

P-Syketalon mielenterveyskuntoutujien kuntoutusprosessi

Kaisa Järvelä
Sara Koski

Opinnäytetyö
Marraskuu 2014

Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Järvelä, Kaisa Koski, Sara	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 17.11.2014
	Sivumäärä 44	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: X
Työn nimi P-Syketalon mielenterveyskuntoutujien kuntoutusprosessi		
Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja –suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Pelkonen, Anu		
Toimeksiantaja(t) P-Syketalo Pensionaatti Oy		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön toimeksiantaja on P-Syketalo Pensionaatti Oy. P-Syketalo on vuonna 2007 perustettu yksityinen mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksikkö. Sen tehostettuihin ympärivuorokautisiin asumispalveluihin kuuluvat myös toiminta-, kuntoutus- ja hoivapalvelut, joiden tavoitteena on löytää asukkaalle riittävästi voimavaroja selviytyäkseen itsenäisemmässä arjessa.</p> <p>Työn lähtökohtana oli selvittää P-Syketalon mielenterveyskuntoutujien kuntoutusprosessin vaiheet. Työssä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, jonka aineisto hankittiin teemahaastattelun keinoin. Haastattelussa käytettiin apuna myös lisäkysymyksiä. Haastatteluilla kerättiin tietoa prosessin kulusta, ja mahdollisista muutoskohteista. Haastatteluja ei litteroitu, koska vastaukset kirjattiin heti ylös. Myöhemmin vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin mukaisesti, ja luokiteltiin lisäkysymyksiä hyväksi käyttäen kolmeen päävaiheeseen.</p> <p>Lopputuotoksena rakennettiin kaavio, josta selviää P-Syketalon kuntoutusprosessin eteneminen vaihe vaiheelta. Tuloksissa selvisi lisäksi se, että prosessin eteneminen ja sen sisältö koettiin pääpiirteissään hyvin toimivaksi. Kaaviota voi toimeksiantajan pyynnön mukaisesti käyttää hallinnollisella puolella, sekä käytännön kuntoutustyössä selkeänä ja tavoitteellisena ohjeena. Haastatteluiden pohjalta nousi esille myös korjausehdotuksia, joihin voi myöhemmin tarttua kuntoutusprosessin kehittämiseksi.</p>		
Avainsanat (asiasanat) P-Syketalo, kuntoutusprosessi, mielenterveys		
Muut tiedot		



Author(s) Järvelä, Kaisa Koski, Sara	Type of publication Bachelor's thesis	Date 17.11.2014
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 44	Permission for web publication: X
Title of publication P-Syketalo's process steps for rehabilitation of mental health patients		
Degree programme Degree Programme of Rehabilitation Counselling		
Tutor(s) Pelkonen, Anu		
Assigned by P-syketalo Pensionaatti Oy		
Abstract <p>The thesis was commissioned by the P – Syketalo Pensionaatti Oy, a private mental health rehabilitation housing service unit founded in 2007. The unit offers intensified assisted housing services including functional, rehabilitation and care services. The aim of the unit is to provide its residents with adequate resources for coping with a more independent everyday life.</p> <p>The aim of the thesis was to determine the different stages of P-Syketalo's mental health patients' rehabilitation process. A qualitative research approach was used in this thesis, and the data was collected by using theme interviews. During the interviews additional questions were also used. The objective of the interviews was to collect information about the process and about the potential points requiring further development. The interviews were not transcribed as the answers were recorded immediately. Later, the answers were analysed by using content analysis and they were classified into three primary stages.</p> <p>As a final output a diagram was created presenting the rehabilitation method of P-Syketalo as a step-by-step process. The results showed that the progress and content of the process were mostly seen as effective. The diagram created can be used as a tool on the administrative side, as well as in the practical rehabilitation work as a reference manual. The interviews also gave rise to development proposals which may prove worthy in a further improvement of the rehabilitation process.</p>		
Keywords/tags (subjects) P-Syketalo, rehabilitation process, mental health		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	Johdanto	3
2	P-Syketalo Pensionaatti Oy	5
3	Mielenterveys	6
3.1	Mitä mielenterveys on?	6
3.2	Tautiluokitus ICD-10	8
3.3	Yleisimmät mielenterveysongelmat	9
3.3.1	Psykoosit	9
3.3.1.1	Skitsofrenia	9
3.3.1.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	10
3.3.2	Neuroosit.....	10
3.3.2.1	Masennus	11
3.3.2.2	Syömishäiriöt	11
3.3.2.3	Unihäiriöt.....	12
3.3.2.4	Mielialahäiriöt.....	12
3.3.2.5	Ahdistuneisuushäiriöt	12
3.3.2.6	Pelkohäiriöt.....	13
3.3.2.7	Hillitsemishäiriöt	13
3.3.3	Persoonallisuushäiriöt	13
3.3.3.1	Epävakaa persoonallisuushäiriö.....	14
3.3.3.2	Narsistinen persoonallisuushäiriö.....	14
3.3.3.3	Paranoidinen persoonallisuushäiriö.....	14
3.3.3.4	Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö.....	15
3.4	Lainsäädäntö	15
4	Kuntoutus	16
4.1	Kuntoutus käsitteenä	16
4.2	Kuntoutusprosessi	17
4.3	Kuntoutussuunnitelma	19
4.4	Mielenterveyskuntoutus	19
4.5	Kuntoutusohjaus	20
5	Opinnäytetyön tutkimus	21
5.1	Tutkimuksen taustat ja tavoite	21
5.2	Tutkimuskysymys ja –menetelmä.....	22
5.2.1	Tutkimusote.....	22
5.2.2	Tutkimusongelma	23
5.2.3	Teemahaastattelu	23
5.2.4	Aineiston analysointi	24

5.3	Tutkimustulokset.....	25
5.4	Lopputuotoksen esittely	33
6	Pohdinta	33
6.1	Opinnäytetyöprosessi.....	33
6.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	36
6.3	Jatkotutkimusaiheet.....	38
7	Lähteet	39
8	Liitteet	43
	Liite 1. Teemahaastattelun aiheet sekä lisäkysymyspatteristo	43

KUVIOT

Kuvio 1. Kuntoutusprosessin eri vaiheet, ja kuinka ne ovat riippuvaisia toisistaan... ..	17
Kuvio 2. P-Syketalon mielenterveyskuntoutujien kuntoutusprosessikaavio	33

1 Johdanto

Mielenterveys on terveyteen, yksilön hyvinvointiin, sekä toimintakykyyn vaikuttava voimavara. Sitä edistetään lisäämällä sellaisia toimintoja, jotka vahvistavat ja suojaavat mielenterveyttä, auttaen mielenterveyden häiriöiden ehkäisyssä. (Mielenterveyden edistäminen 2014).

Suomessa esiintyy useimpia mielenterveyshäiriötä saman verran kuin muuallakin länsimaissa. Myös Suomessa korostuu mielenterveyshäiriöiden osuus kansanterveystenä, sillä niihin sairastutaan jo nuorina, ja ne voivat kroonistuttuaan johtaa työkyvyttömyyteen. Häiriöt koetaan häpeällisinä, joka osaltaan hidastaa hoitoihin hakeutumista. Ennustetta parantaa häiriön aikainen tunnistaminen. (Suomalaisten mielenterveys 2013, 2.)

Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 (2012, 179- 180; 101) -raportin mukaan terveystalvija mielenterveysongelmien takia on käyttänyt 7 % naisista, ja 4 % miehistä. Yleisintä niiden käyttö oli 30-44 vuoden ikäryhmässä, ja harvinaisinta 64 vuotiaista ylöspäin. Palveluiden käytön määrä ei kuitenkaan vastaa mielenterveysongelmien yleisyyttä näissä tilastoissa, johon voi olla syynä se, että psyykkisesti oireilevat ja siihen apua tarvitsevat eivät sitä hae, tai jostain syystä eivät sitä saa. Väestön mielenterveyden voidaan kuitenkin katsoa kehittyneen parempaan suuntaan.

Opinnäytetyömme toimeksiantajana on yksityinen mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksikkö P-Syketalo Pensionsaatti Oy. Tehostetussa palveluasumisessa on tarjolla ympärivuorokautista tukea, sekä jatkuvaa huolenpitoa ja hoivaa. Palveluihin kuuluu, että ympäri vuorokauden paikalla oleva henkilökunta on avustamassa mm. hygieniassa, ruokailussa, siivouksessa sekä lääkehoidossa. Kuntoutujaa tuetaan esimerkiksi itsenäisessä päätöksenteossa ja raha-asioiden hoitamisessa. Terveystalvija palvelut, sekä etuuksien saamiseen liittyvät asiat järjestetään ja varmistetaan asukkaalle. Kuntoutuspalvelujen tavoitteena on, että asukas voi vähitellen toimintakyvyn säilyessä tai parantuessa siirtyä tehostetusta palveluasumisesta itsenäiseen asumiseen. (Asumista ja kuntoutusta 2007, 20; 23.)

Tarkoituksena on rakentaa P-Syketalon toiminnan mukainen kuntoutusprosessikaavio, josta ilmenee prosessin eri vaiheet ensimmäisestä aloituspalaverista siihen saakka, kunnes asukkaan toimintakyky on saavuttanut vaaditun tason siirtyäkseen vähemmän tuettuun asumismuotoon. Mielenterveyskuntoutus on monialaisten kuntouttavien palveluiden kokonaisuus, joka on suunniteltu kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Suunnittelussa ammattihenkilöt ovat mukana tukemassa, rohkaisemassa ja motivoimassa kuntoutujaa matkalla kuntoutustavoitteiden asettelusta niiden toteuttamiseen. (Asumista ja kuntoutusta 2007, 13.) Puhuttaessa kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta, koetaan sen muodostuvan toimintakyvyn edistymisestä, opiskelusta, työn tavoittelemisesta, sekä ulottuvuuksista käyttäen selviytymiskeinoja. (Koukkari 2010, 3.)

Opinnäytetyömme aihe selkeni toisen työn tekijän ollessa P-Syketalossa työharjoittelussa keväällä 2014. Hallinnollisella puolella koettiin tarvetta selkeälle mallille, josta saa nopeasti ja helposti käsityksen heidän prosessinsa etenemisestä. Kuntoutusprosessikaavion rakentaminen sopii erityisen hyvin kuntoutuksen ohjaajille, ja koemme siitä olevan paljon hyötyä ammatilliselle kasvullemme. Aihetta valitessa pidimme erityisen tärkeänä kriteerinä sitä, että pääsemme rakentamaan jotain oikeasti hyödyllistä. Vaikka kuntoutusprosessimme kohteena ovat mielenterveyskuntoutujat, niin uskomme sen selvittämisen auttavan myös muiden sairausryhmien kuntoutusprosessien ymmärtämistä. Kaikille prosesseille yhteistä on esim. kuntoutussuunnitelman laatiminen ja tavoitteita kohti pyrkiminen. Tutkimuksessamme selvitimme prosessin etenemisen haastatteleamalla P-Syketalon ohjaajat, ja vastauksien perusteella rakensimme kaavion vaihe vaiheelta. Aluksi kokosimme vastaukset yhteen kysymyspatteriston avulla, jonka jälkeen luokittelimme prosessin kolmeen päävaiheeseen. Sen jälkeen muodostimme lopullisen kaavion.

2 P-Syketalo Pensionaatti Oy

P-Syketalo on yksityinen kuntoutuslaitos mielenterveyskuntoutujille, joka on perustettu v. 2007. Se tarjoaa tehostettuja ympärivuorokautisia asumispalveluja, johon sisältyvät lisäksi toiminta-, kuntoutus- ja hoivapalvelut. (P-Syketalo 2008.) P-Syketalossa laadukkaan kuntoutustoiminnan tavoitteena on löytää asukkaalle riittävästi voimavaroja selviytyä vähemmän tuetussa, tai jopa itsenäisessä asumismuodossa. Moniammatillinen henkilökunta laatii jokaiselle asukkaalle yksilöllisen viikko-ohjelman sekä kuntoutussuunnitelman, joita päivitetään säännöllisesti eri yhteistyötahojen kanssa. Toiminnassa otetaan huomioon asukkaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat. P-Syketalon toimintaa ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön laatima suositus, joka koskee mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja. (Raudaskoski 2014.)

P-Syketalossa toimitaan yhteisöhoidon periaatteiden mukaan (Raudaskoski 2014). Yhteisöhoidossa asiakkaan tukemista ja muutoksen aikaansaamista edesauttaa heidän itsensä ja henkilökunnan muodostama yhteisö. Muutoksen ja oppimisen välittäjiä ovat kaikki, jotka kuuluvat yhteisön jäseniksi. Yhteisön toiminta on suunniteltu niin, että se tuottaa yhteisön jäsenille oppimista sekä muutosta. (Yhteisöhoito 2014.) P-Syketalossa laatumittarina toiminnassa on käytössä Mielenterveysliiton hoidon laatukriteerit. Tavoitteena on siis parhaan mahdollisen arvosanan saavuttaminen, ja pysyä arvostettuna palvelutalona. (P-Syketalo 2008.)

Kuntoutumisen painopisteisiin kuuluvat arjen ja päivärytmin hallinta, mieluinen toiminta ja psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen ja tukeminen. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu sairaanhoitajia, lähihoitajia ja toimintaterapeutteja, joista kaikki ovat suorittaneet lisäksi mielenterveys- ja päihdetyön suuntautumisopinnot. Henkilöstöllä on osaamista myös liikunnan, musiikin ja kädentaitojen ohjaamisesta. P-Syketalossa kuntoutumisen tukena käytetään eläimen ja ihmisen välistä vuorovaikutusta. Asukkaiden viikko-ohjelmaan kuuluu aasien, kanojen, kalojen, kissan sekä lampaiden hoitaminen. Talossa järjestetään myös paljon erilaisia ryhmiä ja toimintoja. Sporttiryh-

mä, Mitä kuuluu –ryhmä, herkkuryhmä, sekä toimintaryhmä, joka voi olla esim. musiikkia tai yhdessä pelaamista, kokoontuu viikoittain. Tarpeen mukaan järjestetään myös oireenhallinta-, sekä arjen ja sosiaalisten taitojen ryhmiä. P-Syketalossa tunnustetaan kuntoutumisen tukemiseksi mielekkään tekemisen merkitys. Asukkaat osallistuvat ohjatusti monenlaisiin talon töihin, kuten pieniin korjaustöihin, puutarhan hoitoon, ruuanlaittoon ja siivoamiseen. (Raudaskoski 2014.)

P-Syketalossa on paikka 16 asukkaalle. Jokaisella on käytössään oma, vähintään 15 neliön huone, joka on valmiiksi kalustettu. Lisäksi yhteisiä tiloja on 500 neliön verran. Talossa on askarteluhuone, oleskelutiloja, pieni kuntosali, sauna, sekä harrastetilat mm. bänditoiminnalle. Työntekijöiden sekä asukkaiden turvallisuuteen on kiinnitetty erityistä huomiota. Henkilökunta on paikalla vuorokauden ympäri, ja talossa on kuluvalvonta, automaattinen sammutusjärjestelmä sekä tallentavia turvakameroita. (Raudaskoski 2014.)

3 Mielenterveys

3.1 Mitä mielenterveys on?

Mielenterveys on voimavara, jota voi luonnehtia käsitteillä psyykinen tasapaino ja henkinen hyvinvointi. Se luo perustan ihmisen hyvinvoinnille, ja mahdollistaa sitä kautta jokaiselle mielekkään sekä yksilöllisen elämän. Mielenterveyteen kuuluu positiivisen mielenterveyden lisäksi myös sen häiriöt ja sairaudet. Hyvä itsetunto, kokemus hyvinvoinnista, kyky omaan elämään vaikuttamisesta, työ- ja toimintakykyisyys, henkinen kestävyys kohdattaessa vaikeuksia ja kyky ylläpitää ihmissuhteita muodostavat positiivisen mielenterveyden. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2009, 8.)

Kinnunen (2011, 15) kuvaa väitöskirjassaan, että Lehtosen & Lönqvistin (2007) mukaan mielenterveys on psyykkisten toimintojen voimavara, jota käytetään oman elä-

män ohjaamiseen. Erikson (1968) puolestaan kuvaa ihmistä, jonka minäkuva on ehjä ja käsitys itsestään todenmukainen, on mieleltään terve (Mts. 15). Mielenterveys on prosessi, joka kehittyy ja jatkuu läpi koko elämän. Se on yksilöllinen voimavara, joka on sidoksissa tilanteeseen ja aikaan, joten mielenterveyden olotila ei ole pysyvä. (Heikkinen-Peltonen ym 2009, 10.)

Mielenterveyteen vaikuttavat monet eri tekijät, jonka vuoksi sitä on vaikea määritellä. Riippuu myös hyvin paljon yhteiskunnan kulttuurista sekä vallitsevasta ihmiskäsityksestä, miten mielenterveyttä eri puolilla maailmaa määritellään. Mielenterveyteen, eli ihmisen hyvinvointiin ja henkiseen toimintakykyyn vaikuttavat perimä, biologiset tekijät, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, yhteiskunnan rakenteelliset tekijät, sekä kulttuuriset arvot. Ne kaikki ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa, mikä synnyttää uusia voimavaroja, ja vastaavasti kuluttaa jo olemassa olevia. Elämäntilanteiden ja olosuhteiden vaihtelut muuttavat mielenterveyttä. Mielenterveys koostuu lisäksi omien mahdollisuuksien tiedostamisesta, toteuttamisesta ja lisäämisestä, päätöksien vallitsemisesta ja tekemisestä, itsensä hyväksymisestä, stressin ja vastoin käymisten sietokyvystä, ja kyvystä rakastaa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 12- 13.)

Kasvu ja kehitys muokkaavat mielenterveyttä, ja mielenterveyden aste vaihtelee hyvän olon ja ajoittaisen mielialanlaskun välillä. Ihmisellä on tekijöitä, jotka suojaavat, ja myös vaarantavat mielenterveyttä. Ne vaikuttavat mielenterveyden asteeseen, sekä ihmisen psyykkiseen reagointiin elämän kriisi- sekä muutostilanteissa. (Mts. 14.)

Mielenterveyttä sisäisesti suojaaviin tekijöihin kuuluvat mm. hyvä terveys, tarpeeksi hyvä itsetunto, huumori, vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaidot, sekä hyväksytyksi tuleminen tunne. Ulkoisiin tekijöihin kuuluvat mm. läheiset ihmiset, ruoka, koulutusmahdollisuus, toimeentulo, työyhteisön tuki ja turvallinen elinympäristö. Kaikki edellä mainitut asiat lisäävät ihmisen selviytymiskykyä, ja mitä enemmän niitä on, sitä pienempi riski on sairastua mielenterveysongelmiin. (Mts. 14.)

Mielenterveyttä sisäisesti haavoittaviin tekijöihin kuuluvat mm. sairaudet, tunne avuttomuudesta, ihmissuhde- ja seksuaaliset ongelmat sekä huono sosiaalinen asema ja eristäytyneisyys. Ulkoisiin tekijöihin kuuluvat mm. kodittomuus, hyväksikäyttö, päihteet, väkivalta ja kiusaaminen. Vain yksittäisellä tekijällä on vähäinen vaikutus,

mutta useampi yhdistyneenä kasvattaa sairastumisen riskiä moninkertaisesti. (Mts. 15.)

Hyvin usein fyysinen ja psyykinen terveys kulkevat yhdessä, ja ne ovat vaikutuksissa toisiinsa. Esim. henkilöllä, jolla on krooninen sairaus, on huomattavasti suurempi riski sairastua mielenterveysongelmiin, ja vastaavasti mielenterveysongelmat lisäävät mahdollisten fyysisten sairauksien aiheuttamaa taakkaa. (World Mental Health Day 2010, 5.) Ihmisen olisi hyvä tiedostaa mielenterveyteen liittyviä perusasioita, jotta hän pystyy siihen vaikuttamaan. Suojaavia tekijöitä pitäisi pyrkiä lisäämään, ja vastaavasti heikentäviä riskitekijöitä tulisi vähentää. Arjen säännöllisyys, riittävä lepo, monipuolinen ruokavalio, miellyttävä liikunta, sekä yhteydenpito läheisiin ihmisiin vaikuttavat positiivisesti mielenterveyteen. (Hietaharju & Nuutila 2010, 15.)

3.2 Tautiluokitus ICD-10

Sosiaali- ja terveysministeriö velvoittaa, että tautien sekä kuolinsyiden merkkauksessa asiakirjoihin, jotka koskevat potilasta, on käytettävä suomalaista versiota WHO:n ICD-10 tautiluokituksesta. Sitä käytetään niin tutkimuksessa, kliinisessä työssä, sosiaalivakuutuksessa, kuin tilastoissakin. (ICD-10-tautiluokitus 2014.) ICD-10 tautiluokitus on ollut Suomessa käytössä 18 vuotta. Alun perin se on tarkoitettu sairastavuuden ja kuolemansyiden tilastointiin, mutta vähitellen sen käyttötarkoitus on laajentunut. ICD-10 diagnoosien mukaan on indeksoitu ja määritelty myös alueelliset ja paikalliset hoitoketjut, sekä kansalliset hoitosuosituksen. (Tautiluokitus ICD-10, 3.)

P-Syketalossa käytössä on ICD-10 –luokituksen kohdat F07-F10, F19, F20-29, F30-F39, F60-F62 (Bavard, 2014). Eli asukkaalla on joku seuraavista: aivosairauden, aivovaurion ja aivojen toimintahäiriön aiheuttama persoonallisuus- ja käytöshäiriö (F07), määrittämätön elimellinen tai oireenmukainen (muun elimistön sairauden seurauksena esiintyvä) mielenterveyden häiriö (F09), alkoholin käytön aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä ja käyttäytymisen häiriö (F10) tai useiden lääkeaineiden ja muiden psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama elimellinen aivo-

oireyhtymä ja käyttäytymiset häiriö (F19). Myös joku seuraavista on mahdollinen: skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö tai harhaluuloisuushäiriö (F20-29), mielialahäiriö (F30-F39) tai persoonallisuushäiriö ja persoonallisuuden muutos (F60-F62). (Tautiluokitus ICD-10, 241-269.)

3.3 Yleisimmät mielenterveysongelmat

3.3.1 Psykoosit

Vakava kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsofrenia ovat psykooseja, joille on tyypillistä minä-kokemuksen pirstoutuminen, sekä todellisuudentajun hämärtyminen. Nämä ilmenevät ajattelun ja tunteiden vääristyminä sekä harhoina. (Millaisia ovat yleisimmät mielenterveysongelmat 2010.)

3.3.1.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia (ICD-10 tautiluokitus F20) on vakava sairaus, joka alkaa yleensä nuoruusiällä. Miehet sairastuvat keskimäärin 20 -28 vuoden ikäisinä ja naiset yleensä muutaman vuoden myöhemmin. Se voi myös alkaa jo lapsena tai murrosiässä. Skitsofrenian diagnoosi edellyttää, että vähintään kaksi oiretta viidestä oiretyypistä on ilmennyt vähintään kuukauden ajan. Sairaudelle ominaisia oiretyyppejä ovat aistiharhat, hajanainen puhe, harhaluulot, puutosoireet, pahasti hajanainen tai outo käytös, tai selvä motorinen jäykkyys tai kiihtyneisyys. Lisäksi diagnoosi edellyttää sosiaalisen toimintakyvyn heikentymistä merkittävästi vähintään muutaman kuukauden ajalta. (Skitsofrenia 2013; Tautiluokitus ICD-10, 257.)

3.3.1.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla eli maanis-depressiivisellä (ICD-10 tautiluokitus F30-31) henkilöllä on vaihdellen mania- ja masennuskausia. Näiden jaksojen välillä henkilö voi olla täysin oireeton tai mahdollisesti kärsiä esimerkiksi lievästä masennuksesta. Masennusjaksot eivät eroa välttämättä muuten tavallisista masennustiloista, mutta ne saattavat kestää hieman vähemmän aikaa ja niissä saattaa esiintyä psykoottisia oireita, ruokahalun kasvua, lihomista, ajatusten hitautta sekä liikkeiden hidastuneisuutta. Masennusjaksot ovat yleensä kuitenkin pidempiä kuin mania- ja hypomaniajaksot. Maniajakson aikana henkilö tuntee mielialan kohonneen normaalista poikkeavaksi, johon liittyy myös aktiivisuus, puheliaisuus ja itsetunnon nousu. Henkilön unen tarve on selvästi vähentynyt ja hänellä on suuruuskuvitelmia. Maniajakson aikana henkilö käyttäytyy sopimattomasti, on usein hyperseksuaalinen ja käyttää rahaa holtittomasti. Hypomaniajakso muistuttaa maniajaksoa, mutta on selvästi lievempi. Hypomaniajaksoa voi olla vaikea erottaa normaalista myönteisestä tai luonteenomaisesta innostuksesta. Siinä kuitenkin korostuu innostuksen lisäksi ärtyisyys, unettomuus, useimmiten myös lisääntynyt alkoholin käyttö ja keskittymisvaikeudet. (Kaksisuuntainen (maanis- depressiivinen) mielialahäiriö. 2013; Tautiluokitus ICD-10, 261.)

3.3.2 Neuroosit

Neuroosista kärsivä kokee olevansa psyykkisesti melko hyvässä kunnossa ja realistinen, mutta tuntee kuitenkin pelkoa, ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Neurooseihin kuuluvat masennus, syömishäiriöt, unihäiriöt, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, pelkohäiriöt sekä hillitsemishäiriöt. (Millaisia ovat yleisimmät mielenterveysongelmat 2010.)

3.3.2.1 Masennus

Masennustilat eli depressiot (ICD-10 tautiluokitus F32-33) ovat erilaisia, ja ne luokitellaan vaikeusasteen perusteella lievään, keskitasoiseen, vakava-asteiseen ja psykoottiseen masennustilaan. Lievässä masennustilassa masennus haittaa vain hieman henkilön toimintaa, kun taas vakavassa se vaikuttaa jo huomattavasti toimintakykyyn ja ihmissuhteisiin. Psykoottisissa masennustiloissa ilmenee myös harhaluuloja. Masennus on mielialahäiriö, joka luokitellaan vakavimmaksi kansansairaudeksemme. (Masennus 2013; Tautiluokitus ICD-10, 261-262.)

3.3.2.2 Syömishäiriöt

Yleisimmät syömishäiriöt (ICD-10 tautiluokitus F50) ovat anoreksia, bulimia ja niiden epätäydelliset muodot, jotka eivät täytä kriteereiltään kumpaakaan sairautta, mutta syöminen ei ole tavanomaista ja se määrittää elämää huomattavasti. Anoreksia on sairaus, jossa syödään vähän ja valikoiden. Elämä pyörii painon ympärillä, joten rankka liikunta vähäisen ravinnon lisäksi kuuluu sairaudenkuvaan. Jatkuva aliravitsemus aiheuttaa fyysisiä ja psyykkisiä oireita, kuten ajattelukyvyn heikentymistä, luuston haurastumista, masennusta ja unettomuutta.

Bulimia on puolestaan sairaus, jossa nuorella on tarve ahmia. Ahmiminen on säännöllistä eikä sitä pysty kontrolloimaan. Tämän jälkeen syömisistä on päästävä eroon oksentamalla, rankalla liikunnalla, sekä ulostus- ja nesteenoistoläkkeillä. Bulimia voi aiheuttaa niin psyykkisiä kuin fyysisiäkin oireita. Sydämen rytmihäiriöt, masennus, hampaiden eroosio ja ruuansulatushäiriöt ovat yleisimpiä bulimiasta aiheutuvia oireita. (Syömishäiriö 2009; Tautiluokitus ICD-10, 267.)

3.3.2.3 Unihäiriöt

Vuonna 1979 laaditun unihäiriöluokituksen mukaisesti häiriöt luokitellaan neljään pääryhmään: a) unettomuutta aiheuttaviin b) liiallista päiväaikaista väsymystä aiheuttaviin c) unenaikaisiin erityishäiriöihin eli parasomnioihin ja d) uni-valverytmin häiriöihin. Kansainvälisessä ICD-10-tautiluokituksessa unihäiriöt luokitellaan kuitenkin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden luokkaan F51, sekä hermoston sairauksien luokkaan G47. Yhden ryhmän muodostaa myös levottomien jalkojen oireyhtymä G25.8. (Unihäiriöt 2009; Tautiluokitus ICD-10, 267, 296.)

3.3.2.4 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriössä (ICD- 10 tautiluokituksessa F30-39) mielialassa tai mielenvireessä tapahtuu muutos, tämä kestää vähintään muutamia viikkoja, jopa kuukausia tai vuosia. Mielialahäiriöiden luokittelu perustuu oireiden kestoon, laatuun ja vaikeusasteeseen. (Mielialahäiriö 2013; Tautiluokitus ICD-10, 260- 263.)

3.3.2.5 Ahdistuneisuushäiriöt

Psykiatrisissa sairauksissa ja häiriötiloissa ilmenee yleensä aina jonkinasteista ahdistuneisuutta. Ahdistuneisuushäiriöt luokitellaan ICD- 10 tautiluokituksen mukaan F40-41. Psykkiseen sairauteen liittyvä ahdistus on yleensä hyvin voimakasta. Tällainen ahdistus muistuttaa yleensä yksinjäämiseen, kuolemaan tai hajoamiseen liittyvää lamauttamaa pelkoa. Tällaisen tunteen ymmärtäminen on tärkeää auttaessa ahdistunutta henkilöä. (Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö 2013; Tautiluokitus ICD-10, 263-264.)

3.3.2.6 Pelkohäiriöt

Jos ahdistuneisuus tai pelko (ICD- tautiluokitus F40) liittyy johonkin tiettyyn tilanteeseen tai kohteeseen, on kyse pelkotilasta tai fobiasta. Henkilö yrittää vältellä pelkoja aiheuttavia tilanteita, mikä vaikeuttaa normaalia elämää huomattavasti. Elämä voi kaventua ja seurauksena voi olla jopa työkyvyttömyys. (Määräkohteinen pelko 2013; Tautiluokitus ICD-10, 263.)

3.3.2.7 Hillitsemishäiriöt

Hillitsemishäiriöihin (ICD-10 tautiluokitus F63) kuuluvat näpistelyhimo, pelihimo, tuhopolttohimo, karvojen nyppimishäiriö ja pakonomainen keräily (Hillitsemishäiriöt 2014; Tautiluokitus ICD-10, 270). Kleptomania, eli näpistelyhimoinen ihminen ei pysty vastustamaan varasteluaan. Hän tuntee ennen varastamista jännitystä ja teon hetkellä mielihyvää. Pelihimoisen henkilön elämää hallitsevat toistuvat tai jatkuvat uhkapelijaksot. Pelihimoinen on kiinnostunut rahapeleistä ja pelaa varallisuuteensa nähden suurilla panoksilla. Tuhopolttohimo tuottaa tekijälle mielihyvää useammasta sytytetystä tulipalosta. Henkilölle tuottaa mielihyvää myös sytytetyn tulipalon katseilu. Karvojennyppimishäiriöinen nyppii hiuksia tai ihokarvoja. Nyppimistä edeltää jännityksen tunne ja nyppiminen tuottaa mielihyvää. Pakonomainen keräily tarkoittaa, että henkilö keräilee tavaroita mutta ei heitä niitä pois. Keräilijän kotona ei välttämättä pysty edes kunnolla liikkumaan, sillä huoneet ovat täynnä kerättyjä tavaroita. (Näpistelyhimo 2013; Pelihimo 2013; Tuhopolttohimo 2013; Karvojennyppimishäiriö 2013; Pakonomainen keräily 2013.)

3.3.3 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuuden kehityksessä erityyppisistä häiriöistä kertovat persoonallisuushäiriöt. Niiden kehittymiseen ja parantumiseen vaaditaan pitkä aika. Epävakaat, nar-

sistinen, paranoidinen ja epäsosiaalinen persoonallisuus ovat persoonallisuushäiriötä. Persoonallisuus häiriöt ovat IDC-10- tautiluokituksessa F60.0-F60.9. (Millaisia ovat yleisimmät mielenterveysongelmat 2010.)

3.3.3.1 Epävakaata persoonallisuushäiriötä

Epävakaalle persoonallisuushäiriölle (ICD-10 tautiluokitus F60.3) on ominaista oikukas ja ennustamaton mieliala, sekä toiminta hetken mielialojohdteesta ja seurauksien miettimättä jättäminen. Tunteenpurkaukset ovat yleisiä, eikä tuolloin useinkaan pysty hallitsemaan käyttäytymistään. Epävakaata persoonallisuushäiriötä voidaan jakaa impulsiiviseen ja rajatilamuotoon. Impulsiivista muotoa voisi kuvailla tunne-elämän epävakaudella ja hallinnan puutteella. Rajatilamuodolle tyypillistä on lisäksi häiriöt sisäisissä tavoitteissa, minäkuvassa ja päämäärien asettelussa, sekä tyhjyyden tunteminen, kiihkeät ja epävakaat ihmissuhteet, sekä itsetuhoisuus. (Persoonallisuushäiriöt 2007; Tautiluokitus ICD-10, 269.)

3.3.3.2 Narsistinen persoonallisuushäiriötä

Narsistinen persoonallisuus (ICD-10 tautiluokitus F60.8) kokee tarvitsevansa erikoiskohtelua, hän voi myös käyttää muita ihmisiä hyväkseen, on kateellinen ja ylimielinen. Narsistille on myös ominaista voimakas ihailun tarve, suuruuskuvitelmat sekä vähäinen empatia. Myös oman erinomaisuuden ja etuoikeuksien korostuminen on tärkeää. (Narsistinen persoonallisuus 2009; Tautiluokitus ICD-10, 270.)

3.3.3.3 Paranoidinen persoonallisuushäiriötä

Paranoidiselle eli epäluuloiselle persoonallisuudelle (ICD-10 tautiluokitus F60) tyypillisimpiä piirteitä ovat ihmisiin ja heidän tarkoituseriinsä kohdistuva epäluulo. Tämän takia paranoidinen henkilö ei kykene uskoutumaan muille ja olettaa viattomat tapahtumat ja huomautukset uhkaaviksi. Hänen on vaikea myös antaa anteeksi ja hän

saattaa perusteettomasti epäillä puolisoaan uskottomuudesta. (Persoonallisuushäiriöt 2013; Tautiluokitus ICD-10, 269.)

3.3.3.4 Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö

Psykopaattinen käytös eli epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö (ICD- 10 tautiluokitus F60.2) alkaa jo ennen 15 vuoden ikää. Tällainen henkilö ei kykene huomioimaan muita, eikä välitä heidän oikeuksistaan. Hän syyllistyy useasti lainrikkomiseen, sekä hän on usein impulsiivinen ja vilpillinen. (Persoonallisuushäiriöt 2013; Tautiluokitus ICD-10, 269.)

3.4 Lainsäädäntö

Mielenterveyslaissa kerrotaan mielenterveystyöstä, jolla pyritään lievittämään, parantamaan ja ehkäisemään mielisairauksia ja mielenterveyshäiriöitä, sekä edistämään psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallisuuden kasvua. Mielenterveyspalvelut kuuluvat mielenterveyden häiriöitä ja mielisairauksia sairastaville henkilöille. Elinolosuhteita tulee kehittää siten, että ehkäisevät häiriöiden syntyä, tukevat palvelujen järjestämistä, sekä edistävät mielenterveystyötä. (L 14.12.1990/1116.)

Sosiaali- ja terveysministeriölle kuuluu mielenterveystyön yleinen suunnittelu, valvonta ja ohjaus, kun taas aluehallintovirasto vastaa toimialueellaan edellä mainituista asioista. Kunta järjestää mielenterveyspalvelut terveydenhuoltolain (1326/2010) ja sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaisesti, sekä palvelut ovat mielenterveyslain mukaan järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan tarpeiden mukaisiksi. (L 14.12.1990/1116.)

Mielenterveyspalveluista on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus, johon kuuluvat: 1) terveydenhuollon palvelut pitäen sisällään mielenterveyttä suojaavien ja vaarantaviin tekijöihin liittyvän ohjauksen ja neuvonnan 2) psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen yksilölle ja yhteisölle äkillisissä järkyttävissä tilanteissa 3) mielen-

terveyspalvelut, jotka kattavat tutkimuksen, hoidon ja lääkinällisen kuntoutuksen. Näistä huolehtivat sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, sekä sen alueella toimivien terveyskeskusten kanssa yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluita antavien kuntayhtymien kanssa. (Ashorn, U., Autti-Rämö, I., Lehto, J. & Rajavaara, M 2013, 151.)

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (L 497/2003) on säädetty kuntoutujaa varten hänen saadakseen tarvitsemansa kuntoutuspalvelut, sekä edistämään yhteisöjen, laitosten ja viranomaisten yhteistyötä. Aloitekyvyn ongelmista kärsivä mielenterveyspotilas tarvitsee asiakasyhteistyötä ja palveluneuvontaa, jotta hän ei jää ilman palveluita, tai saa niitä väärään aikaan tai riittämättömästi. (Ashorn ym. 2013, 151.)

4 Kuntoutus

4.1 Kuntoutus käsitteenä

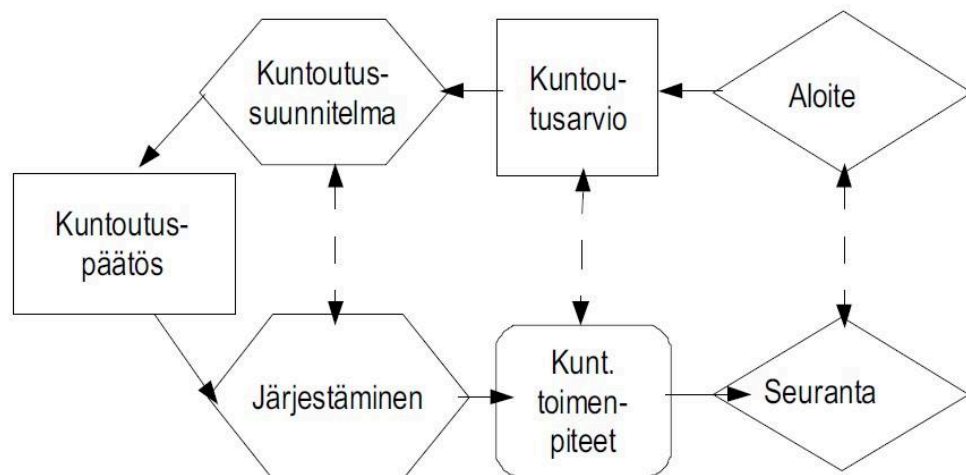
WHO on määritellyt kuntoutuksen koostuvaksi sosiaalisista, lääkinällisistä, ammatillisista ja kasvatuksellisista toimenpiteistä kokonaisuudeksi, jonka tavoitteena on parantaa yksilön toimintakyky mahdollisimman korkealle tasolle (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 52). Kuntoutuksen tarkoituksena on jonkun selkeän vamman tai sairauden aiheuttamien ongelmien ratkaisemista, minimoida siitä johtuvat haitat, sekä parantaa toimintakykyä. Mielenterveystyössä tällä tarkoitetaan usein ”psykiatrista kuntoutusta”. Eri tavalla ajateltuna kuntoutus on yksilöön sekä hänen ympäristöönsä vaikuttavaa laajaa toimintaa, jolloin mielenterveyskuntoutuksessa tarkoituksena on kartoittaa ongelmia, ja löytää positiivisesti mielenterveyteen vaikuttavia asioita. (Koskisuu 2004, 11.)

Koskisuun (2004, 12) mukaan Järvikoski & Härkäpää (1995) kuvailevat kuntoutuksen olevan suunnitelmallista ja monialaista toimintaa elämänhallinnan tukijana. Sen yleis-

senä tavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan, sekä ylläpitämään elämänhallintaansa silloin, kun hänen sosiaalinen selviytymiskyky on heikentynyt esim. sairauden takia. Kuntoutuja ja kuntoutushenkilökunta laativat yhdessä suunnitelman, johon jatkuvan prosessin arvioinnin kanssa koko kuntoutus perustuu.

4.2 Kuntoutusprosessi

Kuntoutusta pidetään kuntoutujan ja kuntoutuspalveluiden välisenä vuorovaikutusprosessina. Alkutilanteen arviointi, kuntoutustavoitteiden asettaminen, välitavoitteiden asettaminen, eri keinojen ja menetelmien valinta, jotta tavoitteisiin päästään, prosessin jatkuva arviointi, sekä lopun arviointi ja uusien tavoitteiden pohdinta ovat vaiheita, joiden kautta koko prosessi hahmotetaan. Kuntoutus ymmärretään siis eteneväksi tiettyyn, ennalta määrättyyn suuntaan. Ongelmaksi muodostuu se, että harvoin ihmiset kuntoutuvat lineaarisesti, ja todellisuudessa kuntoutusprosessin matkalla aloituspisteestä kohti päätepistettä käydään muillakin pisteillä. (Koskisuus 2004, 139.)



Kuvio 1. Kuntoutusprosessin eri vaiheet, ja kuinka ne ovat riippuvaisia toisistaan (Martinnesi 2010, 127).

Kuntoutuminen on tavoitteellista toimintaa, jossa on kyse positiivisesta muutoksesta. Alussa kartoitetaan kuntoutujan toimintakyky pitäen sisällään sosiaaliset, fyysiset sekä psyykkiset voimavarat ja tarpeet, sekä perehdytään hänen elinympäristöön ja elämäntilanteeseen. Tavoitteet pitää määritellä niin, että kuntoutuja pystyy niihin sitoutumaan. Tavoitteiden saavuttaminen vaatii kärsivällisyyttä, motivaatiota ja sitoutumista, ja tavoitteet onkin hyvä myös pilkkoa pienemmiksi välitavoitteiksi. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 22.)

Vaikka kuntoutuksen suunnitelma olisi kuinka hyvin tehty, ei se takaa onnistunutta lopputulosta. Syitä sille voi olla monia, kuten. väärin mitoitettut tavoitteet, tai riittämättömät tai epäsojivat keinot. Kuntoutusprosessiin vaikuttaa myös elämäntilanteen muutokset ja ulkoiset stressitekijät, jotka voivat estää sen tarkoituksenmukaisen toteutumisen. Näin tapahtuessa ajatellaan usein, että kuntoutus on epäonnistunut, jos tavoitteita ei saavutettu. Kuntoutumisen kannalta läpi käyty prosessi on silti voinut olla todella hyödyllinen ja sitä edistävä, vaikka alussa laaditut tavoitteet jäisivätkin saavuttamatta. (Koskisuus 2004, 139-140.) Mikäli aloite kuntoutukselle jätetään tekemättä, tai se suoritetaan väärään aikaan tai kuntoutuksen toimenpiteen ajankohta on väärä, voivat ne katkaista kuntoutusprosessin. Kuntoutujan näkökulmasta se tarkoittaa epäonnistumista, ja kuntoutustarpeen tyydyttämättä jättämistä, ja yhteiskunta puolestaan tuhlaa voimavarojaan. (Matinvesi 2010, 11.)

Kuntoutusprosessissa kuntoutujan tukemisessa on mukana moniammatillinen tiimi, mikä tuo siihen mukaan mm. lääketieteen, sosiaali- ja käyttäytymistieteiden sekä psykoterapioiden eri sovelluksia ja menetelmiä. Se toimii yhteistyössä myös kuntoutujan läheisten ja perheen kanssa, mikä onkin tärkeää kuntoutusprosessin koskettessa koko läheisverkostoa (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 21-22.) Työotteen on oltava kuntoutumista edistävä, minkä tarkoituksena on, että kuntoutujaa autetaan tunnistamaan, lisäämään ja sitä kautta hyödyntämään omia sekä ympäristössä olevia voimavaroja. Sitä kutsutaan kuntouttavaksi työotteeksi, jonka tavoitteena pidetään kuntoutujan voimaantumista. (Mts. 23.)

4.3 Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutuja on usein oikeutettu saamaan eri kuntoutuspalveluja useammasta eri organisaatiosta, ja hänellä voi olla samanaikaisesti monia kuntoutusta ohjaavaa ja tukevaa suunnitelmaa. Kuntoutussuunnitelman muoto määräytyy jokaisen organisaation ja tarpeiden mukaisesti, joten ei ole olemassa yhtä ainutta, joka paikkaan sopivaa mallia. Monet asetukset ja lait määräävät kuntoutuksen suunnittelua ja siihen osallistumista, osa jopa vaatii sen etuuden saamiseksi. (Kettunen ym. 2009, 25.)

Kuntoutumissuunnitelmasta käy ilmi ne palvelut ja toimenpiteet, joita kuntoutuja tarvitsee. Asiakkaat ovat erilaisia, joten niin myös heidän tarvitsemansa palvelut. Suunnitelmaan laadittujen tavoitteiden, ja niiden toteutumisen jatkuva arviointi takaa sen, että tarvittaessa kuntoutuksen tapaa ja arviointia voidaan muuttaa. Suunnitelma ohjaa kuntoutusta, jonka tavoitteena on asiakkaan mahdollisimman hyvä selviytyminen eri elämän tilanteissa. (Mts. 26.) Jotta kuntoutus toteutuu onnistuneesti ja vaikuttavasti, on kuntoutussuunnitelmalla ja sen laitimisella hyvin merkittävä rooli. Kuntoutujan on oltava tietoinen henkilökohtaisesta suunnitelmastaan, sekä sen tavoitteista. (Koukkari 2010, 201.)

4.4 Mielensterveyskuntoutus

Mielensterveyden häiriöiden kuntoutuksen sekä hoidon tarkoituksena on auttaa arkipäivissä selviytymistä, sekä parantaa kuntoutujan elämänlaatua (Tuulio-Henriksson 2013, 146). Mielensterveyden häiriöiden hoitoa ja kuntoutusta järjestettäessä on otettava huomioon monia erityispiirteitä. Jotta hoito olisi yhtenäistä, on terveydenhuollon ammattilaisten sekä kansalaisten tueksi ja hoidon avuksi laadittu monia kansallisia suosituksia, jotka perustuvat tutkimuksiin. Kuntoutuksen tarve sekä muoto ovat yksilöllisiä, ja ne riippuvat myös itse häiriöstä, sekä sen vaiheesta. Toisissa häiriöissä tukea saattaa tarvita koko lopun ikää, ja toisissa vain tiettyinä jaksoina. Mielensterveyskuntoutujalla verrattuna muihin sairastuneihin tarve ohjaukseen ja tukeen

saattaa olla niin määrältään kuin laadultaankin toisenlainen. (Mts. 147- 148.) Laitila (2010, 7) toteaa, että mielenterveys- ja päihdetyössä asiakkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus on tärkeä tavoite. Lisäksi hän avaa Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan suositusta (1999), jossa kerrotaan, että toiminnan ollessa asiakasläh- töistä, ammattilaisen sekä asiakkaan välille muodostuu vuoropuhelua ja vaikuttamis- ta, joka on kahdensuuntaista, tasa-arvoista ja aitoa. (Mts. 23.)

Esimerkiksi mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriön luokituksen F20 eli skitsofre- nian (Tautiluokitus ICD-10, 262) hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on poistaa, tai lievittää oireita, vähentää psykoosijaksojen määrää ja vaikeutta tai estää uusien puh- keaminen, sekä kohentaa potilaan elämänlaatua sekä toimintakykyä. (Skitsofrenia 2013.)

4.5 Kuntoutusohjaus

Kuntoutusohjausnimikkeistössä (2003) kohdassa RK120 on hyvin kuvattu ja tiivistetty kuntoutusohjaajan roolia kuntoutusprosessissa:

Asiakkaan kuntoutus- ja kuntoutumisprosessin suunnittelu tapahtuu yh- teistyössä asiakkaan ja hänen lähiyhteisönsä kanssa sekä yleensä mo- niammatillisessa työryhmässä. Kuntoutusohjaaja suunnittelee, aikatau- luttaa, seuraa sekä arvioi prosessia kunkin asiakkaan yksilöllisistä tar- peista lähtien ja hänen itsenäistä selviytymistään tukien.

Yleisesti kuntoutusohjauksella tarkoitetaan toimintaa, jolla tuetaan pitkäaikaissairas- ta tai vammaista henkilöä, sekä hänen läheisiään. Kuntoutusohjaajan on tunnettava lainsäädäntö sekä sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut. Työnkuvaan kuuluu lisäksi työ- ja ammatillisen koulutusmahdollisuuksien kartoittamista, työnohjaamista ja työl- listämisen tukemista. Kuntoutusohjaaja antaa myös psyykkistä tukea, ja vahvistaa kuntoutujan henkistä selviytymistä ja toimintakykyä. Kuntoutusohjaajalla tulee olla

tarpeeksi tietoa oman potilasryhmä sairaudesta, ja sitä kautta tietää ja ymmärtää sen vaikutuksia sosiaalisesti, fyysisesti ja psyykkisesti kuntoutujan arjessa. Työ vaatii pitkäjänteisyyttä, kykyä yhteistyöhön, joustavuutta, ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja, sekä kykyä toimia itsenäisesti, ja nähdä asiat kokonaisvaltaisesti. (Kuntoutusohjaukset 2014.)

5 Opinnäytetyön tutkimus

5.1 Tutkimuksen taustat ja tavoite

Tutkimusaihe sai alkunsa työharjoittelusta, jonka toinen tämän opinnäytetyön tekijöistä suoritti P-Syketalossa. P-Syketalon johtaja koki tarpeelliseksi saada käyttöönsä selkeän kaavion, joka kuvaisi heidän asumispalveluyksikkönsä kuntoutusprosessia. Se olisi malli, jonka mukaan P-Syketalon mielenterveyskuntoutujat pyrkivät etenemään saavuttaakseen jokaisen henkilökohtaiset tavoitteet. Prosessikaavio pitäisi sisällään asukkaan koko kuntoutuskaaren taloon sisään kirjaamisesta pois kirjaamiseen saakka. Mallia ei pidä sekoittaa kuntoutussuunnitelmaan, koska suunnitelma on vain yksi osa tätä mallia. Tästä kehitimme hyvän opinnäytetyön aiheen, joka mielestämme sopii erityisen hyvin kuntoutuksen ohjaaja opiskelijoille.

Tutkimuksemme tavoitteena on saada selville asukkaiden tämän hetkisen kuntoutusprosessin eteneminen, ja miten sitä mahdollisesti tulisi parantaa. Mallista on tarkoitus tehdä selkeä kaavio, jota voi hyödyntää hallinnollisella puolella. Sitä voi myöhemmin myös tarvittaessa muokata, kehittää, ja täydentää tarpeiden ja tilanteiden mukaan.

5.2 Tutkimuskysymys ja –menetelmä

5.2.1 Tutkimusote

Käytämme opinnäytetyössämme kvalitatiivista, eli laadullista tutkimusta. Laadullinen tutkimus on todellisen elämän kuvaamista, johon sisältyy ajatus todellisuuden moninaisuudesta. Tutkimusotteella pyritään mahdollisimman kokonaisvaltaiseen kohteen tutkimukseen. Yleisesti voi todeta, että laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena löytää tosiasioita, kuin todentaa väittämiä, jotka ovat jo olemassa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkitaan yksittäistä tapausta ja siitä pyritään saamaan mahdollisimman paljon irti. Laadulliset tutkimukset keskittyvät prosessien tutkimiseen, jolloin ollaan kiinnostuneita ihmisten reaali maailman kokemisen ja näkemisen merkityksistä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija menee kentälle, haastattelemaan tai vaihtoehtoisesti havainnoimaan, jolloin tutkittavan ja tutkijan välille muodostuu suora kontakti, eli tutkimus suoritetaan oikeassa kontekstissaan. (Kananen 2008, 25.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija luottaa omiin havaintoihinsa enemmän kuin mittausvälineiden avulla saatuun tietoon. Saadakseen täydentävää tietoa, monet tutkijat käyttävät tiedonhankinnan apuna testejä ja lomakkeita. Laadullisen tutkimuksen aineiston hankinnassa suositaan metodeja, joissa tutkittavien omat näkökulmat pääsevät hyvin esille. Niihin kuuluvat esim. teema- ja ryhmähaastattelut. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkasti tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

5.2.2 Tutkimusongelma

Tutkimusongelmaa voi olla aluksi hankala määritellä, sillä ongelma ei ole välttämättä vielä täsmentynyt. Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus kiteytyvät määriteltäessä tutkimusongelmaa. Tutkimusongelma kannattaa purkaa yhteen tai useampiin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymysten ratkaisut ovat vastaukset tutkimusongelmaan. (Kananen 2008, 51.)

Meidän tutkimuskysymyksemme on:

Miten kuntoutusprosessi etenee P-Syketalossa?

Miten sitä mahdollisesti pitäisi muuttaa?

5.2.3 Teemahaastattelu

Valitsimme tutkimusmenetelmäksemme teemahaastattelun. Se on avoimen ja lomakehaastattelun välimuoto, jossa on tyypillistä, että haastattelun aiheet ovat valmiina, mutta kysymyksien muodot ja järjestys puuttuvat. (Hirsjärvi ym. 2009, 208.)

Haastattelimme P-Syketalon ohjaajat (7 kpl) heidän työpaikallaan yksitellen. Haastattelun teemat ovat opinnäytetyömme liitteenä (Liite 1.), jossa on mukana myös kysymyspatteristo, jonka avulla pystyimme kysymään tarkentavia kysymyksiä teemoihin liittyen saadaksemme kattavammat vastaukset. Haastattelun suoritimme niin, että toinen haastatteli, ja toinen kirjoitti muistiinpanoja samaan aikaan. Haastatteluja ei siis tarvinnut äänittää, koska saimme kirjoitettua muistiinpanot heti haastateltaessa, ja yhdessä vielä täydensimme niitä haastattelujen jälkeen. Tapahtuvasta haastattelusta P-Syketalon johtaja oli ilmoittanut ohjaajille etukäteen, ja kerroimme vielä haastattelutilanteen alussa tarkemmin työmme tarkoituksen ja tavoitteen, ja selvitimme lisäksi, että haastattelujen vastaukset kirjataan ylös nimettöminä, säilyttääksemme ohjaajien anonymiteetin.

5.2.4 Aineiston analysointi

Valitsimme aineiston analysointiin sisällönanalyysimenetelmän. Se on kvalitatiivisen aineiston analyysimenetelmä ja sopii hyvin meidän tutkimuksessamme käytettäväksi. Kvalitatiivisessa sisällönanalyysissä on tavoitteena systemaattinen ja kattava kuvaus aineistosta. Sitä ei tehdä pelkästään viimeisenä, vaan analysointi alkaa jo aineiston keruun yhteydessä. Aineistoon perehdytään ja se luokitellaan, joskin luokittelukategoriat voivat muuttua prosessin aikana. Hankittu tutkimustieto, kuten haastattelu, on saatava tekstimuotoon. Analysointi voi tapahtua eri tavoin, ja käsittelyvaiheet voidaan erotella. esim. seuraavalla tavalla: aineiston tekstualisointi, luokittelujärjestelmän kehittäminen ja luokittelurungon laatiminen, analyysiyksikön määrittäminen ja aineiston osittaminen eli segmentointi sekä aineiston koodaus ja raportointi. (Seitamaa-Hakkarainen, 1999.)

Kirsi Silius (2005, 5-6) kertoo Tuomen & Sarajärven (2004) jaottelevan aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmeen osaan: aineiston redusointiin eli pelkistämiseen esim. tiivistämällä, klusterointiin ja abstrahointiin. Klusteroinnissa alkuperäisaineistoa tarkastellaan huolellisesti, ja sieltä etsitään samankaltaisuudet ja eroavaisuudet, jotka sen jälkeen yhdistetään ja luokitellaan. Abstrahoinnissa aineistosta erotetaan tärkeimmät tiedot, ja sen avulla tutkimuskohteesta muodostetaan johtopäätökset. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tuloksissa esitetään luokitellut kategoriat sekä niiden sisällöt.

Tutkimuksessamme aineiston tekstualisointi siis tapahtui jo samaan aikaan haastateltaessa, kun toinen keskittyi vastauksien kirjaamiseen, sekä heti sen jälkeen yhdessä niitä täydentäessä, ja myöhemmin tiivistettäessä. Haastateltavan oli luonnollista keskittyä haastattelutilanteeseen ja vastauksiinsa, koska vain toinen meistä kirjasi niitä ylös. Tällöin haastateltavalla oli olo, että halusimme keskittyä juuri siihen hetkeen, ja arvostimme hänen vastauksiaan. Haastatteluiden jälkeen kokosimme kaikkien vastaukset yhtenäisiksi teemahaastattelussa apuna olleen kysymyspatteriston mukaisesti, jonka avulla saimme kokonaiskäsityksen eri aiheista. Näihin kohtiin luonnollisesti osa vastasi laajemmin kuin toiset. Samoin sen minkä joku unohti tai ei osannut sanoa, joku toinen haastateltava osasi. Kysymyspatteriston ensimmäinen kohta: ”Miten

tällä hetkellä P-Syketalossa asukkaan kuntoutusprosessi etenee?” oli todella laaja, ja haastateltaessa muut kysymykset olivat tukemassa ja tarkentamassa tätä kohtaa.

Lopullinen luokittelurunko alkoi hahmottua jo haastattelujen alkuvaiheessa. Kaikki haastateltavat kertoivat prosessin etenemisestä samalla tavalla, ja jaottelivat prosessin vastauksissaan kolmeen selkeään osaan: 1. Kuntoutusprosessin alku ja taloon tuleminen, 2. Kuntoutusprosessin keskivaihe ja talossa asuminen, ja 3. Kuntoutusprosessin loppu ja siirtyminen vähemmän tuettuun asumismuotoon. Näiden selkiinnyttä hyvin nopeasti, oli meidänkin loogista valita edellä mainitut osat luokittelurunkomme, sekä kuntoutusprosessimallimme pääosiksi.

5.3 Tutkimustulokset

1. Miten tällä hetkellä P-Syketalossa asukkaan kuntoutusprosessi etenee?

Kun uusi asukas on tulossa taloon, asumispalvelukoordinaattori ottaa yhteyttä, ja kertoo uuden kuntoutujan tilanteen (kunnalta maksusitoumus). Sovitaan tapaaminen ja hoitoneuvottelu, jonka jälkeen on mahdollista jäädä tutustumisjaksolle, vaikkakin ne ovat nykyisin jo harvinaisia. Mikäli P-Syketalo tuntuu sopivalta paikalta, henkilö voi muuttaa taloon. Alkuvaiheen tehtäviin on tehty oma lomakkeensa, josta voi tarkistaa muistettavat asiat. Kun talo on käynyt tutuksi, mietitään mahdollisia talon ulkopuolisia töitä, tai P-Syketalossa suoritettavia työtehtäviä, joiden avulla pystytään arvioimaan mm. toimintakykyä ja kärsivällisyyttä. Mukavien harrastusten jatkaminen tai uusien löytäminen kuuluu myös prosessiin. Yhteyttä pidetään asumispalvelukoordinaattorin, sekä omaisten kanssa aina tarvittaessa. Usein kuntoutus lähtee hyvin etenemään, mutta jossain vaiheessa tulee hiukan takapakkia. Mitä pidemmälle prosessi etenee, sitä enemmän asukkaalle pyritään antamaan vastuuta. Varsinkin prosessin loppuvaiheessa on kuntoutujan hyvä näyttää, että hän pärjää itsenäisemmin.

2. Miten kuntoutusprosessin pitäisi edetä?

Olisi hyvä, jos uuden asukkaan tullessa taloon hänen mukanaan tulisi kattava ja hyvä yhteenveto/epikriisi hänen tilastaan, josta selviäisi mm. sairaushistoria, lääkitys ja sen hetken toimintakyky. Tähän P-Syketalo ei pysty vaikuttamaan, mutta hyvä alukoonti olisi edellytys toimivalle prosessin alulle. Ohjaajat toivoisivat yhtä laajaa raporttia, kuin mikä P-Syketalosta lähdettäessä asukkaasta tehdään.

3. Mitä asioita tulee käydä läpi asukkaaseen liittyen hänen tullessa taloon?

Esitietolomake täytetään ensimmäisessä hoitoneuvottelussa, taloon tutustutaan ja tilanne rauhoitetaan. Vuokrasopimuksen allekirjoittaminen, asukkaan oman huoneen avainten antaminen, ja talon pelisääntöjen allekirjoittaminen sekä osoitteen muutos tehdään heti alussa.

4. Mitä asioita tulee käydä läpi asukkaaseen liittyen ensimmäisten viikkojen aikana?

Alkukartoituslomakkeen täyttäminen, edunvalvonnan tarpeen selvittäminen ja hankkiminen, kotivakuutuksen hankkiminen ja tukiasioiden selvittäminen kuuluu ensimmäisiin viikkoihin. Asukkaalle määrätään oma-ohjaaja, ja hänen kanssaan yhdessä rakennetaan yksilöllinen viikko-ohjelma. Jokaisen viikko-ohjelmaan kuuluu oman huoneen ja yleisten tilojen siivousta sekä ruoan laittoa, ja niiden lisäksi asukkaan kiinnostuksen, kuntoutuksen sekä tavoitteiden kannalta tärkeitä tehtäviä. Ensimmäisen kuukauden aikana laaditaan kuntoutussuunnitelma, jota on tekemässä asukas, oma-ohjaaja, vastaava ohjaaja, sekä yleensä yksi toimintaterapeutti.

5. Miten kuntoutusprosessin etenemistä seurataan?

Kuntoutusprosessin etenemistä seurataan arjessa sekä oma-ohjaajakeskusteluissa. Silloin huomataan tuen tarve, ja osataan tehdä tarvittavia muutoksia, jotta prosessi

etenee toivotulla tavalla. Myös kuntoutussuunnitelmien päivityksiä tehtäessä ja hoitoneuvotteluissa seurataan ja mietitään asukkaan prosessin kulkua. Henkilöstöpala-vereissa käydään läpi yksilöllisesti jokaisen asukkaan tilanne. Ohjaajat kirjaavat huomion arvoiset asiat asukkaan tietoihin, ja niistä keskustellaan myös vuorojen vaihtu-essa raporttia pidettäessä.

6. Miten kuntoutusprosessin etenemistä mielestäsi tulisi seurata?

Jokaisen tulisi muistaa kirjata kaikki muutokset ja huomion arvoiset asiat arjesta asukkaan omiin tietoihin, jotta asiat/ muutokset välittyvät kaikille ohjaajille, ja niihin voi tarvittaessa jälkikäteen palata. Se mitä ei ole kirjattu, ei ole tapahtunut. Omaoh-jaajakeskusteluissa pitäisi useammin ottaa esille asukkaan tavoitteet, jotta ne pysyi-sivät paremmin mielessä, ja kuntoutujat aktiivisemmin pyrkisivät niitä kohti.

7. Kuinka usein kuntoutusprosessin etenemistä seurataan?

Omaohjaajakeskusteluja pidetään viikoittain, kuntoutussuunnitelman päivityksen ohjeaika on 3 kk välein, ja hoitoneuvotteluja on vähintään 1-2 kertaa vuodessa.

8. Kuinka usein kuntoutusprosessin etenemistä mielestäsi tulisi seurata?

Jokaisen kuntoutusprosessin etenemisen seurannan pitäisi olla yksilöllistä. Ohjaajat on hyvä olla olemassa, mutta niiden toteuttaminen käytännössä pitää miettiä yksilön kannalta järkeväksi. Mikäli maksusitoumus on hyvin lyhyt esim. 4 kuukautta, on to-dennäköisesti tarpeellista päivittää kuntoutussuunnitelmaa sekä pitää hoitoneuvot-teluja useammin ja seurannan on hyvä olla silloin tiiviimpää. Joissain tapauksissa on koettu riittäväksi, että kuntoutussuunnitelmaa päivitetään kaksi kertaa vuodessa. Tämä silloin, kun asukkaan tila ei merkittävästi muutu, ja tavoitteena olisi ylläpitää saavutettu tila.

9. Mitkä ovat kuntoutusprosessin tärkeimpiä seurattavia asioita?

Asukkaan toimintakyvyn seuraaminen ja arvioiminen sekä arjen sujuminen.

10. Miten asukas vaikuttaa oman kuntoutusprosessinsa suunnitteluun?

Oma-ohjaajakeskusteluissa on mahdollisuus jutella hänen omista tavoitteistaan, ja suunnitelmistaan. Samoin kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa, sekä sitä päivitettäessä asukas yhdessä ohjaajien kanssa suunnittelee omaa prosessiaan. Myös arjen keskustelujen myötä asukas vaikuttaa omaan prosessiinsa sekä sen suunnitteluun.

11. Seuraako asukas omaa etenemistään?

Asukas seuraa omaa etenemistään kuntoutussuunnitelman päivityksien yhteydessä, ja hän on myös itse vastuussa sen toteutumisesta. Asukas on P-Syketalon yhteisön jäsen, ja hänelle kuuluu omien asioidensa, kuten lääkäri- ja raha-asioiden hoito toimintakykynsä asettamissa rajoissa. Asukkaalla ei välttämättä ole riittävää motivaatiota omaan kuntoutumiseensa, tai oman prosessinsa aktiiviseen seuraamiseen.

12. Arvioiko asukas omaa etenemistään?

Asukas seuraa omaa etenemistään samalla tavalla sekä yhtä usein kuin hän arvioi sitä. Katso kohta 11.

13. Kuinka monta tavoitetta asukkaalle kannattaa asettaa samaan aikaan?

Kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa ei tavoitteita kannata asettaa liian monia. Yleensä asetetaan 1-2 pitkän aikavälin tavoitetta. Enintään 4 lyhyemmän aikavälin tavoitteiden avulla tähdätään pitkän aikavälin tavoitteiden toteutumiseen. Asukkaal-

la on harvemmin kykyä/halua nähdä asioita pitkällä tähtäimellä, joten lyhyen aikavälin tavoitteet toimivat paremmin motivoivina. Tässäkin otettava huomioon yksilöllisyys, ja siitä syystä toisille voi asettaa lähemmäs 6 tavoitetta, ja joillekin jo 2 on tarpeeksi.

14. Kuinka usein asukkaan kanssa käydään läpi hänen tavoitteitaan?

Tavoitteita käydään läpi vähintään 3 kk välein kuntoutussuunnitelmaa päivitettäessä, sekä hoitoneuvottelujen yhteydessä 1-2 kertaa vuodessa. On paljon kiinni asukkaasta itsestään, kuinka usein hän ottaa tavoitteensa esille. Toisinaan niistä saatetaan keskustella viikoittain, mikäli siihen koetaan olevan tarvetta. Varsinkin kuntoutusprosessin loppuvaiheessa asukkaan tavoitteet voivat olla hyvinkin paljon esillä, ja silloin vastuuta annetaan hänelle itselleen enemmän. Asukkaan pitää näyttää, että hän on saavuttanut tavoitteensa, ja pärjää seuraavassa (kevyemmin tuetussa) paikassa.

15. Kuinka usein asukkaan kanssa käydään läpi hänen kuntoutusprosessiaan?

Asukkaan kuntoutusprosessia käydään läpi välillä arjessa syntyvien keskustelujen myötä, sekä omaohjaajakeskusteluissa. Kuntoutussuunnitelman päivitysten ja hoitoneuvottelujen yhteydessä arvioidaan ja seurataan tilannetta, ja yhdessä mietitään missä mennään, missä pitäisi parantaa, ja miten prosessin saa etenemään.

16. Millainen yhteenveto asukkaasta tehdään kuntoutusprosessin lopussa talosta lähdettäessä?

P-Syketalossa on käytössä keväällä 2014 tehty lomake, joka täytetään asukkaasta seuraavaa hoitotahoa varten. Se sisältää mm. asukkaan diagnoosin, tämän hetken toimintakyvyn ja tuen tarpeen sekä lääkityksen. Lisäksi loppuvaiheeseen kuuluu

mahdollisten palaverien järjestäminen, tutustuminen seuraavan paikkaan (asumis-palvelukoordinaattori hoitaa ja suosittelee), sekä lääkärin päätös asiasta.

17. Miten muuttaisit kuntoutusprosessin loppuyhteenvettoa toimivammaksi?

Käytössä oleva loppukoontilomake on ollut toimiva.

18. Miten tämän hetken kuntoutusprosessi toimii?

Kuntoutusprosessi toimii hyvin. P-Syketalo on sen verran uusi yritys, että sen kuntoutustoimintaa kehitetään jatkuvasti. Huomattaessa jonkun kohteen muutostarpeen, pyritään siihen puuttumaan saman tien. Talon toiminta muotoutuu siis edelleen.

19. Mitä muuttaisit, jotta kuntoutusprosessista saisi toimivamman?

Kuntoutussuunnitelman päivityksen yhteydessä asukkaan olisi hyvä pystyä konkreettisesti arvioimaan omaan edistystään. Asukkaan kuntoutumisvalmius saattaa olla huono, joten sitä pitäisi saada paremmaksi. Ohjaajat eivät voi pakottaa ketään kuntoutumaan, vaan sen pitää lähteä kuntoutujasta itsestään.

20. Miten muuttaisit, jotta kuntoutusprosessista saisi toimivamman?

Kuntoutussuunnitelman päivityksen yhteydessä voisi asukas omaa edistymistään arvioida esim. erilaisilla asteikoilla tai janoilla. Niiden avulla omaa tilannettaan olisi mahdollisesti helpompi ymmärtää. Asukkaita pitäisi saada enemmän motivoituneeksi omaa kuntoutumistaan kohtaan.

Seuraavaksi olemme luokitelleet ja koonneet vastaukset kolmeen päävaiheeseen kysymyspatteriston vastausten mukaisesti.

1. Kuntoutusprosessin alkuvaihe ja taloon tuleminen.

Asumispalvelukoordinaattori on usein se, joka ottaa yhteyttä P-Syketaloon, ja ehdottaa uutta asukasta. Sen jälkeen pidetään aloituspalaveri, jossa mietitään kuntoutujan mahdollista muuttoa taloon. Kunnalta tulee maksusitoumus, jonka kesto on hyvin yksilöllistä (esim. 3kk - 1 vuosi). Asukkaan muuttaessa taloon täytetään esitietolomake, sekä tehdään alkutilanteen kartoitus, ja sitoudutaan sääntöihin allekirjoittamalla niitä koskeva sopimus. Vuokrasopimus, avainten antaminen, osoitteenmuutoksen tekeminen, kotivakuutuksen ottaminen, sekä mahdollinen edunvalvonnan hoitaminen kuuluvat myös alkuvaiheessa hoidettaviin asioihin. Myös omaohjaajan määrääminen, sekä viikko-ohjelman rakentaminen tehdään pian muuton jälkeen. Jokaisen viikko-ohjelmaan kuuluvat ruoka-aikojen noudattaminen, sekä oman huoneen ja yleisten tilojen siivoaminen. Muut tehtävät määritetään asukkaan mielenkiinnon mukaan, sekä niin, että ne tukevat jokaisen asukkaan omia henkilökohtaisia tavoitteita. Kuntoutussuunnitelma laaditaan ensimmäisen kuukauden aikana, yleensä jo parin viikon sisällä muutosta. Tavoitteita asetetaan n. 3 kpl, joista yksi on pidemmän aikavälin tavoite, ja loput lyhyemmän aikavälin tavoitteita. Mikäli jo alkuvaiheessa huomataan, että P-Syketalo ei olekaan kuntoutujalle sopiva paikka, niin asumispalvelukoordinaattori voi ehdottaa siirtymistä johonkin toiseen paikkaan, tai paluuta lähtöpaikkaan.

2. Kuntoutusprosessin keskivaihe ja talossa asuminen.

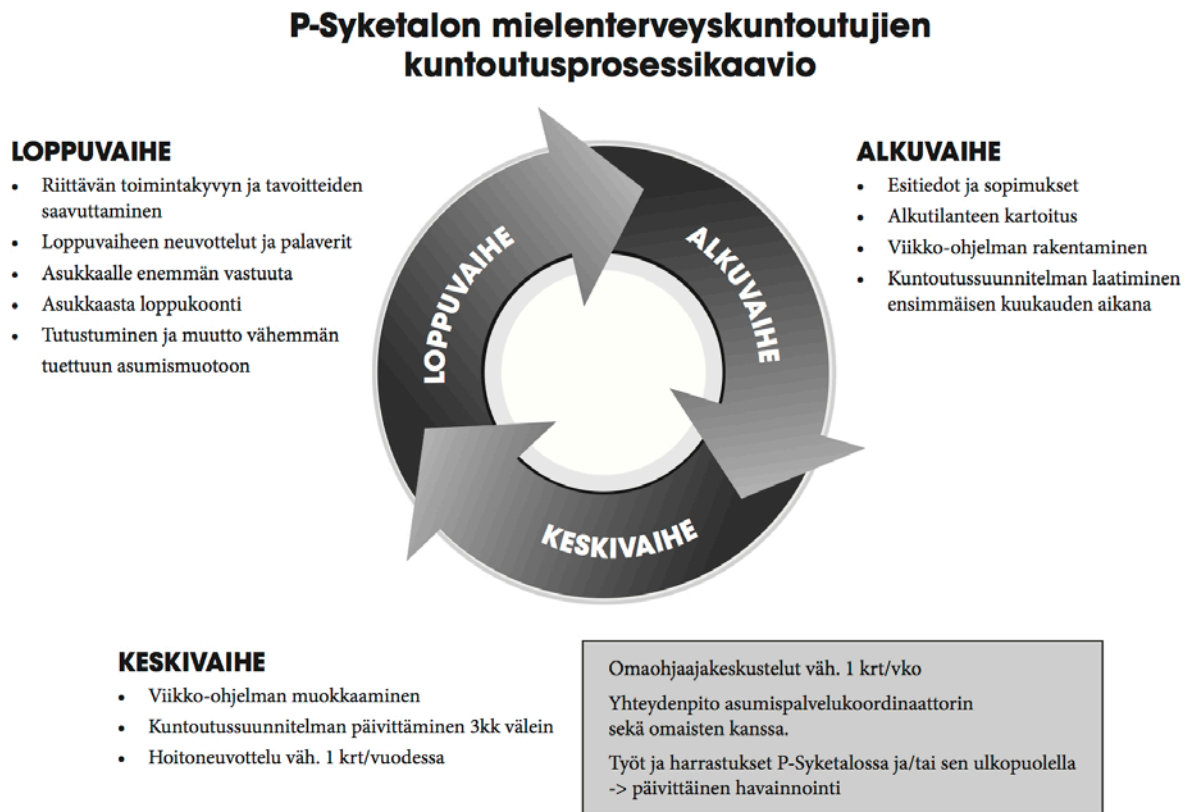
Kuntoutusprosessin keskivaiheeseen kuuluu kuntoutussuunnitelman päivittäminen, jonka ohjeaika on 3 kk välein, mutta käytännössä on koettu toimivammaksi päivittää sitä n. puolen vuoden välin. Tässä korostuu yksilöllisyys, ja mikäli esim. maksusitoumus on vain puolelle vuodelle, niin suunnitelmaa voidaan tarvittaessa päivittää useamminkin. Suunnitelman ja sen tavoitteiden päivittäminen voivat muuttaa myös viikko-ohjelman sisältöä. Hoitoneuvotteluja pidetään myös yksilöllisesti, kuitenkin vähintään kerran vuodessa. Asumispalvelukoordinaattoreihin pidetään yhteyttä aina tarvittaessa, sekä tietenkin myös omaisiin. Joidenkin kohdalla se voi tarkoittaa jopa vii-

koittaista yhteydenpitoa, joidenkin taas paria kertaa vuodessa. Omaohjaajakeskusteluja pyritään pitämään kerran viikossa, jolloin on mahdollista keskustella kuntoutujan tavoitteista, tai vain vaihtaa kuulumisia, mikäli asukas niin haluaa. Kuntoutusprosessin keskivaiheessa on tärkeää, että myös asukas itse aktiivisesti osallistuu oman prosessinsa ja kuntoutuksensa etenemiseen juuri omaohjaajakeskusteluissa, kuntoutussuunnitelmaa päivitettäessä, sekä normaaleissa arjen toiminnoissa. Keskivaiheessa voidaan tutustua eri työmuotoihin talon ulkopuolella, tai kokeilla tehdä erilaisia pienimuotoisia töitä P-Syketalossa, joiden avulla voidaan selvittää asukkaan motivaatioita, sekä työ- ja toimintakykyä. Asukkaita myös kannustetaan osallistumaan erilaisiin harrastuksiin ja aktiviteetteihin niin talossa kuin sen ulkopuolellakin.

3. Kuntoutusprosessin loppuvaihe ja siirtyminen vähemmän tuettuun asumismuotoon.

Kuntoutusprosessin edettyä siihen pisteeseen, että kuntoutuja voi jatkaa seuraavaan, vähemmän tuettuun asumismuotoon, pidetään hoitoneuvottelu. Neuvottelu on aiheellinen myös ennen uuden maksusitoumuksen tekoa, mikäli kuntoutus jatkuu P-Syketalossa. Loppuvaiheessa asukkaalle annetaan yhä enemmän vastuuta itsestään, jonka avulla varmistetaan pärjääminen kevyemmin tuetussa paikassa. Kuntoutusprosessi P-Syketalossa voi päättyä monista eri syistä, esimerkiksi maksusitoumuksen päätyttyä (eli kunnan toimesta) tai kuntoutujan niin itse halutessaan. Asumispalvelukoordinaattori on mukana myös loppuvaiheessa, ja hän järjestää kuntoutujalle tutustumiskäynnin seuraavaan mahdolliseen paikkaan. Myös lääkäriltä tarvitaan päätös ennen muuttoa. Loppuvaiheessa omaohjaaja täyttää lomakkeen, johon kootaan tarpeelliset tiedot asukkaasta seuraavaa paikkaa varten.

5.4 Lopputuotoksen esittely



Kuvio 2. P-Syketalon mielenterveyskuntoutujien kuntoutusprosessikaavio

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää P-Syketalon mielenterveyskuntoutujien kuntoutuksen eteneminen, ja muodostaa sen perusteella prosessikaavio. Kaavion avulla saa selkeän kuvan prosessin kulusta, ja mielestämme onnistuimme sen raken-

tamisessa hyvin. Kaaviota voi käyttää esimerkiksi uusien työharjoittelijoiden perehdytykseen, sekä hallinnollisella puolella tarvittaessa esitellä P-Syketalon toimintaa helposti sen avulla. Tutkimustyötämme osaltaan helpotti se, että toinen tämän opinnäytetyön tekijä suoritti P-Syketalossa aiemmin työharjoittelun, joten talon tavat ja toiminta olivat tulleet silloin tutuiksi. Uskomme, että se auttoi esimerkiksi kysymyspatteristoa suunniteltaessa, jolloin prosessiin liittyviä tekijöitä oli jo ennalta mielessä. Mikäli P-Syketalo ei olisi ollut kummallekaan etukäteen tuttu, olisi haastattelemisen ollut haasteellisempaa kaikkien vastausten ja tiedon ollessa aivan uutta.

Päätös työn aiheesta varmistui keväällä 2014, ja tutustumisen aiheeseen aloitimme kesällä. Alkusyksystä ohjausta saatuamme keräsimme aluksi teoria- ja taustatietoa sekä tutkimuksia mielenterveydestä sekä kuntoutuksesta. Vastaavanlaisten tutkimusten sekä prosessikaavioiden löytäminen oli haasteellista, mikä yllätti meidät molemmat. Selkeää, pelkästään jonkun palveluntuottajan omaa prosessikaaviota kohdistetuna mielenterveyskuntoutujiin ei löytynyt. Havainnollisin kuntoutusprosessin etenemistä kuvaava kaavio löytyi Seppo Matinveden väitöskirjasta (Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa – ICF:n tulkintaa 2010, 127), jonka liitimme työmme sivulle 17 (KUVIO 1.). Siinä prosessin vaiheissa tulee samalla tavalla esille pääkohdat; kuntoutusarvion tekeminen, suunnitelman rakentaminen, mahdollisten päätösten tekeminen, kuntoutustoimenpiteiden järjestäminen, sekä lopuksi arviointi. Nämä vaiheet tukevat myös rakentamamme P-Syketalon kuntoutujien prosessikaaviota.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessamme käytimme tiedonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Teemahaastattelu toimi mielestämme parhaiten, koska siinä haastateltava voi vapaammin kertoa ajatuksensa ja mielipiteensä. Haastateltavat kertoivat avoimesti talon kuntoutustoiminnasta, ja saimme kattavat vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Asetimme haastattelun lisäkysymykset niin, että ensin selvitimme miten jokin toimii, jonka jälkeen selvitimme miten kyseistä kohtaa mahdollisesti voisi parantaa. Lisäkysymykset toimivat siis apuna tarpeeksi laajojen vastausten saamiseksi.

Vastauksia analysoimme sisällönanalyysin keinoin. Lisäkysymysten avulla saimme kattavasti tietoa, ja niiden mukaisesti luokittelimme vastaukset sekä muodostimme päävaiheiden kautta prosessikaavion. Kaavion päävaiheet ovat hyvin selkeät ja muodostuvat samalla tavalla kuin kuntoutusprosesseissa yleensäkin. Ne pienemmät osat

ja niiden ajankohdat, joista päävaiheet muodostuvat, tekevät prosessista yksilöllisen. P-Syketalossa tämä näkyy esimerkiksi kuntoutussuunnitelman laatimisen ajankohdalle määrättyssä takarajassa (1 kk) ja omaohjaajakeskusteluiden säännöllisessä toteutuksessa (kerran viikossa). Toisena tutkimuskysymyksenä oli selvittää, onko ohjaajilla mahdollisia muutoskohde-ehdotuksia prosessin sisältöön tai sen etenemiseen liittyen. Prosessi koettiin hyvin toimivaksi, ja haastattelussa vain muutama kehityskohde nousi esille. Asukkaita pitäisi saada motivoitua omaan kuntoutukseensa paremmin, ja juuri se onkin koettu haasteeksi käytännön kuntoutustyössä. Saavuttaakseen tavoitteet, on motivaation kuitenkin aina lähdettävä asukkaasta itsestään. Myös kuntoutussuunnitelmaa päivitettäessä, ja asukkaan arvioidessa omaa kuntoutumistaan, voisi apuna olla erilaisia janoja tai asteikoita, joiden myötä olisi konkreettisempaa seurata omaa edistymistään. Numeroiden, viivojen ja kuvioiden myötä prosessin hahmottaminen voisi helpottaa monille asukkaille. Ohjaajat myös toivovat uuden asukkaan mukana tulevien epikriisien olevan kattavampia. Joistain paikoista ei tule lähes mitään taustatietoa, minkä vuoksi kuntoutusta on hyvin haasteellista lähteä toteuttamaan. Erot paikkojen välillä ovat kuitenkin hyvin suuria. Ohjaajat myös miettivät, onko kuntoutussuunnitelman päivittäminen 3 kk välein tarpeellista, ja he kokivat, että sen voisi mahdollisesti tehdä hiukan pidemmällä aikavälillä, kuten 6kk välein. Laitoimme kuitenkin kaavioon tavoiteajaksi 3 kk, koska heillä tällä hetkellä on se käytäntö. P-Syketalon kannalta on erittäin hyvä asia, että tutkimustulosten mukaan ohjaajat kokevat prosessin etenevän ja toimivan hyvin sekä keskenään samalla tavalla. Se kertoo yrityksen sekä ohjaajien valmiudesta ja motivaatiosta tarttua mahdollisiin epäkohtiin nopeasti.

Asetimme tavoitteeksi palauttaa valmiin työn vielä saman vuoden lopussa. Pysyimme hyvin aikataulussa, vaikka matkalla tulikin monia haasteita vastaan. Molemmat työn tekijät kokevat käytännön työn luontevampana, ja tiedonhaku, sekä raportointi on koettu suhteessa hankalammaksi. Ensimmäisten kuukausien ajan työmme kokonaisuuden hahmottaminen oli hyvin haastavaa, mutta prosessin puolen välin jälkeen rakenne alkoi selkiintyä. Koemme, että kasvoimme ammatillisesti erittäin paljon työtä tehdessä. Kuntoutusohjaajan on tärkeää hallita kuntoutusprosessin eteneminen, tunnistaa mistä asioista se muodostuu ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Kuntoutusprosessin sisältö, eri käsitteet, lainsäädäntö sekä tehostettu palveluasuminen tulivat

hyvin tutuiksi, samoin tutkimuksen tekeminen ja raportointi. Luotettavien lähteiden etsiminen ja löytäminen osoittautui aluksi hyvin hankalaksi. Näyttäisikin siltä, että vastaavanlaisia ulkomaalaisia lähteitä kuntoutusprosesseista on hyvin niukasti. Alkuvaikeuksista huolimatta voimme olla tyytyväisiä, koska opinnäytetyöprosessin työstäminen sekä tiedonhaku paranivat huomattavasti työn edetessä. Yhteydenpito P-Syketalon ja meidän välillä toimi vaivattomasti sähköpostitse ja puhelimitse, ja olemme tyytyväisiä työmme tulokseen sekä tutkimusprosessiin, sillä saimme tutkimuksellamme aikaan sen mitä lähdimme tavoittelemaan. Kuntoutusprosessikaavion toteutti meidän rakentamamme mallin mukaisesti Janne Jämsén / Digisem.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen mittauksen ollessa reliabelia sekä validia, on aineisto luotettavaa sisäisesti. Kun näyte tai otos jota tutkitaan edustaa perusjoukkoa, toteutuu myös aineiston ulkoinen luotettavuus. Yhdessä nämä osatekijät määrittelevät sen, kuinka luotettavaa aineisto on. Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, kuinka toistettavia mittaustulokset ovat. Tavoitteena kuitenkin olisi, että analyysiä mahdollisesti toistettaessa tulos olisi sama kuin ensimmäisellä kerralla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetti on ymmärrettävä vaatimus, vaikka satunnaisvirheitä voi syntyä esimerkiksi haastateltavan ymmärtäessä kysymyksen väärin. Validiteetti kuvaa sitä, kuinka hyvin käytetty mittaustilanne mittaa juuri sitä asiaa, jota halutaan mitata. Mikäli validiteetti puuttuu, tekee se tutkimuksesta arvottoman, koska silloin tutkimus kohdistuu aivan muuhun kuin mitä piti tutkia. (Uusitalo 2001, 84-86.)

Tekemämme tutkimuksen luotettavuutta lisää se, ettei henkilökunta tiennyt haastattelun kysymyksiä etukäteen, joten he eivät pystyneet yhdessä etukäteen miettimään vastauksiaan samanlaisiksi. Henkilökunnalle oli ilmoitettu tulevan haastattelun aihe, mutta kysymykset he kuuluivat vasta haastattelutilanteessa. Luotettavuuteen positiivisesti vaikuttaa osaltaan myös se, että saimme haastateltua kaikki ohjaajat, ja vastauksia siten kattavasti. Tutkimustuloksissa näkyy mielestämme jo nyt toistettavuus,

sillä tulokset olivat samanlaiset kuin mitä harjoittelujaksolla toinen meistä oli todennut. Uskomme, että mikäli haastattelu toistettaisiin, vastaukset olisivat samanlaiset. Myös haastateltavien anonyymius lisää osaltaan tulosten luotettavuutta, jolloin epäkohtien esille tuominen on helpompaa haastateltavan tietäessä, ettei henkilöllisyys paljastu tutkimuksen missään vaiheessa.

Vastausten luotettavuuteen positiivisesti vaikuttaa lisäksi toteutetun haastattelutilanteen muodostaminen. Toinen meistä toimi haastattelijana, ja toinen vastausten kirjaajana. Työnjakomme oli selkeä, ja pystyimme siten keskittymään kumpikin omiin tehtäviimme. Haastattelun jälkeen teimme yhdessä tarkemmat kirjaukset vastauksista, joten haastattelua ei tarvinnut äänittää, eikä myöhemmin litteroida. Mikäli haastattelutilanteessa haastatteliija olisi samalla kirjannut vastauksia, voisi hän vahingossa kirjoittaa niitä ylös omasta näkökulmastaan, ja huomaamattaan korostaa tai ymmärtää asioita erilailla. Totta kai haastattelu olisi silloin pitänyt äänittää, mutta vaarana olisi silti vastauksien ymmärtäminen yksipuolisesti litteroinnin yhteydessä. Nyt saimme yhdessä koottua mahdollisimman objektiiviset vastaukset.

Eettisessä ajattelussa pohditaan sitä, mikä on omien sekä yhteisön arvojen mukaisesti toimittuna oikein, ja mikä väärin. Se on moraalisenä näkökulmana oman sekä muiden tekemisten pohtimista mitä voi tehdä, mitä ei voi tehdä, ja mistä syystä. (Kuula 2006, 21.) Tutkimuksessa itsemääräämisoikeuden on toteuduttava niin, että ihmisiltä pitää saada tutkimukseen osallistumisesta suostumus, eikä heitä siten saa tutkia salaalla. Haastateltavien pitää voida luottaa haastattelijan kanssa tehtyyn sopimukseen aineiston käyttötarkoituksesta ja käytöstä. Anonymisoinnilla tarkoitetaan sitä, että aineistosta poistetaan tai muutetaan suorat, sekä epäsuorat tunnistet. (Mts. 87; 89; 112.)

Sovimme teemahaastattelusta etukäteen johtajan kanssa, ja hän kertoi asiasta eteenpäin ohjaajille. Haastateltaville kerroimme työmme tarkoituksen ja tavoitteet, sekä tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista. Kaikkien ohjaajien vastaukset kirjattiin anonymisti, joten haastateltavien henkilöllisyyksiä ei voi selvittää edes jälkikäteen. Aukkaiden kuntoutusprosessien yksilöllisyydestä johtuen haastateltavat kertoivat esimerkkitalanteita ja -tapauksia liittyen kuntoutusprosessin kulkuun ja sisältöön. Anonyymius säilyi kuitenkin myös kuntoutujien kohdalla, eivätkä tapauksien

henkilöllisyydet tulleet missään vaiheessa esille eivätkä ne siten olleet tunnistettavissa.

6.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheina voisi tutkia prosessikaavion toimivuutta sekä hyödyllisyyttä P-Syketalon arjessa. Käytännön työ voi lopulta osoittaa, että kaaviota pitääkin muokata jollain tapaa, tai sinne pitää lisätä esimerkiksi jotain välivaiheita. Juuri tuo kuntoutussuunnitelman päivittäminen voi olla yksi asia, joka lopulta muotoutuukin harvemmin toteutettavaksi. Kuntoutusprosessin etenemistä voisi myös tutkia P-Syketalon asukkaiden näkökulmasta. Olisi tärkeää tietää mitä he ajattelevat prosessinsa toimivuudesta ja etenemistä. Kuntoutussuunnitelmien päivityksien yhteydessä voisi arvioinnin apuna olla esimerkiksi janoja, numeroita tai kuvioita. Ne saattaisivat auttaa asukasta motivoitumaan omaan kuntoutumiseensa nähdessään konkreettisesti oman edistymisensä ja vaatimukset tavoitteiden saavuttamiseksi.

7 Lähteet

Ashorn, U., Autti-Rämö, I., Lehto, J. & Rajavaara, M. (toim.) 2013. Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Asumista ja kuntoutusta. 2007. Mielenterveystutkimusten asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13. Helsinki. Viitattu 28.10.2014.

http://www.thl.fi/documents/470564/817072/Asumista_ja_kuntoutusta_stm+2007+13.pdf/6740f734-8533-482c-9d65-bd86a757e235

Bavard, J. 2014. Johtaja. P-Syketalo Pensionaatti Oy. Sähköpostiviesti 7.8.2014.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2009. Mieli ja Terveys. 1.-2. p. Helsinki: Edita.

Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Tammi.

Hillitsemishäiriöt. 2014. Työterveyskirjasto. Viitattu 13.9.2014.

http://www.tyoterveyskirjasto.fi/tyoterveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk&p_selaus=7779&p_osio=#7779

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi.

Koskisuu, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä Mielenterveystutkimus on? Helsinki: Edita.

ICD-10-tautiluokitus. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon luokitukset. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.9.2014. <http://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/koodistopalvelu/mika-koodistopalvelu-on/luokitukset>

Kaksisuuntainen (maanis- depressiivinen) mielialahäiriö. 2013. Duodecim. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.9.2014.

Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja.

Karvojennyyppimishäiriö. 2013. Työterveyskirjasto. Viitattu 13.9.2014.

http://www.tyoterveyskirjasto.fi/tyoterveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00379&p_teos=dlk&p_selaus=7779

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4., uud. p. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kinnunen, P. 2011. Nuoruudesta kohti aikuisuutta. Varhaisaikuisen mielenterveys ja siihen yhteydessä olevat ennakoivat tekijät. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopistopaino. Viitattu 3.10.2014.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66830/978-951-44-8624-1.pdf?sequence=1>

Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 28.10.2014.

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67116/Koukkari%20DORIA.pdf>

Kuntoutusohjaus. 2014. Suomen kuntoutusohjaajien yhdistys ry. Viitattu 19.9.2014.

<http://www.suomenkuntoutusohjaajienyhdistys.fi/site/Kuntoutusohjaus>.

Kuntoutusohjausnimikkeistö. 2003. Suomen Kuntaliitto & Suomen kuntoutusohjaajien yhdistys ry. Viitattu 19.9.2014.

http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Kuntoutusohjausnimikkeist%C3%B6_2003.pdf.

Kuula, A. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Finlex. Viitattu 22.09.2014.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Viitattu 3.10.2014.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf

Masennus. 2013. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 13.09.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389

Matinvesi, S. 2010. Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa. ICF:n tulkin-taa. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopistokustannus.

Mielenterveyden edistäminen. 2014. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu

28.10.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>

Mielialahäiriö. 2013. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 14.09.2014

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00393

Millaisia ovat yleisimmät mielenterveysongelmat? Portti vapauteen. Ammattilaiset. Oppaat ja käsikirjat. Oppimisvaikeuksista vapaaksi –käsikirja. Päihde- ja mielenterveysongelmien suhde. Viitattu 5.9.2014.

http://www.porttivapauteen.fi/ammattilaiset/oppaat_ ja_kasikirjat/oppimisvaikeuksista_vapaaksi_kasikirja/paihde- ja_mielenterveysongelmien_suhde_oppimiseen/millaisia_ovat_yleisimmat_mielenterveysongelmat

Määräkohteinen pelko (Fobia). 2013. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 14.9.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00394&p_haku=

Narsistinen persoonallisuus. 2009. Tietopankki. Diagnoosi-tietohaku. Mielenterveys-talo. Viitattu 01.09.2014.

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F60-69/F60/Pages/F608.aspx>

Näpistelyhimo. 2013. Työterveyskirjasto. Viitattu 13.9.2014.

http://www.tyoterveyskirjasto.fi/tyoterveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00400&p_teos=dlk&p_selaus=7779

Pakonomainen keräily. 2013. Työterveyskirjasto. Viitattu 13.9.2014.

http://www.tyoterveyskirjasto.fi/tyoterveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk01100&p_teos=dlk&p_selaus=7779

Pelihimo. 2013. Työterveyskirjasto. Viitattu 13.9.2014.

http://www.tyoterveyskirjasto.fi/tyoterveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00406&p_teos=dlk&p_selaus=7779

Persoonallisuushäiriöt. 2013. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 11.09.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407

Persoonallisuushäiriöt. 2007. Therapia Fennica. Viitattu 13.09.2014

http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Persoonallisuush%C3%A4iri%C3%B6t#F60.3_Tunne-el.C3.A4m.C3.A4lt.C3.A4.C3.A4n_ep.C3.A4vaka_persoonallisuus

P-Syketalo. 2008. Viitattu 25.8.2014. <http://www.p-syketalo.fi/>

Raudaskoski, M. 2014. Vastaava ohjaaja. P-Syketalo Pensionaatti Oy. Puhelinkeskustelu 25.8.2014.

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. 2. p. Helsinki: Duodecim.

Seitamaa-Hakkarainen, P. 1999. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Metodix. Viitattu 17.09.2014.

http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/02_metodiartikkelit/seitamaa_kvalitatiivinen_sisallon_analyysi/05_kvalitatiivinen_sisallon_analyysi.

Seitamaa-Hakkarainen, P. 1999. Kvalitatiivisen sisällön analyysin toteuttaminen. Metodix. Viitattu 17.09.2014.

http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/02_metodiartikkelit/seitamaa_kvalitatiivinen_sisallon_analyysi/07_kvalitatiivisen_sisallon_analyysin_toteut.

Silius, K. 2005. Sisällönanalyysi. Viitattu 21.20. 2014.

http://matwww.ee.tut.fi/hmopetus/hmjatkosems04/liitteet/JOS_hypermedia_Silius150405.pdf

Skitsofrenia. 2013. Käypähoito –suositus. Viitattu 19.9.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi35050#s11>.

Skitsofrenia. 2013. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 11.09.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148.

Suomalaisten mielenterveys. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.10.2014. http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/easydata/customers/sthl/files/th-paivat2013esitykset/suomalaisten_mielenterveys_suvisaari_08022013.pdf

Syömishäiriö. 2009. Vanhempainnetti. MLL. Viitattu 13.09.2014.
http://www.mll.fi/vanhempainnetti/kipupisteita/onko_nuorella_kaikki_hyvin/tietoa_psykkisista_ongelmista/syomishairio/

Tautiluokitus ICD-10. 2011. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.9.2014.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1>

Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. 2012. Raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.10.2014.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

Tuhopolttohimo. 2013. Työterveyskirjasto. Viitattu 13.9.2014.
http://www.tyoterveyskirjasto.fi/tyoterveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00528&p_teos=dlk&p_selaus=7779

Tuulio-Henriksson, A. 2013. Mielenterveyden häiriöiden kuntoutus ja monitahoinen palvelujärjestelmä. Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä? Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Unihäiriöt. 2009. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 11.09.2014
http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00052.

Uusitalo, H. 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. 1.-7. painos. Juva. WSOY.

World Mental Health Day 2010. WFMH. World Federation for Mental Health. Viitattu 26.10.2014. <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2014/02/WMHDAY2010.pdf>

Yhteisöhoito. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.8.2014.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/yhteisohoito

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. 2013. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 11.09.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00555

8 Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelun aiheet sekä lisäkysymyspatteristo

Teemahaastattelun aiheet:

- Kuntoutusprosessi
 - eteneminen
 - seuranta
 - toimivuus
 - kuntoutujan ja prosessin arviointi
 - asukkaan/kuntoutujan rooli

Tarkentavat kysymykset:

1. Miten tällä hetkellä P-Syketalossa asukkaan kuntoutusprosessi etenee?
2. Miten kuntoutusprosessin pitäisi edetä?
3. Mitä asioita tulee käydä läpi asukkaaseen liittyen hänen tullessa taloon?
4. Mitä asioita tulee käydä läpi asukkaaseen liittyen ensimmäisten viikkojen aikana?
5. Miten kuntoutusprosessin etenemistä seurataan?
6. Miten kuntoutusprosessin etenemistä mielestäsi tulisi seurata?
7. Kuinka usein kuntoutusprosessin etenemistä seurataan?

8. Kuinka usein kuntoutusprosessin etenemistä tulisi seurata?
9. Mitkä ovat kuntoutusprosessin tärkeimpiä seurattavia asioita?
10. Miten asukas vaikuttaa oman kuntoutusprosessinsa suunnitteluun?
11. Seuraako asukas omaa etenemistään?
12. Arvioiko asukas omaa etenemistään?
13. Kuinka monta tavoitetta asukkaalle kannattaa asettaa samaan aikaan?
14. Kuinka usein asukkaan kanssa käydään läpi hänen tavoitteitaan?
15. Kuinka usein asukkaan kanssa käydään läpi hänen kuntoutusprosessiaan?
16. Millainen yhteenveto asukkaasta tehdään kuntoutusprosessin lopussa talosta lähdettäessä?
17. Miten muuttaisit kuntoutusprosessin loppuyhteenvetoa toimivammaksi?
18. Miten tämän hetken kuntoutusprosessi toimii?
19. Mitä muuttaisit, jotta kuntoutusprosessista saisi toimivamman?
20. Miten muuttaisit, jotta kuntoutusprosessista saisi toimivamman?