmiä, jotka systematisoivat jonkin ilmiön, ja se ohjaa uuden tiedon etsintää samalla kun se jäsentää kerättyä tietoa. (Ojasalo ym. 2010: 34–35.)

Toimintaterapian tehtävänä on mahdollistaa asiakkaan toiminta jokapäiväisessä elämässään. Sen vuoksi projektimme toimintaterapeuttiseksi näkökulmaksi ja lähestymistavaksi pohdimme aluksi **Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallia**, (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement), joka kuvaa ihmisen, ympäristön ja toiminnan välistä dynaamista suhdetta.

Luettuamme laajemmin toimintaterapian teorioita pohdimme että apuvälineiden tarvetta on arvioitava käyttäjälähtöisesti ja yksilöllisesti. Siinä on otettava huomioon yksilön toimintakyky, elämäntilanne ja elinympäristö. Tämän takia valitsimme toimintaterapian lähestymistavaksi **PEO-mallin** (Person-Environment-Occupation), jossa huomioidaan **yksilön, ympäristön ja toiminnan** lisäksi näiden kaikkien vuorovaikutuksesta muodostuva **toiminnallinen suoriutuminen**. PEO-mallin kanssa korostamme **toiminnallista oikeudenmukaisuutta**. Taustalla toiminnallisessa oikeudenmukaisuudessa on käsitys ihmisestä toiminnallisena olentona osallistumassa aktiivisesti elämäänsä. Apuvälineillä voidaan mahdollistaa ja tukea ihmisen toimintaa omassa ympäristössään, esimerkiksi hälyttimellä varustettu lääkeannostelija muistuttaa asiakasta lääkkeiden ottamisesta ajallaan.

3.1 Toiminnallinen oikeudenmukaisuus

Kehittämishankkeena apuvälineopas mahdollistaa toiminnallisen oikeudenmukaisuuden tukemisen ja mahdollistaa mielenterveyskuntoutujien osallistumisen yhteiskuntaan ja itsenäisempään asumiseen. Toiminnan voimaa-kirjassa (2011) julkaistu, Elisabeth Townsendarin ja Ann Wilcockin ehdotus ihmisen toiminnallisiksi oikeuksiksi ovat seuraavia; oikeus kokea toiminta merkitykselliseksi ja rikastavaksi, oikeus kehittyä osallistumalla terveyttä ja sosiaalista yhteisyyttä edistävään toimintaan, oikeus käyttää yksilöllistä tai väestön itsemääräämisoikeutta toiminnallisia valintoja tekemällä sekä oikeus osallistua kohtuullisessa määrin erilaisiin ja vaihteleviin toimintoihin omassa sosiaalisessa ympäristössään. Toiminnallisten oikeuksien vastakohtana voidaan nähdä toiminnallinen vieraantuminen, deprivatio, marginalisaatio ja epätasapaino. Toiminnallista vieraantumista voivat kokea henkilöt, jotka joutuvat fyysisen, henkisen tai sosiaalisen toimintarajoitteen vuoksi muuttamaan tuetun asumisen piiriin. Toiminnallisen deprivatian tilaan voivat joutua muun muassa vangit, pakolaiset, vammaiset tai pitkäaikaissairauksia sairastavat. Toiminnallinen marginalisaatio taas liittyy mahdollisuuksiin tehdä valintoja toimintaan osallistumisen suhteen. (Hautala ym. 2011: 17–18.)

Tarkoituksenmukaiseen ja merkitykselliseen toimintaan osallistuminen voi parhaimmillaan edistää väestön elämänlaatua heidän arjessaan. On mietittävä miten tämän mahdollistaminen toteutuu kaikille. Suomen perustuslaissakin (1999/731) määrittellään Suomen kansalaisille muun muassa yhdenvertaisuus, jonka mukaan ketään ei saa asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Nämä asiat eivät välttämättä toteudu asenteellisella tasolla. Lisäksi Suomen perustuslaissa (1999/731) sekä YK:n ihmisoikeusjulistuksessa (1948) todetaan, että jokaisella on oikeus työhön, lepoon, vapaa-aikaan, opetukseen ja yhteisön sivistyselämään osallistumiseen. Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö kantaa vastuuta kansalaisten hyvinvoinnista huolehtimalla sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuudesta sekä takaamalla toimeentuloturvan. (Hautala ym. 2011: 12–16.)

Ajatuksemme mukaan toiminnallista oikeudenmukaisuutta voidaan parantaa

mielenterveyskuntoutujien kohdalla apuvälineiden avulla. Ihminen on toiminnallinen olento. Apuvälineiden avulla voidaan saavuttaa parempaa elämän hallintaa. Apuvälineet voivat mahdollistaa työhön, koulutukseen sekä mielekkääseen toimintaan osallistumisen itsenäisesti ilman toisen ihmisen päivittäistä apua.

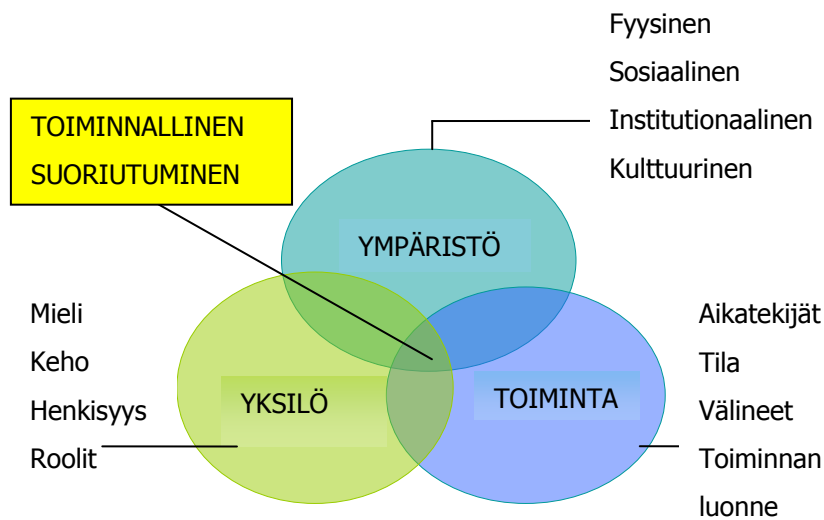
3.2 PEO-malli ja ICF-luokitus

PEO-malli (**Person-Environment- Occupation**) on Mary Law'n kollegoineen vuonna 1996 kehittämä toimintaterapian teoreettinen malli, jonka avulla pyritään tarjoamaan laaja ja selkeä viitekehys. Tämä malli tarjoaa viitekehysten jonka avulla voidaan kartoittaa apuvälineen hyöty yksilölle. Mallin ajatuksena on asiakaslähtöisyys ja asiakaslähtöinen toimintatapa. Asiakas ottaa vastuuta omasta kuntoutuksestaan.

PEO-mallissa huomioidaan **yksilö, ympäristö** ja **toiminta**, sekä näiden kaikkien vuorovaikutuksesta muodostuva **toiminnallinen suoriutuminen**. Mallin kehittämisen yhtenä päämääränä oli korostaa monia mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja, joita ympäristö tarjoaa sekä pienentää ympäristön luomia esteitä toiminnallisen suoriutumisen optimoimiseksi. (Law – Cooper – Strong – Stewart – Rigby – Letts 1996: 9-14; Rigby – Letts 2003: 20–25.)

PEO-mallin kolme keskeistä osatekijää **yksilö, ympäristö** ja **toiminta** kuvataan osittain limittäin olevina ympyröinä (ks.kuvio 2.). Osatekijöiden päällekkäin jäävä alue kuvaa mallissa **toiminnallista suoriutumista**. (Law ym. 1996: 14-17; Strong – Rigby – Stewart – Law – Letts - Cooper 1999: 124; Rigby – Letts 2003:26.)

PEO-mallin kuvatessa kaikkia mallin osa-alueita melko suppeasti, päätimme tarkastella kuinka ICF-luokitus avaa käsitteitä yksilö, ympäristö ja toiminta.



Kuvio 2. PEO-malli (mukaillen Law ym. 1996: 18)

Yksilö

PEO-mallissa yksilö (**person**) nähdään dynaamisena ja jatkuvasti kehittyvänä olentona, joka on jatkuvasti vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Yksilö ymmärretään holistisena mielen, kehon ja henkisten ominaisuuksien yhdistelmänä. Jokainen yksilö on ainutlaatuinen ja omaksuu useita rooleja samanaikaisesti. Yksilön omaksumat eri roolit muuttuvat ja kehittyvät elämän aikana. Yksilön omaksumiin rooleihin voivat vaikuttaa niin ihmisen kehitykselliset ominaisuudet, kuin ympäristön luomat odotuksetkin. (Law ym. 1996: 15–17; Strong ym. 1999: 124; Rigby – Letts 2003: 27.)

Olettamuksemme mukaan mielenterveyskuntoutujilla on monia rooleja; hän voi olla jonkun puoliso, ystävä, opiskelija, työtoveri ja toisaalta myös kuntoutuja. Kuten edellä on sanottu, ihmisen omaksumat roolit muuttuvat ja kehittyvät elämän aikana. Mielenterveyskuntoutuja on ollut sairautensa alkuvaiheessa potilas, ja kehittyvänä olentona ja vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa hänen roolinsa on muuttunut riippuvaisesta potilaasta kuntoutujaksi. Hänestä on tullut aktiivisempi toimija omassa elämässään kuin potilaana ollessaan. Mielenterveysongelma on tänäkin päivänä melko leimaava. Kuntoutuja voi pitkään kantaa stigmaa mielenterveyden horjuttua ja tämä

voi vaikuttaa hänen rooleihinsa toimijana.

Yksilötekijät (sukupuoli, ikä, koulutus, kokemukset, elämäntilanne ym.) muodostavat yksilön elämän ja elämisen tietyn taustan, joka ei kuulu yksilön lääketieteelliseen tai toiminnalliseen terveydentilaan, mutta saattaa vaikuttaa toimintakykyyn ja toimintarajoitteisiin. Yksilötekijöitä ei luokitella ICF-luokituksessa. (Hautala - Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 316; Stakes ICF 2011: 17.)

Yksilö tarvitsee erilaisia taitoja osallistuakseen toimintaan rooliensa mukaisesti. Prosessitaidoilla viitataan loogiseen järjestykseen, asianmukaisten välineiden valikointiin ja käyttöön, toiminnan sopeuttamiseen ongelmatilanteissa, tilan ja esineiden järjestelyyn, aloittamiseen ja lopettamiseen. Kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitojen avulla voidaan ilmaista aikomuksia ja tarpeita sekä toimia yhteistyössä muiden kanssa, ja ne sisältävät esimerkiksi eleet, fyysisen kontaktin, puhumisen ja yhteyden saamisen toisiin. Motorisilla taidoilla tarkoitetaan itsensä ja esineiden liikuttamista ja ne sisältävät suorituksia kuten asennon stabilointi, kurotteleminen, esineiden käsittely, nostelu ja siirtely. (Kielhofner 2008: 103.)

Olettamuksemme mukaan mielenterveyden häiriöihin liittyy usein kognitiivisia pulmia. Sairautensa vuoksi mielenterveyskuntoutujat saattavat kohdata haasteita suoriutuakseen rooliensa mukaisesta toiminnasta. Apuvälineillä voidaan muun muassa helpottaa prosessitaitoihin liittyvissä pulmissa. Jos jonkun tehtävän aloittaminen tai lopettaminen on hankalaa, esimerkiksi Time Timerilla voidaan konkreettisesti hahmottaa ajan kulumista ja helpottaa ajankäyttöä ja kenties motivoida tehtävään ryhtymiseen.

Ympäristö

Ympäristö (**Environment**) on PEO-mallissa määritelty laajasti siten, että kulttuuriset, sosioekonomiset, institutionaaliset, sosiaaliset ja fyysiset tekijät nähdään yhtä tärkeinä. Kaikki toiminnallinen suoriutuminen tapahtuu ihmisen ympäristössä. Kulttuuriseen ympäristöön liittyy uskomukset, tavat ja tottumukset. Institutionaaliseen ympäristöön kuuluvat viranomaiset, terveys- ja koulutuspalvelut. Fyysinen ympäristö koostuu asioista jotka voidaan nähdä, kuten sisustus, rakennukset, luontoympäristö. Sosiaaliseen ympäristöön liittyvät perhe, ystävät ja kaikki ne sosiaaliset verkostot, jotka

ovat vuorovaikutuksessa henkilön kanssa. Jokainen näistä tekijöistä vaikuttaa kuitenkin eri tavalla jokaiseen yksilöön sekä heidän toiminnalliseen suoriutumiseensa. Ympäristö voi vaikuttaa toiminnalliseen suoriutumiseen niin mahdollistavasti kuin rajoittavasti. (Law ym. 1996: 16–17; Strong ym. 1999: 124–125; Rigby – Letts 2003: 27; Brown – Stoffel 2011: 33.)

Olettamuksemme mukaan mielenterveyskuntoutujien ympäristö voi olla hyvin suppea. Siihen vaikuttaa mielenterveyskuntoutujan omat asenteet, kuinka hän ajattelee sairaudestaan sekä ympäröivästä maailmasta ja siitä kuinka ympäröivä maailma ajattelee hänestä. Ympäristön laajuuteen vaikuttavat kuntoutujan kokemukset siitä kuinka hänet on kohdattu ja otettu vastaan erilaisissa ympäristöissä, kokeeko kuntoutuja ympäristön rajoittavaksi vai mahdollistavaksi. Apuvälineillä pystytään parantamaan toiminnallista suoriutumista erilaisissa ympäristöissä.

Psykiatrian dosentti Kristian Wahlbeck kirjoittaa mielenterveyttä koskevassa artikkelissaan (Super 10/12) häpeäleistä eli stigmasta. Wahlbeck kirjoittaa Häpeäleima on mielenterveystyön suurin haaste -artikkelissaan, että käytännössä stigma näkyy niin yksityiselämässä, työpaikoilla kuin palveluissakin. Mielenterveyskuntoutujien syrjintäkokemukset ovat hyvin tavallisia. Häpeäleima voi Wahlbeckin mukaan aiheuttaa itsetunnon heikkenemisen lisäksi eristäytymistä sekä johtaa välttämiskäyttäytymiseen ja vetäytymiseen. Tällöin elämän mahdollisuudet kapenevat joka alueella. Wahlbeck kirjoittaa häpeäleiman johtavan yhtäläisiä oikeuksia loukkaavaan rakenteelliseen syrjintään työelämässä sekä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Wahlbeckin mukaan häpeäleima on omiaan heikentämään mielenterveyskuntoutujien terveyspalveluita estämällä hoitoon hakeutumista hoitohenkilökunnan asenteellisuuden takia. Lisäksi hän kirjoittaa, että häpeäleiman kielteiset vaikutukset eivät rajoitu pelkästään yksilöön, vaan haittaavat mielenterveystyön kehittämistä. (Super 10/12: 30–31.)

Ympäristötekijät koostuvat siitä fyysisestä, sosiaalisesta ja asenneympäristöstä, jossa ihmiset asuvat ja elävät. Fyysisen ympäristöön liittyvät tuotteet ja teknologia, kuten syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet sekä rakennukseen liittyvät tuotteet, luonnonmukainen ympäristö, kuten valo, ääni ja ilmanlaatu. Lisäksi ympäristötekijöihin kuuluvat tuki ja vuorovaikutussuhteet, asenteet sekä palvelut,

järjestelmät ja politiikka. Ne vaikuttavat henkilön selviytymiseen ja apuvälineen käyttöön. (Stakes ICF 2011: 16; Salminen 2010: 56.)

Toiminta

Toiminta (**Occupation**) on joukko tehtäviä (task) ja toimintoja (activity), joihin ihminen sitoutuu toimiessaan rooliensa mukaisesti erilaisissa tilanteissa. Kanadalaiset toimintaterapeutit luokittelevat toiminnan itsestä huolehtimiseen, tuottavuuteen ja vapaa-aikaan. Amerikkalaiset toimintaterapeutit käyttävät luokitteluna päivittäiset toiminnot (ADL ja IADL), koulutus, työ, leikki, vapaa-aika ja sosiaalinen osallistuminen. (Brown – Stoffel 2011: 33.) Toiminta on ryhmä toimintoja ja tehtäviä, joita yksilö toteuttaa saavuttaakseen omia sisäisiä tarpeitaan. Esimerkiksi kuntoutujan edellytetään ottamaan lääkkeitä joka päivä ja näin ollen toiminta on osa yksilön ammatillisia toimintoja. Toiminnot tapahtuvat eri ympäristössä sekä yksilön eri roolien mukaisesti. (Law ym. 1996: 16-17.)

Näkemyksemme mukaan mielenterveyskuntoutujilla voi olla sairaudesta johtuen vaikeuksia suoriutua toiminnoista rooliensa mukaisesti erilaisissa tilanteissa. Yksilöllä voi olla hankaluuksia toiminnan aloituksessa, kuten päivittäisten lääkkeiden ottamisessa oikeaan aikaan. Muistutuksen antavan lääkeannostelijan avulla kuntoutuja saattaisi muistaa ottaa lääkkeitä oikeaan aikaan.

Toiminnallinen suoriutuminen

Toiminnallinen suoriutuminen (**Occupational Performance**) on tulos yksilön, ympäristön ja toiminnan välisestä vuorovaikutuksesta koko elämänkaaren aikana. Tällä viitataan kykyyn valita, järjestellä, suoriutua tyydyttävästi merkityksellisistä toiminnoista, jotka ovat kulttuurisesti määriteltyjä, ikään sopivia ja jotka edistävät sosiaalista ja taloudellista rakennetta yhteisössä. (Brown – Stoffel 2011: 34.) Toiminnalliseen suoriutumiseen vaikuttavat yksilön monet ominaisuudet ja kokemukset, esimerkiksi minäkuva, kulttuurinen tausta ja henkilökohtainen pätevyys (Law ym. 1996: 15–17).

Olettamuksemme mukaan toiminnallinen suoriutuminen voi mielenterveyspotilailla heikentyä sairaudesta johtuvista seikoista, jotka estävät suoriutumasta päivittäisestä elämästä itseään tyydyttävällä tavalla. Mielenterveysongelmat voivat aiheuttaa

kognitiivisia pulmia, jotka vaikuttavat toiminnalliseen suoriutumiseen. Mielenterveyskuntoutujalla voi olla vaikeuksia esimerkiksi muistaa päivittäin otettavat lääkkeet ja tarvitsee siksi hoitajaa kotiinsa tarkistamaan lääkkeen ottamisen.

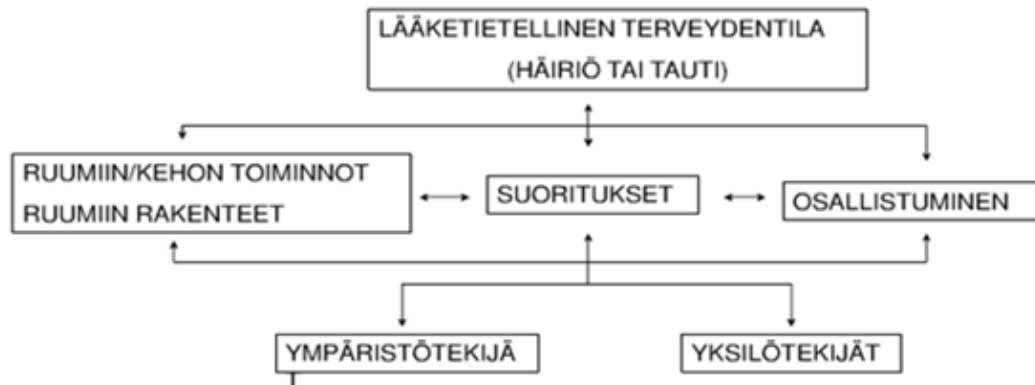
ICF -luokitus

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (International Classification on Functioning, Disability and Health), tunnetaan lyhenteellä **ICF-luokitus** (ks. kuvio 3.). ICF -luokitus on osa Maailman terveysjärjestön (WHO) kansainvälistä ”luokitusperhettä”, joka on kehitetty terveyteen liittyviä erilaisia tarkoituksia varten. WHO:n kansainvälinen luokitusperhe tarjoaa puitteet terveyttä koskevan monipuolisen informaation (esim. diagnoosien tai toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden sekä hoitoon tulon syiden) koodaamiseen. ICF tarjoaa yhtenäisen, kansainvälisesti sovitun kielen ja viitekehyksen kuvaamaan henkilön **toiminnallista terveydentilaa** ja **terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa**. ICF tarjoaa käsitteellisen viitekehyksen tiedolle, jota voidaan soveltaa yksilötason terveydenhoitoon, mukaan lukien sairauden ennaltaehkäisy, terveyden edistäminen ja osallistumismahdollisuuksien parantaminen, poistamalla tai lievittämällä yhteiskunnallisia rajoitteita ja edistämällä sekä sosiaalisten tukitoimien että suoritusta ja osallistumista edistävien tekijöiden tarjontaa. (Stakes ICF 2011: 3-6.)

ICF -luokituksessa on kaksi osaa, joista kumpikin koostuu kahdesta osa-alueesta. Luokituksen ensimmäinen osa käsittelee **toimintakykyä ja toimintarajoitteita** ja toinen osa **kontekstuaalisia** tekijöitä. Toimintakyky ja toimintarajoitteet osa-alueita ovat ruumis ja keho sekä suoritukset ja osallistuminen. Ruumiin- ja kehontoimintoja ovat elinjärjestelmän fysiologiset toiminnot, joihin luetaan myös mielentoiminnot. Suoritus on tehtävä tai toimi, jonka henkilö toteuttaa. Osallistuminen on osallisuutta elämän tilanteisiin. Suoritusrajoite on vaikeus, joka yksilöllä on tehtävän tai toimen toteuttamisessa. Kontekstuaaliset tekijät koostuvat ympäristö- ja yksilötekijöistä. Ympäristötekijöitä ovat fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö, jossa ihmiset elävät ja asuvat. Yksilötekijöitä ei luokitella ICF-luokituksessa. Yksilötekijöitä ovat muun muassa sukupuoli, rotu, ikä, yleiskunto, elämäntavat, tottumukset, selviytymisstrategiat ja muut tämänkaltaiset tekijät. Luokituksen käyttäjä voi sisällyttää ne tarpeen mukaan arvioihinsa. Kukin osa-alue koostuu joukosta aihealueita. Jokainen aihe-alue koostuu puolestaan kuvauskohteista, jotka ovat ICF-luokituksen luokitusyksiköitä. Yksilön

toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa voidaan kuvata yhden tai useamman kuvauskohdekoodin ja niihin liitettävien rakenteiden avulla. Tarkenteet ovat koodinumeroita, joilla määritetään toimintakyvyn tai toimintarajoitteiden aste tai merkitys tietyn kuvauskohteen osalta, tai se, missä määrin ympäristötekijä toimii edistävänä tai rajoittavana tekijänä. (Stakes ICF 2011: 7-21.)

WHO/ICF Toimintakykyluokituksen viitekehys



Kuvio3. ICF -luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (mukaillen Stakes ICF 2011:18.)

ICF -luokituksen mukaan mielen toiminnat liittyvät ruumiin ja kehon toimintoihin. Mielen toiminnat on jaettu kahteen alaluokkaan Kokonaisvaltaiset mielen toiminnat (b110-b139) sekä Erityiset mielen toiminnat (b140-b189) (Stakes 2011:48–53).

3.3 Kognitiivinen toimintakyky ja toimintakyvyn häiriöt

Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleensä ihmisen valmiuksia selviytyä jokapäiväisen elämän tehtävistä kotona, työssä ja vapaa-ajalla. Toimintakyvyn määrittelytavat vaihtelevat tieteenalan ja näkökulman mukaan. Toimintakykyä tarkastellaan yleensä erikseen fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuudella. Psyykkistä toimintakykyä tarkastellaan usein kognitiivisten kykyjen, psyykkisten voimavarojen ja kestävyys pohjalta (Järvikoski – Härkäpää 2008: 94 – 95). Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa -julkaisussa kognitiivinen toiminta on määritelty tiedonkäsittelyksi, jonka keskeisiä osa-alueita ovat tarkkaavuuden ja keskittymisen ylläpito, muisti, kielelliset toiminnot, toiminnanohjaus, avaruudellinen hahmottaminen ja kykyyn hahmottaa osista kokonaisuuksia. Kognitiivisen toiminnan ongelmilla tai oireilla tarkoitetaan tiedonkäsittelyn ongelmia,

jotka ilmenevät abstraktin ajattelun, muistin ja oppimisen tai hahmottamisen vaikeuksina (Stakes 2008: Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa: 9-10).

Kognitioon liittyy prosessit, jotka ovat yhteydessä hahmottamiseen, ymmärtämiseen ja informaation käyttämiseen. Siihen liittyy muitakin kognitiivisia komponentteja, kuten tarkkaavaisuus, muisti ja toiminnanohjaus. (Brown – Stoffel 2011: 242.)

Toimintaterapeutti, erikoistutkija Tuula Hurnasti on määritellyt Apuväline-foorumi – ajankohtaista apuvälinealalta luennollaan 2010 kognitiivisen toiminnan seuraavalla tavalla:

Se on tiedon käsittelyä, johon kuuluvat

- havaintotoiminnat
- muisti
- oppiminen
- tarkkaavaisuus
- tiedonkäsittelytoimintojen suuntaaminen ja säätely

Lennart Lundin ja Ove S. Ohlsson ovat tuoneet esille kirjassaan Psykkisen toimintakyvyn häiriöt (2002: 34-80) seuraavia psyykkisesti sairastavien ihmisten toimintaan vaikuttavia asioita.

Aloitekyky

Neurologisten tutkimusten mukaan aloitekyky on erillinen ominaisuus, joka ei välttämättä ole yhteydessä motivaatioon. Jotta päästäisiin ajatuksesta tekoihin, ei riitä, että kiihkeästi odotetaan tai toivotaan jotakin. Voidaan olla hyvin motivoituneita tekemään jotakin, mutta mielen on painettava ”starttinappulaa”, jotta päästäisiin alkuun. Häiriöt aloitekyvyssä huomaa usein arkielämässä siitä, että ihminen on yksin ollessaan hyvin passiivinen, mutta toimii aivan normaalisti toisen ihmisen ollessa toiminnoissa mukana.

ICF -luokituksen mukaan aloitekyky voitaisiin luokitella kuuluvaksi luokkaan b164 Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot. Aivolohkoista riippuvaisiin erityisiin mielentoimintoihin perustuu monimutkainen tavoitekeskeinen käyttäytyminen. Esimerkkejä tällaisesta ovat päätöksen teko, käsitteellinen ajattelu, suunnittelu ja

suunnittelun toimeenpano, henkinen joustavuus ja päätöksen teko siitä mikä on asianmukaista käyttäytymistä missäkin tilanteessa. (Stakes ICF 2011: 57.)

Ajantaju, syy ja seuraus

Monella psyykkisestä toiminnanhäiriöistä kärsivällä ajantaju on kadonnut. Henkilön ajattellessaan menneitä, muistoista muodostuu eräänlaisia aikasaaria – henkilö ei näe yhteyttä eri ajanjaksojen tapahtuminen välillä. Hän tietää jotain tapahtuneen, mutta ei tiedä milloin. Hänen on vaikea oppia edes erehdyksistään, koska hän ei ymmärrä miten tapahtumat liittyvät toisiinsa. Esimerkiksi henkilö ei ymmärrä syy-yhteyttä: vuokralasku – maksamaton vuokra – varoitus – häätö. Vastaavalla tavalla hän ei näe yhteyttä lääkityksen ottamatta jättämisen ja sairauden uusimisen välillä. Henkilö ei kykene käyttämään kokemuksiaan, eikä oppimaan virheistään; hän ei ymmärrä syy-seuraus suhteita.

ICF-luokituksen mukaan ajantaju voitaisiin luokitella orientoitumistoimintoihin (b114). Ne ovat yleisiä mielentoimintoja, joihin perustuu tieto omasta asemasta ja sen varmistumisesta itseän, muihin, aikaan ja ympäristöön. (Stakes ICF 2011: 48.)

Suunnittelu- ja järjestelykyky

Monella psyykkisestä toimintahäiriöistä kärsivällä puuttuu kyky järjestellä asioita tulevien tapahtumien varalle. Järjestelykyvyn puuttuessa ihmisen on vaikea käsittää, että tarvittavaan lopputulokseen pääseminen vaati tiettyjä järjestelyjä. Järjestelykyvyn puute vaikuttaa myös ruuanlaittoon ja muuhun taloudenhoitoon. Ruuan valmistamista varten on katsottava mitä jääkaapista löytyy, ostettava puuttuvat ainekset ja kuljetettava ne kotiin. On ajateltava ja järjesteltävä niin monta asiaa, että järjestelyistä voi muodostua suuria esteitä, esimerkiksi ostokset jäävät hankkimatta. Usein toimintakyvyttömyys saakin vallan ja ruoka jää tekemättä.

ICF -luokituksen mukaan suunnittelu- ja järjestelykyvyn voisi luokitella korkeatasoisiin kognitiivisiin toimintoihin (b164), joihin perustuu monimutkainen tavoitekeskeinen käyttäytyminen. Järjestely ja suunnittelu (b1641) ovat mielentoimintoja, joihin perustuu osien yhdistyminen ja järjestyminen kokonaisuuksiksi; sellaisen menetelmän kehittäminen, jonka avulla tekemisessä edetään tai toimitaan. (Stakes ICF 2011: 57.)

Kyky jäsentää arkielämää

Kyvylä jäsentää arkielämää on suurin merkitys vakaan ja turvallisen elämän luomiseen. Kun ihmisellä on tietyt toimivat rutiinit, hänen ei tarvitse käyttää aikaansa ja voimiaan päivän suunnitteluun. Turvallisuus piilee toimivassa perusmallissa, johon on helppo palata. Tämän kyvyn puuttuessa menettää myös sen tuoman turvallisuuden, ja päivästä tulee merkityksettömiä. Vakaan järjestelymallin puuttuessa jokaisen päivän toiminnoista tulee kuin uusia, suuria ponnisteluja vaativia tehtäviä. Passiivisuus ja saamattomuus saavat vallan ja tehtävistä tulee niin ylitsepääsemättömiä, että voimat eivät riitä niiden toteuttamiseen.

Arkielämän jäsentely voitaisiin luokitella ICF-luokituksen mukaan myös korkeatasoisiin kognitiivisiin toimintoihin (b164). Nämä ovat otsalohkoista riippuvaisia toimintoja, joihin perustuu monimutkainen tavoitekeskeinen käyttäytyminen. (Stakes ICF 2011:57.)

Keskittymiskyky ja sen ylläpitäminen

Jatkuvien sisäisten ja ulkoisten ärsykkeiden valtavassa tulvassa ihmisellä on oltava suodatin, joka auttaa häntä seulomaan pois tilanteista turhat ärsykkeet ja keskittymään olennaiseen. Esimerkiksi bussimatkan aikana on valtavasti ärsykeitä: Kehon lähettämät viestit, ilmastointi surisee, kanssamatkustajalla on punainen takki ja vihreä lakki, lamput loistavat, vieressä istuva lukee lehteä ja huokailee ja niin edelleen, mutta siellä ollaan tietystä syystä, että pääsisi tiettyyn paikkaan. Psykkisesti toimintaesteisillä keskittymiskyky on usein häiriintynyt. Kyseisestä häiriöstä kärsivä ihminen saattaa poistua bussista tietämättään, jäämällä pois väärällä pysäkillä. Kun vihdoon on pystytty keskittymään, herpaantuminen ei saisi tapahtua liian helposti, vaan huomio pitäisi pystyä säilyttämään asiassa kohtuullisen ajan. Psykologisen tutkimuksen mukaan tämä aika on rajoitettu myös normaaliolosuhteissa. Häiriöt vaikeuttavat keskittymiskykyä kaikilla, mutta toimintaesteisillä on usein vielä vaikeampaa ylläpitää keskittymistään.

Käsityksemme mukaan monissa mielenterveyden sairauksissa on usein pulmia liittyen juuri kognitiivisiin toimintoihin. Henkilöllä voi olla pulmia esimerkiksi tarkkaavuuden suhteen ja keskittymiskyky voi olla heikentynyt sairauden takia. Keskittymiskyky voitaisiin luokitella tarkkaavuus toimintoihin (b140). Ne ovat mielentoimintoja, joihin

perustuu tarkkaavuuden kohdentuminen ulkoiseen ärsykkeeseen tai sisäiseen kokemukseen tilanteen vaatiman ajanjakson ajaksi. (Hurnasti 2010; Stakes ICF 2011: 53.)

3.4 Aivot ja muisti

Aivot ja muisti liittyvät työhömmme oleellisesti, koska muisti on yksi kognitiivinen perustoiminto, jota tarvitaan jokapäiväiseen elämään. Teoksessa Occupational Therapy in Mental Health A Vision of Participation, muisti on jaettu kahteen osa-alueeseen; lyhytkestoinen muisti ja pitkäkestoinen muisti. Lyhytkestoisessa muistissa asiat pysyvät mielessä sekunteja tai minuutteja kun taas pitkäkestoiseen muistiin kartutetaan asioita elämän varrelta (Brown – Stoffel 2011: 244).

Aivojen tehtävä on elämän ylläpitäminen. Aivot vastaavat yksilön ja ympäristön välisestä vuorovaikutuksesta. Ne säätelevät viime kädessä kaikkien muiden elinten toimintaa ja niiden sisäinen aktiivisuus tuottaa ihmisen mielen toiminnan. Aivot välittävät aistien avulla tietoa ympäristöstämme ja ohjaavat sen perusteella toimintaamme. Ihmisen aivoihin on kehittynyt evoluution tuloksena korkeampia tiedonkäsittelytoimintoja, kuten muistaminen, kielelliset toiminnot ja kyky ongelmanratkaisuun. Aivojen toimintaan perustuu myös jokaisen ihmisen yksilöllinen persoonallisuus ja tunteet.

Muisti on tapahtumasarja, jossa palautetaan mieleen aiemmin opittuja ja koettuja asioita sekä opitaan uutta. Kun muisti toimii, uusi tieto tallentuu aivoihimme ja on palautettavissa myöhemmin käyttöömme. Muistaminen edellyttää mieleen painamista, mielessä säilyttämistä ja mieleen palauttamista. ICF-luokituksen mukaan muistitoiminnot ovat erityisiä mielen toimintoja, joihin perustuu tiedon kirjautuminen ja tallentuminen muistiin ja sen mieleen palautuminen tarvittaessa. Muistitoiminnot (b144) sisältävät lyhyt- ja pitkäkestoisen muistin, välittömän, lähi- ja kaukomuistin, sarjamuistin, mieleenpalauttamisen, muistamisen ja ne toiminnot, joita käytetään vapaassa mieleenpalautumisessa ja oppimisessa. (Stakes ICF 2011: 53.)

Kaikki älyllinen toiminta perustuu tavalla tai toisella muistiin. Muistin eri osatekijöiden monimutkainen yhteistoiminta edellyttää riittävää vireystilaa. Ilman muistia yksilöllä ei olisi identiteettiä tai elämänhistoriaa, läheisimmätkin ihmiset pysyisivät tuntemattomina

ja käsitys maailmasta olisi vain havaintojen virtaa; mikään ei jäsenyisi meille ymmärrettävästi. Myös sanojen ja kielen ymmärtäminen sekä mielikuvien muodostaminen vaatii muistia. Oppimisessa on kyse aktiivisesta tiedon muokkaamisesta, jäsentämisestä ja merkitysten analysoinnista ja siihen vaikuttavat vahvasti yksilön tavoitteet, tunteet ja motivaatio. Tiedon painuminen muistiin tarkoittaa tiedonvälitystä tiettyjen hermosolujen välillä, mikä tarpeeksi pitkään jatkuessaan muuttaa hermosolujen keskinäistä viestintää pysyvästi. (Muistiliitto n.d.)

Mielenterveyskuntoutujilla on usein muistin kanssa ongelmia. Itse sairaudet voivat aiheuttaa muistiin ja muistamiseen liittyviä pulmia. Muistioireiden psyykkisiä syitä voivat olla depressio, ahdistustilat, uupumusoireyhtymä (burn out), skitsofreniformiset ja muut psykoosit sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Muistiin ja muistamiseen voivat vaikuttaa myös mahdolliset käytössä olevat lääkkeet. (Terveysportti. 2010. Muistioireet, lievä kognitiivinen heikentyminen ja dementia. Lääkärin tietokannat.)

3.5 Apuvälineet

On olemassa monia apuvälineitä. Esimerkiksi silmälasit ovat näön apuväline, kalenteri on muistin apuväline ja puhelin on apuväline sosiaalisiin kontakteihin. Monet mieltävät apuväline-sanana liittyvän fyysiseen sairauteen tai vammaan.

Apuväline on väline, laite tai vastaava, joka edistää tai ylläpitää henkilön toimintakykyä ja osallistumista silloin, kun se on vamman, sairauden tai ikääntymisen vuoksi heikentynyt. Apuvälineitä voidaan käyttää mahdollistamaan ja edistämään ihmisen jokapäiväistä toimintaa ja osallistumista yhteiskuntaan, ja sitä kautta hänen terveyttään ja hyvinvointiaan. Suomessa myös puhutaan apuvälineistä usein muilla käsitteillä, kuten itsenäisen suoriutumisen teknologia, hyvinvointitekhnologia, gerontekhnologia, terveystekhnologia tai sosiaalitekhnikka. Apuvälineet saattavat olla ratkaisu ongelmaan tilanteessa, jossa ihmisen toiminta ja osallistuminen on vamman, sairauden, kehitysviivästymän tai ikääntymisen takia heikentynyt. Apuvälineiden avulla ihmiset voivat ylläpitää tai edistää toimintakykyään ja siten myös terveyttään ja hyvinvointiaan. Niiden avulla voidaan myös ennaltaehkäistä mahdollisesti suurempia toimintakyvyn ongelmia. (Salminen 2010: 13–17.)

Apuvälinekirjassa (Salminen 2010: 9-11) on apuvälineet jaettu seuraaviin luokkiin (tummennetut kohdat liittyvät kognitiivisiin toimintoihin):

- 1) Kuulemisen, näkemisen, **kommunikoinnin** ja liikkumisen apuvälineet
esimerkkejä tähän ryhmään kuuluvista apuvälineistä ovat:
 - kuulokoje
 - **kommunikaattori**
 - rollaattori, kävelykepit
 - valkoiset kepit
 - kiikari

- 2) Ortoosit ja proteesit, asumisen, **päivittäisten toimien, harrastamisen, työn ja opiskelun apuvälineet**
esimerkkejä tähän ryhmään kuuluvista apuvälineistä ovat:
 - liukuestemuovi
 - erilaiset langanpujottimet
 - isonäppäinpuhelimet
 - kaatonokat, jotka helpottavat kaatamista mehu- ja maitotölkeistä.
 - Suurennuslasit
 - wc-istuin korottimet
 - **lääkeannostelija**
 - **kalenteri**

ICF luokittelee myös apuvälineitä pääluokassa tuotteet ja teknologiat. Siinä kuvataan luonnontuotteita tai ihmisen tekemiä tuotteita tai tuotejärjestelmiä, laitteita ja teknologiaa, jotka kuuluvat ihmisen välittömään ympäristöön ja jotka on koottu, luotu, valmistettu tai tuotettu teollisesti. ISO 9999, teknisten vammaisvälineiden luokitus määrittää ne seuraavasti: vammaisväline on mikä tahansa vammaisen henkilön käyttämä tuote, koje, laite tai tekninen järjestelmä, joka on joko erityisvalmisteinen tai yleisesti saatavilla ja jonka tarkoituksena on toimintarajoitteiden estäminen, kompensointi, hallinta, helpottaminen tai poistaminen. Voidaan sanoa, että mikä tahansa tuote tai teknologia voi olla erityisväline. ICF -luokituksen mukaan kognitiiviset apuvälineet voitaisiin luokitella luokkaan e115, päivittäisen elämän tuotteet ja teknologiat henkilökohtaiseen käyttöön. Tämä luokitus sisältää välineet, tuotteet ja teknologiat, joita ihmiset käyttävät päivittäisissä toimissa, mukaan lukien ne yksilöllisesti sovitettut tai erityissuunnitellut, ja jotka on asetettu käyttäjän kehon sisälle tai joita hän pitää yllään tai käyttää lähietäisyydellä. (Stakes ICF 2011: 171–172.)

Olimme yhteydessä Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen Tuula Hurnastiin (erikoissuunnittelija, TtM, toimintaterapeutti) kognitiivisten apuvälineiden korvattavuudesta. Hurnastin mukaan kognitiiviset apuvälineet ovat melko uusia ja siksi niiden korvaamisesta ei ole muodostunut joustavaa käytäntöä. (Hurnasti 2012: Kirjallinen tiedonanto.)

Asetuksen mukaan apuvälineet kuuluvat lääkinnällisen kuntoutuksen palveluihin (Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015). Kuntoutujan on täytettävä sosiaali- ja terveysministeriön antamat ehdot, jotta lääkinnällinen apuväline voidaan korvata. Jos ehdot täyttyvät, apuväline korvataan lääkinnällisenä kuntoutuksena tai vammaispalveluna. **Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta** 1§ sanotaan seuraavaa:

Apuvälineen käyttöön luovutuksen perusteet
Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksen edellytyksenä on sellainen lääketieteellisin perustein todettu sairaus, vamma tai kehitysviivästymä, joka heikentää potilaan toimintakykyä ja vaikeuttaa hänen itsenäistä selviytymistään.

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineinä luovutettavien välineiden, laitteiden, tarvikkeiden, tietokoneohjelmien sekä muiden ratkaisujen tarkoituksena on edistää potilaan kuntoutumista, tukea, ylläpitää tai parantaa toimintakykyä jokapäiväisissä toiminnoissa taikka ehkäistä toimintakyvyn heikentymistä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta).

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380 1. luvun 1§ sanoo seuraavaa:

Lain tarkoitus

Tämän lain tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä.

2§ määrittelee vammaisen henkilön seuraavalla tavalla:

Vammaisella henkilöllä tarkoitetaan tässä laissa henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380).

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759 pykälä 17 sanoo seuraavaa:

Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa tarvittavat välineet, koneet ja laitteet

Korvausta muiden kuin lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin kuuluvien välineiden, koneiden tai laitteiden hankkimisesta aiheutuviin kustannuksiin suoritetaan sellaiselle vammaiselle henkilölle, joka tarvitsee niitä vammansa tai sairautensa johdosta liikkumisessa, viestinnässä, henkilökohtaisessa suoriutumisessa kotona tai vapaa-ajan toiminnoissa. (Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759).

Näkemyksemme mukaan laissa tarkoitetaan sitä, että apuvälineen tarvitsijalla täytyy olla jokin lääketieteellinen sairaus, tässä tapauksessa lääkärin toteama mielenterveyden sairaus, joka heikentää hänen toimintakykyään. Potilaalle ajatellun apuvälineen käytön tarkoituksena on edistää hänen kuntoutumistaan, tukea, ylläpitää tai parantaa toimintakykyä jokapäiväisissä toiminnoissa tai ehkäistä hänen toimintakykynsä heikentymistä. Apuvälineen tarve on arvioitava yksilöllisesti ja käyttäjälähtöisesti, ottaen huomioon yksilön toimintakyvyn, elämäntilanteen sekä ympäristön apuvälineen toimivuudelle asettamat vaatimukset.

Tutkiessamme apuvälinekuvastoja huomasimme apuvälineiden olevan melko kalliita, jotkut jopa useita satoja euroja. Tuula Hurnasti on kanssamme samaa mieltä apuvälineiden kalleudesta. Hän sanookin, että silloin täytyy harkita tarkkaan asiakkaan apuvälineestä saamaa hyötyä ja sitä ovatko ne järkevässä suhteessa kustannuksiin. Kalliskin apuväline puoltaa paikkaansa, jos sen avulla ihminen on omatoimisempi ja esimerkiksi avuntarve vähenee. Sosiaalitoimen kautta voidaan korvata tai antaa käyttöön vammaisen henkilön päivittäisissä toiminnoissa tarvitsemia välineitä, kojeita ja laitteita, jotka ovat muita kuin lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä. Jos ne myönnetään vammaispalveluna, niin niiden hankintakustannuksista korvataan puolet. (Hurnasti 2012: Kirjallinen tiedon anto.)

Kela voi korvata apuvälineitä (Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005), jos niiden käyttö tukee ammatillista kuntoutusta tai jos niiden avulla pystyy jatkamaan työssä tai voi opiskella ammatin johon työllistyy. Kelan korvaamat apuvälineet ovat yleensä kalliita ja teknisesti vaativia. Perinteisesti tällaisia ovat olleet näkövammaisten tarvitsemat tietotekniset apuvälineet. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380; Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759.)

3.6 Tutkimukset

Olemme perehtyneet lukuisiin koti- ja ulkomaisiin tutkimuksiin. Emme löytäneet yhtään kotimaista tutkimusta, jossa olisi tutkittu suoraan apuvälineiden tarpeellisuutta mielenterveyskuntoutujille. Teimme hakuja eri tietokannoista, kuten esimerkiksi Theseus, Google, Hjälpmedelsinstitutet, EBSCOhost, Duodecim ja OTDBASE. Hauissa käytimme eri hakusanoja kuten mielenterveys, apuvälineet, hjälpmedel, aid, mental health, mentalhygien, mielenterveys ja apuvälineet. Ruotsissa aihetta on tutkittu ja siellä on tehty opas apuvälineistä mielenterveyskuntoutujille. Tässä alaluvussa esittelemme muutamia tutkimuksia sekä niiden tuloksia.

Livensjö Monika ja Larsson Hans (n.d) ovat toteuttaneet Ruotsissa projektin **Kognitiva hjälpmedel till personer med ett psykiskt funktionshinder** (Kognitiiviset apuvälineet mielenterveyskuntoutujilla). Projektiin osallistui 15 vakavasti psykiatrisesti sairasta asukasta, jotka asuvat ympärivuorokautisesti tuetussa asuntolassa. Asukkailla oli oma huone jossa oli wc ja suihku. Ruokailu, pyykinpesu ja muu sosiaalinen toiminta tapahtui yhteisissä tiloissa. Kuudelle (6) asukkaalle otettiin käyttöön kognitiivisia apuvälineitä. Apuvälineet olivat yksilöllisesti valittu yhdessä toimintaterapeutin, asukkaan ja henkilökunnan kanssa. Yleisissä tiloissa otettiin käyttöön yleiset apuvälineet kaikkien asukkaiden käyttöön. Apuvälineiden käyttöä seurattiin kolme kertaa kokeilun aikana: alussa, keskellä ja lopussa.

Yleisissä tiloissa käytetyt apuvälineet:

*Suuri kirkas valkotalu, jossa oli päivämäärä ja jokaisen vuorossa olevat työntekijän nimi. Tällöin asukkaat tietävät kuka heitä hoitaa. Taulussa mainittiin myös erikoistapahtumat, esimerkiksi jonkun asukkaan syntymäpäivä. Ilmoitustaululla informoitiin viikoittainen toiminta-aikataulu, kuten ruuanlaitto-, siivous- ja pesula-aikataulut.

*Pesutupaan oli laitettu kaksi eriväristä koria pyykinlajittelua varten (tumma ja vaalea pyykki), sekä ohjeet pesukoneen ja kuivausrummun käyttöön.

*Henkilökohtaiset postilaatikot huoneen ovien ulkopuolella kodinomaisen tunnelman luomiseksi.

*Henkilökohtaiset nimetyt mikit keittiössä, jotta jokainen huolehtisi sen käytöstä ja puhdistuksesta. Tätä ennen asukkaat ottivat aina puhtaan mukin jolloin niitä ei riittänyt kaikille.

Henkilökohtaisiksi apuvälineiksi Lövhagan asukkaille valittiin

*Muistikello (kom ihåg-klockan); johon on tallennettu muistutus tehtävistä jokaisen omalla äänellä. Asukkaan oman äänen käyttö koettiin tärkeäksi, ettei tarvinnut kuunnella henkilökunnan "nalkuttavaa" ääntä. Kello oli helppo ohjelmoida, mutta oli tärkeää muistaa tehdä päivitykset tehtävien muuttuessa.

*Puhelin (Handi, handdator), jossa oli kalenteri ja muistutin päivän aktiviteeteistä. Tärkeää oli poistaa vanhat hälytykset sekä tehdä aikataulumuutokset. Puhelin oli yhteydessä tietokoneeseen.

*Ajastin (timestock), jota käytettiin moniin toimintoihin, kuten tupakalla käynnin rajaamiseen ja herättämiseen aamuisin. Ajastin toimi hyvin ja asiakkaan oli helppo käyttää sitä.

*Saippuarajoitin, jotta asukas ei käytä koko saippuapulloa kerralla. Apuvälineen tarkoitus on rajoittaa kerralla käytettävän saippuan määrää. Tämä väline osoittautui kätevä niille joilla oli tapana tyhjentää koko saippuapullo kerralla.

*Tärisevä herätyskello (Shake awake), joka herättää valon, äänen ja värinän avulla. Näyttö on iso jotta kellonaika näkyy selvästi.

*Pallopeitto, (Bolltacke) joka lisää painoa ja säätelee lämpö- ja tuntostimulaatiota, joilla on rauhoittava vaikutus. Tälle apuvälineelle ei löydetty sopivaa käyttäjää, koska kaikki asukkaat olivat liian psykoottisia, ja luulivat peiton sisällä olevia palloja pommeiksi.

Projektissa selvisi, että strukturoitu ympäristö helpottaa asukkaan toimimista ympäristössä. Apuvälineiden käyttöönotossa on tärkeää ottaa huomioon henkilön yliherkkyydet, motivaatio ja ymmärrys apuvälineen käytön merkityksestä. Apuvälineiden oikea käyttö ja niiden käyttöopastus tulisi olla selkeää. Projektiin valitut apuvälineet toimivat hyvin, asukkaat olivat motivoituneempia ja ympäristö koettiin

arvokkaammaksi ja henkilökohtaisemmaksi. Projektin myötä syntyi myös uusia ideoita, kuten ympäristön muokkaaminen väreillä ja musiikin käytöllä.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tutkija Satu Viertiö on tehnyt väitöskirjansa **Functional Limitations and Quality of Life in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders** (Skitsofreniaan ja muihin psykooseihin sairastuneiden toimintakyvyn rajoitukset ja elämänlaatu). Väitöskirjasta saimme tutkimustietoa psykoosiin sairastuneiden toimintakyvyn rajoitusten laajuudesta verrattuna samanikäiseen yleisväestöön. Viertiön tutkimus arvioi psykoosisairauksista kärsivien näkö- ja liikkumiskykyä, arkielämän toimintoja, elämänlaatua, niissä ilmenevien ongelmien esiintyvyyttä ja vakavuutta sekä ongelmiin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen mukaan skitsofreniaa ja muita ei-mielialaoireisia psykooseja sairastavilla oli huomattavasti enemmän rajoituksia arkielämän toiminnoissa, sanasujuvuudessa ja kielellisessä muistissa kuin yleisväestöllä (Viertiö 2011: *Functional Limitations and Quality of Life in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders*.)

Pohjoismaissa on tehty haastattelututkimuksia esimerkiksi Stakesin julkaisema (2008) **Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa Muistia ja muita kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet dementoituvan ihmisen arjessa.**

Tutkimuksessa on koottu 29 tapauskuvausta, jotka perustuvat dementoivaa sairautta sairastavien ihmisten, heidän omaistensa ja apuvälinealan asiantuntijoiden haastatteluihin. Haastateltavilta kysyttiin muistia ja muiden kognitiivisia toimintoja tukevien apuvälineiden käytöstä sekä niiden myönteisistä tai kielteisistä vaikutuksista niitä käyttävän ihmisen ja hänen omaistensa päivittäiseen elämään. Julkaisussa kuvatut apuvälinevalinnat kertovat siitä, että apuvälineiden käyttäminen voi olla kannattavaa sekä yksilön elämänlaadun että yhteiskunnan talouden kannalta. Tämän laadullisen analyysin pohjalta on saatu käsitys siitä kuinka kognitiivista toimintaa tukevat apuvälineet voivat auttaa päivittäistä toimintaa ja pidentää sitä aikaa, jota muistioireiset ihmiset voivat kokea olevansa toimivia ja yhteiskuntaan osallistuvia ihmisiä (Stakes 2008: *Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa*: 17).

4 Lähestymistavan ja kehittämismenetelmien kuvaus, kehittämishankkeen toteutus

Tässä kappaleessa kuvaamme kehittämistehtävämme lähestymistapaa, kuvaamme käyttämiämme kehitysmenetelmiä sekä kuinka kehittämishankkeemme käytännössä toteutui.

Ennen konkreettisten menetelmien valintaa on syytä pohtia yleisesti millaisella lähestymistavalla kehittämistyötä viedään eteenpäin (Ojasalo ym. 2010: 36).

Kehittämistehtävämme on konstrukttiivinen tutkimus, jossa on otettu huomioon käyttäjäkeskeisyys. Konstrukttiivinen tutkimus soveltuu hyvin lähestymistavaksi kun tehtävänä on luoda konkreettinen tuotos, esimerkiksi uusi tuote, järjestelmä, malli tai suunnitelma. Konstrukttiivisessa tutkimuksessa pyritään hyvin käytännönläheiseen ongelmanratkaisuun luomalla uusi rakenne. Uuden rakenteen luomiseksi tarvitaan olemassa olevaa teoreettista tietoa ja uutta empiiristä eli käytännöstä kerättävää tietoa. Konstrukttiivisessa tutkimuksessa korostuu tutkimuksen hyödyntäjän ja toteuttajien välinen kommunikointi. (Ojasalo ym. 2010: 65–66.) Lähestymistapa näkyy työssämme vierailuina eri paikkoihin, mielenterveyskuntoutujien ja asiantuntijoiden haastatteluina sekä perehtymällä teoriaan.

Aloitimme aineistonkeruun tutustumalla erilaisiin kognitiivisiin apuvälineisiin. Kognitiivisia apuvälineitä löysimme Toimiva koti -vierailullamme, apuvälinevalmistajien oppaista ja heidän Internet-sivuiltaan.

Vierailimme Helsingin Käpylässä sijaitsevassa Toimiva koti- informaatiokeskuksessa, josta saimme tietoa kognitiivisista apuvälineistä, niiden valmistajista ja jälleenmyyjistä. Apuvälinevalmistajiin ja jälleenmyyjiiin oli todella vaikea saada yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse. Sinnikkyyttemme kuitenkin palkittiin kun apuvälinevalmistaja ja niiden jälleenmyyjä Comp-aid Oy vastasi puhelinsoittoomme heinäkuussa 2012. Puhelinyhteyden jälkeen sovimme tapaamisajan heidän toimistolleen Helsingin Lassilaan. Siellä oltiin hyvin kiinnostuneita aiheestamme ja henkilökunta esitteli valikoimissaan olevia apuvälineitä. Olimme valmiiksi miettineet mahdollisesti mielenterveyskuntoutujille sopivia apuvälineitä. Jatkoimme pohdintaa yhdessä Comp-

aid Oy:n Timo Rosendahlin (toimintaterapeutti) kanssa, mitkä apuvälineet soveltuisivat parhaiten mielenterveyskuntoutujille.

Ensimmäiseksi suunniteltu haastattelu oli tarkoitus mennä tekemään MTKL:n kurssille toukokuussa 2012. Tämä kurssi peruuntui vähäisen osallistujia määrän takia. Karoliina Ahosen kanssa tulimme siihen tulokseen, että yritämme päästä tekemään haastattelun heidän päiväkurssilaisilleen. Päiväkurssilaisten ohjaajat olivat sitä mieltä, etteivät heidän kuntoutujansa tarvitse apuvälineitä ja he eivät olleet kiinnostuneita osallistumaan haastatteluun. Mielenterveyden keskusliitolla kesäkuussa 2012 pidetyssä palaverissa Karoliina Ahonen ehdotti, että kysymme ASPA Palvelut Oy:ltä, olisiko heillä halukkaita kuntoutujia osallistumaan haastatteluun.

Olimme yhteydessä ASPA Palvelut Oy:n palvelupäällikköön Petra Haatajaan, joka kutsui meidät tapaamiseen Malmille. Siellä esittelimme hänelle päättötyön aiheen ja suunnitelman. Petra oli kiinnostunut opinnäytetyömme aiheesta ja lupasi että saamme tehdä työhömmme liittyvän haastattelun heidän asiakkailleen Vantaan toimintayksikössä.

Sovimme Petra Haatajan kanssa toisen tapaamisen Vantaan Hakunilaan heidän toimitiloihinsa. Tapaamisessa oli mukana asumispalveluvastaava Anita Wulfing (toimintaterapeutti), joka toivotti meidät tervetulleiksi tekemään haastattelua. Teimme Vantaan toimintayksikön henkilökunnalle kirjeen, jossa esittelimme asiamme ja toivotimme heidät tervetulleiksi paikalle (liite 1). Kuntoutujille teimme mainoksen, jossa kerrottiin 8.8.2012 olevasta tilaisuudesta (liite 2).

Käytimme ammatillista harkintaa kartoittaessamme mahdollisimman hyödyllisiä apuvälineitä mielenterveyskuntoutujien avuksi. Ammatillinen harkintamme koostuu toimintaterapian teoriasta ja käytännön kokemuksesta sovellettuna PEO-mallin mukaisesti. Ajattelimme mielenterveyskuntoutujaa yksilönä, jolla on heikkouksia ja arkea rajoittavia tekijöitä, ja joihin hän saattaa useasti tarvita toisen ihmisen tukea. Valitsemillamme apuvälineillä voidaan mahdollistaa yksilön itsenäisempi toimintakyky ja varmistaa toiminnallisen oikeudenmukaisuuden toteutuminen. Valitsimme Comp-Aid Oy:n kuvastosta yhdeksän (9) apuvälinettä, jotka otimme mukaan kyselylomakkeeseen. Saimme Comp-Aid Oy:ltä viisi (5) apuvälinettä lainaksi 8.8.2012 pidettyyn tilaisuuteen. Teimme valitsemistamme apuvälineistä PowerPoint -esityksen (liite 3). Kuvat PowerPoint -esitykseen olivat yhteistyökumppaniltamme Comp-Aid Oy:n

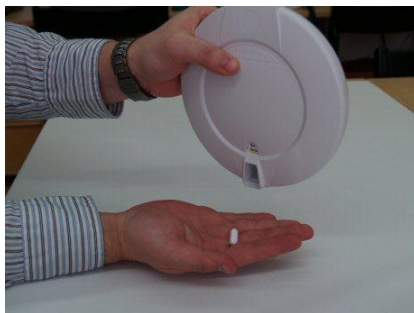
sivuilta heidän luvallaan.

Seuraavassa esittelemme apuvälineet jotka valitsimme tilaisuuteen ja oppaaseen:

Kuvat (Comp-Aid Oy 2005)



Vuorokausikalenteri, jossa näkyvät päivämäärä ja vuorokaudenaika. Tämä helpottaa ihmistä, jolla on vaikeuksia hahmottaa pimeinä vuodenaikoina onko aamu vai yö.



Lukittava lääkeannostelija, joka hälyttää lääkkeenoton aikaan ja antaa vain määrätellyn kellonajan lääkkeit. Lääkeannostelija ilmoittaa valitulle henkilölle, esimerkiksi kotihoidolle, mikäli lääkkeitä ei ole otettu. Lääkeannostelija sopii kuntoutujille, jotka unohtavat ottaa lääkkeensä tai ottavat liikaa lääkkeitä kerralla.



Time Timer, jolla kuntoutujan on helppo seurata tehtäviinsä kuluvaa aikaa. Time timerissa jäljellä oleva aika näkyy selkeämmin kuin esimerkiksi munakellossa. Time timeria on saatavana kahta (2) eri kokoa ja seinälle kiinnitettävä malli.



C.Status on muistamisen apuväline, johon saadaan kytkettyä kuusi kodin laitetta, esimerkiksi liesi, kahvinkeitin, ikkuna ja ulko-ovi. Ulko-oven viereen sijoitetusta muistutuspaneelista voidaan tarkistaa onko jokin laitteista jäänyt päälle tai ikkuna auki ennen kuin poistutaan kotoa. C.Status:een kuuluu avaimenperä, josta voi tarkastaa esimerkiksi kaupungilla onko jokin laite jäänyt päälle. Apuväline on hyvä esimerkiksi henkilöille, jolla on pakko-oireena tarkistaa hellanlevyt tai avonainen ikkuna useaan kertaan ennen kuin voi poistua asunnostaan.



Muistutinkello, johon voidaan nauhoittaa omalla äänellä ennalta sovituista tapahtumista päivän ja viikon aikana. Muistutinkellosta on apua henkilölle, jolla on heikkoutta muistaa esimerkiksi ruokailuajat, suosikkiohjelman alkaminen tai sovittuun tapaamiseen lähteminen.



Sähköinen kalenteri, MEMO Planner, johon merkitään kelloajan kohdalle sovitut tehtävät tai menot. Kalenteri ilmoittaa vuorokauden ajan. Kalenteria on saatava monessa eri koossa, sekä kalenteri on mahdollista kiinnittää seinään.



Handi ja **Handifon** ovat apuna päiväjärjestyksen suunnittelussa. Handissa on seuraavat toiminnot: kalenteri, laskin, muistiinpanot, ääniviestit, kuvakeskustelu, yhteystiedot ja musiikki. Handifonissa on Handin ominaisuuksien lisäksi: tekstiviestiominaisuus, kamera ja laajennettu hätäsuunnitelma, jonka avulla käyttäjä voi hätä-tilanteessa soittaa tai lähettää tekstiviestin ennalta sovittuun numeroon.



Muistutin äänisignaalilla on laite, johon voidaan ohjelmoida viisi hälytysaikaa, joiden avulla muistutetaan tärkeistä tapahtumista päivän aikana. Näytöstä voidaan lukea mitä signaali tarkoittaa.



Liesivahti katkaisee sähkön liedon tai levyn unohtuessa päälle. Liesivahti ei tarvitse ajastimia tai kelloja ja mahdollistaa näin tutun hellan käytön. Liesivahti säätää sallitun keittoajan automaattisesti käytetyn tehon mukaan.

Keräsimme apuvälineisiin liittyvän aineiston mielenterveyskuntoutujilta puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Puolistrukturoitu teemahaastattelu on lähimpänä syvähaastattelua. Se on lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto (Tuomi – Sarajarvi: 2009: 75). Haastattelu toteutettiin yksinkertaisen

kyselylomakkeen avulla, jonka mielenterveyskuntoutujat ja heidän kanssaan työskentelevät henkilöt täyttivät.

Haastattelutilanne on interaktiivinen tilanne haastattelijan ja haastateltavan välillä. Haastattelu voi olla joko lyhyt keskustelu tai pitkä vuorovaikutustilanne ja haastateltava yksilö tai vaikkapa koulun opettajakunta. Tavallisessa keskustelussa puheenaiheet polveilevat aiheesta toiseen, mutta haastattelussa puheenaiheet ja teemat ovat jo aiemmin valittu, joten keskustelun on tarkoituksenmukaista pysyä annetun aiheen rajoissa. (Soininen 1995: 112.) Tarkoituksenamme oli saada tietoa suoraan kuntoutujilta: käyttävätkö he mitään apuvälineitä ja kokevatko he apuvälineet mahdollisesti tarpeellisiksi? Olimme valinneet yhdeksän (9) apuvälinettä, jotka esiteltiin tilaisuuteen osallistujille. Saimme aineistoa myös tilanteessa syntyneen keskustelun avulla.

Lähtökohtana onnistuneen lomakkeen valmistamiselle on hyvä ja perusteellinen tutustuminen tutkittavaan asiaan. Ennen kyselylomakkeen rakentamista on hyvä tuntea aihealueen keskeiset käsitteet ja kohderyhmä. Kyselyn kiinnostava, läheinen ja tärkeä aihe on todennäköisesti suuri vastaamiseen motivoiva tekijä. Kuitenkin myös lomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla voidaan tehostaa kyselyn onnistumista. Kyselyssä on hyvä edetä yksi asiakokonaisuus kerrallaan. Jotta tutkimusongelmaan saadaan vastaus, tulee päättää, mitkä asiakokonaisuudet mitataan. Kysymyksen vastausvaihtoehdot laaditaan siten, että ne ovat toisensa poissulkevia. (Vilkkä 2007: 70.) Kyselyn laadinnassa tulee kiinnittää huomiota lomakkeen selkeyteen ja kysymysten loogiseen etenemiseen. Kysymykset on hyvä pyrkiä rajaamaan, koska yleisellä tasolla olevaan kysymykseen sisältyy enemmän tulkinnan mahdollisuuksia. Vastajan on helpompi ymmärtää lyhyitä kuin pitkiä kysymyksiä. Kyselyssä kannattaa tarjota myös vaihtoehtoa "ei mielipidettä" tai "en osaa sanoa". Tällöin se ei pakota valitsemaan annetuista mielipidettä, mikäli vastaajalla ei ole kantaa asiaan. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2007: 190–199; Valli 2001: 100-101; Vilkkä: 2007: 70.)

Haastattelulomaketta suunnitellessamme kiinnitimme huomiota sen selkeyteen ja pyrimme pitämään sen lyhyenä eli noin yhden A4-arkin kokoisena. Laitoimme kysymykset etenemään ylhäältä alaspäin ja valitsimme helposti luettavan kirjaintyyppin ja -koon. Numeroimme apuvälineet yhdestä (1) yhdeksään (9). Haastattelulomakkeessamme (liite 4) oli vastausvaihtoehdot kyllä ja ei, joilla haettiin

vastausta olisiko kyseinen apuväline arkea helpottava. Jokaisen apuvälineen yhteyteen oli jätetty tilaa, johon vastaaja voisi halutessaan kirjoittaa, mikäli hän käyttää jotain vastaavaa apuvälinettä. Pyrimme tekemään lomakkeesta yksinkertaisen jättämällä Ei mielihpidettä- ja En osaa sanoa- vaihtoehdot pois. Selkeyden vuoksi jätimme myös apuvälineiden kuvat pois.

Tilaisuuteen saapui kahdeksan eri-ikäistä mielenterveyskuntoutujaa, joista kuusi palautti kyselylomakkeen. Kuntoutujat ja henkilökunta olivat mielissään tilaisuudesta ja siitä, että saivat tietoa millaisia apuvälineitä mielenterveyskuntoutujille olisi hyödynnettävissä. Mielenterveyskuntoutujat ja henkilökunta asettuivat kahden pöydän ympärille. Alussa osallistujat täyttivät suostumuslomakkeen (liite 5), jossa kerrottiin kuinka heidän antamiaan tietoja tullaan käyttämään. Tilaisuudessa kävimme apuvälineet yksitellen läpi. Mielenterveyskuntoutujilla ja henkilökunnalla oli mahdollisuus kysyä tarkentavia kysymyksiä apuvälineistä. Jokaisen apuvälineen kohdalla käytiin avointa keskustelua ja annettiin aikaa vastata kyselylomakkeeseen. Seuraavaan kohtaan siirryttiin vasta kun kaikki olivat ehtineet vastaamaan.

Perehdyimme selkokielisyydestä kertovaan kirjallisuuteen saadaksemme tehtyä selkeän ja hyvän oppaan. Kirjoista saatujen tietojen lisäksi haastattelimme toimintaterapeutteja, jotka työskentelivät mielenterveyskuntoutujien kanssa. Keskustelumutoisen haastattelun tarkoituksena oli koota asiantuntijoiden näkemyksiä siitä, millainen olisi hyvä opas mielenterveyskuntoutujille. Haastattelua varten saimme suullisen haastatteluluvan Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) terapiapalveluiden osaston esimieheltä.

Teimme kirjallisen sopimuksen (liite 6) Comp-Aid Oy:n kanssa apuvälinekuvien käytöstä.

5 Analyysi ja sen tulokset

Analysoitava aineisto kerättiin mielenterveyskuntoutujilta puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla, johon liittyi kyselylomake ja kuvia apuvälineistä. Haastattelimme myös Tampereen yliopistollisen sairaalan toimintaterapeutteja oppaan ulkoasuun liittyen.

Puolistrukturoidun haastattelun avulla haimme vastausta kysymyksiin onko mielenterveyskuntoutujilla tietoa erilaisista kognitiivisista apuvälineistä ja olisiko heillä mielestään tarvetta apuvälineelle? Haastatteluun osallistui kuusi (6) ihmistä, n=6. Haastattelutilanne oli keskusteleva kyselylomakkeen täytön lomassa. Osallistujat vastasivat kyselylomakkeeseen oliko heillä tietoa kyseisestä apuvälineestä ja olisiko heillä tarvetta sille. Lisäksi osallistujat saivat kertoa jos heillä oli käytössä jokin vastaavanlainen apuväline.

Analyysilla tarkoitetaan empiirisen tutkimuksen yhteydessä aivan arkisia asioita, kuten aineiston lukemista huolellisesti, tekstimateriaalin järjestelyä, sisällön ja/tai rakenteiden erittelyä, jäsentämistä ja pohtimista. Analyysi voi olla myös sisällöllisen aineksen luokittelemista esimerkiksi eri aiheiden ja teemojen perusteella. Ideana on siis saada kirjavasta ja toisinaan runsaasta tekstimassasta "tolkkua" – kiteyttää haastattelujen tai kertomusten sisältöjä tai rakennetta ja tarkastella tutkimusongelmien kannalta keskeisten seikkojen esiintymistä ja ilmentymistä teksteissä. Kyse on aineiston tarkastelemisesta huolellisesti, sen koettelemisesta vertaillen sen sisältöä. Analyysin avulla tutkija myös lisää aineiston informaatioarvoa: hän tiivistää aineistoa ja tulkitsee sitä sekä käy vuoropuhelua teorian, empirian ja oman ajattelunsa kanssa. Loppujen lopuksi tutkijalla tulisi olla kasassa jotain enemmän kuin vain aineistoa alkuperäismuodossaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkijan on pääteltävä, milloin haastateltava puhuu tarkasteltavasta olevasta teemasta: joskus siitä voi olla epävarmakin ja joutuu tekemään tulkintoja. Merkitysten tiivistäminen tarkoittaa sananmukaisesti sitä, että haastateltavan esiin tuomat merkitykset puetaan lyhyempään sanalliseen muotoon. Merkitysten luokittelu tarkoittaa haastattelun koodaamista tiettyihin luokkiin esimerkiksi plus(+) tai miinus(-) merkeillä

luokittamista tai kaavoilla luokittamista (asteikolla esimerkiksi 1-5). (Hirsjärvi- Hurme 2000: 142.)

Luimme aineiston huolellisesti läpi. Päätimme analysoida ilmissällön ja piilossa olevat viestit saadaksemme haastattelulomakkeista mahdollisimman kattavasti tietoa. Sovimme analyysin teon siten, että ensin analysoimme molemmat mielenterveyskuntoutujien antamat vastaukset tahoillamme. Sen jälkeen teimme yhteenvedon saaduista tuloksissa. Yhdistimme tuloksiin myös tilaisuudessa käytyä teemaan liittyvää keskustelua. Pilkoimme sisällön osiin ja kokosimme sen uudelleen yhtenäiseksi informaatiokokonaisuudeksi. Mielestämme aineistojen analysointi eri tahoilla antaa luotettavamman tuloksen, kun analysointitavasta sovittu etukäteen. Saatujen tulosten ja tilaisuudessa käydyn keskustelun perusteella pohdimme apuvälineiden tarpeellisuutta mielenterveyskuntoutujille. Seuraavasta taulukosta voi nähdä kuinka vastaukset jakaantuivat kun kysyttiin: Oletko kuullut kyseisestä apuvälineestä?

Apuväline	Kyllä	Ei
Vuorokausikalenteri	3	3
Lääkeannostelija	3	3
Time Timer	1	5
C.Status	3	3
Muistikello	2	4
Sähköinen kalenteri	2	4
Handi ja Handifon	1	5
Muistutin äänisignaalilla	0	6
Liesivahti	3	3

Taulukko 1. Kyselylomakkeen vastaukset, n=6

Lisäkysymykseksi asetettiin, olisiko kyseiselle apuvälineelle tarvetta? Lähes jokaisen apuvälineen kohdalle oli tullut lisäkommentteja, kuten "Vuorokausikalenteri voisi olla kätevä talvella". Usealla vastaajalla oli käytössään tavallinen lääkeannostelija, lisäominaisuudeksi siihen olisi haluttu juuri hälytys. Time Timeria ei ollut käytössä kellään, mutta moni käytti munakelloa ajankulun seuraamiseen. Moni piti C.Statusta

hyvänä keksintönä. Eräs kuntoutuja vastasi, "Todella hyvä juttu helpottamaan tarkistuspakkoa". Muistutinkellon kohdalla moni vastasi käyttävänsä almanakkaa ja muutama voisi sen harkita käyttöä, "huonomuistiselle hyvä". Vastaajien mielestä sähköinen kalenteri voisi olla hyödyllinen. Handin ja Handifonin kohdalla oli useampi kommentti tavallisen matkapuhelimen käytöstä, mutta jonkun kommentti oli, "Handifon saattaisi olla helpompi käyttää". Joku ehdotti Handiin kameraa ja puhelinominaisuutta. Kukaan ei kokenut Muistutinta äänisignaalilla tarpeelliseksi. "Siinä on liian vähän toimintoja", "ei liikaa äänisignaaleja kaivata päivään". Usean vastaajan mielestä liesivahti saattaisi olla kätevä ja turvallinen.

Johtopäätöksemme oli etteivät mielenterveyskuntoutajat olleet tietoisia kognitiivisista apuvälineistä ja mielestään he saattaisivat hyötyä niistä. Päädyimme tähän tulokseen lomakkeen ja keskustelun avulla saaduista tuloksista. Päätelmiamme mukaan myöskään kuntoutujien kanssa työskentelevä henkilökunta ei ollut selvillä, että mielenterveyskuntoutajat saattaisivat hyötyä apuvälineistä. He eivät olleet esimerkiksi mieltäneet kalenteria apuvälineeksi. Kuntoutujien vastauksista kävi kuitenkin ilmi, että monet käyttävät kalenteria sekä kännykkää muistuttamaan erilaisista asioista. Haastateltavat mielenterveyskuntoutajat ja hoitohenkilökunta olivat yllättyneitä tämänkaltaisten apuvälineiden olemassa olost, ja niiden mahdollisesta hyödyistä mielenterveyskuntoutujille. Toivottavasti saamme kuulla tulevaisuudessa käyttökokemuksia ja palautetta kognitiivisten apuvälineiden tuomista hyödyistä mielenterveyskuntoutujille. Analyysin teossa huomasimme kuinka avoimia haastatteluun osallistujat olivat apuvälineitä kohtaan. Vastaajat olivat sanojensa mukaan valmiita kokeilemaan apuvälineitä.

Mielestämme yhteistyökumppanimme hyötty tutkitusta tiedosta, jolla osaamme tuoda oikeat ja sopivat apuvälineet näkyville. Kuuden ihmisen vastaus on todella pieni otos mielenterveyskuntoutujista, joten tutkittu tietomme ei ole kovin kattavaa. Uskomme siitä silti olevan hyötyä. Kaikkia apuvälineitä ei voi oppaaseen laittaa, vaikka niille ehkä olisikin käyttöä. Toivottavasti tutkimuksemme herättää ajatuksia mielenterveyskuntoutujien parissa työskentelevien keskuudessa ja apuvälineet saadaan tunnetuksi heidänkin piireissään.

Kysymykseen Millainen oppaan tulisi olla ulkoasultaan? haimme vastausta Tampereen yliopistollisen sairaalan toimintaterapeuteilta.

Toimintaterapeuttien haastattelu toteutettiin keskustelunuomaisesti. Haastatteluun osallistui kolme toimintaterapeuttia, jotka työskentelevät Tampereen yliopistollisen sairaalan kuuluvassa Pitkäniemen sairaalassa. Kysyimme toimintaterapeuteilta millainen olisi ulkoasultaan hyvä opas mielenterveyskuntoutujille?

Tutkimme selkokieliopasta ja siitä saadun informaation mukaan muotoilimme haastattelukysymykset toimintaterapeuteille. Selkokielioppaan mukaan kuvat pyritään taittamaan sivulle lähelle sitä kohtaa, johon se liittyy kirjoituksessa. Selkokielijulkaisussa kuville on varattava runsaasti tilaa. Kuvien tason ja painonlaadun on oltava hyviä. Tärkeää on, ettei kuva ole ristiriidassa kirjoituksen kanssa. Symbolikuvia käytetään todella harvoin. Selkokuvaa tarvitaan kun lapsi, nuori, tai aikuinen kaipaa tukea puhumiseensa, lukemiseensa tai ajattelemiseensa. Se on apuväline orientoitumiseen ympäröivässä maailmassa. (Virtanen: 2002: 48,60–65.)

Kuvien asetelusta toimintaterapeutit olivat sitä mieltä, että kuvat olisi hyvä laittaa tekstin viereen, mahdollisesti samalle aukeamalle. Lisäksi heidän mielestään oikea valokuva apuvälineestä olisi parempi kuin kuvitettu kuva.

Selkokielioppaan mukaan tekstissä olisi hyvä käyttää yleisesti tunnettuja sanoja ja kiinnittää huomiota sanojen pituuteen. Suomen kielessä melko yleiset sanat vaikeuttavat lukemista. Lyhyet lauseet helpottavat lukemista ja pitkät lauseet puolestaan vaikeuttavat sitä. On tärkeä kertoa vain yksi asia yhdessä lauseessa. Ymmärrettävyyttä lisää, jos esitetyt asiat tuodaan lähelle lukijan omaa kokemusmaailmaa. (Virtanen 2002: 26–29.)

Kaikki kolme toimintaterapeuttia olivat samaa mieltä että tekstissä tulisi olla:

- selkeät sanat, joita asiakasryhmä ymmärtää
- ei pitkiä yhdyssanoja
- ei liian iso eikä liian pieni kirjainkoko
- yleisiä kirjaintyyppejä
- teksti yhdellä värillä

Tampereen yliopistollisen sairaalan toimintaterapeuttien mielestä sopivan kokoinen opas ei saisi olla liian pieni tai liian suuri. Heidän mielestään olisi tärkeää että oppaassa sivut pysyisivät hyvin kiinni. Terapeuttien mielestä oppaassa tulisi olla kuvia tekstin tukena. Kaikki kolme toimintaterapeuttia olivat sitä mieltä että oppaan tulisi olla mahdollisimman selkeä ja se sisältäisi sisällysluettelon ja alkusanat. Takasivuille olisi hyvä jättää tyhjiä sivuja käyttäjän omille muistiinpanoille.

Taitto ja kuvitus ovat monille selkokielijulkaisujen käyttäjille hyvin tärkeitä. Voisikin todeta, että selkokielijulkaisussa tavoitteena on yksinkertaisen selkeä mutta samalla tyylikäs ulkoasu. Pienaakkoset eli gemenat ovat pääsääntöisesti luettavampia kuin suuraakkoset eli VERSAALIT, myös otsikoissa. Kursiivi on vaikealukuisempaa kuin pystysuora muoto. Musta teksti valkoisella pohjalla on kaikista luettavinta. Pohjaväriinä myös kellertävä ja muut vaaleat värit ovat tehokkaista. Julkaisussa käytetään vain kahta tai kolmea kirjaintyyppiä. Leipäteksti eli kirjoituksen perustekstin kirjasinkoko on 11–16 pistettä riippuen painotuotteen tyypistä (onko kyseessä lehti, kirja tai esite) ja kohderyhmästä riippuen. (Virtanen 2002: 56–58.)

Toimintaterapeuttien haastattelun ja selkokielioppaan perusteella tulimme siihen johtopäätökseen, että oppaaseen on hyvä laittaa yksi apuväline yhdelle aukeamalle. Valokuva apuvälineestä tulee vasemmalle sivulle ja siitä kertova teksti oikealle sivulle.

Comp-Aid Oy:n Timo Rosendahl oli kanssamme samaa mieltä siitä, että mielenterveyskuntoutajat saattaisivat hyötyä alun perin muistisairaille henkilöille suunnitelluista apuvälineistä. Käsityksemme mukaan muistisairaat ja mielenterveyskuntoutajat voivat kärsiä samanlaisista kognitiivisista oireista.

6 Apuvälineopas ja messutilaisuus

Mielenterveyden keskusliitto ry painattaa apuvälioppaasta pienen vihkosen, jossa on valitsemamme apuvälineet. Valinnassa hyödynsimme aineistonkeruussa saatuja tuloksia ja valitsimme oppaaseen jo aiemmin haastattelussa käytetyt välineet. Saimme Comp-Aid Oy:ltä luvan käyttää heidän kuviaan apuvälineistä oppaassa.

Sovimme Karoliina Ahosen kanssa keväällä 2012 käydyssä keskustelussa, että me päätämme oppaan sisällön ja heille jää ulkoasun ja taiton suunnittelu sekä painaminen. Perustelimme tämän sillä, että meillä ei ole osaamista oppaan taitosta tai painattamisesta.

Apuvälineopas julkistetaan Metropolia ammattikorkeakoulussa järjestettävässä seminaarissa 15.11.2012 ja Vanhassa Satamassa järjestettävillä Mielenterveysmessuilla 20.11.2012. Mielenterveysmessuilla seminaariin on varattu aikaa 45 minuuttia, jonka jälkeen keskustelulle ja kysymyksille on aikaa puoli tuntia. Mielenterveysmessuilla aiomme kertoa lyhyesti kuinka kognitiivisilla apuvälineillä voidaan helpottaa mielenterveyskuntoutujien arkea sekä kertoa toimintaterapian näkökulman aiheeseen. Seminaarissa tuomme esiin kuinka mielenterveyskuntoutujan on mahdollista saada apuvälineitä. Liitteenä valmis apuvälineopas (liite 7).

7 Kehittämiprojektin arviointi

Tässä luvussa kerromme kehittämistyömme vaiheista ja pohdimme omaa työskentelyämme kehittämiprojektin aikana.

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli tehdä apuvälineopas mielenterveyskuntoutujille. Kehittämiprojektin aihe tuli yhteistyökumppanilta, jolloin työlle tuli todellinen merkitys. Varsinaisesti kehittämistyö käynnistyi keväällä 2012. Koulun toimintatavan mukaan mitään virallisia asioita ei saanut ryhtyä työelämäkumppanin kanssa tekemään ennen kuin opinnäytetyösopimus oli allekirjoitettu. Kehittämissuunnitelman tekeminen ja sopimusasioiden kuntoon saattaminen veivät yllättävän paljon aikaa. Luimme kehittämistyöhön liittyvää kirjallisuutta, etsimme tietoa ja teoriaa aiheeseen liittyen.

Teorioiden, tutkimusten, apuvälineiden ja asiantuntijoiden löytäminen oli melko haastavaa. Suomennettavat ruotsin- ja englanninkieliset tekstit toivat lisähaastetta. Teorioita ja tutkimuksia etsiessämme huomasimme, että kognitiivisia apuvälineitä käsiteltiin runsaasti iäkkäiden tai vammaisten henkilöiden näkökulmasta. Ruotsista löysimme aineistoa apuvälineitä ja mielenterveyttä käsittelevää aineistoa.

Kesä ei luultavasti ollut lomien takia paras aika yrittää saada apuvälinefirmoja mukaan projektiin. Sinnikkyyttemme palkittiin ja Comp-Aid Oy:ssä oltiin kiinnostuneita projektistamme. Miellyttävää oli, että saimme sieltä muutamia apuvälineitä mukaamme haastattelutilaisuuteen. Haastattelutilanteessa olevat henkilöt olivat tyytyväisiä saadessaan konkreettisesti nähdä apuvälineet.

Toimintaterapian teoria oli melko vaikea valita työhömmе. Pohdimme pitkään Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallia (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement), joka kuvaa ihmisen, ympäristön ja toiminnan välistä dynaamista suhdetta. Luettuamme laajemmin toimintaterapian teorioita, valitsimme kuitenkin toimintaterapian lähestymistavaksi PEO-mallin (Person-Environment-Occupation). Valitsimme tämän teorian toimintaterapian näkökulmaksi, koska se kuvaa yksilöä, ympäristöä, toimintaa ja lisäksi näiden kaikkien vuorovaikutuksesta muodostuvaa toiminnallista suoriutumista. Toiminnallista suoriutumista voidaan vahvistaa juuri esimerkiksi apuvälineiden avulla. Teoriaa etsiessämme huomasimme

kuinka PEO -mallista oli melko vähän tietoa saatavilla. Sitä ei ole lähemmin koulussa opiskeltu, toisin kuin muita toimintaterapian malleja.

Tuntui oikealta ratkaisulta ottaa ICF-luokitus mukaan työhön, koska sosiaali- ja terveysalalla ollaan miettimässä ICF:n yhtenäistä käyttämistä. ICF-luokitukseen perehtyminen oli yllättävän helppoa ja sitä oli helppo yhdistää muuhun teoriaan. ICF-luokituksen kautta apuvälineet voisivat saada enemmän näkyvyyttä myös mielenterveyspuolella. PEO-mallin ja ICF:n yhdistäminen sujui hyvin, olimme perehtyneet molempiin huolellisesti. Mielenkiintoista oli huomata kuinka PEO-malli ja ICF-luokitus tukivat toisiaan ja antoivat teoreettista pohjaa apuvälineiden valinnalle.

Keväällä oli tarkoitus kerätä aineistoa Mielenterveyden keskusliiton kuntoutuskurssilaisia haastatteleamalla, mutta kurssi peruuntui kahteen kertaan. Kolmannen kurssin ohjaajat olivat sitä mieltä, etteivät heidän kurssilaiset tarvitse apuvälineitä ja siksi eivät halunneet ottaa meitä vastaan. Kuntoutujien haastattelujen peruuntuessa työmme lykkääntyi meistä riippumattomista syistä myöhemmäksi kuin olimme alun perin ajatelleet. Onneksi ASPA:n Vantaan yksikkö lähti mielellään mukaan ja haastattelut kuntoutujille saatiin tehtyä elokuussa. Tapasimme sitä ennen ASPA:n palvelupäällikköä ja asumispalveluvastaavaa kahdesti kesän aikana.

Mietimme pitkään millainen kyselylomakkeen tulisi olla. Pohdimme tätä yhdessä myös ASPA:n palvelupäällikön ja asumispalveluvastaavan kanssa. He kehottivat pitämään lomakkeen selkeänä ja yksinkertaisena. Joten teimme siitä yksinkertaisen. Jälkikäteen ajateltuna olisimme voineet lisätä lomakkeen alkuun hieman lisäinformaatiota aiheesta. Huomasimme lomakkeita analysoidessamme että vastaajien oli helpompi kirjoittaa kuin ympyröidä vastaus. Analysointia olisi voinut tukea tilaisuuden kuvaaminen tai äänittäminen, jolloin vastauksista olisi voitu saada vielä luotettavampi tulos. Kuvaamisessa ja nauhoittamisessa ongelmana olisi voinut olla se, ettei kukaan olisi suostunut tulemaan mukaan tunnistamisen pelon takia. Tämä siitä huolimatta, että aineiston oli luvattu pysyvän vain haastattelijoiden tiedossa.

Haastattelutilanne Hakunilassa sujui hyvin. Tilaisuudesta saatiin lähestulkoon sellainen kuin olimme ajatelleet vaikka emme saaneet PowerPoint-esitystä heijastettua seinälle. Onneksi olimme ottaneet PowerPoint-esityksestä kopioita. Tilaisuuden

ennakkomarkkinoinnista huolimatta jännitimme kuinka monta ihmistä tulee paikalle. Tilaisuuteen saapui kahdeksan kuntoutujaa, joista muutama lähti ennen haastattelun varsinaista päättymistä. Tilaisuudelle oli sovittu aikaa kaksi tuntia ja tämä oli mielestämme riittävä aika. Ehdimme hyvin siinä ajassa käydä läpi tarvittavat asiat.

Haastattelujen jälkeen analysoimme saadut vastaukset. Mielenterveyskuntoutujilta saimme vastauksen kysymykseen: onko mielenterveyskuntoutujilla tietoa erilaisista kognitiivisista apuvälineistä ja olisiko heillä tarvetta apuvälineelle? Vastauksista kävi ilmi, että kuntoutujat eivät olleet tietoisia mahdollisista saatavilla olevista välineistä. Mielenterveystyöntekijätkään eivät olleet tietoisia kognitiivisista apuvälineistä. Mielenterveyskuntoutujien ja työntekijöiden mielestä esittämillämme apuvälineillä voisi tukea mielenterveyskuntoutujan arkea.

Työmme tavoitteena oli tehdä opas mielenterveyskuntoutujille, joten oli tärkeää miettiä mitä oppaassa tulisi ottaa huomioon. Haimme vastausta kysymykseen Millainen mielenterveyskuntoutujille suunnatun oppaan tulisi olla jotta siitä olisi heille hyötyä? Päädyimme teorian ja haastattelujen perusteella siihen tulokseen, mukaan oppaan tulisi olla selkeä ja melko yksinkertainen. Yhteistyökumppanimme toivoi, että opas muistuttaisi heidän muita oppaitaan. Yhteistyökumppanimme toivoi, että olisimme tehneet oppaan taittoon asti valmiiksi, mutta kerroimme, ettei meillä ole resursseja ja tarvittavia taitoja tehdä niitä. Pääsimme asiasta yhteisymmärrykseen ja MTKL vastasi oppaan taitosta ja me tekstin sisällöstä.

Projektin aikana saimme tavata toimintaterapeutteja monessa eri työnkuvassa. Yhteinen ammattikieli ja näkemys asioista tekivät työskentelystä mielekästä ja helppoa. Projektin aikana törmäsimme siihen kuinka ihmiset mieltävät apuvälineet muistisairaiden tai vammaisten avuksi, ja tietyllä tavalla leimaaviksi. Samalla tavalla apuvälinekirjallisuus käsittelee aihetta muistisairaiden tai vammaisen näkökulmasta. Oli myös hämmäntävää huomata kuinka sosiaali- ja terveysalalla työskentelevätkään eivät tieneet tarjolla olevista apuvälineistä. Projektin aikana meille esitettiin usein kysymys miten ja mistä apuvälineitä saa. Haimme vastausta tulkitsemalla eri lakeja liittyen apuvälineisiin, niiden saatavuuteen ja korvattavuuteen. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen erikoistutkija Tuula Hurnasti auttoi meitä tämän kysymyksen osalta omalla asiantuntijuudellaan aiheesta.

Uskomme tämän päättötyön auttavan tulevaisuudessa laajemman apuvälineoppaan laatimisessa. Uskomme sen myös auttavan apuvälinekoulutuksien suunnittelussa mielenterveyspuolelle, ja toivomme kehittämistyömme edistävän apuvälineiden hyödyntämistä mielenterveyskuntoutuksen puolella.

Lähteet

- Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>> Luettu 11.10.2012
- Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870759>> Luettu 11.10.2012
- Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista 566/2005
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050566>> Luettu 18.10.2012
- Finlex. Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19911015>> Luettu 18.10.2012
- Brown C. – Stoffel V.C. 2011. Occupational Therapy in Mental Health A Vision of Participation. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä Leila – Rusi-Pyykönen Mari 2011. Toiminnan voimaa. Helsinki: Edita.
- Heiskanen Tanja & Salonen Kristiina 1997. Miten hoidan mielenterveyttäni. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura SMS-Julkaisut.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula. 2007: tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Hurnasti, Tuula. Apuväline-foorumi – ajankohtaista apuvälineistä -luentomateriaali. Helsinki. Luento 30.11.2010.
- Hurnasti Tuula 2012. Erikoistutkija, TtM, toimintaterapeutti. Helsinki.
Kirjallinen tiedonanto 11.10.2012
- Huttunen, Matti.O. 2006. Lääkkeet mielen hoidossa. Teoksessa Javanainen, Marika. (toim) 1.-2. painos. Helsinki: Duodecim.
- Jaatinen, Eila. 2004. Kun läheisen mieli murtuu. Helsinki: Kirjapaja.

- Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. 2012. Verkkodokumentti. Päivitetty 20.3.2012.
<<http://www.jamk.fi/opiskelijoille/opintoopas/palvelut/terveysjahyvinvointipalvelut>> Luettu 24.8.2012
- Järvikoski Aila – Härkäpää Kristiina. 2008. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY
- Kettunen, Reetta. Kähäri-Wiik, Kaija. Vuori-Kemilä, Anne. & Ihalainen, Jarmo. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WSOY.
- Kielhofner, G. 2008. Dimensions of Doing. Teoksessa Kielhofner G. (toim.) Model of Human Occupation. Theory and Application. Fourth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 101–109.
- Kielhofner, Gary 2008. Model Of Human Occupation. Philadelphia: a Wolters Kluwer business.
- Kuhanen, Carita – Oittinen, Pirkko – Kanerva, Anne – Seuri, Tarja – Schubert, Carla 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro OY.
- Law, Mary - Cooper, Barbara - Strong, Susan - Stewart, Debra -Rigby, Patricia - Letts, Lori. 1996. The Person- Environment- Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. Canadian Journal of Occupational Therapy. Vol. 63 No. 1, 9–23.
- Livendjö, Monika – Larsson, Hans. N.d. Kognitiva hjälpmedel till personer med ett psykiskt funktionshinder. Verkkodokumentti.
<http://www.vkl.se/filarkiv/vkl/pdf/uou/fou_rapporter/kognitiva%20hjälpmedel.pdf> Luettu 13.7.2012
- Lundin, Lennart – Ohlsson, Ove. S. Psykiska Funktionshinder – stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar. Sweden: Literary Agency. 2002
- Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo. 2001. Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 2.-4. painos
- Mielenterveyden keskusliitto Ry. Verkkodokumentti.
<www.mtkl.fi> Luettu 5.5.2012
- Muistiliitto. Verkkodokumentti.
<http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/aivot_ja_muisti/> Luettu 7.5.2012
- Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2010. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Porvoo. WSOYpro Oy.
- Rigby, Patty - Letts, Lory. 2003: Environment and Occupational Performance: Theoretical Considerations. Teoksessa Using Environments to Enable Occupational Perfor-

mance. (toim.) Letts, Lory - Rigby, Patty - Stewart, Debra. Thorofare: Slack Incorporated, 19–32.

KvaliMOTV. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien oppimisympäristö. Verkkodokumentti. Saarinen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
< <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/> > Luettu 23.10.2012

Salminen, Anna-Liisa. 2010. Apuvälinekirja. Kouvola: Solver Palvelut Oy.

Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2011. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 4. painos. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2008: Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa. Muistia ja muita kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet dementoituvan ihmisen arjessa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Strong, Susan - Rigby, Patty - Stewart, Debra - Law, Mary - Letts, Lory - Cooper, Barbara. 1999. Application of the Person-Environment-Occupation Model: A practical tool. Canadian Journal of Occupational Therapy. Vol. 66 No. 3, 122–133.

Suomen toimintaterapeuttiliitto ry.
<<http://toimintaterapeuttiliitto.fi>> Luettu 26.9.2012

Tampereen yliopistollinen sairaala. 2012. Pitkäniemensairaala.
Toimintaterapeuttien haastattelu 13.9.2012.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2010. Apuvälinen.
Verkkodokumentti.<<http://info.stakes.fi/apuvalineet/FI/oppimateriaali/asiiantuntijoille/apuvaline.htm>> Luettu 5.5.2012

Terveysportti. 2010. Muistioireet, lievä kognitiivinen heikentyminen ja dementia. Lääkärin tietokannat.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00879&p_haku=mielisairaus> Luettu 23.9.2012

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistumiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.

Toivio, Timo. & Nordling, Esa. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Valli, Raine. 2001. Kyselylomaketutkimus. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Viertö Satu 2011: Functional Limitations and Quality of Life in Schizophrenia and Other Psychotoc Disorders

Vilka, Hanna. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisten tutkimusten perusteet. Helsinki: Tammi.

Virtanen, Hannu. 2002. Selko-opas. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Wahlbec, Kristian 2012. Häpeäleima on mielenterveystyön suurin haaste. Super 10/12.

Hei,

Liite 1

1(1)

olemme kaksi toimintaterapeuttiopiskelijaa ja teemme lopputyönämme apuvälineoppaan mielenterveyskuntoutujille, yhteistyössä Mielenterveydenkeskusliitto Ry:n kanssa.

Apuvälineoppaaseen tulee kognitiivisia pienapuvälineitä, joita ovat esimerkiksi

- **lääkeannostelija**, jonka avulla on helppo varmistaa, että juuri oikea määrä lääkettä otetaan juuri oikeaan aikaan,
- **vuorokausikalenteri** jotka näyttävät päivämäärän ja viikonpäivän. Lisäksi vuorokausikalenteri kertoo käyttäjälle myös vuorokaudenajan (aamu, päivä, ilta, yö),
- **muistutin äänisignaalilla**, johon voidaan ohjelmoida viisi hälytysaikaa, joiden avulla muistutetaan päivän tärkeistä tapahtumista.
- **Handi** on kätevä apu päiväjärjestyksen ja vapaa-ajan suunnittelussa. Laite sopii erityisesti käyttäjille, jotka kykenevät toimimaan itsenäisesti, mutta jotka kokevat aikataulunsa hallinnan haastavaksi. Handissa on seuraavat toiminnot: kalenteri, albumi, hintalaskin, muistiinpanot, ääniviestit, kuvakeskustelu, lomakkeet, hätäsuunnitelma, yhteystiedot ja musiikki.
- **Handifonissa** on lisäksi värinähälytys, puhelin tekstiviestiominaisuudella, kamera sekä laajennettu hätäsuunnitelma, jonka avulla käyttäjä voi hätä-tilanteessa soittaa tai lähettää tekstiviestin ennalta sovittuun numeroon.

Olemme tulossa **keskiviikkona 8.8.2012 klo 15–17 Hakunilan**

toimipisteeseen kertomaan asiakkailenne arjen apuvälineistä ja pyytäisimme että markkinoisitte tilaisuutta asiakkailenne, jotta mahdollisimman moni osallistuisi.

Tilaisuuden tarkoituksena olisi haastatella asiakkaitanne ja saada apuvälineoppaaseen mielenterveyskuntoutujien näkökulma. Myös henkilökunta saa tuoda äänensä kuuluviin.

Tarjolla kahvia, kakkua ja pitsaa!

Yhteistyöterveisin Heidi Åstedt ja Riikka Happonen

Tarvitsemme asiantuntijuuttasi!

Liite 2

1(1)

Käytätkö kalenteria, tuleeko lääkkeet otettua oikea-aikaisesti, käytätkö kännykkää muistuttamaan sinua tärkeistä asioista...? Tai kaipaisitko apua arjen hallintaan?

Olemme kaksi toimintaterapeuttiopiskelijaa ja teemme lopputyöksemme oppaan mielenterveyskuntoutujille arjen apuvälineisiin liittyen.

Sinulla on mahdollisuus tulla tutustumaan arjen apuvälineisiin sekä auttamaan ja vaikuttamaan kertomalla oma näkökulmasi aiheeseen!

Tervetuloa rupattelemaan kanssamme

Keskiviikkona 8.8.2012 klo 15 – 17

**Aspan Vantaan toimintayksikköön
Hakunilassa,**

Kimokuja 4, 01200 Vantaa.

Tarjolla kahvia, kakkua ja pitsaa 😊

Yhteistyöterveisin opiskelijat Heidi ja Riikka



Haastattelussa 8.8.2012 esitetty PowerPoint

1(2)

1. Vuorokausikalenteri



2. Lääkeannostelija



3. Time Timer



4. C.Status



5. Muistutinkello

6. Sähköinen kalenteri



7. Handi ja Handifon



8. Muistutin

2(2)



9. Liesivahti



Kyselylomake

Liite 4
1(1)

1. Vuorokausikalenteri KYLLÄ EI

2. Lääkeannostelija KYLLÄ EI

3. Time Timer KYLLÄ EI

4. C.Status KYLLÄ EI

5. Muistikello KYLLÄ EI

6. Sähköinen kalenteri KYLLÄ EI

7. Handi KYLLÄ EI

8. Muistutin äänisignaalilla KYLLÄ EI

9. Liesivahti

KYLLÄ

EI

SUOSTUMUS

Toimintaterapeuttiopiskelijat Heidi Åstedt ja Riikka Happonen pyytävät saada luvan Metropolia ammattikorkeakoululle v.2012 tekemässään opinnäytetyössään käyttää minusta saatua aineistoa (haastattelu ja muu tutkimusaineisto).

Aineiston tulee noudattaa seuraavia ehtoja:

- Ryhmän kokoontumisien aikana saatuja tietoja, haastatteluja ei saa käyttää muuhun tarkoitukseen, kuin opinnäytetyön aineistona ja tarvittaessa sen raportoinnissa.
- Ryhmässä käyty keskustelu ja esille tulleet tiedot ovat salassapitovelvollisuuden piirissä
- Aineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja vain opinnäytteen tekijät saavat käsitellä sitä.
- Opinäytetyössä tietoja tulee käyttää niin, ettei nimeäni tai muuta henkilöllisyyteni tunnistamista helpottavaa aineistoa käytetä.
- Kaikki minusta saatu ja kerätty aineisto tuhoaan opinnäytetyön valmistuttua.
- Saan milloin tahansa kieltää minua koskevan aineiston käytön opinnäytetyön tutkimuksessa, tällöin kaikki minusta saatu tieto hävitetään välittömästi
- Suostumuksia tehdään kaksi kappaletta, joista toinen jää asianomistajalle.

Helsingissä _____

Osallistujan allekirjoitus ja nimen selvennys _____

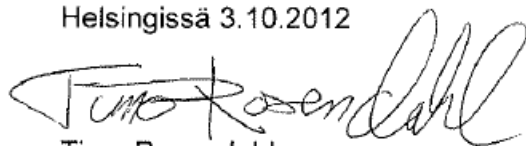
Liite 6

1(1)

Suostumus

Kuviamme saa käyttää mielenterveyskuntoutujille suunnatussa apuvälineoppaassa, jonka Mielenterveyden keskusliitto Ry painattaa. Comp-Aid:n nimi tulee näkyä oppaassa.

Helsingissä 3.10.2012



Timo Rosendahl
Comp-Aid Oy
Kuparitie 1 krs 5
00440 Helsinki
p 0456706711

www.mtkl.fi/tietopankki/oppaita

