



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

RATKAISUKESKEISYYTTÄ OPPIMASSA

Kehittämistyö ratkaisukeskeisten menetelmien ja neuropsykiatrisen osaamisen lisäämiseksi aikuispsykiatrian osastolla

TEKIJÄ: Eskelinen Iita

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma	
Työn tekijä Iita Eskelinen	
Työn nimi Ratkaisukeskeisyyttä oppimassa	
Päiväys	21.12.2016
Sivumäärä/Liitteet	106/2
Ohjaaja Sinikka Tuomikorpi	
Toimeksiantaja Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tein sosiaali- ja terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyönäni kehittämistyön, jonka suuntasin Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän, aikuisten psykiatrisen erikoissairaanhoidon eräälle osastolle. Kehittämistyön tarkoitus oli ratkaisukeskeisen ja neuropsykiatrisen osaamisen lisääminen kehittämistyöhön osallistuvan moniammatillisen henkilökunnan keskuudessa. Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena.</p> <p>Tutkimusaiheenani oli ratkaisukeskeisyys hoidollisissa keskusteluissa. Tutkimuksessa haastattelin osaston henkilökuntaa kehittämistyöni alussa ja lopussa; halusin selvittää, onko tutkimusosastolla ratkaisukeskeisyys käsitteenä tuttu ja käytetäänkö hoidollisissa keskusteluissa ratkaisukeskeisiä menetelmiä ennen kehittämistyötäni ja lisääntyykö työntekijöiden tietoisuus ratkaisukeskeisyydestä ja ratkaisukeskeisten menetelmien käyttö kehittämistyöni aikana.</p> <p>Alku- ja loppuhaastatteluiden välissä pidin osaston henkilökunnalla yksipäiväisen koulutuksen, mikä koostui käytännönläheisten ratkaisukeskeisten menetelmien läpikäynnistä ja tiedon lisäämisestä neuropsykiatriasta. Koulutuksen jälkeen tein osaston verkkoasemalle koko henkilökunnan käyttöön tuotoksen, joka piti sisällään tietopakettin neuropsykiatriasta ja käytännön vinkkejä psykiatriseen hoitotyöhön ratkaisukeskeisten menetelmien näkökulmasta. Sama tietopaketti toimitettiin myös jokaisen työntekijän henkilökohtaiseen sähköpostiini.</p> <p>Tutkimuksen mukaan henkilökunnan tietoisuus ratkaisukeskeisestä ajattelusta ja käytännön menetelmistä lisääntyi. Ratkaisukeskeisyys koettiin käyttökelpoiseksi työskentelymuodoksi aikuispsykiatriassa ja käytännön menetelmiä alettiin käyttää työyhteisössä. Koettiin, että ratkaisukeskeisyys oli aiheena uusi ja näin ollen vaatii aikaa ja kertausta ennen kuin työskentelyn omaksuu. Henkilökunta koki tärkeäksi myös neuropsykiatrisen osuuden koulutuksessa; koettiin, että tieto neuropsykiatriasta oli minimaalista ennen koulutusta ja saatu tieto oli kyseiselle osastolle erittäin hyödyllistä. Palautteen mukaan henkilökunta koki sekä koulutuksen että tutkimus-haastattelut erinomaisena ja kiinnostavana, ja tämän tyyppisen kehittämistyön lisäävän osaamista.</p> <p>Kehittämistyön ohessa henkilökunnalta nousi esiin kyseiselle työyhteisölle arvokasta tietoa osaston hoidollisten keskusteluiden kehittämiseen. Haastatteluissa ilmenneet kehittämissuhteet raportoin sekä yksikön esimiehelle että koko työyhteisölle. Ilmi tuli myös henkilökunnan kohdentunutta osaamista ja henkilökunnan jäsenten hyväksi havaittuja käytäntöjä, joiden merkityksen näin kehittämistyön näkökulmasta suurena ja jotka esittelin myös koko työyhteisössä.</p>	
Avainsanat Ratkaisukeskeisyys, ratkaisukeskeinen psykoterapia, neuropsykiatria	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Master's Degree Programme in Management and Development for Social and Health Care Professionals			
Author Iita Eskelinen			
Title of Thesis Learning about solution orientation			
Date	21.12.2016	Pages/Appendices	108/2
Supervisor Sinikka Tuomikorpi			
Client Organisation /Partners Päijät-Häme Social and Health Care Group			
<p>Abstract</p> <p>This thesis was a development project done in the psychiatric ward of special health care in the Päijät-Häme Social and Health Care Group. The purpose of the development project was to increase the knowledge of solution orientation and neuropsychiatry among staff. The development project was carried out as action research.</p> <p>The topic of the research was solution orientation in therapeutic discussions. I interviewed the staff of the psychiatric ward at the beginning and at the end of the development project. I wanted to find out if the staff is acquainted with the principles of solution orientated approach and if the staff uses those methods in therapeutic discussions with patients. I also wanted to see if the knowledge of this approach, and the use of it, would grow during the project.</p> <p>Between the first and the last interview I had a training for the staff about solution orientation and neuropsychiatry. The training included learning about solution orientated methods and exercises, as well as neuropsychiatric knowledge. After the training, I made a data package that included information on neuropsychology and practical tips for using solution orientation in psychiatric health care work. The data package was delivered for the whole staff through file sharing and personal email.</p> <p>According to the research, the awareness of solution orientated thinking and methods increased among the staff during the development project. The personnel thought that the solution oriented methods were usable in psychiatric ward with adult patients. The methods began to be used in the work community. The staff felt that solution orientation was a new approach for them and that it will take some time and repetition before the methods will become a routine. The personnel also felt that the neuropsychiatric part of the training was important because they had very little prior knowledge of neuropsychiatry and it was an important topic for that specific ward. According to feedback, the staff felt that both the interviews and the training were interesting and excellent, and that this kind of development project was useful and added to their knowledge.</p> <p>During the development project, I found out lots of important issues to be developed further as the staff revealed how they would develop the therapeutic discussions. I also found out a lot of specific expertise within the staff as well as many good practices that can be used in further development of the ward. All these important findings had been reported to the head of the ward and to all other members of staff.</p>			
Keywords Solution orientation, Solution focused, Solution focused brief therapy, Neuropsychiatry			

SISÄLTÖ

JOHDANTO	6
1 RATKAISUKESKEISYYS.....	8
1.1 Historiaa.....	8
1.2 Taustateoriat	10
1.3 Ratkaisukeskeinen ajattelu	12
1.3.1 Asiakaslähtöisyys	16
1.3.2 Tavoitteellisuus	17
1.3.3 Verkostot.....	19
1.3.4 Ratkaisupuhe vs. ongelmapuhe.....	19
1.4 Ratkaisukeskeiset menetelmät	21
1.4.1 Avoimet kysymykset.....	21
1.4.2 Ihmekysymys.....	22
1.4.3 Asteikkokysymykset	23
1.4.4 Myönteinen poikkeus.....	24
1.4.5 Selviytyminen	25
1.4.6 Uudelleenmäärittely	25
1.4.7 Vastarinnan vahvistaminen	26
1.4.8 Huonomman vaihtoehdon tarjoaminen	26
1.4.9 Reaktion käynnistäminen turhautumalla	26
2 TUTKIMUSTIETOA RATKAISUKESKEISYYDESTÄ.....	27
2.1 Psykoterapia.....	27
2.2 Ratkaisukeskeinen työskentely kansainvälisesti	28
2.3 Ratkaisukeskeinen työskentely kansallisesti	34
3 RATKAISUKESKEISEN TYÖSKENTELYN ASIAKASRYHMÄNÄ NEUROPSYKIATRISET POTILAAT .	39
3.1 ADHD ja ADD	39
3.1.1 ADHD oireet ja syyt oireiluun	41
3.1.2 ADHD ja liitännäissairaudet.....	47
3.2 Autismin kirjo	49
3.3 Touretten syndrooma.....	49

4	KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS	51
4.1	Kehittämistyön toimintaympäristö	51
4.2	Toimintatutkimus kehittämistyön menetelmänä	52
4.3	Aineiston hankinta	58
4.4	Tutkimuksen analyysimenetelmänä sisällön analysointi.....	62
5	HAASTATTELUJEN RAPORTOINTI.....	64
5.1	Alkuhaastattelu.....	64
5.1.1	Ratkaisukeskeisyys.....	64
5.1.2	Potilaiden omat tavoitteet.....	65
5.1.3	Myönteinen poikkeus ja uudelleen määrittely	67
5.1.4	Selviytyminen ja toivetilan määrittely.....	68
5.1.5	Asteikkokysymykset	69
5.2	Loppuhaastattelu	70
5.2.1	Ratkaisukeskeisyys.....	70
5.2.2	Potilaiden omat tavoitteet	72
5.2.3	Myönteinen poikkeus ja uudelleen määrittely	73
5.2.4	Selviytyminen ja toivetilan määrittely.....	74
5.2.5	Asteikkokysymykset	76
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	78
7	POHDINTA.....	85
7.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	85
7.2	Kokemuksia.....	87
	LÄHTEET	96

LIITTEET

LIITE 1. Tutkimuslupa

LIITE 2. Teemahaastattelurunko

JOHDANTO

Ratkaisukeskeinen ajattelu- ja työskentelytapa on maanläheinen ja myönteinen tapa kohdata erilaisia inhimillisen elämän haasteita ja pulmatilanteita. Ratkaisukeskeisellä työskentelyllä halutaan kehittää luovia ratkaisutapoja korostamalla toiveikkuutta, voimavaroja, edistystä ja yhteistyötä. Vajaassa kahdessa vuosikymmenessä ratkaisukeskeinen lyhytterapia on kasvanut tuntemattomuudesta ja sopimattomaksi ajatellusta työskentelymuodosta yhdeksi laajimmin käytetyksi menetelmäksi Yhdysvalloissa ja yhä enenemissä määrin myös muualla maailmassa. (Wallance, Gingerich ja Eisengart 2000). Työtapa valtaa kansainvälisesti alaa erityisesti ihmissuhdealoilla toimivien keskuudessa. Ratkaisukeskeinen terapia puolestaan saavuttaa yhä enemmän kannatusta asiakkaita kunnioittavana ja taloudellisena terapiamuotona. Työskentelyn menetelmät pohjautuvat ratkaisukeskeiseen ajatteluun ja nämä menetelmät sopivat erittäin hyvin neuropsykiatrisille potilaille sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaille (Huotari, Niiranen-Linkama, Siltanen ja Tamski 2008) eri instituutioissa, kuten perhe-, mielenterveys- ja sosiaalipalveluissa, lastensuojelussa, vankiloissa, kouluissa ja sairaaloissa (Miller, Hubble ja Duncan 1999).

Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriötä, jotka ovat helposti uusiutuvia ja kroonistuvia. Ne aiheuttavat sekä subjektiivista kärsimystä että valtavia taloudellisia kustannuksia yhteiskunnalle. Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä hoidetaan yleisesti usein eri keinoin, erityisesti lyhyillä ja pitkillä psykoterapioilla, mutta eripituisten terapioiden vaikuttavuudesta, riittävydestä ja kustannusvaikuttavuudesta on vain vähän vertailutietoa. Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt heikentävät ihmisen elämänlaatua ja toimintakykyä, mutta lisäksi aiheuttavat jatkuvasti kasvavia kustannuksia yhteiskunnalle. (Knekt, Lindfors ja Laaksonen 2010.) Vuosittaiset kokonaiskustannukset ovat yli miljardi euroa näiden häiriöiden kohdalla. Erityisesti mielialahäiriöt aiheuttavat enenevässä määrin työkyvyttömyyttä ja toimintakyvyn voimakasta laskua. Noin 200 000 suomalaista sairastaa vuosittain masennusta, masennuslääkkeitä käyttää 400 000 suomalaista. Lisäksi masennuksesta aiheutuu vuosittain yli 30 000 sairauspäivärahaa. Mielenterveyden häiriöihin liittyvän hoidon ja kuntoutuksen tarve on lisääntynyt merkittävästi viimeisten 15 vuoden aikana. Muun muassa kuntoutuspsykoterapiaan ja muuhun mielenterveyskuntoutukseen ohjattujen määrä on yli kolminkertaistunut. (Knekt ym. 2010.) Uusien, vaikuttavien menetelmien tarve on näin ollen väkevästi perusteltua. Vuonna 2015 ilmestyi Kelan tutkimusosaston tutkimus Neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten hoito- ja kuntoutuspoluista. Tulosten mukaan neuropsykiatrisen diagnoosin saaneiden nuorten määrä puolitoistakertaistui erikoissairaanhoidossa vuodesta 2008 vuoteen 2012. Tutkimuksen perusteella lapsia ja nuoria ohjautuu aiempaa enemmän psykiatriseen erikoissairaanhoidon ja yhä useampi nuori saa Kelan hoitotukea mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin. Myös aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön hoitoon käytettyjen lääkkeiden käyttö on lisääntynyt

huomattavasti 2000-luvulla. (Lämsä, Santalahti, Haravuori, Pentinmikko, Tuulio-Henriksson, Huurre ja Marttunen 2015.) Sama ilmiö on havaittavissa myös kansainvälisesti. Neuropsykiatristen häiriön yleisyys on jatkuvasti lisääntynyt myös Amerikassa: Kun tarkkaavuuden ja aktiivisuuden häiriön diagnooseja oli Amerikassa vuonna 2003 7,8 %, vuonna 2011 niitä oli jo 11 %. Nyt nämä lapset ja nuoret ovat tulossa aikuisuuteen; ADHD ei ole vain lapsuuden oireyhtymä. Tänä päivänä noin 4 % Amerikkalaisista yli 18-vuotiaista elää päivittäin ADHD diagnosoimisen kanssa. (American psychiatric association 2013.) Suomessa ADHD -aikuisista 80 %:lla on lisäksi ainakin yksi muu psykiatrinen liitännäisoire, 60 %:lla kaksi tai useampi. Kyseessä on siis oireyhtymä, joka jo itsessään, mutta erityisesti yhdistettynä tyypillisiin psykiatriin liitännäisoireisiin, on omiaan tarvitsemaan psykiatrisen puolen hoitoa. (Mannström-Mäkelä ja Saukko 2009.)

Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän aikuispsykiatrian osastoilla henkilökunnan keskuudessa oli pohdittu osastohoidon aikaisten hoidollisten keskusteluiden merkityksellisyyttä ja sisältöä. Omahoitajakeskusteluihin oli kaivattu käytännön menetelmiä ja välineitä, joilla potilasta saataisiin tuettua elämässä eteenpäin. Henkilökunnalla oli toive löytää käytännön menetelmiä, joita he voisivat käyttää pyrkiessään saavuttamaan toivotunlaista tuloksia potilaiden kohdalla. Neuropsykiatristen potilasmäärän kasvun myötä, osastotyössä oli havaittu tiedon vajetta ja osaamisen tarvetta juuri neuropsykiatrisesti oireilevien potilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Henkilökunta oli kokenut, ettei heillä ole perustietoa neuropsykiatrisista sairauksista, oireista, diagnosoinnista, lääkityksistä tai yhteydestä mielenterveyshäiriöihin.

Tässä opinnäytetyössä esittelemäni kehittämistyöni tarkoitus oli yhteisen työskentelyn myötä saada hoidollisten keskusteluiden työvälineistöön ratkaisukeskeisiä menetelmiä ja neuropsykiatrista osaamista. Kehittämisprosessiini sisältyi sekä kehittämistoiminta että kehittämissprosessin alussa ja lopussa tehtävä vertailutietoa antava tutkimustyö. Tutkimuksellisen osuuden raamit rakentuivat ratkaisukeskeisyyden ja hoidollisten keskusteluiden ympärille. Koko kehityksen tavoitteena on ratkaisukeskeisten menetelmien myötä tarjota henkilökunnalle vaihtoehtoja hoidollisiin keskusteluihin sekä osaamisen lisääminen potilaiden neuropsykiatristen erityispiirteiden merkityksestä kokonaistilanteessa. Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena.

1 RATKAISUKESKEISYYS

1.1 Historiaa

Ratkaisukeskeinen ajattelutapa on saanut alkunsa USA:ssa. Menetelmä kehittyi käytännön kokemusten ja kriittisen ajattelun tuloksena (Berg & De Jong 1996). Merkittävimmät työryhmät ovat Mental Research Institute (MRI) Palo Altossa Kaliforniassa sekä Brief Family Therapy Center (BFFC) Wisconsinissa. (Vataja, Vierros ja Mattila, 1998, 123.) MRI:ssä menetelmän kehittämiseen vaikutti merkittävästi Milton H. Erickson ja BFFC:ssä Steve de Shazer ja Insoo Kim Berg työryhmineen. (De Shazer ym. 1988.) Ratkaisukeskeistä lyhytterapiaa alettiin kehittää vuonna 1980, nimen se sai vuonna 1982. Ratkaisukeskeisten menetelmien kehitystyö on kohdistunut terapiatyöhön käytännössä, harjoituksiin ja opettamiseen tutkimustyötä enemmän. (de Shazer ja Berg 1997, 121.) Alusta alkaen erityisesti Steve de Shazer (1985, 1988, 1991) on keskittynyt mallin teoreettiseen tutkimukseen, mutta sen empiirinen tutkimus ja arviointi ovat yleistyneet vasta 1990-luvulla.

Ratkaisukeskeinen suuntaus ja tapa työskennellä syntyivät 1970-luvulla vallalla olleen perinteisen ongelmaratkaisumenetelmän rinnalle. Ratkaisukeskeinen työtapo kehittyi inhimillisten ja laaja-alaisten ongelmien ratkaisuun, kun mekaanisesta ongelmanratkaisusta asiantuntijat siirtyivät myönteiseen, ratkaisuja rakentavaan lähestymistapaan. (De Jong ja Berg 2013, 16-22.)

Jo 1950-luvulla mielenkiintoa herätti psykiatri Milton H. Ericksonin tapa työskennellä asiakkaidensa kanssa. (Katajainen, Lipponen ja Litovaara 2006.) Erickson on ollut kauan maailman johtavana hypnotistina; Hän on kokeellisesti työskennellyt hypnoosin parissa ja hän on käyttänyt sitä terapiassa lukuisin eri tavoin. Silloinkin, kun Erickson ei muodollisesti käytä hypnoosia, hänen terapiatyönsä on niin hypnoosisuuntautunutta, että se näyttää pohjautuvan alkuperältään siihen. Luomiensa hypnoositekniikoiden myötä, hän on tuonut hypnoosiin uusia ajatuksia, jotka lähenevät hypnoosin sijasta kommunikaatiota. Tässä yhteydessä hypnoosilla ei tarkoiteta perinteistä rituaalimaista ajatusta hypnoosista, vaan määrätynlaisista ihmisten välinen prosessi, henkilön tapa kommunikoida ja olla vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa. (Haley 1973, 15-22.)

Jo ratkaisukeskeisyyden alkujuurella, ratkaisukeskeisten menetelmien isänä pidetty Milton H. Erickson oli haluton auttamaan ihmisiä ymmärtämään, miksi ja miten he ovat toimineet sopimattomasti esimerkiksi perheessä. Siihen aikaan Ericksonin käyttäytymisen oletettujen syiden tulkintojen puuttuminen oli radikaali muutos muihin suuntauksiin nähden. Hänen työhönsä verhoutui ajatus, jos ihmistä auttaa ymmärtämään, miksi hän käyttäytyy tietyllä tavalla, se estää todellisen terapeutin muutoksen (Haley 1973, 34-35.) Dynaamisen psykiatrian perimmäisenä ajatuksena suhteessa muutokseen oli ollut auttaa ihmistä käsittämään, että hän pa-

ranee oireistaan, jos hän ymmärtää itseään ja perimmäisiä syitä toiminnalleen. Sigmund Freudin ja myöhemmin Harry Stack Sullivanin myötä korostettiin sitä, että potilaalla on piilota-junnassa torjuttuja asioita, ja ihmisen tullessa tietoiseksi niistä, hän pääsisi irti vaivastaan. Potilas siis muuttuisi, jos hän pystyisi ymmärtämään tekemäänsä ja erityisesti, jos hän onnistuu kytkemään sen menneisyyteen. (Haley 1973, 35.) Samaa ajatusta sovellettiin, kun yksilöiden sijaan alettiin hoitaa kokonaisia perheitä tai pariskuntia. Uskottiin, että perheenjäsenten ymmärtäessä, miksi ja millä tavoin he toimivat keskenään, perheenjäsenet muuttuisivat. Menneisyys liitettiin työskentelyyn poikkeuksetta.

Vuosikymmeniä myöhemmin ehdollistamisterapeutit ovat esittäneet vaihtoehtoisen muutosteorian. Teoria ei pohjautu ajatukseen, että käyttäytymisen tiedostaminen saisi aikaan muutoksen. Oletuksena on, että muuttamalla käyttäytymisen vahvistamista, käyttäytyminen muuttuu. Osa terapiamuodoista perustuu ajatukselle, että perheessä muutoksen saa aikaan riippumatta tiedostamisen asteesta. Tärkeää on, miten terapeutti tekee intervention perheeseen. Onkin tullut hyväksyttävämmäksi esittää, että terapeutin muutos tapahtuu ilman, että henkilö on ymmärtänyt käyttäytymisensä merkitystä tai tarkoitusta. Muutos näyttää olevan pysyvämpi käyttäytymisen vahvistuksella kuin silloin, kun ihmistä autetaan ymmärtämään käyttäytymisen syitä. (Haley 1973, 35-36.)

Suuri osa koulutetuista ammattiauttajista pyrkii lähes pakon- tai refleksinomaisesti tekemään potilaistaan tulkintoja. Pyritään kuvaamaan käyttäytymistä ja löytämään käyttäytymiseen syyt. Ajatus toisin tekemisestä saattaisi saada aikaan tunteen taidottomuudesta – ongelmalähtöinen ajattelu on pureutunut psykiatriseen hoitoon väkevästi. Erickson kokeili myös Freudin oppeja, mutta luopui siitä ja alkoi pohtia, miten todellisuudessa saadaan aikaan terapeutin muutos. Hän luopui perinteisestä psykiatrisesta lähestymistavasta ja alkoi kehittää uusia lähestymistapoja tutkimalla terapiansa tuloksia ja suunnittelemalla jatkuvasti parempia tapoja päästä haluttuun muutokseen.

Jo 1800-luvulla Erickson uskoi, että ihmisellä oli toisaalta luonnollinen halu kasvuun, ja että toisaalta korostettaessa myönteisyyttä potilas on paremmin yhteistyössä. Psykodynaamiseen terapiamuotoon verraten tässä on selkeä ero; psykodynaamisessa suuntauksessa pyrittiin tulkinnoilla tuomaan esiin kielteisiä ja jopa vihamielisiä käyttäytymismuotoja. Erickson taas määrittelee kielteiset asiat uudelleen rohkaisten heitä muutokseen. Hän ei vähättele vaikeuksia, vaan löytää vaikeudesta jonkin sellaisen näkökulman, jota voidaan käyttää toiminnan kohentamiseen. Hän ei oleta, että ihmisen tiedostamattomassa on jotain vihamielisyyttä, joka tulisi saada esiin. Hän uskoo myönteisyyteen, jonka ihminen pystyy sisältämään löytämään ja vapauttamaan näin oman kehityksen käyttöön. Työskentelyssä Erickson ei keskittynyt ihmisen, tai useamman ihmisen epäonnistuneisiin toimintatapoihin, vaan pyrki löytämään laajentamiskelpoisia puolia. (Haley 1997, 31.)

Ericksonille tärkeintä oli asiakkaan kuunteleminen. Erickson uskoi, että jokaisella ihmisellä itsellään on viisautta, taitoja ja kykyjä päästä tilanteestaan eteenpäin. Tutkijat ja terapeutit Steve de Shazer, Insoo Kim Berg ja Elam Nunnally ovat voimakkaasti kehittäneet suuntausta. Ratkaisukeskeistä ajattelua ja siihen pohjautuvia menetelmiä on käytetty terapiassa ja myöhemmin sen avulla on kehitetty ja koulutettu organisaatioita. (Katajainen ym. 2006.)

Yhdysvaltalaisen pastori ja terapeutti John Frykmanin toimesta ratkaisukeskeiset näkökulmat tulivat Suomeen vuonna 1973. Myös tutkijat ja terapeutit Steve de Shazer, Insoo Kim Berg ja Elam Nunnally ovat olleet tuomassa ajattelumallia Suomeen. Laajempaan käyttöön ratkaisukeskeinen työskentely levisi 1980-luvun lopulla. (Katajainen ym. 2006.) Ensimmäiseksi uutta ajatustapaa sovellettiin A-klinikkasäätiön nuorisoasemilla.

Suomessa ajattelua ovat edelleen kehittäneet terapeutit Ben Furman ja Tapani Ahola, aluksi opettajina ja sittemmin työnohjaajina työyhteisöissä, yrityksissä ja organisaatioissa. Ajan myötä ratkaisukeskeisyys on laajentunut terapiatyöstä monenlaiseen asiakastyöhön, oppimisen ja uravalinnan ohjaukseen, esimiestyöhön, valmennukseen ja työnohjaukseen (Niemi-Pynttari 2015). Ratkaisukeskeiseen psykologiaan pohjautuva työnohjaus ja työelämän kehittäminen ovat Suomessa olleet nousussa 1990-luvulta lähtien. Samoihin aikoihin kehitettiin narratiivinen terapia. Toisinaan lyhytterapioihin liittyvä keskustelu on muodostunut julkisuudessa kiivaaksi analyyttisen ja ratkaisukeskeisen terapiakoulukunnan välillä. Keskustelu on koskenut sekä terapiasuuntausten sisällöllistä eroa että toisaalta terapioiden kustannuksia. (esim. Helsingin Sanomien mielipidesivulla 23.06.1998, 07.07.1998, 17.07.1998) Lyhytterapioiden etuja yhteiskunnan kustannusten säästäjinä on korostettu yleisemminkin.

1.2 Taustateoriat

Ratkaisukeskeisyyden taustalla ovat eniten vaikuttaneet systeemiteoria, kybernetiikka ja sosiaalinen konstruktionismi.

Systeemiteoreettinen näkökulman mukaan kaikki vaikuttaa kaikkeen, jolloin yksikin tapahtuva muutos saa aikaan toisia muutoksia. Systeemiteoria ajattelee, että pienetkin liihakdukset johonkin suuntaan saattavat olla alkuja suurille muutoksille (O'Hanlon ja Weiner-Davis 1990, 118; Berg 1991, 9). Näin suurienkin kokonaisuuksien osat ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään. (De Shazer 1995, 71.) Toisaalta yksikin myönteinen muutos lisää usein potilaan optimistisuutta ja rohkeutta pyrkiä uusiin muutoksiin (O'Hanlon ja Weiner-Davis 1990). Samoin periaattein myös työntekijä tahtomattaankin vaikuttavat asiakkaidensa tapaan tulkita ja ymmärtää ongelmiaan. Systeemisen ajattelun mukaan asiakkaan ja työntekijän välinen keskustelu ei ole koskaan pelkkää tietojen keräämistä, vaan vuorovaikutuksellinen interventio, jolla voi olla niin haitallisia kuin hyödyllisiäkin vaikutuksia. (Tomro 1988.)

Myös ratkaisukeskeisen tai voimavarasuuntautuneen, kuten terapiamallia toisella nimellä kutsutaan, lyhytterapiamenetelmän juuret löytyvät niin sanotusta systeemisestä perheterapialiikkeestä. Systeemisessä perheterapiassa korostetaan vuorovaikutuksellisuutta. Terapiassa ei hoideta pelkästään yksilöitä, vaan laajemmin koko ympäröivää systeemiä, johon tyypillisesti sisältyy erityisesti perhe. Systeemisen näkemyksen mukaan yksittäinenkin muutos yksilössä voi käynnistää koko systeemin muutoksen ja päinvastoin ympäröivän systeemin muutos voi muuttaa yksilöä. Usein suuriin ja pitkäaikaisiin ongelmiin riittää muutos pienessä ja yksinkertaisessa tavassa toimia. (Berg 1991, 6.) Työtiimi tai työyhteisö voidaan nähdä systeeminä, jossa yhden osan muuttuminen vaikuttaa koko systeemiin. Saman periaatteen mukaan, jos yksi ryhmän jäsen muuttaa toimintatapojaan, on sillä vaikutus kaikkien ryhmän jäsenten toimintatapoihin. (De Shazer 1995, 71; Saukkola 2011.) Berg (1991, 6) taas konkretisoi muutosta perheenjäsenten välisen muutoksen avulla: Kun perheenjäsenten välisissä suhteissa tapahtuu muutos, saattaa se aiheuttaa muutoksen jossain perheenjäsenessä. Perheenjäsenessä tapahtunut muutos vaikuttaa muuhun perheeseen, jolloin koko perheessä tapahtuu muutos. Työyhteisössä, mutta erityisesti pienemmässä ja tiiviimmässä perheessä, tapahtuvat muutokset voivat olla lopulta nopeitakin. Kun näkökulma perheessä muuttuu, saatetaan löytää uusia tai unohtuneita voimavaroja ja osaamista. (O'Hanlon ja Weiner-Davis 1990, 143.)

Systeemisen perheterapian ja ratkaisukeskeisen lyhytterapian välinen ero piilee siinä, että systeemisessä perheterapiassa pyrkimyksenä vaikuttaa olevan systeemin piilevien seikkojen muuttaminen, kun taas ratkaisukeskeinen lyhytterapia on kiinnostunut enemmänkin havaittavasta vuorovaikutuksesta. (de Shazer 1995, 71.)

Kybernetiikka on systeemiteorian osateoria. Kybernetiikka vaikuttaa siihen, että asioita ei tulkita vaan päätelmät perustuvat aina havaintoihin. Ratkaisukeskeisyudessa tämä merkitsee vuorovaikutuksen ohjaamista. Pyritään siihen, että ei toistettaisi sellaisia ratkaisuyrityksiä, jotka eivät aikaisemmin ole toimineet, vaan etsitään sellainen keino, mikä toimii ja minkä asiakas saa itse toimimaan. (Weiner-Davis ym. 1987, Berg 1991.)

Älä korjaa sitä, mikä ei ole rikki!
Tee lisää sitä, mikä toimii!
Tee pieni muutos siihen, mikä ei toimi!

Sosiaalisen konstruktionismin mukaan todellisuus, jota havainnoimme, on aina sosiaalinen konstruktio kokemuksistamme. Sosiaalisen konstruktionismin mukaan luomme todellisuutta kielen avulla, tällöin kieli ja sanat muodostuvat tärkeiksi. Sosiaalisen konstruktionismin taustaoletuksin mukaan todellisuus muodostuu kielestä, puheesta ja toiminnasta. Onkin tärkeää ja merkityksellistä, millaista kieltä käytämme vuorovaikutuksessa toisten kanssa, puhumme sit-

ten itsestämme tai toisista. Franklinin (1995) mukaan asiakaskeskusteluissa käytettävään puheeseen ja keskustelutekniikoihin on kiinnitettävä suurta huomiota, koska uskotaan tulkintojen muodostuvan ja säilyvän puheen välityksellä. Ajattelutavan mukaan ihmisellä on voimaa ja resursseja ratkaista ongelmiaan ja hän itse osaa myös parhaiten asettaa tavoitteensa. Tulisi muistaa, etteivät monimutkaiset ongelmat tarvitse monimutkaisia ratkaisuja. Sosiaalisen konstruktionismin ajatukseen kuuluu oletamus siitä, että ihminen tekee parhaansa – Sen, mikä on mahdollista juuri nyt. (Saukkola 2010.)

Ratkaisukeskeinen työtapa on salliva, siihen voidaan liittää vapaasti myös muista menetelmistä lainattuja ideoita, työkaluja, harjoituksia ja tehtäviä, kunhan työskentely vie toimintaa halluttuun suuntaan. Tyypillisiä työmuotoja ratkaisukeskeisen toiminnan tueksi ovat kognitiivisen terapian harjoitukset, Narratiivisen terapian ulkoistaminen ja NLP-tekniikat. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009; Huotari ym. 2008, 12-13).

1.3 Ratkaisukeskeinen ajattelu

Ratkaisukeskeisessä ajattelussa keskitytään nimensä mukaisesti tavoitteisiin ja menetelmiin, joilla tavoite voitaisiin saavuttaa. Sen avulla voidaan auttaa yksilöitä, työryhmiä ja organisaatioita löytämään ongelman ratkaisun avaimia. Furmanin ja Aholan (2007, 5-6) mukaan ne yleensä löytyvät asiakkaalta itseltään. O´Hanllon ja Weiner-Davis (1990, 22) toteaa, että työntekijän tehtävänä on auttaa asiakasta itseään löytämään ongelman ratkaisemiseen vaadittavat kyvyt ja saada ne käyttöön. Ratkaisukeskeisyydessä ei kiinnitetä huomioita ongelmien syntyyn tai niiden ilmenemiseen, vaan ratkaisemiseen (O´Hanllon ja Weiner-Davis 1990, 23; Tarkkanen 1991,39; Furman ja Ahola 1995, 77), koska ongelmia voidaan ratkaista tietämättä syytä niihin (Tarkkanen 1991, 40) Ratkaisukeskeisestä työskentelystä käytetään myös nimitystä voimavarasuuntautunut työtapa. Voimavarasuuntautuneessa työskentelyssä etsitään ja hyödynnetään asiakkaan omia taitoja, osaamista ja kykyjä pulmien ratkaisemisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa. (De Jong & Berg 2013, 22 - 23; Ratkes 2015.)

Hirvihuhdan ja Litovaaran kirjassa Ratkaisun taito (2003) ratkaisukeskeisyyttä kuvataan käytännön strategiaksi, joka antaa välineitä toimia ongelmatilanteissa ja kehittämistyössä. Tämä on tehokas menetelmä ratkoa vaikeuksia, ja se toimii sekä yksilöiden että ryhmien kanssa työskenneltäessä. Työskentelyprosessiin sisältyy myös arviointia, joka tekee edistymisen seurannan mitattavaksi. Ratkaisukeskeisen näkemyksen mukaan pienet muutokset johtavat suurempaan. Organisaation, työyhteisön, prosessien tai työtapojen muutoksessa ei kannata haukata kerralla liian suurta palaa. (Hirvihuhda ja Litovaara, 2003, 57, 62.) Mielenterveystyöhön peilaten voidaan ajatella, että pienelläkin liikkeellä kohti päämäärää on merkitystä. Positiivinen liikahdus voi olla alku suuremmalle kehitykselle. Mielenterveystyössä yhtäkkiset suuret voimien kohentumiset lienee harvinaisuuksia, ja tulisikin huomioida jo oikea suuntaus.

Ratkaisukeskeisyydessä ei ole kyse omien ratkaisujen tarjoamisesta keskustelukumppanille, vaan keskustelukumppanin omien tavoitteiden ja näkökulmien hakemisesta. On muistettava, etteivät kaikki asiat ole ratkaistavissa, mutta aina on kuitenkin löydettävissä tavoitteita, päämääriä sekä voimavaroja, joilla voi päästä hankaluuksista eteenpäin tai kestää niitä paremmin. Ratkaisukeskeisessä ajattelussa keskeistä onkin ongelmien sijaan keskittyä toiveiden ja tavoitteiden selvittämiseen, olemassa olevien voimavarojen kartoittamiseen sekä myönteisen kehityksen vahvistamiseen. (Furman, Pinjola ja Rubanovitsch 2014, 10–12.)

Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä korostetaan normaaliutta ja terveyttä. Ongelmien ajatellaan kuuluvan normaaliin elämään, eikä ongelmallisissa tilanteissa olevia ihmisiä pidetä poikkeavana. Pyritään luomaan kuvia siitä, miten asiat voisivat olla paremmin ja samalla autetaan ihmisiä näkemään niitä mahdollisuuksia, joita muuten ei ehkä ymmärrettäisi ajatella. Samalla pyritään herättämään toimintaa, jota ei ehkä muilla keinoin syntyisi. Tilanteissa, joissa ongelmaa ei voida kokonaan ratkaista, etsitään keinoja, joiden avulla ongelman kanssa voi tulla paremmin toimeen. (O'Hanlon ja Weiner-Davis 1990.) Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi jonkin kroonisen sairauden kanssa eläminen.

Ihmisen elämän katsotaan olevan jatkuvaa muutostilaa. Siitä syystä pyritään luomaan asiakkaalle sellainen vaikutelma, että ongelman pysyminen olisi yllättävää. Jos asiakkaat ilmoittavat, ettei muutosta ole tapahtunut, voidaan ratkaisukeskeisesti ajatella, että heidän käsityksensä on vain pysynyt tilanteesta ennallaan. (Anis 1999, 9.)

RATKAISUKESKEINEN LÄHESTYMISTAPA PÄHKINÄNKUORESSA

1. Tulevaisuuteen suuntautuminen ja tavoitteellisuus
2. Voimavarojen ja toiveikkuuden nostaminen keskipisteeksi
3. Edistys tapahtuu pienin askelin
4. Tasavertaisuus ja yhtistyö
5. Arvostaminen
6. Mynteisyys, luovuus, leikkisyys ja huumori keskusteluissa ja ajattelussa
7. Ongelmiin on monia vaihtoehtoisia ratkasuja

Kuva 1. Ratkaisukeskeinen lähestymistapa pähkinänkuoressa Saukkolan (2010) mukaan.

Ratkaisukeskeisessä auttamistyössä asiakkaan ongelma, jota mieluummin kutsutaan pulmaksi sen vähemmän raskaalta kuulostavan imagonsa vuoksi, nostetaan esiin ja kuunnellaan se huolella. Pulma voi olla monivivahteinen tai selkeämpi, se voi olla vakavampi tai yksinkertaisempi, mutta tärkeää on, että pulma on tarkoin kuunneltu – niin, että kertojalla on kokemus siitä, että kaikki hyödyllinen asiasta on tuotu esiin ja toisaalta kuuntelija kokee ymmärtäneensä pulman sisällön. Kuunteluvaihe ei sisällä asiantuntijuutta, mielipiteitä, määrittelyä tai johdattelua kuuntelijan puolelta, ainoastaan tarkentavia kysymyksiä. (Saukkola 2011). Työntekijän on hyödyllistä omaksua avoin tila eli ei-tietämisen asenne ja kysellä asiakkaalta asioista ilmaisematta mitään ennakkokäsityksiä. (Selekman 1993, 26.) Ratkaisukeskeisessä asiakas-kontaktissa suositelluin tila on avoin tila; siinä ollaan kuuntelijana, ei tietäjänä tai asiantuntijana. Se on ammattihenkilölle myös kaikkein vaikein tila, koska mieluiten asettaudumme asiantuntijan positioon. Kuitenkin asiakas on itse oman elämänsä asiantuntija, ja siksi meidän tuleekin pohtia, miten mahdollistamme asiakkaan asiantuntijuuden. Tulee myös muistaa, ettei avoin tila poista työntekijän asiantuntijuutta, se vaan mahdollistaa paremman vuorovaikutuksen. Työntekijän kannattaa olla asiantuntija vain tarvittaessa, ei koko keskusteluaikaa. (Saukkola 2016.)

Ei-tietämisen asenne antaa mahdollisuuden saada tietoa niistä asiakkaan omista vahvuuksista ja onnistumisista, joiden avulla hän on aiemmin saavuttanut onnistumisia ja päässyt toivottuihin tuloksiin. Jos asiakkaalla on paljon ongelmia, joihin tarvittaisiin ratkaisuja, voidaan asiakkaalta itseltä kysyä, mikä hänen ongelmistaan on ensimmäisellä sijalla ja mitkä asiat vaikuttavat tähän valintaan. Ratkaisukeskeisessä lähestymistavassa lähdetään liikkeelle asiakkaan käsityksistä. Keskustelussa keskitytään kuuntelemaan asiakkaan omia näkemyksiä ja tutustutaan hänen tapaansa ajatella. Asiakkaan kokemuksista ja näkemyksistä ei tehdä omia olettamuksia, tulkintoja merkityksestä tai johtopäätöksiä. Esittämällä lisäkysymyksiä tarkastellaan ja reflektoidaan vastauksia. Tässä vaiheessa asiakas itsekin saa tilaisuuden pohtia ja reflektoida omaa näkemystään, jotka useimmiten ovat muuttuvia ja vaihtuvia. (De Jong ja Berg 2013, 61 - 80).

Kun pulma on tarkoin kuunneltu, muutetaan ongelma tai vaikeus tavoitteeksi. Tavoitteen määrittely merkitsee ei-ongelmatilan määrittelyä, eli millainen tilanne on silloin, kun pulmaa ei enää ole vaivana. (Saukkola 2010.) Asiakasta tuetaan luomaan pulmalle uudenlainen viitekehys, joka edesauttaa ratkaisun löytämistä ongelmaan (Franklin 1995). Ongelmakeskeinen puhe pyritään muuttamaan ratkaisu- ja voimavarakeskeiseksi puheeksi, jolloin keskustelu, ajattelu ja työskentely suunnataan toivottuun tulokseen tai tavoitteeseen. Lisäksi keskustelua suunnataan aikaisempiin onnistumisiin, positiivisiin kokemuksiin sekä edistysaskeliin, jotka vievät tavoitetta kohden. Hyvänä nyrkkisääntönä ratkaisukeskeisessä ajattelussa pidetään siitä, että noin 80 % olisi hyvä olla ratkaisupuhetta ja 20 % ongelmapuhetta. (Saukkola 2010.)

Yleinen ratkaisukeskeinen asiakkaan ensitapaamisen yhteydessä esitettävä kysymys on: "Mitä sellaista elämässänne on tapahtunut kyseessä olevan ongelman suhteen tämän käynnin ajanvarauksen jälkeen, jonka toivoisitte jatkuvan?" Tällä kysymyksellä pyritään siirtämään asiakkaan huomio hänen omiin onnistumisiinsa ja muutoksen havaitsemiseen. Ensimmäisellä tapaamiskerralla työntekijä yleensä antaa myös ratkaisukeskeisen kotitehtävän. Asiakkaan tai asiakkaana olevan perheen tulee seuraavaan tapaamiseen asti huomioida niitä tilanteita, jolloin ongelmaa ei esiinny. Mitä hän silloin tekee ja mitä muut tekevät? Mikä on toisin kuin silloin, kun ongelma esiintyy. Tällä tehtävällä pyritään siihen, että asiakas oppii havaitsemaan ja konkretisoimaan muutoksen ja näin myös asiakkaan omat kyvyt korostuisivat. (de Shazer ym. 1988, Adams ym. 1991, Jordan ja Quinn 1994.) Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä keskeisiä ovat kotitehtävät, joita pääsääntöisesti annetaan jokaisen tapaamiskerran yhteydessä. (Saukkola 2010.)

Yhteistyön jatkuessa selvitetään, mitä asiakas osaa ja miten osaamista voisi hyödyntää paremmin jo tässä hetkessä. (Berg 1991.)Tavoitteita pyritään tarkentamaan tai korjaamaan, mikäli siihen on tarvetta työskentelyn edetessä. Ratkaisukeskeinen työote vaatii joustavuutta ja jatkuvaa arviointia työntekijältä. Koska muutosta pidetään jatkuvana ja väistämättömänä, myös työskentelyprosessi ja tavoitteet tulee nähdä muuttuvina (Andersson ja Goolishian 1988).

Ei-tietämisen asenteen lisäksi työntekijä voi ajoittain olla asiantuntijan roolissa ja suoran puheen asemossa. Asiantuntijana työntekijä antaa asiakkaalle tietoa jostakin asiasta. Tällainen tieto on asiantuntijuuteen perustuvaa faktaa, muun muassa tietoa sairaudesta, lääkkeestä tai kuntoutumisesta. Suoraa puhetta ratkaisukeskeisyydessä tulee käyttää harkitusti ja vasta siinä vaiheessa, kun työntekijä arvioi vuorovaikutussuhteen olevan tarpeeksi luottamuksellinen ja asiakkaan sitoutumisasteen olevan riittävä. (Saukkola 2010.)

Ratkaisukeskeisesti työskentelevät työntekijät ovat huomanneet, että asiakkaiden aiemmat terapiakokemukset ovat muodostuneet pettymykseksi siksi, että asiakkaan omat tavoitteet ja tavoitenäkemykset on sivuutettu. Työntekijä on itsepintaisesti tuonut esiin omaa käsitystään varsinaisesta ongelmasta ja tavoiteltavasta oikeasta päämäärästä. Ratkaisukeskeisesti toimivat työntekijät esittävät asiakkaan omille tavoitteille vaihtoehtoja vain harvoissa poikkeustapauksissa. Selviä poikkeuksia ovat lainvastaiset tavoitteet, kuten esimerkiksi lapsen kohdistuvat väärinkäytökset. Toinen poikkeusryhmä ovat selvästi epärealistiset tavoitteet, joiden tavoittaminen olisi mahdottomuus. Tällöin pyritään konkretisoimaan tavoite saavutettavalle tasolle. (O'Hanlon ja Weiner-Davis 1989.)

1.3.1 Asiakslähtöisyys

Asiakas on oman elämänsä paras asiantuntija. Asiakas voi olla yksilö, perhe, ryhmä tai yhteisö. (Huotari ym. 2008, 18.) Asiakas itse määrittää omat tavoitteet ja päämäärät. Omat ja itse luodut tavoitteet luovat korkean motivaation. Omien hyväksi havaittujen keinojen myötä voi oppia elämään ja toimimaan toisella tavalla. Erilaiset tavat eivät vahingoita ketään. Tavoitteiden toteutuksen arvioinnissa käytetään aktiivisesti seuranta- ja mittaristoa. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009, 46-51). Ulkoapäin ammatillisten asiantuntijoiden luomiin päämääriin on vaikeampi sitoutua (Huotari ym. 2008). Käytännössä saatujen kokemusten mukaan vallitsevien käsitysten kyseenalaistaminen ei ole hyödyllinen lähestymistapa, koska se voi estää yhteistyön syntymisen (De Jong ja Berg 2013, 61 - 80).

Ratkaisukeskeisyyden tärkeänä periaatteena on toisen arvostaminen, mikä pitää sisällään toisen ajattelutavan, maailmankatsomuksen, ideologian ja arvojen kunnioittamisen. Vuorovaikutustilanteissa se ilmenee toisen arvostavana kuuntelemisena ja toisen omien arvojen kunnioittamisena valintatilanteissa. Toisen ihmisen ajattelutapaa, ideoita ja tapaa toimia arvostetaan. Arvostaminen ilmenee myös asiantuntijan omien ennakkokäsitysten taustalle siirtämisenä. Ratkaisukeskeisessä toimintatavassa asiakas on tasavertainen yhteistyökumppani. Asiakkaalle ei kannata tuputtaa omia ideoitaan tai ajatuksiaan. (Katajainen ym. 2006; Huotari ym. 2008, 10; Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009, 49.)

Silloin, kun aikoo ehdottaa jotain toimintamallia tai ratkaisua, siihen kannattaa pyytää asiakkaalta lupa: Saanko ehdottaa? Tuli mieleen eräs asia, mikä voisi toimia. Haluatko, että kerron sen? Lähtökohta uuteen ehdotettuun malliin muodostuu täysin erilaiseksi verrattuna tilanteeseen, jossa työntekijä olisi neuvonut uuden tavan, tyrmännyt potilaan oman keinon ja kertonut paremman keinon. Ehdotettaessa asiakkaalla on oikeus hylätä tai hyväksyä tarjottu toimintamalli. (Saukkola 2011; Ratkes 2015.)

Luottamus ja vastaavasti luottamuspuola syntyvät ihmisten välisessä toiminnassa, olemisessa ja puheessa. (Ristikangas ja Ristikangas 2013,166). Tutkimuskokemusten perusteella ihmisiä innostavat enemmän unelmat, toivetilat ja niihin liittyvät konkreettiset tavoitteet, kuin ongelmiin syventyminen. (Keistinen 1999, 22 - 24). Asiakassuhteessa työskentelyn toimivuuden ratkaisee se, onnistutaanko asiakkaassa synnyttämään luottamus yhteistyöhön. Luottamus pääsee syntymään vain, jos asiakkaalla on kokemus siitä, että hänen tapaansa ajatella ja toimia on ymmärretty ja hyväksytty ja häntä arvostetaan siitä syystä tai siitä huolimatta. (Järvensivu, Nykänen ja Rajala 2010.) Luottamus luo kokemuksen tahtotilasta saavuttaa onnistuminen eikä ainoastaan oma etu. Luottamuksen puuttuessa asiakas ei ole halukas keskustelemaan avoimesti eikä tuo omia ratkaisumallejaan dialogiin. Luottamus ja sitoutuminen mahdollistavat tiedon liikkumisen. Tiedon liikkuminen on puolestaan yhteistyön edellytys ja se itses-

sään mahdollistaa luottamuksen ja sitoutumisen kehittymisen. Ilman avointa dialogisuutta ja tiedonsiirtoa ei synny luottamusta ja sitoutumista, ja ilman luottamusta ja sitoutumista tieto ei liiku. Luottamus, sitoutuminen ja tiedon liikkuminen ovat näin toisiaan vahvistavia tai heikentäviä elementtejä. (Järvensivu ym. 2010.)

1.3.2 Tavoitteellisuus

Työskentelyn tulee ratkaisukeskeisyydessä olla tulevaisuuteen suuntaamista. Tarkoituksena ei ole etsiä syyllisiä itsestä eikä toisista, vaan positiivisten syyseuraussuhteiden ja myönteisten toimintatapojen löytäminen sekä luovien ratkaisujen löytäminen päämääriä kohti. Vaikeus on muutettavissa taidoksi tai tavoitteeksi, jonka voi oppia. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009, 46-49.) Konkreettisten ja realististen tavoitteiden määrittäminen edellyttää työntekijän kärsivällisyyttä, periksi antamattomuutta ja taidokkuutta. Hyödyllisin tapa päättää tuleva ratkaisutapa, on pyytää kuvaus siitä, miten henkilö toimisi toisin ja mitä erilaista tapahtuu ongelman ratkettua – sen kautta voidaan luoda odotus hyödylliselle muutokselle. (De Jong ja Berg 2013, 24, 87 - 88).

Ratkaisukeskeisessä lähestymistavassa pyritään suuntautumaan tulevaisuuteen käytännölläheisten menetelmien avulla. Konkreettiset ohjeet ratkaisukeskeiseen vuorovaikutustilanteeseen auttaa sisäistämään menetelmät nopeasti. Tavoitesuuntautuneilla kysymyksillä saadaan esiin asiakkaan toiveita tulevaisuuteen sekä aiempia onnistumisia ja olemassa olevia vahvuuksia. Tavoitteen löytäminen ja siihen suuntaaminen ovat tärkeä osa ratkaisukeskeistä työskentelyä. (De Jong ja Berg 2013, 24,87 - 88). Olisi tärkeää ilmaista tavoite konkreettisesti, mitattavissa olevassa muodossa ja käyttäytymistä koskevinä asioina, jotta tavoitteen saavuttamista voitaisiin arvioida (Berg 1991). Ratkaisua kohden pyritään suuntaamaan välittömästi, mutta asiakkaan omassa tahdissa, suuntaus pidetään kuitenkin koko ajan oikeana. Tarkoitus on pyrkiä ensin kohti ratkaisua ja palata pulmiin vasta, jos ne ovat yhä olemassa. Potilasta motivoimaan olisi hyvä löytää osatavoitteita ja portaittaisia tavoitteita, jotka potilas itse määrittelee. Tapahtuneiden muutosten seurauksia suhteessa tavoitteeseen pohditaan tapaamisissa. Tavoitteet sekä edistymiset laitetaan näkyviksi kirjaamalla ne ylös paperille yhdessä potilaan kanssa. (Saukkola 2010.)

Ongelmien muuttaminen tavoitteiksi, on tärkeä osa ratkaisukeskeistä ajattelua. Tavoitteiden määrittelyssä tulisi keskittyä myönteisyyteen ja eteenpäin menoon. (Saukkola 2010.) Tavoitteen on oltava asiakasta motivoiva ja tavoitteen saavuttaminen tulisi olla hänelle itselleen tärkeää. Hänen tulee kuitenkin olla tietoinen siitä, että tavoitteen saavuttaminen edellyttää mahdollisesti kovaa työtä ja epäonnistumiset ovat mahdollisia. (Berg 1991.) Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä epäonnistumisia tarkastellaan oppimiskokemuksina. Tällöin epäonnistuminen käännetään mahdollisuudeksi oppia virheestä – mietitään, mitä seuraavalla kerralla tehdään

toisin, jotta eteenpäin pääsy mahdollistuisi. (Saukkola 2010.) Huotarim ym. (2008) mukaan epäonnistumisia on syytä pohtia oppimiskokemuksina, jolloin tutkitaan ja hyödynnetään niitä kokemuksia, joissa asiakas on onnistunut. Berg (1991) toteaa, että tavoite olisi hyvä muotoilla uuden positiivisen käyttäytymisen aloittamiseksi ennemmin kuin olemassa olevan negatiivisen käyttäytymisen lopettamiseksi.

Tavoitteen asettamista havainnoiva taulukko Saukkolaa (2010) mukaillen:

Mitä halutaan saada	- Ei, mistä halutaan eroon
Minne päin halutaan mennä	- Ei, mistä halutaan pois päin
Minkä alkamista	- Ei, minkä loppumista
Mitä tulee ongelman tilalle	→ Tavoitteet! Tavoitteet realistisiksi!

Ratkaisukeskeisessä asiakassuhteessa keskustelu, ajattelu ja työskentely suunnataan valittuun tulokseen tai tavoitteeseen sekä sitä kohden vieviin edistysaskeliin. Vuorovaikutuksessa keskipisteenä ovat asiakkaan voimavarat ja vahvuudet. Huomio tulisi suunnata asiakkaan taitoihin ja aikaisempiin onnistumisiin ja sitä kautta herää myönteisyys uusiin tavoitteiden saavuttamiseen ja onnistumisiin. Toiveikkuus nostetaan keskusteluissa keskipisteeksi. Ratkaisukeskeisyydessä ajatellaan, että ihmisellä itsellä on voimavaroja saada aikaan itselleen tärkeät muutokset, hän ei vain ole tietoinen siitä. (Furman ja Ahola 2007, 5-6; Saukkola 2011.) Tavoitesuuntautuneessa keskustelussa painopiste ei ole menneisyyden tai ongelmakohtien pohdinnassa, kuten perinteisessä terapiasuhteessa ajatellaan. Keskustelu menneisyydestä voi kuitenkin olla kannustavaa ja rohkaisevaa, jos menneisyyden tapahtumia tarkastellaan kasvattavina ja opettavina kokemuksina ennemmin kuin ongelmien alkulähteenä. Menneisyyden tarinoista nousee voimanlähteitä uuden muutoksen aikaansaamiseksi. (Berg 1991, Furman ja Ahola 1995.)

Ratkaisukeskeinen toimintatapa on voimaannuttavaa ja asiakkaalle energiaa antavaa. Toiminnassa huomioidaan ja nostetaan esiin pienetkin onnistumiset ja onnistumisen aiheet, ajatukset ja yrittämiset. Riittää kun on jo liikahtettu kohti tavoitetta, päämäärää, unelmaa. Keskitytään aiempiin onnistumisiin ja taitoihin, jotka laitetaan konkreettisesti näkyville paperille, fläppitaululle tms. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.) Edistyminen tapahtuu pienin askelin ja asiakkaan ehdoilla. Kun edistys tai poikkeus toivottuun suuntaan tapahtuu, jokainen pienikin liikahtus huomataan ja huomioidaan. Jokainen edistys on askel kohti unelmaa, mielekästä elämää, tavoitetta tai muutosta. Erityisen tarkoin tutkitaan tilanteista, joissa vaikeudet on pystytty paremmin hallitsemaan ja jokin tavoite on edes osin saavutettu. Edistysaskelien tutkiminen kannustaa jaksamaan kohti toivottua päämäärää. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009, 48-56.) Pyrkimyksenä on saada aikaan pieni reaktio, joka myöhemmin laajentuu, kunnes päästään lopulta tavoitteeseen asti. Ajatuksena on pienin askelin eteneminen, ei liian nopea tai laaja-alainen muutos kerralla. Tulisi keskittyä sillä hetkellä tarjolla olevaan ja laajentaa sitä.

Jos muutos on ratkaisevalla alueella, voi pieneltä näyttänyt alku muuttaa koko järjestelmää. (Haley 1997, 32.)

Vuorovaikutushetkiin on tärkeä sisällyttää myönteisyyttä, luovuutta, leikkisyyttä ja huumoria. Leikkisyyden, luovuuden ja huumorin avulla voidaan rikkoa juurtuneita käsityksiä ja toimintamalleja, jotka ovat ei-toivottuja. Huumorin käytössä tulee olla varovaisuutta, on aivan eri asia nauraako asiakkaan kanssa vai asiakkaalle. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009; Huotari ym. 2008).

1.3.3 Verkotot

Asiakkaan verkostot ja läheiset nähdään voimavaroina, jotka voivat tukea asiakasta oikeaan suuntaan, kunhan tukiverkostoilla on myös vaadittavat tiedot, taidot ja palautteenantokyky. (Huotari ym. 2008.) Ammatillisten verkostojen kohdalla pyritään pääsääntöisesti siihen, että työskentelyyn osallistuvat asiakkaan mielestä tärkeät ihmiset. Työskentelyn eri osapuolten osaamista ja voimavaroja hyödynnetään tavoitteen saavuttamiseen. (Sundman 1995, 21.)

Valmennuksen tavoitteena on myös valmennettavan lähipiirin tukeminen ja ohjaaminen. On tärkeää, että ihmisellä on tukiverkosto – erityisesti, jos tukiverkosto osaa tukea kuntoutujaa oikein keinoin. Valmennettavan lisäksi usein valmennusta tarvitsevatkin lisäksi lähipiiriin kuuluvat. Neuropsykiatriset vaikeudet, mielenterveysongelmat tai päihteiden väärinkäyttö vaikuttaa aina koko perheen elämään. Yleensä luontevimmin mukana ovat vanhemmat ja sisaret, erityisesti jos valmennettava on lapsi tai nuori. Usein vanhemmat huolehtivat neuropsykiatrista lapsistaan, samoin kuin psyykkisesti sairaiden lastensa arkielämästä vielä silloinkin, kun lapset kasvavat aikuisiksi. Vanhemmilla ja sisarilla on jatkuva huoli aikuistuneenkin perheenjäsenenensä pärjäämisestä: muistaako syödä, ottaa lääkkeitä ja tehdä ruokaa. Huolehtiiko hän laskut, kouluun tai töihin menot jne. Pahimmassa tapauksessa jatkuva huolehtiminen uuvuttaa omaiset täydellisesti ja samalla estää erityisvaikeuksia omaavan nuoren aikuisen itsenäistymisen. (Saukkola 2005.)

1.3.4 Ratkaisupuhe vs. ongelmapuhe

Ongelmiin on olemassa monta vaihtoehtoista ratkaisua (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009). On tyypillistä, että alamme ratkaista ongelmia samoilla keinoin, kuin ne ovat syntyneetkin. Erilaisten tapahtumien ja kokemusten takana ei välttämättä ole vaikuttamassa vain yksi totuus, vaan asiat tapahtuvat yhteydessä toisiinsa ihmisiin ja ympäristöön. Näin ollen tavoitteeseen voidaan päästä montaa vaihtoehtoista reittiä pitkin. Oleellista on testata erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja rohkeasti ideoiden. (Huotari ym. 2008; Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009, 49.) Sanotaankin, että jos jokin ei toimi, kokeile jotain uutta ja jos jokin toimii, tee sitä

lisää (De Jong ja Berg 1997). Ammattihenkilön tehtävänä on auttaa asiakasta löytämään uusia ratkaisuja ja uusia näkökulmia. Luovuudella työntekijä voi edesauttaa asiakasta pääsemään kohti ratkaisuja (Sundman 1995). Ratkaisujen etsiminen luovasti ja joustavasti erilaisissa asiakastilanteissa on ominaista kokeneille ratkaisukeskeisesti toimiville terapeuteille. Mielikuvituksen avulla haetaan ideoita ja metaforia. (Furman ja Ahola 1995, 9.)

Auttamisammateissa tarvitaan konvergentin ajattelun sijasta divergenttiä ajattelua. Divergentissä ajattelussa työntekijä hakee parasta mahdollista ratkaisua tarkastelemalla ongelmaa eri näkökulmista. Divergentissä ajattelumallissa asiakkaan oma näkemys on yhtä arvokasta kuin työntekijän asiantuntemus. (De Jong ja Berg 2013, 17- 20). Konvergentti ajattelu pyrkii tavanomaisiin ratkaisuihin, kun taas divergentti ajattelu kuvaa uutta luovaa ja omaperäistä ajattelua. (Peltomaa.) Jokaisessa vuorovaikutustilanteessa voidaan luoda positiivisia merkityksiä ja tunteita. (Fischer 2012, 154.)

Ratkaisupuhe on keskustelua asioista, mitkä halutaan muuttaa sekä niistä keinoista, joiden avulla muutoksia saavutetaan. Ongelmapuheeksi kutsutaan sen tyyppistä ongelmaan liittyvää keskustelua, mikä sisältää syytöksiä, valittamista ja toivottomuutta. Syyllisten etsiminen vie negatiivisuuden kierteeseen ja jähmettymisen tilaan. (Furman ja Ahola 2012, 36 - 50). Ongelman syiden löytyminen ei anna energiaa toimintaan. (Hirvihuhta ja Litovaara 2011, 40 - 41,155 - 163; Katajainen ym. 2006, 1.)

On asioita ja tapahtumia, joissa on tärkeä etsiä syy olemassa olevaan ongelmaan ja korjata se. Tällainen toimintatapa kuuluu muun muassa mekaanisiin ongelmiin, kuten pyörän korjaamiseen. Inhimillisissä tai ihmisten välisissä pulmissa syiden etsimisestä seuraa helposti syyllisen etsimistä, syyttelyä ja syyllisyyttä, vaikkei se olisi tarkoituskaan. Syiden etsimisen, ja samalla helposti muodostuva syyllisyyden kierre, ei edistä yhteistyötä tai tapahtumien viemistä toivottuun suuntaan. (Katajainen ym. 2006.) Riitatilanteessa ei ratkaisukeskeisyydessä etsitä syytä tai syyllistä siihen, että riita tai ongelma on varsinaisesti alkanut, vaan pyritään löytämään se hyvä tarkoitus, arvo tai tavoite, jota puolustaessaan erimielisyys on syntynyt. (Katajainen ym. 2006.) Furman ja Ahola (1995, 9) toteavat, että kun kyseessä on ihmisten kanssakäymiseen liittyvä ongelma, ongelmakeskeinen lähestymistapa käy yleensä pulmalliseksi, sillä ihmisillä on asioista eriäviä käsityksiä.

Ratkaisukeskeisessä menetelmässä korostetaan onnistumisia, voimavaroja ja ratkaisuja. Ratkaisukeskeisessä keskustelussa on toive tasa-arvoisuudesta kohtelussa, oikeudenmukaisuudesta päätöksissä tai sujuvuudesta tiedonkulussa. (Katajainen ym. 2006.) Ratkaisupuhe pitää sisällään ehdotuksia, ideoita, pieniä toivon kipinöitä ja myönteisiä havaintoja, joiden avulla asiakasta ohjataan siirtymään ongelmanratkaisussa ongelmapuheesta ratkaisupuheeseen. (Hirvihuhta ja Litovaara 2011, 40 - 41,155 - 163; Huotari ym. 2008) Positiivisessa psy-

kologiassa on tutkimusnäyttöä siitä, että myönteisten asioiden esiin tuominen ja vahvuuksiin keskittyminen ovat tehokkaita ohjauksen ja terapian keinoja. (Niemi-Pynttari 2015.) Riikonen (1992) muistuttaa, että ratkaisukeskeisissä haastattelussa asiakkaan ongelmapuheen ohjaava vaikutus on suuri ja se on usein väistämätöntä. Suurella osalla asiakkaista on tarve päästä kertomaan ongelmastaan. Liian nopea tai voimakas pyrkimys kääntää keskustelu ongelmasta pois voi olla asiakkaalle odotustenvastaista ja myös loukkaavaa. Riikonen (1992) toteaaakin, että keskustelua ei voi ratkaisukeskeistä nopeammin kuin mihin asiakas on valmis.

1.4 Ratkaisukeskeiset menetelmät

1.4.1 Avoimet kysymykset

Vuorovaikutus on erityisen tärkeässä asemassa ratkaisukeskeisyydessä. Kysymykset ovat olennainen osa ratkaisukeskeisyyttä. Oikeanlaisilla avoimilla kysymyksillä voimme päästä työntekijänä avoimeen tilaan ja näin on mahdollista saavuttaa paras mahdollinen vuorovaikutus. (Saukkola 2016.) Hirvihuhta ja Litovaara (2003) kutsuu keskustelujen kysymyksiä ovien avaajiksi. Heidän mukaansa vastauksetkaan eivät ole niin tärkeitä kuin kysymykset, sillä juuri kysymysten päämääränä on saada toinen osapuoli ajattelemaan ja löytämään jotakin uutta. (Hirvihuhta ja Litovaara 2003, 101.) Erilaisilla kysymystyypeillä voimme avata keskustelua niin, että voimavarojen ja tavoitteiden löytyminen mahdollistuu eikä niinkään syiden ja ongelmien pohtiminen. Tavoitteen löytymistä helpottaa ja selkeyttää, jos kysymykset on esitetty niin, että se mahdollistaa asiakkaan oman ajattelun ja tilanteen määrittelyn.

- Avoimet kysymykset
- Tarkentavat kysymykset
- Toivetilaa ja tavoitetta kartoittavat kysymykset
- Asteikkokysymykset
- Myönteiset poikkeukset ongelman suhteen
- Selviytymistä koskevat kysymykset

Keskustelussa pyritään avoimiin kysymyksiin suljettujen kysymysten sijaan. Suljetut kysymykset mahdollistavat sen, että asiakas voi vastata kyllä tai ei, ja muu pohdinta tai asiakkaan oma määrittely jää puuttumaan. Avoimet kysymykset vaativat asiakasta laajempaan pohdintaan, eri näkökulmien avaamiseen ja oman ajatuksen esiin tuontiin. Miksi -kysymyksessä on syytä ja syyllistä etsivä substanssi, minkä vuoksi sitä ei juuri kannata käyttää. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009, 57-58.) Ratkaisukeskeisen mallin kehittäjät ovat laatineet myös valmiita kysymyssarjoja, joilla voidaan edetä kohti ratkaisua. Menetelmä ei kuitenkaan sisällä valmiita

ratkaisuja, vaan on enemmänkin työntekijän tekninen apuväline. (Furman ja Ahola 1995, 9.) Seuraavassa esimerkki valmiista kysymyssarjasta, kun suunnataan asiakasta hänen omaan tavoitesuuntautuneeseen pohdintaan:

- Millaiseksi toivot tilanteen muuttuvan?
- Mitkä asiat tulevat olemaan eri lailla hyvässä, toimivassa tilanteessa?
- Millainen on tilanne silloin, kun se toimii hyvin?
- Mikä auttaa sinua pääsemään tuohon tilanteeseen?
- Mistä huomaisit, että asiat toimivat hyvin?
- Mikä on mielestäsi riittävän hyvä tilanne?
- Mikä olisi ensimmäinen pieni askel, joka sinun kannattaisi tehdä?

Vuorovaikutustilanteissa kannatta käyttää asiakkaan käyttämää kieltä ja toistaa kuulemaansa. Tämä vankistaa luottamusta ja luo varmistusta oikeinymmärryksestä. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.) Ei kannata todeta ymmärtävänsä, miltä asiakkaasta tuntuu, koska ei toisen tunteen ymmärtäminen ole mahdollista. Asiakasta tukevampaa on todeta, että: Huomaan, että olet... Olen näkevinäni, että... Kuulen puheestasi sinun olevan... Sanoit, että... Ymmärsinkö oikein, kun sanoit kokevasi... (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.)

1.4.2 Ihmekysymys

Tavoitteiden kokoamiseen ja tulevaisuuteen suuntautumiseen käytetään interventiivisiä kysymyksiä. Furmanin ja Aholan (1995,96) mukaan ihmekysymyksen avulla asiakas saadaan unelmoimaan ongelmattomasta tulevaisuudesta. Myös Makkosen (1995,22) toteaa, että yleinen ratkaisukeskeinen keino on ihmekysymys. Haaveilun avulla ihmisen tavoitteet selkeytyvät ja elämänsuunta paranee. Unelmointi on tavoitteen testaamista. Ihmekysymyksellä tarkoitetaan muun muassa tämänkaltaista kysymystä: Kuvitellaan, että ensi yönä nukkuessasi tapahtuu ihme, ja kaikki ne ongelmat, joiden vuoksi tässä keskustelemme, ovat yön aikana ratkennet. Makkosen (1995, 22) ihmekysymystä avaavat avoimet kysymykset:

- Miten asiat sitten ovat?
- Mitkä asiat ovat eri tavalla?
- Mistä ensimmäisenä huomaat ongelmien ratkennet?
- Millaisia ihmiset ovat sinulle tämän ihmeen jälkeen?
- Millainen itse olet?"

Ihmeen kuvitteluun saa tulevaisuuden tuntumaan todelliselta ja näin tavoite alkaa tuntua mahdolliselta saavuttaa. Unelmoinnin luomat mielikuvat voivat vaikuttaa asiakkaaseen voimakkaasti, sillä se luo toivoa tavoitteen saavuttamisesta ja elämänlaadun paranemisesta. Ihme on parhaimmillaan realistinen ja konkreettinen seikka, joka voi vaatia työtä, mutta mikä on saavutettavissa. (Berg 1991, 70; O'Hanlon ja Weiner-Davis 1990, 35.) Samassa yhteydessä kannattaa selvittää, onko joku haaveen osio tapahtunut asiakkaalle joskus aiemmin ja jos on niin miten. Näin saadaan asiakkaat enemmän pohtimaan ja tuomaan esiin ongelmattomia asioita ja pohtimaan onnistumisia. Kun potilas kuvailee ongelmattonta tulevaisuutta, hän kuvailee myös ratkaisua ongelmaan. (De Shazer 1995, 128; O'Hanlon ja Weiner-Davis 1990, 123, 126.)

Ihmekysymyksen lisäksi muita ratkaisukeskeisiä toivutilan kartoitukseen suuntaavia menetelmiä ovat muun muassa: Asiakkaan kirjoitus toiveiden päivästä. Asiakkaan kirjoittama kirje tulevaisuudesta, jolloin kaikki on ongelman suhteen hyvin. Asiakkaan pohdinta siitä, että tulevaisuudessa hän on päässyt tavoitteeseensa. Pohdinnassa hänen tulee kuvitella, miten se mahdollistui. Asiakkaan tulee laatia itselleen visio kahdesta kolmeen elämän osa-alueelta, joita voivat olla ihmissuhteet, työ, koulu, harrastus jne. Visiossa voi käyttää kuvia, ranskalaisia viivoja, tarinaa tai muita asiakkaan haluamia menetelmiä. Tai jollain muulla luovalla tyylillä toteutetaan tulevaisuuskuvan teko. (Saukkola 2010.) Ihmekysymys, samoin kun muut samantyylliset kysymysmuodot, auttaa asiakasta kuvittamaan omaa tilannetta ilman ongelmaa. Kun ihmetilanteeseen haetaan konkreettisia kuvauksia, voidaan niiden mukaisesti muotoilla tavoitteita (de Shazer 1995).

1.4.3 Asteikkokysymykset

Asteikkotekniikkaa käytetään, kun halutaan asiakkaan todella pysähtyvän hahmottamaan todellista tilannettaan ja halutaan tukea asiakasta näkemään muutosta ongelmiensa suhteen. Menetelmä on kehitetty Brief Family Therapy Centerissä Yhdysvalloissa ja tekniikassa yleensä käytetään asteikkoa yhdestä kymmeneen. Asteikkomenetelmää voidaan hyödyntää monin eri keinoin: Se auttaa konkretisoimaan tapahtuvaa muutosta. Asteikkoja käytetään myös myönteisten poikkeuksien ja onnistumisien tai "ihmeiden" havaitsemisessa, jotta asiakas kehittyisi tunnistamaan oman ratkaisukäyttäytymisensä. Asteikkomenetelmän avulla tietoa asiakkaasta saadaan joustavasti, nopeasti ja yksilöllisesti. (Franklin 1997; Anis 1999.) Berg (1991, 71-73) tuo esiin, että asteikkoa voidaan soveltaa muutoin liian abstrakteilta tuntuvien asioiden arvioinnissa, tällaisia voivat olla muun muassa itsekunnioitus, itseluottamus, tärkeysjärjestys, tietoisuus muutoksen tarpeesta, toivo.

Franklin ym. (1997.) ovat luoneet asteikkomenetelmään suoria kysymyssarjoja. Tuloksellisuussmittauksessa asiakasta voidaan pyytää arvioimaan asiakassuhteen eri vaiheissa, missä

kohtaa asteikkoa hän omasta mielestään on kyseessä olevan ongelman tai tavoitteen saavuttamisen suhteen. Työntekijä voi ohjata työskentelyä ja konkretisoida työskentelyn tavoitteita esimerkiksi kysymällä:

- Jos arvioit asteikolla 1-10, missä olet nyt?
- Mikä sai sinut antamaan juuri tuon numeron?
- Mikä on riittävän hyvä taso sinulle?
- Miten asiat toimivat silloin, kun olet siinä?
- Mistä näkisit, että olet edennyt ½ pykälää?
- Mikä on ensimmäinen pieni asia, minkä voit tehdä edetäksesi ½ pykälää?
- Miten onnistuit kohoamaan asteikolla neljästä viiteen?

Osan asiakkaista on vaikeaa keskustella kasvotusten. Visualisointi ja jo paperi välineenä voi tuoda rentoutumista ja samalla parantaa tilanteen hahmotusta. Asteikkoa voidaan hyödyntää ilman numeroa, jolloin tyhjään paperiin tehdään viiva, johon hahmotellaan asiakkaan toivetilaa ja tämän hetken tilanne, ja kirjataan konkreettisesti aina seuraava porras, jonka avulla potilas pääsee etenemään asteikollaan. Työskentelyn yhteydessä asiakas saa aina kotitehtävän tavoitteeseen liittyen. Asteikkokysymyksiä käytetään myös perinteisesti monien oireiden ja niiden vahvuuksien ja keston määrittelyyn.

1.4.4 Myönteinen poikkeus

Ratkaisukeskeisessä asiakastyöskentelyssä etsitään myönteisiä poikkeuksia. Myönteisellä poikkeavuudella tarkoitetaan sitä ajankohtaa, milloin ongelmaa ei potilaalla odotuksista huolimatta esiinny tai milloin potilas on pystynyt toimimaan poikkeavalla tavalla verrattuna normaaliksi muodostuneeseen ei-toivottuun käyttäytymiseen (O'Hanlon ja Weiner-Davis 1990, 35; de Shaze 1995, 100-101). Myönteisessä poikkeavuudessa tarkoitus on selvittää, milloin asiat ovat viimeksi sujuneet hyvin ja miten potilas on silloin onnistunut toimimaan eri tavalla (Berg 1991, 66). Kontaktissa kaivetaan esiin tähän liittyvät seikat käyttäen avoimia, kartoittavia kysymyksiä, jotka selventävät potilaalle itselleenkin, mikä on aiemmin mahdollistanut hyvän tilanteen. Aiemmin poikkeustilanteissa havaittuja menetelmiä voidaan käyttää jatkossa uusissa ongelmakohdissa, ja kun poikkeustilanteet opitaan tunnistamaan ja niissä käytössä olevia menetelmiä lisäämään, ne muuttuvat säännöllisiksi. (de Shazer 1995, 75.) Asiakkaalta voidaan myös kysyä, miten asiat ovat menneet parempaan suuntaan verrattuna siihen, kun ne olivat

huonoimmillaan. Edellisen tapaamiskerran jälkeen tapahtuneita poikkeuksia voidaan selvittää potilaalta kysymällä, mikä on paremmin edelliseen keskusteluun verraten (Riikonen 1992, 23.)

- Milloin ongelmaa ei ole ollut?
- Milloin asiat viimeksi sujuivat hyvin?
- Miten sait sen aikaan?
- Millainen toiminta silloin auttoi?
- Miten asiat ovat menneet eteenpäin verrattuna siihen kun ne olivat huonoimmillaan?
- Mikä on paremmin edelliseen tapaamiseen nähden?

1.4.5 Selviytyminen

Selviytymiseen liittyvillä kysymyksillä on tarkoitus kartoittaa asiakkaan omia selviytymiskeinoja ja vahvistaa niistä hyväksi koettuja. Kun asiakas huomaa omaavansa hyviä keinoja selviytyä, hän oppii tiedostamaan omat voimavaransa ja vahvuutensa (Berg 1991, 75; O'Hanlon ja Weiner-Davis 1990, 123.) Jos asiakkaan on vaikea nähdä tilanteessaan positiivista, hänen on vaikea lähestyä ongelmaansa ratkaisujattelulla tai jos asiakas kokee olonsa täysin toivottomaksi, on selviytymiskysymysten käyttö mahdollisesti hyödyllistä, koska niissä hyväksytään potilaan kurjuuden- ja toivottomuudentunne (Berg 1991, 78; Riikonen 1998,23). Toivottomalta asiakkaalta voidaan kysyä, mitkä asiat auttavat häntä jaksamaan tai selviytymään päivästä toiseen. Potilaan tuoma vastaus antaa mahdollisuuden siirtyä keskustelemaan potilaan voimavaroista ja vahvuuksista, ja saadaan ylitsepääsemättömän raskaalta vaikuttava tilanne käännettyä voimavaroista keskusteluksi. Vasta kun potilaan omaa itseluottamusta ja oma-arvostusta saadaan kohotettua, voidaan siirtyä keskusteluun tilanteen parantamiseksi ja ratkaisemiseksi. (Berg 1991, 76-78; Riikonen 1998, 23.)

1.4.6 Uudelleenmäärittely

Uudelleenmäärittely on yksi ratkaisukeskeisyyden peruskivistä (Peltola ja Koski 2015.). Se on lainattu perheterapiasta (Berg 1991, 95.) Uudelleenmäärittelyllä tarkoitetaan negatiivisen ongelman nimeämistä positiivisella ilmaisulla, jossa on mukana tavoitteellista ajattelua. Muuttamalla ongelman nimitystä, muutetaan myös lähestymistapaa ongelman suhteen. Yleensä asiakas jo itse, nähtyään ongelman uudessa valossa, löytää ratkaisuja omalle ongelmalleen. (Fuman ja Ahola 1995, 62; Berg 1991, 96.) Kutsumalla levotonta liikkuvaksi, ja kannustamalla vielä hyödyntämään liikkumisen lahjaa, muuttaa "ongelma" tyystin muotoaan. Jankkaajaksi kutsuminen herättää negatiivisen mielikuvan, mutta perusteellinen tai tiedonjanoinen muuttaa mielikuvaa paljonkin. Kehumalla perusteellisuutta upeaksi piirteeksi oppimisen kannalta saa-

daan piirteeseen toivotunlaista positiivista ajattelua. Myönteisellä ajattelulla tuetaan henkilön vahvuuksia. Uudelleenmäärittelyyn liittyy myös vahvasti kieltojen muuttaminen toiminnanohjeiksi, kuten älä juokse! -käskyn muuttaminen kävele. Et saa tarvittavaa lääkettä! Voi ilmaista myös, lähdetään ensin kävelemään ulos pieni lenkki ja mietitään lääkettä myöhemmin. (Ratkes 2015.)

1.4.7 Vastarinnan vahvistaminen

Milton H. Erickson huomasi muiden terapeuttien tavoin, ettei ihminen ole aina halukas tai vastaanottava työskentelyyn. Ihminen saattoi toimia juuri eri tavoin, kuin Erickson kehotti toimimaan. Esimerkiksi, jos Erickson sanoi "Käsien muuttuvan kevyemmiksi", asiakas toteaa "käsi-en muuttuvan painavammiksi". Tässä tilanteessa Erickson kehottaa toimimaan vastarintaa vahvistaen, eli ei vain hyväksymään vastauksen, mutta myös vahvistamaan sitä. Edellä mainittuun esimerkkiin Erickson suosittelee vastaamaan: "Hieno juttu, kätesi voi muuttua vieläkin painavammaksi". Tällöin ihminen on tilanteessa, jolloin hänen yrityksensä toimia vastarintana määritelläänkin yhteistyöksi. Tekeepä hän siis mitä vain, huomaa hän toteuttavansa terapeutin ohjeita, sillä kaikki hänen tekemänsä asiat määritellään yhteistyöksi. Yhteistyössä ollessaan hänet voidaan ohjata muuttamaan käyttäytymistään. (Haley 2007, 22-23.)

1.4.8 Huonomman vaihtoehdon tarjoaminen

Terapeutin kannalta on parempi, jos ihminen itse valitsee oman elämänsuuntansa ja muuttaa itse käyttäytymistään. Samalla terapeutti haluaa kuitenkin ihmisen muuttavan toimintaansa niissä puitteissa, joita terapeutti pitää tärkeänä. Tähän tilanteeseen Erickson puuttuu tarjoamalla ihmiselle vaihtoehtoa, jonka tietää, ettei tämä halua, ja mikä näin saa ihmisen valitsemaan toisen, paremman suunnan. Jos potilasta kehoittamalla kehoittaa unohtamaan jotain, jonka hän mieluummin muistaisi, unohtaa hän täydellisemmin jotain muuta, koska hän itse on valinnut sen, minkä unohtaa. Jos potilaalle tarjoaa epämiellyttävää vaihtoehtoa, hän alkaa suunnata miellyttävämpää kohden: "Herää voimistelemaan kello 3 yöllä kaikkina niinä päivinä, jolloin oiretta esiintyy enemmän kuin potilas haluaisi. (Haley 2007, 23-24.)

1.4.9 Reaktion käynnistäminen turhautumalla

Jos vastaanotolla on potilas tai potilaalla on omainen, joka vastoin terapeutin toivetta, ei puhu tai osallistu keskusteluihin, voi terapeutti ohjata haluamaansa henkilöä turhautumaan. Tämä tapahtuu tahallisilla väärinymmärryksillä. Esimerkiksi potilaan jättäessä vastaamatta tiettyihin kysymyksiin, tuo terapeutti tahallisesti esiin väärinymmärrystä asian suhteen. Ja jos omainen ei ole halukas tulemaan yhteisiin keskusteluihin, tuo terapeutti tahallisesti esiin virheellistä tulkintaa omaisesta ja potilaan vietyä viestiä tilanteesta omaiselle, aiheuttaa tieto turhautumisreaktion ja vaatii päästä työntekijän pakeille. (Haley 2007, 29.)

2 TUTKIMUSTIETOA RATKAISUKESKEISYYDESTÄ

2.1 Psykoterapia

Psykoterapia on erilaisten psyykkisten häiriöiden psykologinen hoitomuoto, jota toteutetaan terveydenhuollossa tavoitteellisena ammatillisena toimintana. Psykoterapiassa on kyse potilaan ja hoitavan henkilön välisestä vuorovaikutuksellisesta ja jäsennellystä prosessista. (Psykoterapia 2006, 4.) Siinä voidaan käyttää hoitomenetelmänä keskustelua ja muita soveltuvia tekniikoita. Työskentely on tiettyyn jo ennalta sovittuun tavoitteeseen pyrkivää keskustelua. Yleisimmin tavoitteena on mielenterveyden häiriön hoitaminen, psyykkisen oireen poistaminen tai oireiden lieventyminen, kärsimyksen lieventäminen, potilaan psyykkisten valmiuksien kohentaminen tai pyrkimys vaikuttaa ei-toivottuihin persoonallisuuden piirteisiin suotuisasti. Häiriöihin tai ongelmiin voi liittyä somaattisia, ruumiillisia tai sosiaalisia ilmenemismuotoja psyykkisten oireiden lisäksi. Pyritään, että työskentelyn myötä potilaan valmiudet itse ratkoa ongelmiaan lisääntyvät. Potilaille voidaan antaa psykoterapian aikana kotona suoritettavia tehtäviä. Tarvittaessa psykoterapiaa voidaan käyttää lääkehoitoon yhdistettynä. (Psykoterapia 2006, 5-6.)

Psyykkisiä häiriöitä hoidetaan yleisesti erilaisilla psykoterapioilla. Muun muassa mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien potilaiden hoidossa on näyttöä sekä lyhyiden että pitkien psykoterapiamuotojen vaikuttavuudesta potilaiden hoidossa (de Maat, da Jonghe, Schoevers ja Dekker 2009; Leichsenring, Hiller, Weissberg ja Leibing 2006; Knekt, Lindfors, Laaksonen 2010, 88). Terapiamuotojen vaikuttavuutta tai vaikutusten pysyvyyttä pitkällä aikavälillä ei juuri ole verrattu erityisesti useiden eri vaikuttavuusmittareiden ulottuvuuksista. Lyhyiden ja pitkien terapioiden välistä keskinäistä vaikuttavuutta ei myöskään ole juuri verrattu (Crits-Christoph ja Barber 2000; Knekt, Lindfors, Härkänen, Välikoski, Virtala, Laaksonen, Marttunen, Kaipainen ja Renlund 2008). Vaikka pitkiä, pääsääntöisesti psykodynaamisia psykoterapiamuotoja käytetään laajalti, on niitä tutkittu lyhytterapiamuotoihin verraten paljon vähemmän. Niiden vaikuttavuutta koskeva näyttö perustuukin naturalistisiin ei-satunnaistettuihin tutkimuksiin. (Bond ja Perry 2006; Wilczek ym. 2004). Monien potilaiden kohdalla psykoterapian rinnalla on ollut samanaikaisesti käytössä muita hoitomuotoja, kuten muu psykoterapia-, lääke- tai sairaalahoito, joiden vaikutuksia ei ole huomioitu, vaikkakin niiden merkitys tutkimustulosten analysoinnissa on keskeistä. (Knekt ym. 2010, 88.)

Psykoterapioiden vaikuttavuutta on pyritty selvittämään lukuisissa tutkimuksissa; tuloksista on tehty myös meta-analyyseja. Tutkimukset osoittavat, että psykoterapia on vaikuttava hoitomuoto; hoidon myötä potilaiden tilanne on parempi kuin 80 %:lla hoidotta jääneistä (Psykoterapia 2006, 6). Vaikuttavuustutkimukset ovat 1970-luvulta lähtien todenneet, että terapiamuodoista kaikki vähentävät masennusoireita jonkin verran. Psykoterapia helpottaa toipumis-

ta oireilusta, parantaa toimintakykyä ja antaa potilaalle keinoja ja valmiuksia selviytyä ongelmista myöhemmin. Tutkimukset osoittavat, ettei vaikuttavuudessa ole eri suuntauksien välillä juuri eroa. (Psykoterapia 2006, 7.) Ratkaisevaa ei välttämättä olekaan opiskeltu tekniikka vaan potilaaseen kohdistuva hyväksyvä suhtautuminen tai mahdollinen muu yhteinen tekijä (Hubble, Duncan ja Miller 1999, 32-33, 49; terapeuteista on pulaa 2013, 16; Psykoterapia 2006, 9).

Psykologian ja psykoterapian professori Bruce Wampold Wisconsin yliopistosta Milwaukeeesta Yhdysvalloista julkaisi vuonna 2001 kirjan *"The Great Psychotherapy Debate"*. Kirjassa pyritään selventämään tutkimustietoa psykoterapiamuotojen laajassa valikoimassa sekä tieteellisesti selittämään, miten ihmiset parantuvat sosiaalisessa kontekstissa. Wampold (2001) tuo esiin, että psykoterapiasta on potilaille hyötyä, joskaan syytä hyötyyn ei tiedetä. Samoin terapiamuodolla ei Wampoldin (2001) mukaan ole väliä eikä käytettyjen tekniikoiden teoreettisella pohjalla tai tekniikoiden toteutustavan oikeellisuudella. Merkitystä sitä vastoin Wampoldin (2001) mukaan on sillä, miten voimakkaasti terapeutti uskoo terapiansa tehokkuuteen. Myös terapeutin persoonallisuudella ja potilaan ja terapeutin suhteen toimivuudella on merkittävään paljon vaikutusta tuloksille. Bruce Wampoldin kirja perustuu lähinnä masennuspotilaisiin, mutta samankaltaisia tuloksia on saatu myös yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa: Miller, Wampold ja Varhely (2008) nuorten mielenterveysongelmien ja Benish, Imel ja Wampold (2008) posttraumaattisen stressihäiriöiden hoidossa.

Merja Aniksen (1999, 3) Stakesin kirjallisuuskatsauksessa prosessiarvotutkimuksien tulokset kaikissa terapiamuodoissa viittaavat siihen, että vuorovaikutuksen ilmapiiri ja työntekijän vaikutus ovat terapian onnistumisen kannalta keskeisessä roolissa. Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä näihin tekijöihin kiinnitetään tietoisesti erityishuomiota. Tutkimustulokset osoittavat, että työntekijällä on mahdollisuus omilla keskusteluvalinnoillaan ja asiakassuhteen vuorovaikutustavoilla vaikuttaa ratkaisevasti vuorovaikutussuhteen laatuun ja lujuuteen. (Merja Anis, 3-4.)

2.2 Ratkaisukeskeinen työskentely kansainvälisesti

Gingerich ja Peterson julkaisivat ratkaisukeskeisistä lyhytterapian tutkimustuloksista vuonna 2013 katsauksen: *"Effectiveness of solution-focused brief therapy: a systematic qualitative review of controlled outcome studies"*. Lähtökohtana katsaukseen oli runsas määrä ratkaisukeskeisen terapian tuloksellisuudesta kertovia erilaisia tutkimuksia, jotka osoittivat terapiamuodon tehokkaaksi mielenterveys- ja käytösongelmien hoitomuotona, mutta joiden luotettavuudesta ja laadukkuudesta haluttiin varmistua. Huhtikuussa 2012 Gingerich ja Peterson keräsivät tietokannoista tutkittavan aineiston valituin hakutermein, ilman kieleen, valtioon tai julkaisuun liittyviä rajoituksia. Aineisto jaoteltiin pääkohderyhmän mukaan; lasten oppimis- ja käy-

töshäiriöt, aikuisten mielenterveysongelmat, perhe- ja avioliittoterapia, ammatillinen kuntoutuminen, terveys ja ikääntyminen tai rikollisuus ja laiminlyönnit. Aineistosta arvioitiin muun muassa otannan kokoa (>20), verrokkiryhmän käyttöä, onko tutkimus satunnaistettu jne. Valikoituneiden laadukkaiden aineistojen tulokset poimittiin analysoitavaksi ja selvitettiin, tapahtuiko ratkaisukeskeisen lyhytterapiatyöskentelyn aikana kohderyhmässä tilastollisesti positiivinen tai negatiivinen muutos, positiivinen tai negatiivinen trendi vai ei muutosta positiiviseen tai negatiiviseen suuntaan. Lasten oppimis- ja käytöshäiriöissä käytettiin neljätoista tutkimusta, joista ratkaisukeskeisen työn tuloksellisuustuloksissa oli sekä merkittäviä positiivisia muutoksia että positiivista trendiä, neljässä tutkimuksessa tulokset olivat vaihtelevia. Aikuisten mielenterveysongelmissa tutkimukset käsittelivät masennusta (5), skitsofreniaa (1), pakko-oireisuutta (1), itsetuhoisuutta (1) ja yleistä mielenterveyttä (2). Tulokset olivat pääsääntöisesti positiivisia ja tutkijoiden päätelmän mukaan tulokset antavat luotettavaa tietoa siitä, että ratkaisukeskeinen lyhytterapia on tehokas työmuoto tässä ryhmässä. Perhe- ja avioliittoterapiassa tutkimuksia oli kuusi. Tulokset olivat tilastollisesti merkittäviä positiivisesti tai trendiltään positiivisia. Tekijät korostavat kuitenkin tässä ryhmässä päätelmää alustavaksi tarvitessa näyttöä. Ammatillisessa kuntoutuksessa tutkimuksia oli viisi, joista merkittäviä positiivisia muutoksia havaittiin kolmessa tutkimuksessa ja tutkijat raportoivat vahvaa positiivista näyttöä ratkaisukeskeisen terapiamuodon käytöstä ammatillisessa kuntoutuksessa. Terveys- ja ikääntyminen-ryhmässä tutkimuksia oli viisi, joista neljä osoitti merkittävää positiivista muutosta ja yksi positiivista trendiä. Työskentelymuodon katsottiin tarjoavan hyvät onnistumismahdollisuudet. Viimeisenä ryhmänä oli rikollisuuteen ja laiminlyönnteihin liittyvä kohderyhmä, jossa kaikissa neljässä tutkimuksesta raportoitiin vähintään osittaisia merkittäviä muutoksia. Terapiamuodon tehokkuudesta katsotaan näin olevan merkittävää näyttöä. Kaiken kaikkiaan katsauksessa Gingerichin ja Petersonin (2013) mukaan ratkaisukeskeinen lyhytterapia tuotti merkittävän positiivisen hyödyn 74 % tutkimuksista. Depression hoidossa ratkaisukeskeinen lyhytterapia oli yhtä hyvä kuin muut terapiasuuntaukset. Raportoinnin mukaan ratkaisukeskeinen lyhytterapia soveltuu moniin psykologisiin ongelmiin ja käyttäytymisen häiriöihin. Terapian pituutta analysoineet tutkimukset osoittivat terapiamuodon kustannustehokkaammaksi kuin vaihtoehtoiset terapiat sen lyhydestä, 3-5 käyntikerrasta, johtuen ja voi näin olla edullisempi vaihtoehto muihin lähestymistapoihin verraten. (Gingerich ja Peterson 2013.)

Texasin yliopistosta filosofian tohtori Kim Johnny S. tutkii ratkaisukeskeisen lyhytterapian tuloksellisuutta meta-analyysissään *Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis* (2008). Analyysiin haettiin lukuisia eri tutkimuksia, jotka tunnistettiin eri elektronisten tietokantojen avulla. Meta-analyysiin sisällytettiin vain ratkaisukeskeisen lyhytterapian tehokkuutta mittaavat ensisijaiset tulokset vuosien 1988-2005 väliltä. Meta-analyysissa käytettävien tutkimusten ratkaisukeskeisten peruselementtien käyttökriteerien tuli täytyä, jotta tutkimus sisältyi analyysiin. Tutkimukset oli "reaalimaailmasta" ja näin ollen tulokset yleistettävissä. (Kim 2008, 32.) Tutkimuksista tehdyn meta-analyysin mukaan ratkaisu-

keskeinen työskentely tuotti merkittäviä tuloksia psykologisen käyttäytymisen ongelmia sisäisissä prosesseissa, kuten masennuksessa, ahdistuksessa, itsetuntoon sekä minäkäsitykseen liittyen. Ulkoiseen käyttäytymiseen liittyvien ongelmien, kuten hyperaktiivisuuden, käytösongelmiin, aggressiivisuuden ja ihmissuhdeongelmiin liittyen saatiin tilastollisesti merkittävä, mutta sisäisiä psykologisia prosesseja hiukan heikompia tuloksia. Meta-analyysin tulosten mukaan ratkaisukeskeinen lyhytterapia on tehokas lähestymistapa psykologisissa ongelmissa olleen näyttöön perustuen yhtä tehokas kuin kognitiivinen tai interpersoonallinen psykoterapia, mutta sisältäen keskimäärin huomattavasti vähemmän määrän tapaamisia. (Kim 2008, 50-61.)

Ratkaisukeskeisen terapian vaikuttavuudesta löytyy tutkimuksia käypä Hoito -suosituksista. Honkanen ja Pasternack (2008) tuovat suosituksissa esiin Ratkaisukeskeisen terapian vaikutuksia depression hoidossa. Julkaisussa käytetään Yhdysvalloissa tehtyä Cuijpers Pim, van Straten Annemieke, Warmerdam Lisanne (2007) tutkimusta: *"Problem solving therapies for depression"* meta-analyysia. Julkaisun mukaan ratkaisukeskeinen terapia vähentää masennusoireita yhtä hyvin kuin lääkehoito. Ratkaisukeskeisen terapian vaikutuksesta aikuisilla depressiopotilaille tai merkittävistä depressio-oireista kärsivien hoidossa löydettiin meta-analyysiin yhteensä kolmetoista satunnaistettua kontrolloitua tutkimusta. Kahdeksassa tutkimuksessa tutkittavat olivat aikuisia ja tulostittarina oli käytetty Beckin Depressioasteikko (BDI). Tutkimuksen otanta oli yhteensä 1133 henkilöä. Viidessä tutkimuksessa verrattiin jonotuslistalla olneiden tuloksia ratkaisukeskeistä terapiaa saaneisiin ja meta-analyysissä vaikutus oli suuri. Muihin psykologisiin hoitoihin verrattuna ratkaisukeskeinen terapia oli vähän vaikuttavampi, mutta erot olivat tilastollisesti merkitseviä vain niissä malleissa, joissa oli kiinteä vaikutus. Neljässä tutkimuksessa verrattiin ratkaisukeskeistä terapiaa depressiolääkitykseen ja eron todettiin olevan tilastollisesti merkityksetön. Tutkimuksissa, joissa oli käytetty ryhmämuotoista interventiota yksilöintervention sijasta, vaikuttavuusluvut olivat suurempia. Tutkimuksissa, joissa tutkittavilla oli vakava masennustila, vaikuttavuusluvut olivat pienempiä kuin niissä, joissa inklusiokriteerinä ei ollut masennustilan kriteereiden täytyminen. (Cuijpers, van Straten ja Warmerdam 2007.) Tutkimuksen laatu on kelvollinen sen sisältämien tasokkaiden tutkimusten perusteella. Tutkimuksen sovellettavuus suomalaisen väestöön on arvioitu kohtalaiseksi.

Toisessa Käypä Hoito -suositusten julkaisussa Honkanen ja Pasternack kirjoittavat Huibersin, Beurskensin, Bleijenbergin ja Van Schayckin Cochrane- katsauksesta, johon etsittiin ennen marraskuuta 2005 julkaistuja satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia, kontrolloituja kliinisiä kokeita ja kontrolloituja potilastutkimuksia, joissa oli tutkittu yleislääkärin toteuttamien psykososiaalisten interventioiden vaikuttavuutta (esim. neuvonta, ratkaisukeskeinen terapia, kognitiivis-behavioraaliset interventiot, psykoterapia). Inklusiokriteetit täytti kymmenen eri tutkimusta, jotka kohdistuivat viiteen eri häiriöön tai terveysongelmaan. Kaksi korkeatasoista tutkimusta käsitteli masennustiloja; molemmat olivat saman työryhmän tekemiä ja niissä tut-

kittiin yleislääkärin toteuttaman ratkaisukeskeisen hoidon vaikuttavuutta. Molemmissa tutkimuksissa raportoitiin 12 viikon aikana ratkaisukeskeisellä terapialla ja masennuslääkityksellä yhtä hyvä vaikutus toipumiseen (kirjoittavat Huibersin, Beurskensin, Bleijenbergin ja Van Schayckin 2007). Tutkimuksen laatu oli kelvollinen, sillä se oli katsaus, joka sisälsi tasokkaita tutkimuksia. Suomalaiseen väestöön tutkimuksen sovellettavuus on arvioitu kohtalaiseksi.

Samaan tulokseen päätyvät Churchill, Hunot, Corney, Knapp, McGuire, Tylee ja Wessely (2001) sekä de Maat, De Jonghe, Schoevers ja Dekker (2009). Myös heidän mukaan lyhyet psykoterapiat, joita käsitteleviä tutkimuksia pitkiin psykoterapiamuotoihin verrattuna enemmän löytyy, ovat osoittautuneet vaikuttavuudeltaan keskimäärin yhtä vaikuttaviksi psykiatrisen lääkehoidon kanssa. Vaikuttavammiksi ne ovat osoittautuneet verrattuna hoidon odotuslistalla olemisen kanssa, mikä osoittaa, ettei parantuminen hoidossa johdu ainoastaan lumehoitovaikutuksesta tai keskiarvoon palautumisen ilmiöstä. Nämä kaikki tutkimukset antavat rohkaisevaa tietoa siitä, että mielialälääkehoito voisi jossain tilanteissa olla korvattavissa ratkaisukeskeisellä lyhytterapialla.

Eri arviointitutkimusten tulosten perusteella hyvin monenlaiset ihmiset ovat hyötynet ratkaisukeskeisestä terapiasta. Terapian tuloksia on tutkimuksissa tarkasteltu erikseen asiakkaiden iän, sukupuolen sekä etnisen ja sosioekonomisen taustan mukaan. Brief-Family Therapy centerissä De Jong ja Hopwood (1996) ovat tehneet laajan 275 asiakkaan terapian tuloksellisuutta arvioineen tutkimuksen. Tutkimuksen asiakkaista yli puolet oli afroamerikkalaisia, yli kolmannes valkoisia ja 8 % oli muista etnisistä ryhmistä. Työssäkäyviä tutkittavista oli 43 %, eli 57% ei ollut työssä. Tutkittavista miehiä oli 40 % ja naisia näin ollen 60 %. Tämän tutkimuksen perusteella ratkaisukeskeisen terapian tuloksellisuus oli yhtä tehokasta tutkittavan ominaisuuksista tai taustasta riippumatta. Yhdysvalloissa (esim. Kiser ja Nunnally 1990) ja Englannissa (esim. Macdonald 1997 ja 1994) on päästy samantyyppisiin tuloksiin. Aiemmin psykoterapian meta-analyseissä on todettu, että alempien sosiaaliryhmien asiakkaat keskeyttävät terapian ylempää sosiaaliluokkaa useammin ja hyöttyvät siitä myös vähemmän. Tätä ilmiötä ei ole havaittu ratkaisukeskeisessä työskentelyssä, joten ratkaisukeskeisellä menetelmällä voi olla tämän kaltaisia etuja. (Garfield 1994.)

Lindfors ja Magnusson (1997) ja Zimmerman, Prest ja Wezel (1997) ovat verranneet ratkaisukeskeisen terapian tuloksia asiakasryhmiin, jotka ovat jääneet kokonaan ilman ratkaisukeskeistä terapiamuotoista työskentelyä. Näissä tutkimuksissa on mitattu sitä, onko ratkaisukeskeinen terapia tuloksellisempaa kuin hoidotta jääminen. Yhdysvalloissa Zimmermanin ym. (1997, 125-130) tutkimukseen koeryhmänä osallistui 23 pariskuntaa, jotka osallistuivat ratkaisukeskeiseen pariterapiaryhmään. Parit eivät olleet muutoin hakeutuneet terapiaan. Vertailuryhmä saatiin kasaan mainoslehtisten avulla. Sekä koeryhmään että vertailuryhmään osallistuvat parit arvioivat parisuhdetta alku- ja loppuvaiheessa terapiaa. Tapaamisia oli kuuden vii-

kon ajan kerran viikossa ja tapaamisten välille koeryhmän parit saivat myös kotitehtäviä. Jokaisessa tapaamisessa oli tietty ratkaisukeskeinen aihe, edukaatio-osuus ja kotitehtävän purku. Koeryhmän ja vertailuryhmän seuranta-arviot olivat alkuarviossa melko lähellä toisiaan, mutta loppuarvioinnissa koeryhmän pariskunnat kertoivat huomanneensa muutoksia parisuheteessaan. Terapeutit havaitsivat eron erityisesti viidennessä ja kuudessa istunnossa. Parien riidat olivat muuttuneet lyhyemmiksi ja vähemmän kiivaiksi, toisen syyttely ja syyllistys olivat vähentyneet. Ongelmanratkaisukyky oli lisääntynyt ja ratkaisut sisälsivät konkreettisia keinoja. myös koeryhmän pariskuntien välinen spontaanisuus ja fyysinen kiintymys olivat kasvaneet. (Zimmerman ym. 97, 138-140.)

Lindforss ja Magnusson (1997) toteuttivat Ruotsalaisessa vankilassa tutkimus- ja samalla hoitoprojektin. Tutkimukseen valittiin kolmenkymmenen vangin koeryhmä, ja koeryhmän vangit osallistuivat ratkaisukeskeiseen verkostoterapiaan ennen vapautumistaan. Samasta vankilasta valittiin myös toiset kolmekymmentä vankia kontrolliryhmään ja he eivät saaneet ratkaisukeskeistä terapiaa ennen vapautumistaan. Ratkaisukeskeiseen työskentelyyn saivat osallistua myös vankien lähiverkostoa. Tutkimukseen osallistuneista vangeista kaikilla oli pitkä rikos- ja päihdeura (Lindforss ja Magnusson, 90-93). Seurantatulokset osoittavat, että terapiaan osallistuneiden vankien kohdalla muutos parempaan säilyi vapautumisen jälkeen: Vuosi vankilasta vapautumisen jälkeen tehdyssä seurantatutkimuksessa havaittiin että 47 % koeryhmästä ja 24 % kontrolliryhmästä oli selviytynyt uusimatta rikoksia. 16 kuukauden jälkeen vankilasta vapautumisesta tehtiin toinen seurantamittaus, jossa havaittiin, että koeryhmästä 40 % ja kontrolliryhmästä 14 % ei ollut syyllistynyt uuteen rikokseen. Lisäksi kontrolliryhmän vankien rikokset olivat vakavampia kuin koeryhmän vankien. Suurin ero löytyi huumerikoksissa: kaksi kertaa enemmän vankeja syyllistyi huumerikoksiin vertailuryhmästä kuin koeryhmästä. Johtopäätöksissä Lindforss ja Magnusson (1997, 95-100) toteavat, että ratkaisukeskeisellä ryhmä-terapiatyöskentelyllä voitiin vähentää rikoksien uusimista ja rikosten vakavuutta pitkän rikosuran omaavilla vangeilla 16 kuukautta vankilasta vapautumisen jälkeen.

Koss ja Shiang (1994, 674) ja Gurman ja Kniskem (1981) toteavat tutkimuksissaan, että asiakkaiden itse määritellissä tavoitteet hoidolle, he saavuttavat ja saavat ylläpidettyä niitä pidempään. Samaan johtopäätökseen päätyvät Beyebach ym. (1996), Macdonald (1997 ja 1994) ja Sirls ym. (1993): selkeä tavoitteen asettelu on yhteydessä hyvään lopputulokseen. Kun tavoitteet on hyvin muotoiltu, tulee ihmisille vaikutelma, että niiden tavoittaminen on vain heistä itsestään kiinni. Beyebachin ym.(1996) tutkimuksen tulokset tuovat esiin, että mitä selkeämpiä ihmisten tavoitteet ovat, sitä paremmin he niihin sitoutuvat. Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä oleellista on ensisijainen pyrkimys kohti asiakkaan omia tavoitteita; Työntekijän rooli on auttaa asiakasta löytämään ja selkeyttämään tavoitteitaan. Jos työntekijä alkaa muokata tavoitteenasettelua liiaksi, on riskinä, ettei asiakas miellä sitä enää omakseen. Ihmiset tekevät mielellään niitä asioita, jotka tuntuvat heidän mielestä kannattavilta, järkeville ja

tärkeiltä. Jos työntekijä pyrkii viemään asiakasta suuntaan, jota asiakas ei koe omakseen, voi yhteistyö muuttua kamppailuksi. (de Shazer 1984, Andersson ja Goolishian 1988, Riikonen 1992.)

Ratkaisukeskeisen työskentelymuodon kehittelijät ovat käytännön työssä havainneet, että yleensä asiakkaiden ongelmien suhteen on tapahtunut jo myönteistä kehitystä työskentelyn ajanvarauksen ja ensimmäisen tapaamisen välillä. Asiakkaan päätös varata aika työntekijälle on ensimmäinen merkittävä muutos, jonka avulla pääsääntöisesti käynnistyy myös muita muutoksia. (de Shazer ym. 1988.) Työntekijän kannattaa esittää ensimmäisellä tapaamisella asiakkaalle kysymys: "Mitä sellaista on tapahtunut ajanvarauksen ja ensimmäisen tapaamisen välisenä aikana, minkä toivoisitte jatkuvan?" Tämä kysymys herättää muutosodotuksia ja selvittää asiakkaan tavoitteita. Weiner-Davis, de Shazer ja Gingerich (1987) ovat kaikki ratkaisukeskeisten työskentelymallien kehittäjiä. He tutkivat ajanvarauksen ja ensimmäisen tapaamisen välisten muutosten yleisyyttä kunnallisen nuorisotoimiston asiakkailla. Tutkimukseen osallistu kolmekymmentä perhettä, joissa perheen nuorilla oli ongelmia koulun ja päihteiden kanssa ja perheessä oli ristiriitoja. Ensimmäisellä tapaamiskerralla kysyttiin, onko ajanvarauksen jälkeen perheessä tapahtunut ongelman suhteen myönteistä kehitystä ennen tätä ensimmäistä tapaamista. Kaksi kolmasosaa perheistä oli huomannut myönteisen ja toivottavan kehityksen jo ennen työskentelyn aloittamista. (Weiner-Davis ym. 1997.) Samantyyppisen kyselyn teetti Lawson (1994) 82:lle avioliittoneuvontaan ja perheneuvolaan osallistuvalla asiakkaalla. Muutoksia olivat huomanneet tutkittavista 62,2 prosenttia. Muutokset olivat myönteisiä kahta asiakasperhettä lukuun ottamatta. Lawsonin (1994) ja Weiner-Davis ym. (1997), tutkimusten johtopäätöksenä on, että on hyödyllistä kiinnittää huomiota ennen työskentelyn alkua asiakkaan itse aikaansaamiin muutoksiin. Huomion suuntaaminen näihin vahvistaa asiakkaan käsitystä omiin onnistumisiin. Jos asiakas vastaa, ettei toivottavia muutoksia ole ollut tai päinvastoin tilanne on huonontunut ajanvarauksen ja ensimmäisen tapaamisen välillä, lähdetään muotoilemaan kysymys uudestaan niin, että kysellään onnistumisenkokemuksia jonkin muun asian suhteen. Ajatuksena on päästä jo heti ensitapaamisella keskustelemaan asiakkaan omista onnistumisista, voimavaroista ja suunnata näin keskustelua kohti tavoitetta. (Weiner-Davis ym. 1997, 44.)

Allgood ym. (1995) selvittivät, onko työntekijän ajan varaamisen ja ensimmäisen tapaamisajan välillä käynnistyneellä muutoksella yhteyttä työskentelyn keskeytykseen. Keskeyttämisen tiimoilta Allgood ym. (1995) tutkivat 200 perheterapiassa käynyttä asiakasta, joista 76 asiakasta vastasi. Tulosten perusteella ne asiakkaat, jotka eivät olleet havainneet muutoksia ajanvarauksen ja ensimmäisen ajan välillä, keskeyttivät työskentelyn oma-aloitteisesti verrattuna niihin asiakkaisiin, jotka olivat huomanneet toivottua muutoksia. Tapaamisia toteutui heillä myös vähemmän. Tekijät tulkitsevat tuloksia niin, että pienenkin muutoksen havaitseminen aikaan saa yhä uusia muutoksia, ja jo alun pienellä muutoksella ja onnistumisen kokemuksella voi ol-

la suuri vaikutus, kun tähdätään kohti ongelmanratkaisua. Näihin tutkimustietoihin pohjautuu ratkaisukeskeinen ajatus siitä, että yhteistyön alkaessa on hyödyllistä kysyä ennen työskentelyn alkua alkaneita edistymisiä ja rakentaa keskustelua siihen pohjautuen. (Allgood ym. 1995.)

Ratkaisukeskeisesti toimivat työntekijät antavat yleensä asiakkailleen myös kotitehtäväksi tarkkailla seuraavaan tapaamiseen asti niitä tilanteita, joissa ongelmaa ei esiinny. Tavoitteena on löytää myönteisiä poikkeuksia. Tarkoituksena on kiinnittää asiakkaan huomio siihen, mitä hän silloin tekee, kun ongelmaa ei esiinny tai tilanne on normaalitilanteeseen verrattuna parempi (Zimmerman ym.1997). Adamsin ym. (1991) tutkimuksen tulokset osoittavat, että perheissä, joissa ensitapaamisten välillä sovellettiin kotitehtävää, toivat esiin työskentelyn tavoitteiden selkeyttä ja perheen sisäistä yksimielisyyttä. Koettiin, että tapaamiset olivat syvällisempiä, myönteisempiä ja sujuvampia kuin vastaavasti ongelmakeskeiseen työskentelyyn osallistuneissa perheissä. Sekä työntekijät että ulkopuoliset tarkkailijat huomasivat, että perheissä, joissa hyödynnettiin ratkaisukeskeisiä kotitehtäviä, tapahtui suuremmassa määrin muutoksia, kuin ongelmakeskeiseen työskentelymuotoon osallistuvissa perheissä. Adams ym. (1991) huomauttavat, ettei kotitehtävän tarkalla muotoilulla ollut edes vaikutusta tuloksellisuuteen, vaan ratkaisukeskeisen kotitehtävän läsnäololla.

2.3 Ratkaisukeskeinen työskentely kansallisesti

Mielenterveyspalveluiden kysynnän kasvu huomattiin Suomessa jo 1990-luvun alkupuolella. Samalla todettiin, että tarvitaan tutkimustietoa eri psykoterapioiden vaikutuksista hoito- ja kuntoutuskäytäntöjen kehittämisen avuksi. Helsingin psykoterapiatutkimus käynnistettiin vuonna 1994. Tutkimuksessa verrataan neljän psykoterapiamuodon vaikuttavuutta mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Ensimmäistä kertaa Suomessa kliinisessä kokeessa verrattiin lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden vaikuttavuutta ja riittävyttä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoitotyössä (Knekt ja Lindfors 2004). Tutkimukseen osallistui iältään 20 - 46-vuotiaita mieliala- tai ahdistuneisuushäiriötä sairastavaa Helsingin seudun avohoitopotilaita kaikkiaan 326 vuosien 1994-2000 aikana. Heistä masennushäiriöstä kärsi 82 %. Tutkimukseen osallistuneet potilaat (n=326) satunnaistettiin lyhyeen voimavaruusautuneeseen eli ratkaisukeskeiseen terapiaan (VAT), lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan (LPD) tai pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan (PPD). Loput 41 potilasta ohjautuivat omasta aloitteestaan psykoanalyysiin. Psykoanalyysin ja kolmen satunnaistetun psykoterapian vaikuttavuutta verrattiin kvasikokeellisessa tutkimusasetelmassa. Tutkimuksen vaikuttavuusindikaattoreina oli psykiatrisen oireilun ja diagnoosien, hoidon tarpeen, terveystyöskentelytymisen, sosiaalisen toimintakyvyn, työ- ja opiskelukyvyn sekä persoonallisuuden toimivuuden osalta. Tutkimuksessa arvioitiin myös eri terapioiden soveltuvuus ja kustannusvaikuttavuus. (Knekt ym. 2010.)

Tutkimuksessa seurattiin terapiassa käyntien vaikutuksia. Lyhyiden seurantojen pohjalta arvioiden eri lyhytterapiamuodot näyttävät vaikuttavuudeltaan olevan pääosin yhtä vaikuttavia mielialahäiriöiden hoidossa. Viiden vuoden seuranta tutkimuksessa osoitti, että kaikissa kolmessa terapiaryhmässä oireiden määrä väheni (Knekt ym. 2010) ja työkyky parani (Knekt ym. 2010, 42-45,). Lyhyiden ja pitkän terapian vaikutukset ilmenivät kuitenkin ajallisesti eri kohdissa. Seurannassa yhden vuoden kohdalla, jolloin molemmat lyhyet terapiamuodot olivat päättyneet ja pitkä psykodynaaminen psykoterapia oli vielä käynnissä, tutkimuksen perusteella lyhyisiin terapioihin osallistuneilla potilailla oli keskimäärin vähemmän oireita ja parempi työkyky kuin pitkässä terapiassa olevilla potilailla. Kolmen vuoden kohdalla, jolloin lähes kaikki pitkät psykoterapiat olivat myös päättyneet, tämä hoitomuoto oli keskimäärin lyhytterapiaa vaikuttavampi. Tutkimuksen kahden lyhytterapiamuodon välillä ei viiden vuoden seurannassakaan havaittu merkittäviä vaikuttavuuseroja: työkyvyn osalta oli enemmän vaikuttavuutta pitkissä terapioissa, mutta oireiden osalta ryhmien välillä ei ollut eroja. Tutkimuksen löydökset osoittavat, että psykoterapian pituudella on merkittävyyttä tuloksellisuuden arvioinnin kannalta. (Knekt ym. 2010, 63-66.)

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa tuloksissa osoitettiin, että eri lyhytterapioiden vaikuttavuuksien väliltä ei yleisesti ottaen löydetty mainittavia eroja (Cuijpers, van Straten, Andersson, van Oppen 2008), kun huomioitiin kognitiivinen lyhytterapia (Anderson ja Lambert 1995, Crits-Christoph 1992, Leichenring 2001, Leichenring, Rabung ja Leibing 2004, Wampold, Minami, Baskin, Callen 2002), interpersoonallinen lyhytterapia (Crits-Christoph 1992), supportiivinen lyhytterapia (Anderson ja Lambert 1995, Leichenring ym. 2004) ja voimavarasuuntautunut eli ratkaisukeskeinen lyhytterapia (Knekt ja Lindfors 2004) sekä psykodynaaminen psykoterapia, muutamaa poikkeusta (Svartberg ja Stiles 1991) lukuun ottamatta.

Merja Anis (1999) on koonnut Stakesin kirjallisuuskatsaukseen 42 ratkaisukeskeisen menetelmän käytön arviointia koskevaa empiiristä tutkimusta. Anis (1999) on koonnut katsaukseensa osin tuloksia samoista tutkimuksista kuin itsekin yllä. Tuloksellisuutta arvioivista tutkimuksista katsauksessa on kaksitoista, kuusi on tehty Yhdysvalloissa (Harris 1998, Eakes ym. 1997, Zimmerman, Prest ja Wetzel 1997, De Jong ja Hopwood 1996, Sirls ym. 1993, Kiser ja Nunnally 1990) neljä Suomessa (Vataja ym. 1998, Mannerheimin Lastensuojeluliitto 1996, Sundman 1995 ja 1993), kolme englannissa (Macdonald 1997 ja 1994, Wheeler 1995), kaksi Ruotsissa (Lindfors ja Magnusson 1997, Stålt ja Agelen 1996) ja yksi Saksassa (Burr 1993). Lisäksi yksi tuloksellisuusarviointi sisältyy espanjalaiseen prosessitutkimukseen (Beyebach ym. 1996). Ratkaisukeskeisen työn tuloksellisuutta on pyritty arvioimaan selvittämällä, kuinka suuri osa asiakkaista on saavuttanut ratkaisukeskeisessä mallissa työskentelylle asetetut tavoitteet kokonaan tai osittain. Tuloksellisuutta on arvioitu ennen ja jälkeen menetelmällä niin, että ennen työskentelyä on arvioitu asiakkaan ongelman vakavuutta ja seurantatutkimukset on

tehty joko puhelin- tai postikyselyinä puoli vuotta – kaksi vuotta työskentelyn päättymisen jälkeen. (Anis 1999, 26-27.)

Seitsemästä tutkimuksesta on saatavilla tulos välittömästi ratkaisukeskeisen työskentelyn päättymisen jälkeen (Harris 1998, Vataja ym. 1998, Mannerheimin Lastensuojeluliitto 1996, De Jong ja Hopwood 1996, Beyebach ym. 1996, Wheeler 1995, Sirles ym. 1993). Tulokset on ilmoitettu prosenttilukuina ja näiden tutkimusten asiakastapauksista onnistuneiden tulosten osuus vaihtelee 54 - 87.2 % välillä, ollen keskimäärin 71,9 %. Onnistumiseksi näissä tutkimuksissa katsotaan tilanne, jossa työskentelylle asetetut tavoitteet on saavutettu kokonaan tai osittain tai työskentelyssä saavutettu tulos on muuten ollut riittävä. (Anis 1999, 27.) Kahdeksasta tutkimuksesta on saatavilla vähintään puoli vuotta työskentelyn päättymisen jälkeen tehtyjen seurantatutkimusten tulokset (Lindfors ja Magnusson 1997, Macdonald 1997 ja 1994, De Jong ja Hopwood 1996, Mannerheimin Lastensuojeluliitto 1996, Burr 1993, Sundman 1993, Kiser ja Nunnally 1990). Näiden tuloksellisuusarvioinneissa onnistuneisuus vaihtelee 40 ja 86 % välillä, keskiarvon ollen 67.3 %. (Anis 1999, 27.)

Brief family therapy centerin (Dejong ja Hopwood 1996, Kiser ja Nunnally 1990) ja Mannerheimin lastensuojeluliiton (1996) ja voimavarasuuntautuneen asiakastyön VAK-keskuksen (Vataja ym. 1998) toteuttamissa seurantatutkimuksissa otanta oli laaja; tuloksia kysyttiin 136-275 asiakkaalta. Brief family therapy centerin kahdessa tuloksellisuusarvioinnissa hyvien tulosten osuus oli 77-86 %. Myös Mannerheimin lastensuojeluliiton ja VAK-keskuksen tulokset ovat hyviä. Mannerheimin lastensuojeluliiton (1996) seurantatutkimuksessa 87,2 % tutkimuksessa mukana olleista asiakkaista arvioi, että työskentelyn myötä ongelman suhteen tilanne oli parantunut riittävästi. Vastaava luku puoli vuotta työskentelyn päättymisen jälkeen oli 62,7 %. VAK-keskuksen seurannassa tutkittavista oli merkittävästi edistynyt 42 % asiakkaista ja jonkin verran edistystä oli lisäksi tutkittavista asiakkaista 31 % (Vataja 1998).

Tuloksellisuusarvioinneista neljä (Eakes ym. 1997, Zimmerman ym. 1997, Sirles ym. 1993, Sundman 1993) on tehty ratkaisukeskeisen perhe- ja pariterapian asiakkailta. Tuloksellisuusmittausten mukaan ratkaisukeskeinen perheterapia auttoi perheissä ongelmallisten käyttäytymismallien tunnistamisessa ja käyttäytymisen hallinnassa sekä edisti yksimielisyyttä perheen sisällä. (Anis 1999, 28.) Sundmanin (1993) tutkimuksen mukaan tutkittavista avioliittoneuvonan ja perheneuvolan asiakkaista 62 % saavutti tavoitteen, joka työskentelylle oli asetettu. Sundmanin (1993) tutkimuksessa todettiin, että ratkaisukeskeistä työskentelymallia piti hyödyllisenä 54 % perheväkivaltaan syyllistyneistä miehistä ja 84 % perheväkivallan uhreista. Haastateltavat kertoivat, että terapia auttoi heitä hallitsemaan päihteiden käyttöä, riitelyä ja tilanteita, jotka johtivat väkivaltaan. (Anis, 1999, 28-29.)

Kolme tutkimusta (Harris 1998, Macdonald 1997 ja 1994) on tehty mielenterveystoimistossa ja kaksi (Wheeler 1995, Burr 1993) lasten ja nuorten psykiatrisessa avohoidossa. Tuloksellisuusarviointien mukaan aikuispsykiatriassa tehdyissä tutkimuksissa hyvien tulosten osuus oli 62-70 % ja lasten ja nuorten psykiatrisessa hoidossa 67 - 77 prosenttia. Harris (1998) tosin toteaa tutkimuksensa olevan enemmän kuvaileva.

Merja Aniksen kirjallisuuskatsauksessa nostetaan esiin viisi kappaletta tuloksellisuustutkimuksia, joissa verrataan ratkaisukeskeistä menetelmää ja jotain toista menetelmää keskenään. Tutkimukset ovat Harrisin (1998), Eakesin ym. (1997), Wheelerin (1995) ja Sundmanin (1995 ja 1993). Toisena menetelmänä on ollut ratkaisukeskeistä menetelmää ongelmakeskeisempi, niin sanottu "perinteinen työskentelymalli", johon verrokkiryhmät ovat osallistuneet. Tutkimuksissa ei ole havaittu tuloksellisuuden osalta eroja ratkaisukeskeisen ja perinteisen mallin välillä, kun tavoitteen saavuttamista on kysytty asiakkailta. Erot löytyvät laadullisuudesta. Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä korostetaan tavoitteiden selkeyttä, työskentelyn myönteisyyttä, asiakkaan ilmaisullisuutta ja itseluottamuksen lisääntymistä sekä tyytyväisyyden kokemista ongelmakeskeisiin työskentelymuotoihin verrattuna. (Anis, 1999, 30.)

Tuloksellisuusarvioiden perusteella ratkaisukeskeisessä terapiassa asiakkaalle asetetut tavoitteet on saavutettu kokonaan tai osittain keskimäärin 54 - 87 prosenttia tutkimuksiin osallistuneista asiakkaista. Kun ratkaisukeskeisen työskentelymallin ja ongelmakeskeisemmän mallin tuloksellisuutta on verrattu toisiinsa, ei tavoitteiden saavuttamisen asteessa ole havaittu määrittäviä eroja. Eroavuudet eri menetelmien välillä ovat laadullisia muutoksia asiakkaiden elämässä. (Anis 1999, 3.) Muun muassa McKeel (1996) tuo esiin elämänhallintaan ja itseluottamukseen liittyviä muutoksia. Asiakkaiden aktiivisuus ja kyky ilmaista itseään on lisääntynyt (esim. Eakes ym. 1997, Zimmerman ym.1997), samoin itsetuntemus ja itsearvostus, samoin kun itsenäinen ongelmanratkaisukyky ja optimistisuus tulevaisuuden suhteen ovat kasvaneet (esim. Vataja 1998, Zimmerman ym. 1997, Stål ja Agelen 1996). Tulosten perusteella voidaan päätellä, että ratkaisukeskeisessä työskentelyssä on merkittävässä määrin onnistuttu tavoitteessa, että asiakkaat oppivat löytämään omia voimavarojaan ja kykyjään sekä ottamaan niitä käyttöön. (Anis 1999, 29.)

Merja Anis (1999, 27-29) toteaa, että tuloksellisuusarvioiden onnistumisprosenttien keskiarvot ovat suuntaa antavia ja viitteellisiä, koska tuloksien kriteereissä, kyselytavoissa, aineistojen koossa ja kyselyjen ajankohdissa on suurta vaihtelua. Jatkossa tarvitaan myös vertailuryhmä ja standardoitu mittaristo. Onnistuneisuuden keskiarvot, kuten tutkimustulokset yleisemmin, ovat kuitenkin osoittaneet, että ratkaisukeskeisellä menetelmällä on päästy vähintään yhtä myönteisiin tuloksiin kuin psykoterapian ja sosiaalityön menetelmillä keskimäärin muutoinkin. (Anis 1999, 3, 27-29.) Katsauksen tutkimusten johtopäätöksissä lähes säännönmukaisesti todetaankin, että ratkaisukeskeisillä menetelmillä ja työmuodolla päästään vähintään yhtä hy-

viin tuloksiin kuin muilla menetelmillä, mutta lyhyemmässä ajassa. Ratkaisukeskeisessä menetelmässä käyntikertoja on pääsääntöisesti 1-10, tyypillisesti 4-6 (Tikkanen 2006, 90-99) Lyhyt-terapioissa kaiken kaikkiaan käyntikertoja on keskimäärin 15-30 (Garfield ja Bergin 1994), pitkien psykoterapioiden käyntimääristä puhumattakaan, joten ratkaisukeskeisen työskentelyn tyypillinen käyntimäärä 4-6 käyntiä asiakasta kohden lyhentää merkittävästi työskentelyn tai terapian kestoa (Mattila 1998, 119). Yhtäläilla Helsingin psykoterapiatutkimus osoitti, että pitkiin psykoterapioihin nähden lyhyet psykoterapiat olivat hoitokustannuksiltaan yli kymmenen kertaa edullisempia. Suorista psykiatrisista syistä aiheutuneet kustannukset olivat viiden vuoden seurannassa lyhyissä terapioissa noin kolmanneksen pitkän terapian kustannuksista. (Knekt ym. 2010, 89.)

3 RATKAISUKESKEISEN TYÖSKENTELYN ASIAKASRYHMÄNÄ NEUROPSYKIATRISET POTILAAT

3.1 ADHD ja ADD

ADHD:n käypä Hoito suosituksen (2013) mukaan ADHD:ta esiintyy 5% 6–18-vuotiaista ja iän myötä esiintyvyys pienenee. Mannström-Mäkelä ja Saukkola (2009) ja Voutilainen, Sourander ja Lundström (2004) mukaan koko väestöstä ADHD/ADD on 3-6 % ihmisistä. Skounti, Philalithis ja Galanakis (2007, 166) arvioi heitä olevan 4-11 % lapsista. ADHD:n maailmanlaajuisiksi esiintyvyydeksi 6–18-vuotiailla on saatu 5.29 % (Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL 2007). Pohjoissuomalaisen syntymäkohortin aineistossa ADHD:n esiintyvyydeksi vuonna 2004 saatiin 16–18-vuotiailla nuorilla 8.5 % (Smalley SL, McGough JJ, Moilanen IK 2007). Vuonna 1989 Suomalaisessa lastenpsykiatrisessa epidemiologisessa tutkimuksessa 8-vuotiailla esiintyvyydeksi saatiin 4 % (Almqvist 2004, Lehtokoski 2004, 17). Epidemiologisessa tutkimuksessa saatu 4% esiintyvyys on saatu myös muualta maailmasta. Tosin on arveltu, että Pohjois-Amerikassa ja Australiassa määrä olisi hieman muita maita korkeampi. (Lehtokoski 2004, 17.) Väestöliiton tietojen mukaan Suomen kansasta 3 %=164 816 ja 5 %= 274 693 eli karkeasti voidaan arvioida, että Suomessa on yli 200 000 henkilöä, joiden tarkkaavuuden säätelyssä on eritasoisia ongelmia. Heistä noin puolet on nuoria tai aikuisia. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.) Mainittakoon, että skitsofrenia sairastaa 1 %, psykoosia 3,5 % väestöstä.

ADHD tulee englanninkielisistä sanoista attention deficit and hyperactivity disorder eli aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Sen tärkeimmät oireet ovat tarkkaamattomuus, yliaktiivisuus ja impulsiivisuus. (Käypä Hoito-suositus 2013; Virta ja Salakari 2012, 12.) Nimitystä ADHD on käytetty vasta suhteellisen vähän aikaa. Aiemmin vastaavista oireista on käytetty nimikkeitä hyperkineettinen häiriö MBD (minimal brain dysfunktion) ja hyperaktiivisuushäiriö DAMP (deficit in attention, motor-control and perception) (Puustjärvi 2012). ADD tulee englanninkielisistä sanoista attention deficit disorder, mikä tarkoittaa tarkkaavuuden häiriötä ilman ylivilkkautta. Toiset luokittelevat ADD:n ADHD:n alatyypiksi, toiset mieluummin erottelevat sen omaksi häiriöksi (Käypä Hoito-suositus 2013; Virta ja Salakari 2012, 12-13; Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009; Huotari, Niiranen-Linkama, Siltanen, Tamski 2008.) ADHD jaetaan usein kolmeen alaryhmään: Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat pääasiallinen tarkkaamattomuusoireinen, joilla ei juuri esiinny ylivilkkautta eikä impulsiivisuutta (toiset luokittelevat tähän myös ADD:t), toinen ryhmä koostuu yliaktiivisista ja impulsiivisista, joilla ei juuri esiinny tarkkaavuuden ongelmia sekä kolmas ja kaikkein yleisin muoto on yhdistetty ryhmä, jossa esiintyy sekä tarkkaamattomuutta, ylivilkkautta ja impulsiivisuutta. (Lehtokoski 2004, 18-19; Virta ja Salakari 2012, 12, Käypä Hoito-suositus 2013.) Lisäksi Lehtokoski (2004, 18-19) kuvailee ADHD-nos-ryhmän (not otherwise specified), joilla on selviä vaikeuksia tarkkaavuudessa, impulsiivisuudessa ja/tai ylivilkkauksessa, mutta joiden diagnostiset kriteerit eivät täyty. Tässä työssä käytän pääsää-

töisesti nimitystä ADHD tai tarkkaavuushäiriö, jolloin tarkoitan kaikkia häiriön alamuotoja, myös ADD-muotoa.

ADHD on tullut diagnostisiin luokitteluihin samaan aikaan, kun muutoinkin ylisesti haluttiin ongelmia luokitella selkeisiin käyttäytymisen tason kuvauksiin. Samanlainen pyrkimys oli sekä Amerikan psykiatriyhdistyksen DSM-luokittelussa että Maailman terveysjärjestön ICD-luokittelussa. Luokitteliossa on hieman eroavaisuuksia, ja DSM-luokittelu on saanut hienoiselta-aseman ADHD-diagnosoinnissa, erityisesti tutkimustyön osalla. (Närhi ja Klenberg 2010.)

Poikia diagnosoiduista on tyttöihin verrattuna 3:1, mutta jossain tutkimuksissa suhteeksi saatu jopa 9:1. On epäselvää, onko kyseessä todellinen sukupuolesta johtuva ero, vai onko enemmänkin kyse erilaisten ilmenemismuotojen havaitsemisesta. Pojilla on pääsääntöisesti enemmän ulospäin näkyvää hyperaktiivisuutta ja käytöshäiriöitä, johon ADHD kriteerit painottuvat ja jotka havaitaan helpommin. (Käypä Hoito 2013; Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009; Lehtokoski 2004, 17; Närhi ja Klenberg 2010; 30, Virta ja Salakari 2012, 16-17.) Naisilla vastavasti oireet painottuvat hypoaktiivisuuteen ja ajatuksiin vaipumiseen (Lehtokoski 2004, 17), jolloin ADHD jää diagnosoimatta, vaikka vaikeudet olisivat suuriakin (Virta ja Salakari 2012, 16).

ADD on tarkkaavuushäiriö ilman ylivilkkautta (usein aikuisilla). ADD ei ole sairautena lievempi kuin ADHD. ADHD-ihmisellä ilman ylivilkkauttakin saattaa olla huomattavia vaikeuksia elämässä. (Brown 2006.) ADD -ihmisellä on enemmän vaikeuksia tarkkaavuuden suuntaamisessa ja tehtävien aloittamisessa kuin tarkkaavuuden ylläpitämisessä (Solden 2005). ADD-oireinen ei rutinoitu, vaan tutussakin asiassa on vaikeuksia suoriutua. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.)

Thomas E. Brown on amerikkalainen psykologi, joka on perehtynyt ADHD ja jolla on erityiskiinnostuksena ADD. Brownin (2006) mukaan ADD -ihmisellä saattaa olla loistavat taidot, mutta hän ei osaa ohjata eikä organisoida toimintaansa. Hänellä on vaikeuksia aloittaa, lopettaa, suorittaa oikea looginen järjestys ja järjestää teon vaiheita. Yleensä toiminnanohjaus on automaatio, johon ei juuri tarvitse kiinnittää huomiota. Toiminnanohjauksen alaryhminä Brown (2006) pitää 1. aktivaatiota, 2. fokuointia, 3. tehon säätöä eli "effort", 4. tunteiden hallintaa sekä 5. muistitoimintoja.

Alivilkas hypotyttö on unelmoija, omiin ajatuksiin vaipuva haaveilija. Muiden silmissä hän näyttää alisuoriutuvalta, aloitekyvyttömältä, flegmaattiselta, joka on ulospäin rauhallinen ja seesteinen. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.) ADD-ihmisen levottomuus on sisäistä erotuksena ADHD:lle, jolla levottomuus tyypillisesti on sekä sisäistä että vahvasti ulkoista. Keskitymishäiriöisillä on tunne erilaisuudesta, kokemus saattaa olla toisaalta positiivinen ja toisaalta

negatiivinen tilanteesta ja ihmisestä riippuen. Ympäristön tuoma kokemus erilaisuuden arvos-
tamisesta vaikuttaa itsetunnon kehittymiseen. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009)

Oireet saattavat ilmetä myöhemmällä iällä. Älykäs ADD saattaa selvitä peruskoulusta oppimat-
ta kuitenkaan mitään. Oireet siirtyvät aikuisuuteen 60-80 %, oirekuva vain muuttuu. Hyperak-
tiivisuus muuttuu sisäiseksi kaaokseksi. Liitännäisoireet voivat osin poistua tai menettää mer-
kityksen aikuisuudessa. Tällaisena voi pitää muun muassa motorista kömpelyyttä, mikä on
haaste erityisesti ADD-pojalle koska poikien liikkuvassa maailmassa juuri motorinen taidok-
kuus helposti korostuu. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.)

3.1.1 ADHD oireet ja syyt oireiluun

Yleisiä oireita ADHD-oireisella ovat keskittymisvaikeudet, levottomuus ja kärsimättömyys, ma-
tala turhautumiskynnys, juuttuminen ja ylikeskittyminen, mielen ja ajatusten harhailu, asioi-
den aloittamisen vaikeus, flegmaattisuus tai ylienergisyys, muistihäiriöt, nopeat mielialavaihte-
lut, vaikeudet sosiaalisissa suhteissa johtuen kommunikaatiotaitojen heikkoudesta, organi-
soinnin ja ajankäytön vaikeus, impulsiivisuus ja taipumus innostua asioista sekä jättää ne kes-
ken, tapaturma-alttius ja viehtymys riskinottoon sekä extreme-lajeihin, alisuoriutuminen suh-
teessa älykkyyteen sekä oppimisvaikeudet. Liitännäisoireina yleisimmin esiintyy masennusta,
aistiyliherkkyyksiä. (Huotari ym. 2008.)

ADHD henkilön on keskimääräistä vaikeampaa suunnata ja ylläpitää tarkkaavuutta (Mann-
ström-Mäkelä ja Saukkola 2009). ADHD -ihminen ei kuuntele, tottele eikä noudata neuvoja.
Ulkoinen käsky ei ole motivoiva. Tarvitaan sisäinen motivaatio. Tutut ja toistuvat tilanteet li-
sää oirehdintaa, koska kiinnostusta on vaikeaa ylläpitää. Tarvitaan sisäsyntyinen motivoitumi-
nen. Motivoituminen johonkin vaikuttaa tarkkaavuuden suuntaamiseen ja kykyyn ylläpitää
kiinnostusta. Jos tehtävä tulee ulkoapäin, tarkkaavuuden ylläpito on vaikeaa. (Mannström-
Mäkelä ja Saukkola 2009)

Neuropsykiatriset ongelmat ilmenevät keskittymisvaikeuksina, vaikeuksina pysyä paikallaan,
muistiongelmina, tunteiden säätelyssä, impulsiivisuutena, levottomuutena, yli- tai aliaktiivisuu-
tena, ärtyisyytenä, aggressiivisuutena, aloitekyvyttömyytenä ja toiminnanohjauksen vaikeuk-
sina. Vaikeudet keskittymisessä, tehtävien organisoinnissa ja ennakoinnissa tuovat ongelmia
kouluun, opiskeluun ja työhön. Lisäksi ADHD -oireinen osaa arvioida normaaliväestöön verra-
ten heikommin aikaa. Hän ei muun muassa osaa arvioida, kuinka kauan eri tehtävien tekoon
kuluu aikaa. Tehtävän aloittamisessa ja aloitekyvyssä sekä tehtävän saattamisessa loppuun
asti on vaikeuksia. Tehtävän teossa saattaa esiintyä jumiutumista, josta ihmisen on vaikeaa
päästä eteenpäin. Ryhmätilanteissa käytös on häiritsevää. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola
2009.) Impulsiivisuus tuo vaikeuksia sosiaalisiin kanssakäymisiin. ADHD -ihminen tekee hel-

posti ennen kuin ajattelee riippumatta tilanteesta tai paikasta jossa on, mikä luonnollisesti tuo tullessaan ongelmia elämän eri osa-alueille. (Lehtokoski 2004.) Piirteet vaikuttavat negatiivisesti arjenhallintaan ja elämänhallintaan. ADHD -ihminen kärsii sisäisestä levottomuudesta ja kaoottisuudesta, joka aiheuttaa opiskelupaikan, työpaikan, kodin, harrastusten, sosiaalisten suhteiden, jopa puolison vaihtamista. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.) ADHD- ja ADD-ihmiset tulevat helposti kiusallisen lähelle, koska eivät ymmärrä oman reviirin merkitystä. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.)

Tyypillisiä ADHD -ihmiselle ikään katsomatta ovat univaikeudet ja erityisesti nukahtamisvaikeudet. Huonot ja levottomat yöt saavat aikaan aamu- ja päiväväsymystä ja heikentää kognitiivista toimintaa. Vuorokausirytmä kääntyy helposti niin, että illat venyisivät myöhäisiksi ja aamuisin olisi vaikeuksia nousta. ADHD- ihmisillä on normaaliväestöön verraten enemmän huonoja päiviä sekä runsasta affektien nopeaa ja laaja-alaista vaihtuvuutta. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.) Työmuisti, eli niin sanottu lyhytaikainen muisti on ADHD -oireisella lyhyt ja tähän liittyen on unohtelua ja huolimattontaa käytöstä. Tunteiden tunnistaminen ja säätely on huonoa. Itsekuri on heikkoa ja ympäristö pyrkii helposti ohjaamaan ADHD -ihmistä eri suunnista. Tällöin syntyy kokemus siitä, ettei pysty vaikuttamaan omaan elämään ja päätöksien tekoon, mikä omalta osaltaan lisää oireilua ja psyykkisiä liitännäisoreita. Oireiden pahentuessa ohjattavuus lisääntyy, mikä aiheuttaa ihmisessä turhautumista ja ADHD -ihmiselle tyyppillistä impulsiivisuutta. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.) Tyypillisiä piirteitä on ADHD- ja ADD -tytöillä on poikamaisuus, pelleily ja hyväksynnän hakeminen epäsosiaalisella käytöksellä. Ongelmina näyttäytyy opiskeluiden laiminlyönti, psyykkiset oireet, päihteiden väärinkäyttö, ei-toivottu seura, teiniraskaudet ja käytösoireet. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009)

Parasta ADHD -aikuisissa on energisyys, luovuus, innokkuus, kyky motivoida ja innostaa muita, voimakas tunnetaso ja empaattisuus. ADHD -oireinen on työelämässä parhaimmillaan projektitöissä, joissa on selkeä alku ja selkeä loppu ja projekti itsessään on intensiivinen paketti. Toisaalta hän on myös positiivisella tavalla mukaansa tempaava, energinen, sähläävä, elämänmyönteinen ja nopeasti toipuva. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.)

ADHD:ta on kautta aikain pidetty lasten ja nuoren sairautena. Uskottiin, että ihminen kasvun myötä kypsy ulos oireistaan ja jatkaa normaalisti toimivana aikuisena. Lisääntyvä tutkimustieto kuitenkin on muuttanut käsityksiä. Tieto osoittaa, että jopa 70 %:lla lapsista ADHD jatkuu aikuisuuteen asti. Jos ajatellaan, että lapsista tarkkaavuushäiriö on 5-8 %:lla kaikista, aikuisilla vastaava luku on 4 %. (Virta ja Salakari 2012, 16-17.) . Aikuisuudessa sukupuolten välinen ADHD:n yleisyys näyttää häviävän; ADHD on vain 1,5 kertaa yleisempää miehillä naisiin verrattuna. (Virta ja Salakari 2012, 16.)

Suurimmalla osalla ADHD-ihmisistä ei ole diagnoosia. Jos piirteistä ei ole haittaa normaalissa elämässä, ei diagnosoinnilla ole samanlaista merkitystä, kun siinä tapauksessa, jossa oireet häiritsevät haittaavasti kyseisen ihmisen elämää. Piirteiden vaikutukset riippuvat piirteiden voimakkuudesta, lähipiiristä, ympäristöstä, yksilöllisestä lahjakkuudesta, elämäntilanteesta, työtehtävistä ja samanaikaisista muista stressitekijöistä ja sairauksista. ADHD-aikuinen hakeutuu hoidon piiriin muun muassa seuraavien piirteiden tuomien hankaluuksien vuoksi: hankaluus keskittyä tehtäviin tai keskusteluun, vaikeus suunnitella ja ennakoita asioita, mielenkiinto katoaa nopeasti meneillä olevaan tehtävään, mieliala vaihtelee voimakkaasti, voimakkaat tunnereaktiot, impulsiivinen käyttäytyminen, holtiton rahankäyttö ja velkaantuminen sekä liian suurien riskien otto elämässä. Toisaalta ihminen voi tarvita diagnoosia erilaisiin tukitoimiin, sopeutumiskursseilla ja muuhun apuun. Diagnosoinnissa ei ole mahdollista käyttää minkäänlaisia laboratoriotestejä tai kuvantamisia, vaan diagnosointi perustuu käyttäytymispiirteiden ja toiminnan arviointiin. Aikuisen diagnosoinnissa haastattelu on vahvassa roolissa ja lisäksi pyritään saamaan tietoa lähisukulaisilta. Lapsella arvioinnin tekee pääsääntöisesti lapsen lähiympäristössä toimivat aikuiset. (Lehtokoski 2004, 18-21.)

ADHD:iin kuuluu joukko erilaisia piirteitä, jotka eivät häviä ihmisen ikääntyessä – ne näyttävät pysyvän läpi elämän. Piirteet lieventyvät iän myötä tai muuttavat muotoaan, ja siksi kaikkein lievempioireisten kohdalla voi piirteet näyttää häviävän. (Lehtokoski 2004, 15.) Biedermanin, Mickin ja Faraonen (2000, 157) mukaan ADHD:n siirtyessä aikuisuuteen oireiden, erityisesti yliaktiivisuuden ja motorisen levottomuuden määrä vähenee, mutta toiminnalliset haitat pysyvät. Koski ja Leppämäki (2014) tuovat esiin ADHD:n aiheuttaman haitan jopa lisääntyvän iän myötä, koska hoitamaton tarkkaavuushäiriö aiheuttaa monesti heikon koulumenestyksen ja vaikeudet sosiaalisissa suhteissa. Nämä taas johtaa vähäisempiin kouluttautumismahdollisuuksiin, mikä taas vaikeuttaa tämän päivän työmarkkinoilla työn saantia ja lisää syrjäytymisvaaraa. (Koski ja Leppämäki 2014.) Virta ja Salakari (2012, 17-18) viittaavat samaan toteamalla, että ADHD-ihmisen ongelmat tuntuvan pahenevan aikuisuudessa, mikä ei todennäköisesti johdu oireiden pahentumisesta, vaan ympäristön suuremmista vaatimuksista ja tuen vähyydestä lapsuuteen verrattuna. ADHD-yksilöiden välillä on valtavia eroja, mutta tutkimusten valossa muuhun väestöön verrattuna ADHD-aikuisella on keskimäärin matalampi koulutus, enemmän työttömyyttä ja lyhyitä työsuhteita, vankiloissa on runsaasti ADHD-diagnosoituja sekä vailla diagnoosia olevia ADHD-aikuisia. Erilaisia onnettomuuksia, vammautumisia ja loukkaantumisia tapahtuu ADHD-aikuiselle enemmän kuin keskimäärin ikätovereille. (Virta ja Salakari 2012, 17.) Lisäksi vahva yhteys psykiatriin liitännäissairauksiin vaikeuttaa hoitamattoman ADHD-aikuisen selviytymistä arjessa. Arvioidaan, että ADHD-ihmisten lähipiirissä elää ja työskentelee Suomessa 1-2 miljoonaa ihmistä. Törmäykset lähipiirin kanssa olisi helpommin vältettävissä, kun kaikki osapuolet tietäisivät, mistä on kyse. (Lehtokoski 2004.)

ADHD aikuisella		
Inattentio	Hyperaktiivisuus	Impulsiivisuus
Ei jaksa keskittyä, ei kuuntele ohjeita	Tehottomuus työssä	Holtiton liikenteessä, ylinopeus, rähjää kanssa-autoilijoille
Huolimattomuusvirheitä	Levoton olo, kiemurtelee, naputtelee, hytkyy	Keskeyttää toiset, päästää suustaan sammakoita, loukkaa
Unohtelee	Ei jaksa istua kokouksissa "moottori päällä"	Turhautuu helposti
Häiriintyy helposti	Monta työpaikkaa	Epävaakaat ihmissuhteet
Ei hallitse kokonaisuuksia	Ei jaksa odottaa vuoroaan	Rahapelit, muut riippuvuudet
Hukkaa tavaroita, arjen kaos	Hakeutuu vauhdikkaisiin tai vaarallisiin töihin ja harrastuksiin	Ei noudata sopimuksia, vaikka haluaisi niin teh
Aloittaa opintoja, ei vie loppuun	Tunne-elämän säätelyvaikeuksia	
	Ylipuhelias	

Joidenkin tutkimusten mukaan ADHD-aikuisten päivittäistaitotaso ja tunne-elämän kehitystaso olisi kolmasosan alle kronologisen iän. Tämä tarkoittaisi sitä, että 21-vuotias nuori aikuinen olisi taitotasoltaan ja tunne-elämäntaidoiltaan 14-vuotiaan tasolla. Tämä tulisi huomioida, kun oireyhtymää sairastava alkaa itsenäistyä, hänelle annetaan vapautta, velvollisuuksia ja vastuuta. Täytyy muistaa, että hän ei pysty halutessakaan muuttumaan 21-vuotiaan tasolle. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009)

Ilman hoitoa ja kuntoutusta ADHD aikuisella on suurentunut riski päihdeongelmiin ja rikollisuuteen sekä yhteiskunnasta syrjäytymiseen. ADHD -ihmisillä on myös puutteellinen vaarantaju ja alttius hakeutua extreme-kokemusten pariin. Näiden yhdistelmä lisää onnettomuusrisiä. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.) Oikeanlaisen hoidon saanti ja ymmärrys, mistä on kyse, vähentäisi olennaisesti niin sanottua itselääkitystä, joka useimmiten on hallitsematonta päihteiden käyttöä olon helpottamiseksi (Lehtokoski 2004, 7.)

ADHD-oireisen lapsen ennuste aikuisuuteen (Michelsson K. luennot 2006)

Täysin parantunut 10-20 %

Lieviä oireita, joiden kanssa selviää hyvin noin 30 %

Huomattavia keskittymisvaikeuksia sekä impulsiivisuutta noin 50 %

Vaikeita psyykkisiä ongelmia 10-20 %

Muita lukuja Vatajan (2016) mukaan

Enemmän aivovammoja

Enemmän päihdeongelmia

Huonompi koulutus

Huonompi ammatillinen menestyminen

Enemmän kolareita

Oppimiseen liittyviä ongelmia

kommunikaatio-ongelmia

Enemmän avioeroja

Joka viides ADHD on alkoholisti.

Joka kolmas sekakäyttäjä on ADHD.

Enemmän vankilatuomioita

Joka toinen vanki on ADHD

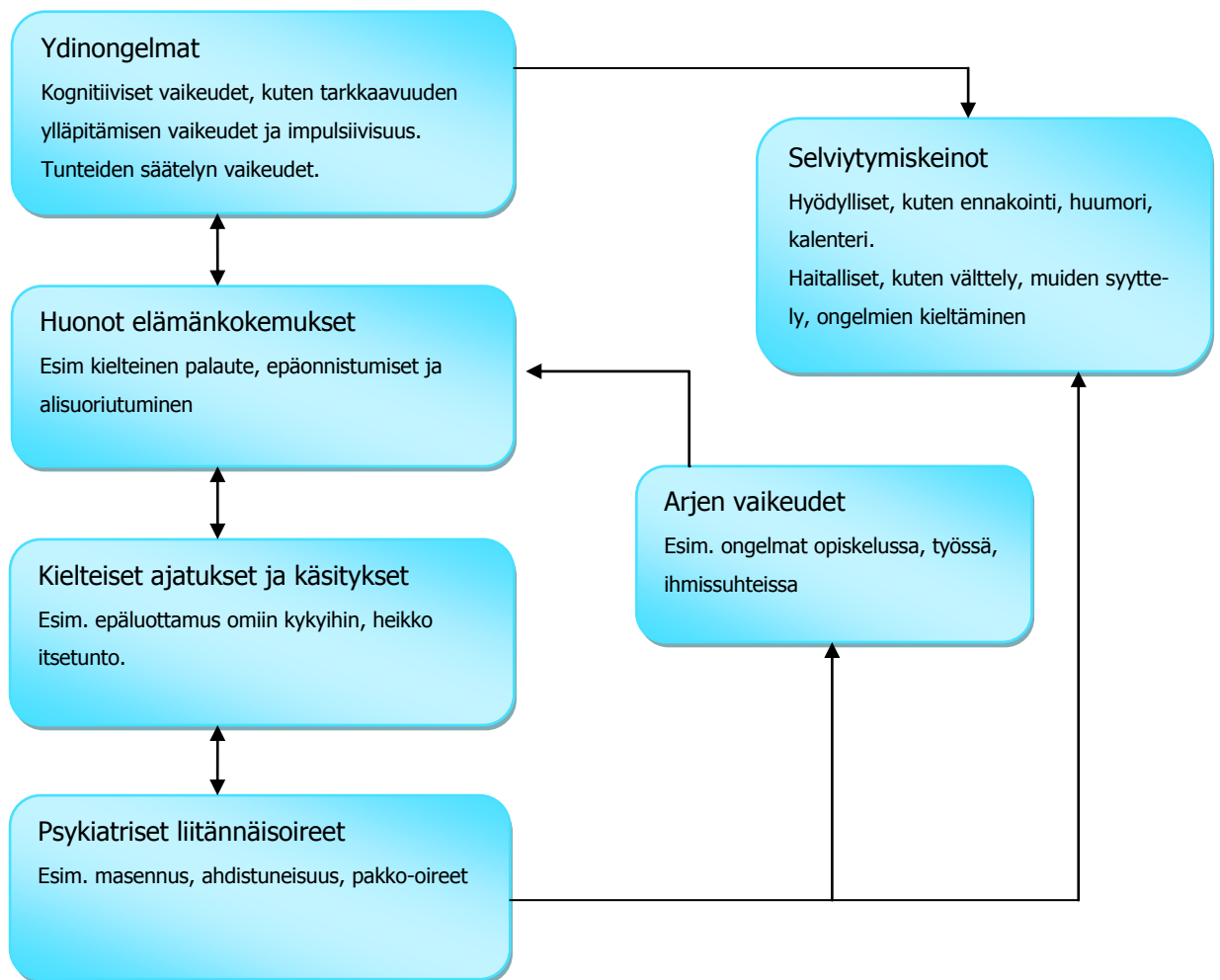
Useimmat ADHD:t käyvät läpi vähintään yhden masennusjakson, toiset ovat lievästi masentuneita koko elämänsä.

Virran ja Salakarin (2012, 12-13) mukaan ADHD on kehityksellinen, neurobiologinen ja neuropsykiatrinen häiriö. Sanalla Kehityksellinen tarkoitetaan, että ADHD on synnynnäinen tai ollut varhaislapsuudesta alkaen. Se ei voi puhjeta aikuisiässä, vaikka se saatetaan diagnosoida vasta silloin. Neurobiologisella häiriöllä viitataan siihen, että ADHD-ihmisten aivoissa on toimintahäiriö – ne eivät toimi samoin, kuin ihmisellä, jolla ei ole tarkkaavuushäiriötä. Neuropsykiatralia viitataan neurologisten ja psykiatristen häiriöiden välisiä yhteyksiä tutkivaan lääketieteen osa-alueeseen. ADHD on neuropsykiatrinen häiriö, sillä sen aiheuttaa neurologinen häiriö ja se ilmenee tunne-elämän ja käyttäytymisen oirein.

ADHD:n Käypä Hoito-suosituksessa (2013) tuodaan esiin, että Biedermanin (2005) mukaan länsimaissa tehtyjen adoptio- ja kaksostutkimusten perusteella perinnölliset tekijät selittävät ADHD-alttiudesta lapsuus- ja nuoruusiässä 60–90 %. 20 % taas johtuu raskaudenaikaisista ympäristötekijöistä ja - ja synnytyskomplikaatiota, kuten pienestä syntymäpainosta, yliaikaisuudesta, hapenpuutteesta ja veren pienestä glukoosipitoisuudesta (Bhutta, Cleves ja Casey 2002). Raskausajan äidin tupakoinnilla, huumeiden tai alkoholinkäytöllä lisää lapsen ADHD-riskiä ainakin niillä lapsilla, joilla on siihen geneettinen alttius (Biederman, Petty ja Bhide 2011). Myös äidin kilpirauhashormonin heittelyllä ja sairastamalla virustaudeilla voi olla lapsen aivoja vahingoittavia vaikutuksia (Lehtokoski 2004, 16). Virran ja Salakarin (2012, 20) mukaan 76 % ADHD-tapauksista syynä olisi perinnöllisyys. ADHD-piirteet voivat liittyä myös aivojen kehityshäiriöön, kromosomipoikkeavuuksiin, tai tiettyjen aivojen alueiden vaurioitumisella muun muassa onnettomuuksissa (Käypä hoito-suositus 2013). Waldmanin ja Rheen (2002, 290) toteavat ADHD:n piirteillä olevan erittäin vahva geneettinen periytyvyys. Kaksos- ja adoptiotutkimusten perusteella tulokset periytyvyydestä vaihtelevat 60-90 % välillä. Perinnöllisyydestä saatu tutkimustieto on vaihdellut niin, että jos vanhemmalla on ADHD, lapsella riski sairastua oireyhtymään on 20-54 %.(Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.) Lehtokosken (2004, 15) mukaan lapsen mahdollisuus olla ADHD, on 50 %, jos jompikumpi vanhemmista on ADHD, ja jos ihmisellä on ADHD, löytyy suvusta varmasti muitakin ADHD-ihmisiä. Lisäksi sairastumiseen ja oireiden vaikeustasoon vaikuttavat vuorovaikutussuhteet, struktuurit, ympäristö, päiväjärjestys, läheisten tieto, ymmärrys, kärsivällisyys ja henkilölle opetettu iänmukainen itsensä ymmärrys. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009; Virta ja Salakari 2012, 20, 67-69.)

ADHD syistä on viime vuosina saatu paljon uutta tutkimustietoa, mutta vielä ei lähellekään kaikkea tiedetä. Tämän hetken käsityksen mukaan tarkkaavuushäiriö on synnynnäinen ja pitkälti perinnöllinen eikä se häviä iän myötä. Häiriö johtuu aivojen toiminnan poikkeavuuksista. Kun ADHD-lasten ja -nuorten aivoista on otettu kuvia, on todettu niiden olevan keskimäärin kooltaan pienempiä ei-ADHD-ikätovereihin verrattuna. Kokoeroa on huomattu yksittäisissä aivoalueissa, kuten otsalohkossa, tyvitumakkeista häntätumakkeessa (caudate nucleus), linssitumakkeen pallossa (globus pallidus), aivokurkiaisessa ja pikkuaivoissa. Myös näiden aivoalueiden harmaasta aineesta koostuva kuorikerros on todettu ohuemmaksi. Samojen aivoalueiden tiedetään vaikuttavan ihmisen tarkkaavuuteen, muistitoimintoihin, toiminnanohjaukseen, tunteiden säätelyyn ja motoriikkaan. (Salakari ja Virta 2012,20-24.) Samoin aivojen toimintaa mittavissa tutkimuksissa on erässä aivoalueissa havaittu heikompa verenvirtausta ja aineenvaihduntaa. Tiedetään myös, että tarkkaavuushäiriöisten aivot kehittyvät ikätovereita hitaammin. (Virta ja Salakari 2012, 21). Aivoalueet toimivat verkostoina ja ongelmaksi arvelaankin otsalohkopiirin toiminnan poikkeavuuden. Tutkimusten tulokset ovat keskiarvoja isoista määristä ihmisiä, yksilölliset vaihtelut ovat suuria. Pelkän aivokuvan perusteella ei voida nähdä, onko jollain ihmisellä ADHD vai ei. Myöskään sitä, mikä kohta aivoissa oireet juuri kenelläkin aiheuttaa, ei voida vielä nykytekniikalla nähdä. (Virta ja Salakari 2012, 21-22).

Varmana tiedetään, että ADHD on aivojen välittäjäaineiden toiminnan erilaisuudesta johtuva ominaisuus. Heidän aivotointensa on tarkkaavuutta säätelevillä alueilla matalampia kuin muilla. (Lehtokoski 2004, 7.) Aivot käsittelevät tietoa hermosoluissa, joissa tieto kulkee hermosolusta toiseen sähköimpulsseina. Hermosolusta toiseen tieto kulkee synapsiraoissa välittäjäaineiden avulla. Monissa neurologisissa ja psykiatrisissa sairauksissa välittäjäaineissa on toimintahäiriö – niin myös tarkkaavuushäiriössä. Tämän hetken tiedon mukaan havaittavissa on muutoksia pääsääntöisesti välittäjäaineiden dopamiini ja noradrenaliini pitoisuuksissa. (Virta ja Salakari 2012, 22-23.) Muutokset ovat tietyillä aivoalueilla, joilla esiintyy poikkeavaa aktivaatiota verrattuna ei-ADHD-vertailuryhmään. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.) Ongelmana näyttää olevan välittäjäaineiden hitaus ja vähäinen määrä; välittäjäainetta saattaa muodostua liian vähän, se voi vapautua heikosti synapsirakoon, kiinnittyä heikosti vastaanotettavaan hermosoluun ja imeytyä liian aikaisin lähettävään soluun. Näin ollen tieto ei liiku ADHD-aivoissa tarvittavalla nopeudella. (Käypä hoito suositus 2013; Virta ja Salakari 2012, 22-23.) Aktivaatiotaso on matalampaa kuin suurimmalla osalla muista ihmisistä, ja korjattavaan aktivaatiota ADHD ja ADD pyrkii itse nostamaan aktivaationsa tasoa. ADHD ihmisen kohdalla tämä tapahtuu liikehtimällä levottomasti, puuhastelemalla, tekemällä asiankuulumattomia asioita ja puhumalla. Tätä vastoin ADD- ihminen vaipuu usein unelmiinsa ja aktivaatiotason nosto tapahtuu ajatuksissa ilman motorista levottomuutta. (Huotari ym. 2008.)



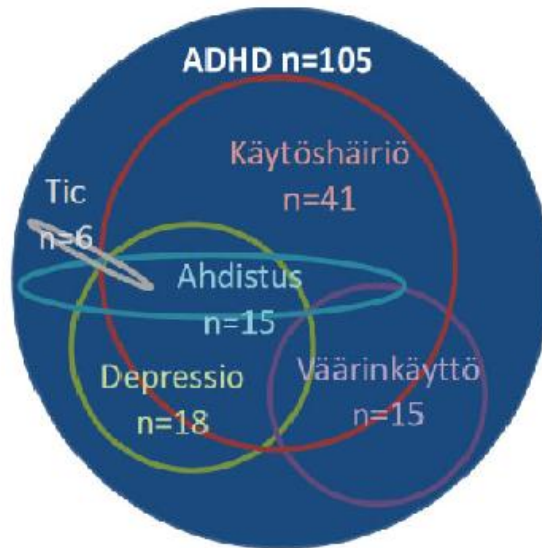
Kuvio 1. Kaaviossa havainnoidaan, miten ADHD:n ydinongelmat vaikuttavat muilla elämän osa-alueilla Virran ja Salakarin (2012, 73) kaaviota mukaillen.

3.1.2 ADHD ja liitännäissairaudet

Murrosiässä nuorelle tulee tarve tulla hyväksytyksi. Tämä voi korostua erityisesti neuropsykiatrisesti oireilevalla nuorella, jolla on kokemus erilaisuudesta ja hyväksymättömyydestä. Nuori häpeää erilaisuuttaan ja alkaa peitellä sitä mm. alisuoriutumalla ja ei-toivotulla käyttäytymisellä. Murrosikäisen nuoren ADD saattaa vasta paljastua yläasteikäisenä. Olisi kyse millaisesta neuropsykiatrisesta oirekuvasta tahansa, psyykkiset liitännäisoireet alkavat viimeistään näyttäytyä murrosiän myötä. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.)

Neuropsykiatrisiin sairauksiin liittyy runsas määrä liitännäisoireita, joita ovat käyttäytymishäiriöt, vaikeudet sosiaalisissa kanssakäymisissä, oppimisvaikeudet, hahmotushäiriöt, motoriikan ongelmat, kielelliset vaikeudet, elämänhallinnanvaikeudet, mielenterveysongelmat ja päihteiden väärinkäyttö. Tyypillisinä ongelmina ovat lukivaikeus tai lukihäiriö ja oppimisvaikeudet. Sosiaaliset ja kielelliset heikkoudet lisäävät riskiä tulla kiusatuksi ja syrjityksi (Mannström-

Mäkelä ja Saukkola 2009.) ADHD -aikuisista 80 %:lla on ainakin yksi muu psykiatrinen liitännäisoire, 60 %:lla kaksi tai useampi. Yleisimmät psykiatriset liitännäisoreet ovat ahdistus, masennus, uhmakkuus, käytöshäiriöt. Lisäksi yleisiä psykiatrisia liitännäisoreita ovat persoonallisuushäiriöt, paniikkioireet, pakko-oireet, univaikeudet, bipolaarihäiriö 2-tyypin oireita. (Mannström-Mäkelä ja Saukkola 2009.)



Kuva 2. Tanja Nordströmin kuvaus ADHD:n suhteesta psykiatrisiin samanaikaissairauksiin. Otanta on pohjois-suomen vuoden 1986 syntymäkohortista 16-18-vuotiaista ADHD-diagnosoiduista nuorista. (Käypä hoito kuvat.)

ADHD-potilaat kärsivät usein psyykkisistä häiriöistä, joihin altistavat oppimisvaikeuksien, koulukiusaamisen ja muiden sosiaalisten vaikeuksien, perheongelmien ja oman käyttäytymisen ymmärtämättömyyden tuomat pettymykset ja epäonnistumisen kokemukset. Myös päihteet ja aivovammat lisäävät psyykkistä oireilua (Vataja 2016). McGough, Smalley, McCracken ym. (2005) taulukon mukaan ADHD-aikuisista on:

➤ Vakava masennus	20-30 %
➤ Maanis-depressiivinen häiriö	3-6 %
➤ Ahdistuneisuushäiriöt (mm. pakko-oireet)	25-50 %
➤ Alkoholin suurkulutus/ alkoholismi	30-50 %
➤ Huumeiden säännöllinen käyttö	8-30 %
➤ Persoonallisuushäiriö	10-30 %
➤ Jokin psykiatrinen häiriö	80 %
➤ Kaksi tai useampia häiriöitä	>50 %

3.2 Autismin kirjo

Autismi on neurobiologinen keskushermoston kehityshäiriö, joka aiheuttaa vaihtelevia toiminnan esteitä. Autistisilla henkilöillä aistien välittämä tieto ja tiedon tulkinta on tavallisesti huomattavasti poikkeavaa yksilöllisin vaihteluin. Erityisesti siinä vaiheessa, kun autistinen ihminen tulee siihen kehitysvaiheeseen, jossa vuorovaikutustaitojen tulisi alkaa kehittyä, poikkeavuus alkaa ilmetä. Autistinen henkilö voi kommunikoida poikkeavasti, koska hän mieltää asioiden merkityksen sekä ympäristön toisista poikkeavalla tavalla. Käyttäytymisessä havaittavia autistisia erityispiirteitä ovat puutteellinen tai poikkeava sosiaalinen vuorovaikutus ja kommunikatio, rajoittunut tai stereotyyppinen käytös sekä poikkeavat aistiärsykkeiden reaktiot. (Huotari ym. 2008.)

Suomessa autistisia henkilöitä on noin 0,2 %. Koko autismin kirjoon kuuluvia henkilöitä arvelaan olevan noin 1 % koko väestöstä. Autismin kirjoon luetaan autistinen oireyhtymä, Aspergerin oireyhtymä, Rettin oireyhtymä, disintegratiivinen kehityshäiriö ja laaja-alainen kehityshäiriö. (Huotari ym. 2008.)

Aspergerin oireyhtymä kuuluu autismin kirjoon, vaikkakin se on käytännössä määritelty diagnosoitaessa omaksi luokakseen. Suomessa Aspergerin oireyhtymä on noin 0,8 % väestöstä. Sen tarkkoja syitä ei tiedetä, mutta tämän hetken tutkimus tukee vahvasti perinnöllistä aspektia. (Huotari ym. 2008.) Aspergerin oireyhtymä (AS) on neurobiologinen kehityshäiriö, joka aiheuttaa vaihtelevia ja yksilöllisiä toimintarajoitteita. Tyypillisimpiä oireita ovat vaikeudet sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa, pakottava tarve juuttua rutiineihin, puheen ja kielen kehityksen ongelmat, ilmeiden, eleiden ja sanattoman viestinnän ymmärtämisen vaikeudet sekä motorinen kömpelyys. Myös aistien kokemisessa ja tulkinnassa on eriasteisia poikkeavuuksia. Asperger-ihmisellä on usein mielenkiinnon kohteita, jotka vievät niin paljon aikaa, että muu arki, kuten ihmissuhteet kärsivät. Asperger-ihmiset ovat normaaliälyisiä, jopa tavallista älykkäämpiä, ja heille on yleensä todella hyvä muisti. Pilkun tarkka oikeudenmukaisuuden vaade sekä teoissa että sanoissa on antanut heille lempinimen "totuuden torvet". (Huotari ym. 2008.) As-henkilöt tarvitsevat vahvasti käytännöllistä ja selkeäsanaisista ohjausta ja arkipäivään selkeää struktuuria. (Huotari ym. 2008.)

3.3 Touretten syndrooma

Touretten syndroomalle ominaista ovat tic-oireet, jotka ovat tahdosta riippumattomia, toistuvia ja epätarkoituksenmukaisia nykiviä lihasten liikkeitä ja hallitsemattomia vokaalisia ääniteitä. Motoriset liikkeet jaetaan yksinkertaisiin ja monimuotoisiin motorisiin nykimisiin. Yksinkertaiset motoriset nykimiset ovat äkillisiä ja lyhyitä, yhden lihaksen tai lihasryhmän liikkeitä. Tällaisia voivat olla muun muassa kulmakarvojen kohottelu, silmien räpyttely, suupielten nykiminen,

nenän nyripistely, irvistäminen, huulien nuoleskelu, pään käännöt, olkapäiden kohottaminen ja raajojen koukistukset. Monimuotoiset motoriset nykimiset ovat useiden lihasryhmien laajoja, perättäisiä liikkeitä, esimerkiksi hyppely ja tanssimaiset liikkeet. Vokaaliset tic-oireet voi ilmetä äänioireina, kuten kurkun rykäisynä, niiskutuksena, äännähdyksinä, huokailuina, viheltelyinä, haukotteluina ja haukahteluna. Monimuotoiset äänioireet voivat muun muassa olla kaikupuhetta eli omien tai toisten sanojen toistamista ja äärimmäisessä muodossaan tahatonta ja toistavaa kiroilua tai säädytöntä puhetta. Usein touretten syndroomaan oirekuvaan liittyy erilaisia pakkoajatuksia ja pakkotoimintoja, joskus myös tarkkaamattomuutta, impulsiivisuutta ja hyperaktiivisuutta. (Huttunen 2015.)

4 KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS

4.1 Kehittämistyön toimintaympäristö

Kehittämistyöni kohdistui yhteen sairaalapsykiatrian aikuisten suljetuista osastoista Päijät-Hämeen erikoissairaanhoidossa. Kyseinen osasto valikoitui kehittämistyöhöni sen hoitamien ihmisten ja henkilökunnan esiin tuoman kiinnostuksen perusteella. Aikuispsykiatrian osastoilla oli henkilökunnan keskuudessa pohdittu osastohoidon aikaisia hoidollisia keskusteluja. Keskusteluihin oli kaivattu monipuolisempia käytännön työvälineitä, joilla saavutettaisiin toivotunlaisia tuloksia ja saataisiin tuettua hoidossa olevia eteenpäin. Osaston profiiliin mukaisesti potilaat olivat hyvin erilaisia ja tarvitsivat näin ollen myös laajaa kirjoa erilaisia menetelmiä, jotta jokaisen hoidossa olijan kohdalle löytyisi hänelle sopivin tapa työskennellä. Potilaiden lisäksi osastolla työskenneltiin omaisten ja verkostojen kanssa, sekä osana moniammatillista työyhteisöä. Ratkaisukeskeisyyttä voitaisiin hyödyntää myös näissä tilanteissa sekä osana työyhteisön kehittämistä, työhönvalmennusta ja esimiestyötä.

Osastotyössä oli havaittu tiedon vajetta neuropsykiatriasta, ja oli koettu tarvetta osaamisen lisäämiseen neuropsykiatrisesti oireilevien potilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa. Kehittämistyöhön osallistuva henkilökunta oli tuonut esiin useita kertoja vuosien 2014-2016 aikana, että osaamisen lisääminen neuropsykiatriasta olisi tärkeää. Myös osaston esimiehet olivat todenneet, ettei aikuisten sairaalapsykiatriassa ole vielä tietoa neuropsykiatrisista sairauksista, vaikka sen vaikutukset potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon olivat oleelliset. Lisäksi olin itse työskennellessäni tehnyt havaintoja siitä, kuinka niukasti kehittämistyöni aihealueita sairaalahoitossa aikuispsykiatrialla näyttäytyi. Kehittämistyöhön osallistuvan työyhteisön osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja olivat mukana kehitystyössä, ja he pystyivät viemään viestiä aiheen tiimoilta psykiatrian johtoryhmään. Hoidon jatkuvuuden kannalta olisi oletettavasti tärkeää, että neuropsykiatristen oireiden vuoksi jo avohoidossa olevat potilaat kokisivat hoitopolun yltävän myös aikuispsykiatriseen sairaalahoitoon.

Kehittämistyöni päähyödynsaajia olivat tutkimusosastolla kuntoutettavina olevat ihmiset. Osasto oli kuusitoista paikkainen aikuisten kuntoutusosasto, jossa jatkokuntoutetaan akuuttihoiton jälkeen vastaanotto-osastoilta siirtyneitä potilaita. Osa potilaista kirjattiin sisään sovitusti suoraan avohoidon lähetteiden perusteella. Lisäksi osastolla hoidettiin valtion mielisairaloista kuntoutuksen jatkoon tulevia potilaita. Potilaat olivat lähinnä psykoottistasoisesti oireilevia aikuisia, kotona pärjäämättömiä ja kaksois- ja kolmoisdiagnoosipotilaita. Henkilökunnan osaaminen lisäsi hoidon laadukkuutta ja vaikuttavuutta, mikä parantaisi moniongelmaisten psykiatristen potilaiden kokonaisvaltaista hoitotyötä.

Hyödynsaajina kehittämistyössäni olivat myös osaston moniammatillinen henkilökunta sekä yksilöinä että ammatillisena yhteisönä. Osaamisen lisääminen laajentaisi käytettävissä olevaa välineistöä ja antaisi hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden uudenlaiseen ajatteluun ja uusien menetelmien käyttöön. Hoidollisten keskusteluiden ongelmapainotteinen pohdinta saisi rinnalleen toivottuja, eteenpäin tähtääviä työkaluja ratkaisukeskeisyydestä kaikille potilasryhmille. Tieto lisäisi myös ymmärrystä. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän psykiatrian tulosalue hyötyisi kehittämistyöstä, jonka avulla lisättäisiin henkilökunnan osaamista neuropsykiatrisen potilaan hoidosta ja mahdollistettaisiin näin neuropsykiatrisen potilaan hoitopolun yltymistä sairaalapsykiatriaan. Kehittämistyöni tarkoitus oli lisäksi olla henkilökunnan jäseniä motivoiva, innostava ja voimaannuttava. Kehittämistyö eteni dialogisesti henkilökuntaa osallistamalla: kuunnellen ja yhdessä kehittyen.

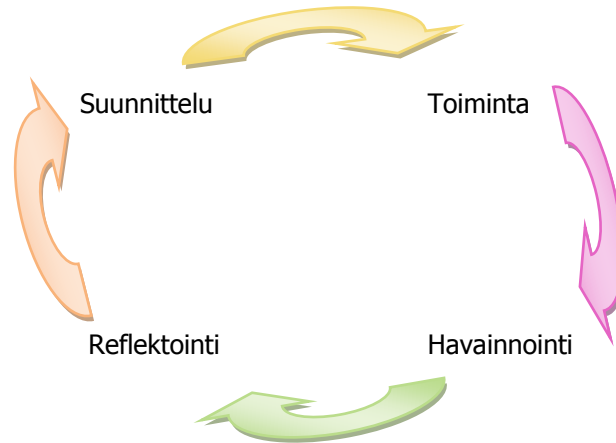
Lisäksi mainittakoon, että puhuttaessa neuropsykiatrisista häiriöistä, emme puhu pelkästään suorasta asiakastyöstä vaan myös työstä omaisten, verkostojen, työyhteisön jäsenten ja yhteistyötahojen kanssa. Häiriö tai häiriön piirteet eivät rajoitu potilaisiin ja häiriön piirteitä ymmärtäen voimme kehittyä kaiken kaikkiaan paremmiksi ihmistuntijoiksi ja voimme hyödyntää oppimaamme asiakastyön, perhe- ja verkostotyön lisäksi muun muassa henkilöstöstrategisessä johtamisessa ja osaamisen johtamisessa. (Saukkola 2011.)

4.2 Toimintatutkimus kehittämistyön menetelmänä

Toimintatutkimuksen tarkoituksena nimensä mukaisesti on toteuttaa sekä toiminta että tutkimus samanaikaisesti. Se pyrkii saattamaan yhteen teorian ja käytännön, tutkijat ja käytännön edustajat. Toimintatutkimuksen päämääränä on luoda samanaikaisesti uusia ratkaisumalleja käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan ja lisäämään ratkaistavaan seikkaan liittyvää tieteellistä ymmärrystä. (Metsämuuronen 2006, 222; Kemmis ja McTaggart 1988.) Keskeistä toimintatutkimuksessa on uudella tavalla ymmärretty prosessi. Toimintatutkimusprosessi voidaan näin ajateltuna todeta lähestymistavaksi, joka ei ole kiinnostunut vain siitä, miten asiat ovat, vaan ennen kaikkea siitä, miten niiden tulisi olla. (Carr & Kemmis 1986; Heikkinen 2001.) Heikkisen, Rovion ja Syrjälän (2008, 16-19) mukaan perinteisen tutkimuksen päämääränä on ollut selvittää, kuinka asiat ovat ja havaintojen pohjalta luoda teoreettista tietoa, toimintatutkimus taas tavoittelee käytännön hyötyä ja käyttökelpoista tietoa. Toimintatutkimusta on sovellettu enimmäkseen kasvatustieteellisessä tutkimuksessa sekä sosiologiassa ja sosiaalipsykologiassa, mutta entistä enemmän myös hoitotieteessä, lääketieteessä, terveystieteessä ja ympäristötieteessä. Merkittävimpiä soveltamisalueita ovat erityyppiset yhteisöjen kehittämishankkeet ja työelämän tutkimukset. (Heikkinen 2001, 175; Heikkinen ja Jyrkämä 1999, 29.)

Toimintatutkimukselle on tunnusomaista käytännön ja teorian vuorovaikutus sekä eteneminen syklimäisesti. Syklimäisen jatkuvan parantamisen periaatteen mukaisesti toimintaa pyritään

kehittämään uusien kierrosten aikana yhä paremmaksi ja paremmaksi. Toimintatutkimus sopii hyvin tilanteisiin, missä pyritään samanaikaisesti toiminnalla muuttamaan jotain ja lisäämään tietoisuutta ongelmasta sekä muutostarpeesta. (Heikkinen ym. 2007.)



Kuvio 2. Toimintatutkimuksen vaiheet ja syklisyys

Tutkimusprosessi etenee syklimäisen mallin mukaan, jossa suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin vaiheet seuraavat toisiaan spiraalin muodossa (Heikkinen 2001, 177; Berg 2000, 181; Aaltola ja Syrjälä 1999, 18). Prosessi alkaa kartoitusvaiheesta, jossa katsotaan ensin ikään kuin taaksepäin. On havaittu jokin käytännön ongelma, jota halutaan lähteä kehittämään. Tutkimus alkaa tämän ongelmakohdan pohtimisesta ja reflektoinnista. Tätä seuraa suunnitteluvaihe, johon sisältyy ajattelemista, dialogia ja kehittelyä eli käännetään suuntaus eteenpäin. Tämän jälkeen suunniteltu työskentely toteutetaan yhteisöllisesti. Toteutusvaiheesta edetään toiminnan havainnointiin, jota taas reflektoidaan eli palataan syklin alkuun ja katsotaan taaksepäin tilannetta arvioiden. Syklejä voi siis olla myös useampia. (Heikkinen, Rovio ja Kiilakoski 2008, 36, 78-81.)

Käytännössä toimintatutkimus ei kuitenkaan usein etene järjestyksessä, vaan syklien eri vaiheet limittyvät ja menevät päällekkäin. Prosessi onkin luonteeltaan avoin ja se pystyy reagoimaan toiminnassa ilmenevien muutosten myötä. (Kiviniemi 1999, 67.) Prosessin aikana jostain pienestä ongelmasta tai alun pitäen sivuhaarasta voi alkaakin kasvaa merkittävä, uusi suuntaus koko tutkimukselle. (Heikkinen 2001, 178.) Toimintatutkimusprosessi eroaa normaalisti mielletystä tutkimusprosessista monimuotoisuutensa vuoksi. Heikkisen, Rovion ja Syrjälän (2007) mukaan toimintatutkimusprosessi muokkautuu monesti vielä tutkimuksen toteutuksen aikana, toisin kuin klassisissa tutkimuksissa, joissa prosessi etenee kaavamaisesti sen tutkimussuunnitelman mukaisesti, joka on laadittu jo ennen tutkimuksen aloittamista.

Psykiatrisessa työssä hoidollisena työväliseinä on pitkälti vuorovaikutus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Näin ollen henkilökunta kaipaakin aina käyttöönsä vuorovaikutuksellisia menetelmiä, jotka ovat helposti sovellettavissa erilaisten ihmisten kanssa. Olen lisäksi kokenut usean vuoden aikana tilanteita, joissa henkilökunta on itse tuonut esiin tiedon vajetta neuropsykiatriasta, ja jonka pohjalta voinee sanoa, että aikuispsykiatriassa tätä tietoa kaivattaisiin. Olen itse psykiatrinen sairaanhoitaja ja minulla on ratkaisukeskeinen ADHD-/ neuropsykiatrinen valmentaja -koulutus. Työskennellessäni sairaalassa aikuispsykiatriassa aloin pohtia ratkaisukeskeisyyttä ja neuropsykiatrista osaamista osastoilla ja otin yhteyttä psykiatrian tulosalueen ylihoitajaan sekä erään aikuispsykiatrian osaston osastonhoitajaan, jonka alaisuudessa olin viimeisimpänä työskennellyt. Pohdin mahdollisuutta yhdistää osastolla ilmenneen tarpeen, oman osaamiseni ratkaisukeskeisyydestä ja neuropsykiatriasta ja ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön, joka minun oli tarkoitus samoihin aikoihin aloittaa ja johon aiheina juuri käytännönläheisinä ratkaisukeskeisyys ja neuropsykiatria minua kiinnostivat. Keskustelimme työelämäosapuolen näkemyksistä opinnäytetyöstä; Sekä ylihoitaja että osastonhoitaja toivat esiin neuropsykiatrisen tiedon puutteesta sairaalapsykiatriassa aikuispuolella ja toisaalta sen osaamistarpeen tärkeydestä täyttää. Keskustelussa heräsi ajatus koulutuksen järjestämisestä henkilökunnalle. Käytännönläheisiä ratkaisukeskeisiä menetelmiä pidettiin tärkeänä osana toteutettavaa koulutusta. Erityisesti osastonhoitaja tiesi työyhteisön kaipaavan aina välittömään käytäntöön saatavia metodeja, johon ratkaisukeskeiset menetelmät soveltuisivat hyvin. Koulutuksessa käytäisiin läpi neuropsykiatriaa erityisesti siinä määrin, missä se koskettaa aikuispsykiatrian osastohoitoa. Suunnitelmaa luodessamme otin yhteyttä vastuuhjaajaani, joka tuki valitsemaani aihetta. Vastuuhjaajani avulla aloimme pohtia tutkimuksellisen osuuden raameja kehittämistyöhöni. Päädyin nostamaan tutkimusaiheekseni ratkaisukeskeisyyden osaston hoidollisissa keskusteluissa. Tutkimuksen tavoitteena olisi saada vertailukelpoista tietoa henkilökunnan ratkaisukeskeisestä tietämyksestä ja ratkaisukeskeisten menetelmien käytöstä kehittämistyön alussa ja lopussa. Sovimme osapuolten välillä opinnäytetyöprosessin toteuttamisesta ja siitä, että kävisin itse keskustelemassa osaston henkilökunnan kanssa tulevasta kehittämishankkeesta.

Toimintatutkimukset jaotellaan teknisiin eli interventiosuuntautuneisiin, praktisiin eli käytännöllisiin sekä emansipatorisiin eli vapauttaviin toimintatutkimuksiin. Teknisissä tutkimuksissa kehittämistyö käynnistyy ensisijaisesti ulkopuolisen eikä niinkään konkreettisten työntekijöiden toimesta. Tutkijan rooli on olla ulkopuolinen asiantuntija. Praktisissa tutkimuksissa kehittämissprojektin lähtökohta voi olla joko käytännön työntekijöissä tai ulkopuolisessa kehittäjässä. Työntekijöitä autetaan tiedostamaan, muotoilemaan ja uudelleen suuntaamaan omaa käytäntöään ja ajatuskuvioita. Tutkija rohkaisee osallistujia osallistumaan ja refleктоimaan omaa toimintaansa. Emansipatorisissa tutkimuksissa toimija itse pyrkii parantamaan toimintaympäristöään. Nimensä mukaisesti toimija on itsenäinen, tasa-arvoinen, demokraattinen ja oikeudenmukainen. Tutkija toimii tällöin muutosagenttina, kehittämistyön koordinoijana ja osallistu-

jana. (Metsämuuronen 2006, 224.) Tämä kehittämishanke voidaan nähdä praktisena tutkimuksena, jossa on hieman emansipatorisuutta. Olen työskennellyt kehittämistyön osastolla viimeisen kolmen vuoden aikana, mutta en ole tällä hetkellä työsuhteessa kyseiseen osastoon. Roolini on siis olla ulkopuolinen kehittäjä, joka on kuitenkin tullut työntekijöiden keskuudesta ja työ työntekijöineen ja pulmineen on minulle tuttua. Tarve on lähtenyt osaston henkilökunnasta ja kehitystyö toteutetaan dialogissa henkilökunnan kanssa. Kehittämisprojektilla pyrin tarjoamaan vaihtoehtoja käytännön työhön ja tällä tavoin suuntaamaan henkilökunnan tietoisuutta ja ajatuksia. Toisaalta kehittämistyön vetäjänä ja koulutuksen pitäjänä toimin myös jonkinlaisena muutoksen herättäjänä ja tiedon tuojana itsekkin. Toimintatutkimuksen alkupeäinen ajatus on ollut, etteivät tutkijat osallistuisi keskusteluun, vaan organisoisivat vain puitteet. Tutkijoilta kuitenkin odotetaan työyhteisössä tätä aktiivisempaa roolia, ja yleensä he osallistuvatkin keskusteluun pyrkien tekemään näkymätöntä tietoa näkyväksi ja tuomalla mukaan yleisiä teoreettisia näkökulmia. (Heikkinen ym. 2006, 59 – 60.)

Toimintatutkimuksen filosofinen tausta on hermeneutiikassa (Holter ja Schwartz-Barcott 1993). Toimintatutkimus perustuu kriittisen teorian filosofiseen perinteeseen, jossa sillä on yhteiskuntaa muuttava voima (Carr & Kemmis 1986; Heikkinen 2001). Projektin alusta lähtien tutkija ja toimijat tunnistavat yhdessä sen hetkisiä ongelmia ja niiden syitä sekä työskentelevät yhdessä löytääkseen ratkaisuja niihin. Toimintatutkimus saa kommunikatiivista näkökulmaa, kun tutkimuksen keskeinen piirre on demokraattisuus ja keskustelevaisuus. Demokraattisen keskustelun, jota voisi kutua myös dialogiksi, alkuvaiheessa lopputulos ei ole tiedossa eikä ole olemassa ennalta määrättyä oikeata lopputulosta ja vastausta. Kommunikatiiviseen toimintatutkimukseen sisältyy olettaus, että tutkimuksen kohteena oleva yksikkö tuo itse esiin olennaiset ja kehittämistä vaativat asiat avoimessa dialogissa ja itsereflektoinnissa. Työntekijä nähdään työnsä asiantuntijana ja aktiivisena muutoksen liikkeellepanijana, eikä kehittämisen kohteena. Dialogisuuden avulla muodostuu yhteinen ymmärrys ongelmasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, ja samalla tavalla on löydettävissä yhteinen päätös tarvittavista toimenpiteistä muutoksen aikaansaamiseksi. Tutkimusprosessin eri vaiheiden aikana käytännön toimijat oppivat uusia asioita ja heille muodostuu uudenlainen ymmärrys työstään. (Holter ja Schwartz-Barcott 1993). Vain demokraattisen dialogin avulla voidaan päästä tasavertaiseen ja avoimeen, organisaatioasemasta riippumattomaan keskusteluun. (Heikkinen ym. 2006, 59–60.)

Henkilökunnan osallistuminen työn kehittämiseen lisää omalta osaltaan myös sitoutumistasoa (Murto 1992, 42). Yhdessä kehitetty ratkaisu on usein parempi kuin ”tutkijan” yksin aikaan saama ratkaisu (Heikkinen ym. 2006, 59–60). Metsämuuronen (2006, 222) ja Bergin (2000, 179) mukaan onnistunut toimintatutkimus vaatii yhteistyötä, jolloin tutkimusstrategian on oltava osallistuva, osallistava ja refleктоiva. Tavoitteena ovat tasa-arvoisuus, yksilöiden itsemääräämisoikeus ja emansipaatio. Tällöin myös tutkimuksessa tavoitellaan ihmisten voi-

maantumista, vapautumista, valtaistumista ja osallistumista. (Carr & Kemmis 1986; Heikkinen 2001.) Tässä opinnäytetyössä kehittämistyön osa-alueet ovat nousseet henkilökunnalta. Henkilökunta on otettu mukaan dialogiseen keskusteluun eri vaiheissa kehittämistyötä ja toivottu henkilökunnalta kannanottoja kehittämistyön aiheista. Koko kehittämistyön aikana olen pitänyt osastolla kolme osastotuntia, joissa henkilökunta on saanut vapaasti esittää ajatuksiinsa ja toiveitaan niistä aiheista, joihin tässä kehittämistyössä painotetaan. Lisäksi olen tehnyt alku- ja loppuhaastattelut, joista seuraavissa kappaleissa kerron tarkemmin. Haastatteluihin osallistui yhteensä kymmenen eri hoitotyöntekijää osastolta ja nämä haastattelut käynnistivät väkevää dialogista pohdintaa haastateltavissa. Näissä haastatteluissa työntekijöiltä nousi kuin vahingossa esiin hoidollisiin keskusteluihin liittyvät ongelmat, kehittämisehdotuksia keskusteluiden tehokkuuden lisäämiseksi sekä hyviä yksilöiden käyttämiä, toimivia käytännönmenetelmiä. Henkilökuntaa otettiin mukaan kehittämistyöhön lisäksi koulutuksen myötä, mikä oli henkilökuntaa osallistava. Kehittämistyön päätteeksi kehittämistyön vetäjälle sai antaa anonyymisti palautetta.

Kehittämistyöni tutkimuksellisen osuuden alkuhaastattelu pidettiin ennen koulutusta. tavoitteena oli selvittää, onko henkilökunnalle ratkaisukeskeisyys käsitteenä tuttu ja millaisia ratkaisukeskeisiä menetelmiä kyseisellä psykiatrian aikuisten osastolla on hoidollisissa keskusteluissa ennen koulutusta käytössään. Tutkimuksen alkuhaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna. Haastattelut herättivät työyhteisön henkilökuntaa pohtimaan toimintaansa ja toimintatapojaan. Myös kiinnostus ratkaisukeskeisiin menetelmiin selvästi heräsi. Tutkimusta varten saamani haastattelutieto ohjasi lisäksi minua valitsemaan, millaisia ratkaisukeskeisiä menetelmiä koulutuksessa painotettaisiin ja millaisia mahdollisesti oli jo osastolla käytössä.

Järjestämäni henkilökunnan koulutuksen suunnittelin ja toteutin yksin. Koulutukseen osallistui kehittämistyöhön valikoitunut henkilökunta. Koulutus sisälsi edukaatiota, käytännön harjoituksia ja keskustelua. Koulutuksen tavoitteena oli tiedollisen annin lisäksi henkilökunnan saamat positiiviset ja voimaannuttavat kokemukset. Koulutukseen osallistui moniammatillinen noin kolmenkymmenen työntekijän joukko. Ammattiryhminä paikalla oli lääkäri, lääketieteen amanuenssi, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sairaanhoitaja, mielisairaanhoitaja, sosiaalityöntekijöitä, psykologi, toimintaterapeutti ja askarteluohjaaja. Jaoin koulutuksen kahteen osuuteen, joista toisessa kävimme läpi neuropsykiatrisia sairauksia painottuen aikuisiän ADHD:iin ja sen hyvään hoitoon ja toisessa osuudessa puhuimme ratkaisukeskeisyydestä ja siihen liittyvistä käytännön menetelmistä. Koulutuksen aikana teimme kaksi harjoitusta, toisen itsekseen ja toisen yhdessä. Henkilökunta osallistui koulutukseen erittäin aktiivisesti ottaen kantaa puhuttuihin asioihin ja jakaen käytännön kokemuksia. Ajatuksia heräsi myös tällä hetkellä hoidossa olevasta potilaasta, johon annettu tieto neuropsykiatriasta tuntui sopivan erittäin hyvin.

Koulutuksesta seuraavalla viikolla toimitin osaston verkkoasemalle koko henkilökunnan käyttöön tuotoksen, joka piti sisällään käytännön vinkkejä psykiatriseen hoitotyöhön ratkaisukeskeisten menetelmien näkökulmasta ja lisäksi kattavan tietopaketin neuropsykiatriasta, erityisesti aikuisiän ADHD:sta. Tietopaketti toimitettiin myös jokaisen henkilökohtaiseen sähköpostiin työntekijöiden toiveesta.

Noin kolme viikkoa tietopaketin julkistuksen jälkeen uusin ryhmähaastattelut tutkimusta ajatellen. Loppuhaastattelut toteutin alkuhaastatteluiden tavoin ryhmähaastatteluina. Päämääränä oli saada alkuhaastatteluun nähden vertailutietoa siitä, onko tämän tyyppisestä kehittämissankkeesta, jonka pääpaino oli koulutuksessa ollut käytännön hyötyä ja onko jotkin ratkaisukeskeiset menetelmät koettu hyödyllisiksi – Onko uusia menetelmiä koettu käytäntöön vietäviksi ja onko niitä lähdetty kokeilemaan. Kehittämistyössä mukana olevan työryhmän ohella tutkimuksesta saadaan arvokasta tietoa siitä, koetaanko erityisesti joistain menetelmistä olevan hyötyä aikuispsykiatriassa ja voisiko muut työyksiköt hyötyä samantyyppisistä menetelmistä vertaiskehittämisen keinoin.

Henkilökunnan haastatteluissa nousi tutkimustiedon ohessa esiin kehittämisajatuksia osaston hoidollisiin keskusteluihin. Näin tämän tärkeänä osana hoidollisten keskusteluiden kehitystyötä riippumatta siitä olivatko kehitysajatukset ratkaisukeskeisiä. Loppujen lopuksi käytännötyössä huomattavat toimivimmat työmuodot ja niiden avulla vaikuttavampaan työskentelyyn tähtäävä toiminta ovat sinänsä ratkaisuun pyrkivää ja näin ollen ratkaisukeskeistä. Henkilökunnan haastatteluissa esiin nousi monia tärkeitä huomioita hoidollisten keskusteluiden käytännön järjestelyistä, sisällöstä, hyväksi havaituista keinoista ja potilaiden erilaisuuden vaikutuksista keskusteluun. Näin tärkeänä raportoida näistä esiin nousseista seikoista sekä osastonhoitajalle että koko työyhteisölle. Sovimme, että pidän osastotunnin, jolloin raportoin tutkimuksen tuloksista ja kävimme yhdessä läpi nämä henkilökunnalta nousseet kehittämisajatukset liittyen hoidollisia keskusteluja. Ennen osastotunnin pitämistä kävin nämä ilmenneet asiat läpi jo yhdessä osastonhoitajan kanssa ja sitten koko paikalla olleen työyhteisön kanssa. Paikalla oli lääkäri, osastonhoitaja, sairaanhoitaja, mielisairaanhoitaja, psykologi ja askarteluohjaaja.

Kehittämistyön aikataulutusta tapahtui sovitusti. Kemmisin ja McTaggertin (1988) mukaan toiminnan kehittäminen ymmärretään jatkuvaksi prosessiksi, joka ei pääty aiempaa parempaan toimintatapaan, vaan kehittäminen jatkuu tämänkin jälkeen. Kehittämistyö tämän opinnäytetyön osalta saadaan päätökseen vuoden 2016 loppuun mennessä, vaikka kehitystyö ei tähän lopukaan.

Toimintatutkimukseni eteni sille tyypillisesti syklimäisesti. Se käynnistyi henkilökunnan kokeesta tiedon vajeesta, jota he toivat useaan kertaan esiin. Olin myös itse havainnoinut käytännön työtä tehdessäni, että kehittämyöni osa-alueet ovat monin tavoin aikuispsykiatrian

hoitohenkilökunnalle vieraita. Yhteisen reflektoinnin jälkeen ruvettiin suunnittelemaan, miten osaamisvajeeseen voitaisiin vastata, sillä oli löydetty yhteinen tahtotila kehittymiseen. Päädyttiin lisäämään osaamista koulutuksen ja tiedon lisäämisen avulla. Suunnitteluvaiheen tuloksena tehtiin käytännön suunnitelma kehitystyön aikataulusta ja etenemisestä. Kehitystyö toteutettiin aikataulun mukaisesti yhdessä henkilökunnan kanssa. Tehtyjen toimenpiteiden jälkeen havainnoitiin, kuinka paljon toteutetusta kehittämistyöstä oli käytännön hyötyä työyhteisölle, muuttuiko jokin käytäntö ja mitä seuraavaksi tulisi tehdä jatkuvan kehittymisen periaatteen mukaisesti. Toimintatutkimuksessani esiin nousi haastatteluiden myötä sivuhaara, jota en alkujaan ollut ajatellut. Tämä haara oli kaikki se haastatteluissa esiin noussut perinteisen ratkaisukeskeisen ajattelun ulkopuolinen muu käyttökelpoinen tieto, jota voidaan käyttää juuri tämän osaston hoidollisten keskusteluiden kehittämiseen. Kehitystyöni aikana koin hyödyllisinä kaikki pohdinnat ja uudet ajatukset, joita kehittämistyöni myötä henkilökunnassa syntyi – ilman sen tarkemmin määriteltyä lopputulosta. Tehtävä prosessi ja herättelevä yhteinen matka oli jo lopputulosta tärkeämpi.

4.3 Aineiston hankinta

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2015) mukaan eri tutkimustyypeissä, kuten myös toimintatutkimuksessa, voidaan käyttää erilaisia aineistonkeruumenetelmiä: kyselyä, haastattelua, asiakirjojen ja muiden dokumenttien läpikäyntiä tai vaikka havainnointia. Todennäköisimmin laadukkaimpaan tulokseen päästää, kun käytetään useita aineistonkeruumenetelmiä ristiin. Tässä Kehittämistehtävässä tiedonkeruumenetelmänä käytetään kirjallisuutta ja tutkittua tietoa, asiantuntija Saukkolan ohjeistusta, työyksikön henkilökunnan alun ja lopun ryhmähaastatteluja sekä hyödyntämällä työyhteisössä käytävää kommunikatiivista dialogia henkilökunnan toiveista ja tarpeista.

Kehittämistyön teon varmistuttua halusin henkilökohtaisesti informoida kehittämistyöhön osallistuvaa psykiatrian osaston henkilökuntaa asiasta. Pidín osastotunnin, jossa kerroin osastolla tulevasta kehittämistyöstäni. Tapaamiseen osallistui yhdeksän hoitajaa, toimintaterapeutti ja osastonhoitaja. Kyseessä oli dialoginen keskustelu, jossa työyhteisö pääsi tuomaan vapaasti esiin ajatuksiaan esittämistäni ratkaisukeskeisyyden ja neuropsykiatrian teemoista. Kysyin kiinnostuksesta ratkaisukeskeisyyttä ja ratkaisukeskeisiä menetelmiä kohtaan. Vastanotto aiheesta oli mieluinen. Työntekijät kokivat aiheen tärkeänä ja kiinnostavana. Ratkaisukeskeiset menetelmät koettiin vieraaksi eikä henkilökunta muun muassa osannut, tai muusta syystä kukaan ei kysyessäni maininnut, yhtään ratkaisukeskeistä menetelmää. Moniammatillinen työryhmä koki tärkeimmäksi seikaksi saada käytännön välineitä hoidollisiin keskusteluihin ja toivoivat, että ratkaisukeskeisiä välineitä käytäisiin läpi. Toiveena oli muun muassa ratkaisukeskeisyyden tai valmennuksen pohdinta ”case”-tyyppisesti ja harjoitellen. Eräs työntekijöistä koki vaikeaksi tukea eteenpäin menossa niitä potilaita, jotka pohtivat hoidollisissa keskusteluissa

aina samoja negatiivisia asioita tai jotka eivät hoidollisissa keskusteluissa tuota omaa pohdintaa. Hän toivoi, että ratkaisukeskeisistä menetelmistä voisi olla apua tällaisten potilaiden kuntoutuksessa. Henkilökunta halusi painottaa kehittämistyössä juuri käytännön läheisyyttä ja toimintaan sovellettavaa ratkaisukeskeisyyttä.

”Tarvitaan välineitä, jolla päästään eteenpäin – pois ongelmasta.”

Neuropsykiatristen häiriöiden suhteen arveltiin tilanteen olevan sillä tavalla ongelmallinen, että ei tiedetä, onko jollain potilailla taustalla myös neuropsykiatrisia oireita, jotka voivat vaikuttaa kokonaihoitoon. Mietittiin, onko osastolla neuropsykiatrisia potilaita vai eikä vain tiedetä, että niitä on. Eräs työntekijä toi esiin tilanteita, jolloin osastolle on tullut vahvasti neuropsykiatrisesti oireileva potilas, jonka oirekuvassa korostuu erityisesti ylivilkkauden ja impulsiivisuuden häiriöt. Tällöin on koettu tiedon määrässä heikkoutta. Kaiken kaikkiaan toivottiin, että koulutus ja kirjallinen tuotos toteutetaan.

Opinnäytetyön aiheen ja koulutuksen pitämisen varmistuttua, halusin varmistua siitä, että osaan kohdentaa koulutukseni juuri aikuispsykiatriaani eli painottaa erityisesti aikuisille toimiviksi koettuja ratkaisukeskeisyyden metodeja, aikuisiän neuropsykiatrisen häiriön piirteitä ja ADHD:n ja psykiatristen liitännäissairauksien yhteyttä. Näin ollen otin yhteyttä Kirsi Saukkolaan, joka on psykiatrinen sairaanhoitaja, ratkaisukeskeinen työnvalmentaja ja johtava ratkaisukeskeinen neuropsykiatrinen kouluttaja Kirsiconsulting oy:ssä. Hän auttoi minua koulutuksen liittyvien painopisteiden kanssa kohderyhmää ja hyödynsaajia ajatellen.

Tutkimusprosessissa sekoittuvat teoria- ja aineistolähtöinen tutkimus. Teoriaa tarvitaan taustoitukseen ja aineistonkeruun suunnitteluun. Haastatteluteemoja ja -kysymyksiä pohtiessa on tarpeen olla perehtynyt teoriaan ja hyödyntää sen tuomaa antia. Tutkimusaihe ja -kysymykset pyritään muuttamaan tutkittavaan muotoon. Aineistonkeruun suunnittelun lisäksi teoriaa käytetään tässä tutkimuksessa haastatteluissa saatujen tulosten käsitteellisenä jäsentäjänä. Teoria auttaa tutkijaa järjestelemään saamaansa dataa, tulkitsemaan ja selittämään tietoa. (Hirsjärvi ym. 2015.) Informoituani osaston henkilökuntaa tulevasta kehittämistyöstä ja saatua alkukäsityksen siitä, missä ratkaisukeskeisen tietämyksen suhteen osastolla oltiin, paneuduin kirjallisuuteen. Kasasin materiaalia ratkaisukeskeisen ajattelun ja työskentelyn peruspilareista ja syvennyin asiaan koulutustanikin syvemmillä. Pehdyin ratkaisukeskeisyyden historiaan kansainvälisesti ja Suomessa ja kokosin erittäin tärkeäksi kokemaani tutkimustietoa ratkaisukeskeisten työmenetelmien ja terapian tuloksellisuudesta saaden samalla tutkimustietoa myös muista terapiamuodoista. Saamani materiaalin pohjalta aloin muodostaa haastatteluteemoja ja -kysymyksiä tutkimustani ajatellen.

Haastattelu on viestintä- ja vuorovaikutustilanne, jota voidaan käyttää useissa eri tilanteissa tiedonhankintavälineenä. Se on yleensä keskusteluun verrattavissa oleva tapahtuma, mutta haastattelussa on kuitenkin tarkempi rakenne ja se on useimmiten ennalta suunniteltu. Teemahaastattelussa ei edetä valmiiksi muotoiltujen tarkkojen ja yksityiskohtaisten kysymysten kautta, vaan väljemmin, käyden läpi tietyt ennalta suunnitellut teemat. Teemahaastattelu edellyttää huolellista aihepiiriin ja haastateltavien tilanteen tuntemista sekä aiheeseen perehtymistä. Käsiteltävät teemat muodostuvat tältä pohjalta ja ne ovat kaikille haastateltaville samoja. Haastattelussa voidaan kuitenkin liikkua joustavasti eri teemoissa ja alateemoissa ilman tiukkaa etenemisreittiä. Teemahaastattelu on keskustelunomainen tilanne, jossa haastateltaville annetaan tilaa vapaalle puheelle ja merkitykselliselle pohdinnalle, vaikkakin jo ennalta päätetyt teemat pyritään käymään kaikkien kanssa läpi. Haastattelija ei yritä tarjota valmiita vastauksia, vaan haastateltavan annetaan puhua asiasta vapaasti. Teemahaastattelu on sopiva haastattelumuoto esimerkiksi silloin, kun halutaan tietoa vähemmän tunnetuista ilmiöistä ja asioista. (Hirsjärvi ja Hurme 2001, 47-48, 66; Eskola ja Suoranta 2000, 86-87.)

Ryhmähaastattelu voidaan toteuttaa esimerkiksi teemahaastattelurungon avulla, jolloin haastattelija pitää huolen siitä, että kaikki teemat käydään läpi ja pyrkii innoittamaan kaikkia ryhmän jäseniä monipuoliseen keskusteluun. Tavoitteena on, että keskustelu on vapaamuotoista, ja siksi strukturoitu lomake ei sovellu ryhmähaastatteluihin. Haastateltavien määrä riippuu pitkälti siitä, millaista tietoa tutkimuksessa tavoitellaan. Ryhmän ei kannata olla kovin suuri, sillä tällöin keskustelun tallentaminen on vaikeaa ja toisekseen suuri määrä ihmisiä voi toimia keskustelun innoituksen sijaan sen tyrehtyttäjänä. Etuina ryhmähaastattelussa on sen avulla saatu nopeampi tieto useilta henkilöiltä samanaikaisesti. Ryhmän jäsenet voivat myös auttaa toisiaan muistamaan jotain, mitä yksilöhaastattelussa ei välttämättä tulisi mieleen. Jos ryhmähenki on hyvä, ryhmä toimii sosiaalisena tukena: puhuminen saattaa olla rennompaa kuin yksilöhaastattelussa vieraan haastattelijan kanssa. (Hirsjärvi ja Hurme 2001; Eskola ja Suoranta 2000, 86-88.)

Kehittämishankkeessa tein laadulliset ryhmähaastattelut, kolme alku- ja kaksi loppuhaastattelua, joissa haastattelin osastolla työskenteleviä työntekijöitä. Haastattelut toteutin teemahaastatteluna. Valitsin laadullisen teemahaastattelun siitä syystä, että kertoessani kehittämistyöstäni osastotunnilla, henkilökunta toi jo siinä esiin, ettei ratkaisukeskeisyys ole heille käsitteenä tai menetelmänä tuttu. Kehittämishankkeen alussa pitämälläni osastotunnille osallistui yksitoista hoitohenkilökunnan jäsentä, joista kaikki kokivat ratkaisukeskeisyyden vieraaksi. Huomattuani, kuinka vieraasta asiasta vaikuttanee olevan kyse, päädyin laadulliseen haastatteluun, jossa itse pystyin tukemaan haastattelun etenemistä tilanteen vaatimalla tavalla. Tuella tarkoitan erityisesti tarkentavien kysymysten tekoa ja kaikkien haastateltavien tasapuoliseen vastaamiseen. Hirsjärven ja Hurmeen (1985, 15) mukaan haastattelu soveltuu muun muassa

juuri tilanteissa, joissa halutaan täsmentää vastauksia, kartoitetaan tutkittavaa aluetta, halutaan kuvaavia esimerkkejä ja tutkitaan aihetta, josta ei ole objektiivisia testejä.

Alkuhaastattelussa ryhmähaastatteluja oli kolme ja toteutin ne tutkimusyksikössä viikon sisällä. Haastateltavat valikoin seuraavasti: osastolla työskentelee laajalla ikä- ja kokemushaarakalla sekä koulutus pohjalla työntekijöitä, ja halusin saada mahdollisimman monipuolisen otoksen haastatteluun. Jaoin osaston henkilökunnan kolmeen ikähaarukkaan ja pidin huolen, että jokaisesta ikäryhmästä saadaan osallistujia. Pidin myös tärkeänä, että haastateltaviin sattuu joku muu kuin sairaanhoitaja sekä miestyöntekijä, joita kyseisellä osastolla toimii kolme. Lisäksi jouduin ottamaan huomioon kolmivuorotyön työvuorosunnittelun ja loma-ajankohdan. Alkuhaastattelussa haastateltavia oli kahdeksan, ja ne jakautuivat kahteen kolmen hengen ryhmään ja yhteen kahden hengen ryhmään. Ensimmäiselle ja toiselle ryhmälle painotettiin, että haastattelun sisällöstä puhuttaisiin yhteisesti vasta kolmannen haastattelun jälkeen, jotta jokaisella ryhmällä olisivat samat ennakkotiedot. Tutkimuksessa teoria ja aineisto kulkevat rinnakkain. Teoria oli kertonut meille, mitä ratkaisukeskeisiä menetelmiä pääsääntöisesti käytetään. Haastattelussa esiin nostetut teemat olivat ennalta määritelty aineistonkeruussa – avoimeksi jätin mahdollisuuden, että haastatteluissa tulisi esiin ratkaisukeskeisiä menetelmiä, joita en ollut ennalta määritellyt.

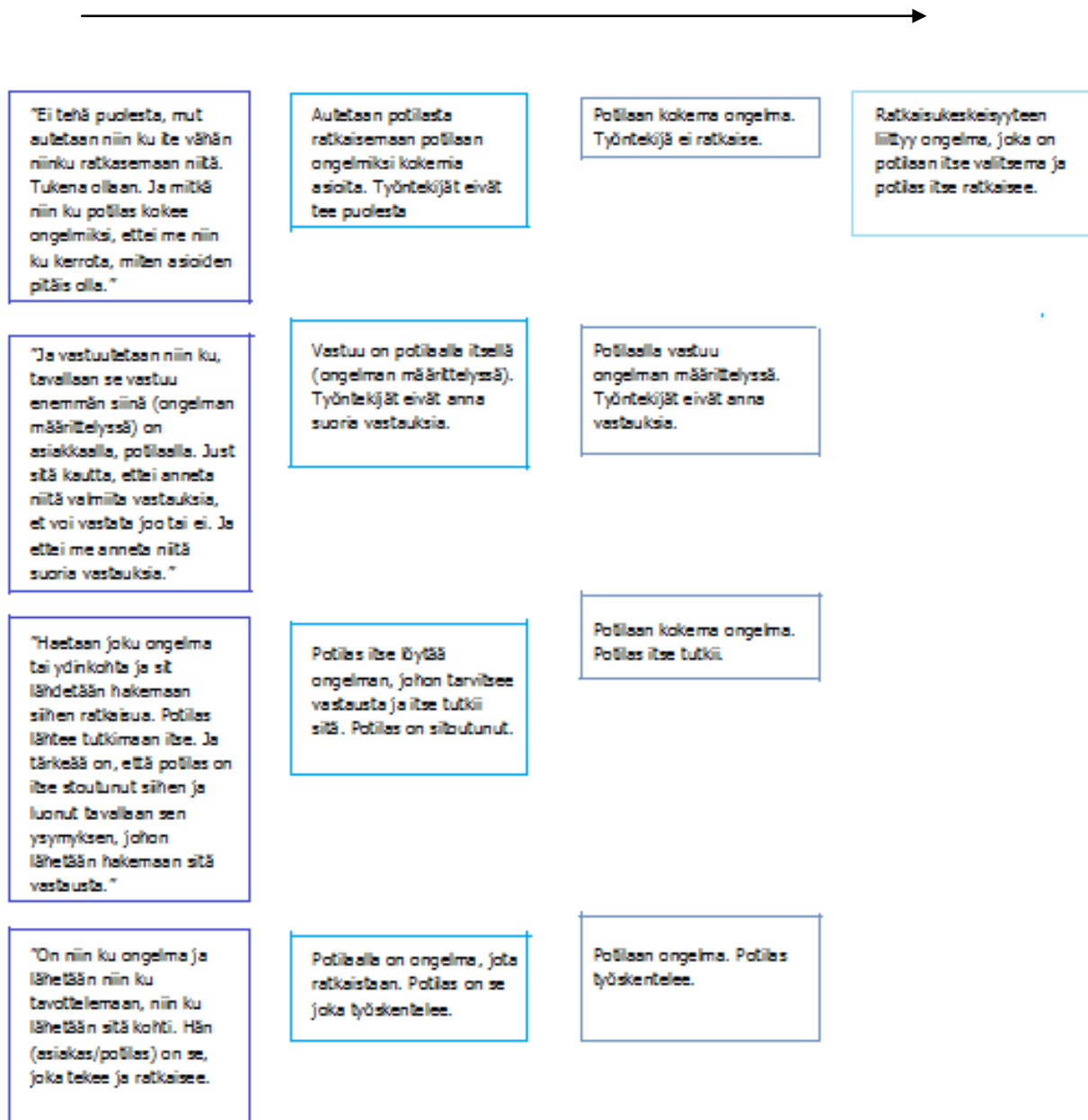
Loppuhaastattelussa haastattelu ryhmiä oli kaksi, joista molemmissa oli neljä haastateltavaa hoitotyöntekijää. Pyrin pitämään haastateltavat henkilöt samoina, kuin alkuhaastattelussa, mutta jouduin vaihtamaan haastateltavista kaksi. Tämä johtui siitä, että yksi ensimmäiseen haastatteluun osallistunut nuori nainen oli lähtenyt opiskelemaan, eikä näin ollen työskennellyt enää osastolla eikä osallistunut koulutukseen. Hänen tilalleen otin toisen nuoren hoitajan. Toinen alkuhaastatteluun osallistunut hoitaja vaihtui, koska tämä ei pystynyt poissaolon vuoksi osallistumaan koulutukseeni ja näin tärkeänä tutkimustietoa, osaston hoidollisten keskusteluiden kehitystyötä ja benchmarkingia ajatellen, että haastateltavat työntekijät ovat olleet koulutuksessa ja saaneet kattavat tiedot ratkaisukeskeisyydestä. Hänen tilalleen valitsin suunnilleen saman ikä-, koulutus- ja kokemuspohjan omaavan työntekijän. Loppuhaastattelussa käytiin läpi samat teemat, joita alkuhaastattelussa käytiin lukuun ottamatta alkuhaastattelun ensimmäisiä kysymyksiä, jossa käydään läpi osaston peruskäytäntöjä liittyen hoidollisiin keskusteluihin, millä tarkoitan muun muassa kysymystä siitä, kuinka usein hoidollisia keskusteluja käydään.

4.4 Tutkimuksen analyysimenetelmänä sisällön analysointi

Haastattelua käytetään tutkimusaineiston saamiseksi, ja aineistoa analysoidaan tutkimusongelman selvittämiseksi. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34, 42.) Sisältö- ja tilanneanalyysi on teemahaastattelussa tärkeää. (Eskola & Suoranta 2000, 86-88.) Tutkijalla ei pidä olla vahvaa ennakkokäsitystä tutkimustuloksista tai se voi osaltaan vaikuttaa tulokseen. Subjektiiviset etukäteiset ajatukset eivät saa muuttaa aineistoa, jota olemme analysoimassa. (Metsämuuronen 2003, 195.) Sisällönanalyysissa tavoitteena on analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti dokumentteja, joiksi muun muassa kirjallisuus ja haastattelut luokitellaan. Analyysin tarkoituksena on järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon ja luoda tutkittavasta ilmiöstä sanallinen, mielekäs ja yhtenäinen kuvaus. (Tuomi ja Sarajärvi 2004.) Aineiston analyysissa yhdistyvät Grönforsin (1985, 145) mukaan sekä analyysi että synteesi: kerätty aineisto hajotetaan analyysissa käsitteellisiksi osiksi ja osat kootaan synteessissä uudelleen tieteellisiksi johtopäätöksiksi eli abstrahoidaan. (Metsämuuronen 2003, 195.)

Tekemäni ryhmähaastattelut nauhoitin ja puhtaaksikirjoitin litteroinnin keinoin. Litteroidusta aineistosta valikoin ne osat, jotka ovat oleellisia tutkimuksen raportoinnissa. (Grönfors 1985, 156). Tutkimukseni kohdalla valikoituun ainekseen kuuluivat kaikki ratkaisukeskeisyyteen liittyvät menetelmät, joita osaston työntekijät olivat käyttäneet. Lisäksi valikoin aineiston, jota tulen kehittämistyössäni muutoin hyödyntämään ja raportoimaan. Haastatteluja oli yhteensä viisi, kolme alkuhaastattelua ja kaksi loppuhaastattelua, joista jokainen kesti 43min-1h 15min. Jätin litteroimatta jokaisen haastattelun alussa kertamani käytännön asiat liittyen haastatteluun sekä haastattelujen keskellä esiin tulleet potilas-caset, jotka herättivät henkilökunnan välillä keskustelua. Myös haastattelujen keskellä ja lopussa esiin nousseet kysymykset liittyen käymääni ylempään ammattikorkeakoulututkintoon ja tähän kehittämishankkeeseen laajemmin, jätin epäolennaisina asioina litteroimatta. Sisällönanalyysiani ohjasi Eija Syrjäläisen (1994, 90) analysoinnin vaiheet (Metsämuuronen 2003, 198). Luin litteroimani haastattelut useaan kertaan, jotta varmistuin sisäistäneeni lukemani. Litteroiduista kolmesta alkuhaastattelusta tein ensin karkean jaottelun aineistossani esiin nostamieni ratkaisukeskeisten teemojeni alle. Tämän jälkeen yhdistin samanlaisia vastauksia ja täsmensin jaotteluani. Loppuhaastatteluiden sisällönanalyysin tein samoin keinoin. Jaottelin kahden haastattelun vastaukset teemojen alle, jonka jälkeen aloin yhdistämään samankaltaisia ja samaan aiheeseen liittyviä vastauksia. Työskentelyäni ohjasi kirjallisuuden tuntemus aihealueesta ja oman aineistoni tietämys.

Seuraavassa esimerkki analysointini vaiheista, jossa edetään haastateltujen suorasta puheesta pelkistettyyn ilmaisuun:



Kuvio 3. Kaaviossa havainnoidaan sisällönanalysini vaiheita

5 HAASTATTELUJEN RAPORTOINTI

Seuraavassa on raportointi haastattelujen tuloksista. Tutkimuskysymykseni on: Käytetäänkö tutkimusosastolla hoidollisissa keskusteluissa niitä ratkaisukeskeisiä menetelmiä, joita kehittämistyössäni tuon esiin?

5.1 Alkuhaastattelu

5.1.1 Ratkaisukeskeisyys

Haastatteluun osallistui yhteensä kahdeksan työyhteisön työntekijää. Heistä kuudella ei ollut käsitystä, mitä ratkaisukeskeisyydellä tarkoitetaan tai se oli vain

”Sanana tuttu”.

Kahdella kahdeksasta oli jonkinlainen etukäteiskäsitys asiasta:

”Joo, joku käsitys on”.

Yksi mieltä, että ratkaisukeskeisyydessä ei puhuta mielenterveydestä kokonaisvaltaisesti vaan enemmän pilkottusti jostain elämän osa-alueesta, jossa on haaste tai ongelma. Tämä haaste yritetään ratkaista ja sitä kautta vaikuttaa kokonaisuuteen.

Neljä työyhteisön työntekijää kahdeksasta ei osannut nimetä ratkaisukeskeisen ihmiskäsityksen ja potilasajattelun ominaispiirteitä. Kolme työntekijää toi esiin, että potilaan tulee olla ratkaisukeskeisen ihmiskäsityksen tai potilasajattelun ominaispiirteiden mukaa se, joka ongelmaa ratkaisee, tai että potilas lähtee tutkimaan ja keskustelemaan ongelmasta ja hakemaan niistä keinoja ja toivottuja tuloksia. Samoin nämä kolme työntekijää myös korostivat, ettei kukaan ratkaise ongelmaa potilaan puolesta. Hoitajat vain ohjaavat, avustavat ja tukevat rinnalla.

”Ja tärkeää on just se, että potilas on itse sitoutunut siihen ja luonut tavallaan sen kysymyksen, johon lähetään hakemaan sitä vastausta. Se asia on potilaan sanoma tai lähtökohta.”

Eräs haastateltavista toi esiin ratkaisukeskeisenä menetelmänä potilaan vastuuttamisen. Toinen vastanneista arveli haastattelujen olevan ratkaisukeskeinen menetelmä. Yksi vastanneista toi esiin sen, että potilaan on hyvä itse miettiä ratkaisuja:

"Silloin kun potilas voi miettiä, tulee paljon realistisempi ratkaisuksista, kun hän miettii, mihin hän itekkin pystyy. Sitten me hoitajina voidaan arvioida se liian hyväksi tai liian huonoksi. Siinä olisi se yhteistyö."

Kuusi työntekijää kahdeksasta ei osannut mainita ratkaisukeskeisiä erityispiirteitä. Yksi haastateltava arveli siihen liittyvän jonkinlaisia tehtäviä. Toinen toi esiin kokonaistilanteen hahmottamisen merkityksen, jolloin voidaan arvioida, onko saavutettu jotain edistystä potilaan kohdalla. Kaksi haastateltavista toi esiin yhteistyön tärkeyden: ratkaisun tekoon otetaan tarvittavat osapuolet mukaan, jolloin potilaan ja muiden tahojen yhteistyön merkitys korostuu.

Kaikki haastateltavat arvioivat, että aikuispsykiatriassa voisi käyttää hyödyksi ratkaisukeskeisiä menetelmiä. Seitsemän haastateltavaa kuitenkin koki, että ratkaisukeskeisyydestä tarvittaisiin lisätietoa, jotta sitä osattaisiin käyttää suunnitelmallisesti ja tietoisesti hyödyksi.

"Voisi, vaatis että tietää termit ja osaa, tai tietää, miten se toimii käytännössä."

Yksi työntekijä muistutti, että tietämällä termit voitaisiin tehdä kirjaukset käytetyistä menetelmistä ja näin tiedettäisiin, mitä on tehty ja voitaisiin arvioida, onko sen avulla tullut muutosta. Kukaan vastanneet ei osannut nimetä käyttökelpoisia ratkaisukeskeisiä menetelmiä, koska kokivat, etteivät tiedä menetelmistä. Vastanneet kokivat myös, etteivät tiedä, käyttävätkö he jo nyt ratkaisukeskeisiä menetelmiä. He totesivat, että jos käyttävät ratkaisukeskeisiä menetelmiä, käyttö on puhtaasti tietämättä ja vahingossa. Neljä arveli, että ratkaisukeskeisesti suuntautuvaa toimintaa luultavasti on, mutta sitä ei tiedetä. Kukaan ei todennut tietoisesti käyttäneensä ratkaisukeskeisiä menetelmiä:

"Varmaan silleen tiedostamatta.", "Puoli vahingossa."

Yksi totesi, ettei ratkaisukeskeisyyttä ainakaan heidän työyksikössään korosteta:

"...Ei sitä hirveesti ainakaan tässä painoteta meidän osastolla."

5.1.2 Potilaiden omat tavoitteet

Kaikki haastateltavat pitivät tärkeänä, että potilaalla on tavoite. Eräs haastateltavista totesi, miten jokaisella potilaalla tulisi olla tavoite:

"On hyvä, että on tavote, itteä kun nyt ajattelee, joku tavoite, jota kohti pyrkiä."

Kaikki haastateltavat toivat esiin, että potilaiden pääsääntöisenä hoidollisena tavoitteena ajateltiin olevan sairaalasta kotiutuminen ja pois pääsy. Kuitenkin kaksi työntekijää kahdeksasta toi esiin potilaat, joilla ei tunnu olevan tavoitetta tai edes suurempaa pyrkimystä kotiutumisen eteen työskentelyyn.

"Sellasia vellojia, jolle on ihan sama."

Kaikki haastateltavat totesivat, että on myös potilaita, joilla ei ole tavoitetta tai siitä ei ole puhuttu. Sairaalasta pois pääsyn lisäksi tyypillisinä potilaiden omina tavoitteina hoitajat mainitsivat sairaalan ulkopuolella pärjäämisen, sopivan lääkityksen löytämisen, sairauden oireiden helpottumisen, itsenäistymisen, irtautumisen symbioottisesta suhteesta, tulla parempaan kuntoon, pärjätä kotona, pelkojen väistyminen, yöunien korjaantuminen, ääniharhojen poistuminen, ahdistuksen poisto, raha-asioiden korjaantuminen.

Haastateltavat toivat esiin, että tavoitteita potilaille määrittelevät sekä potilas itse että hoitohenkilökunta. Tarkoitus on kysyä jokaiselta potilaalta oma tavoite hoitajaksolle ensimmäisessä keskustelussa. Hoitajat kokevat, että yleensä potilaat tarvitsevat tavoitteen luonnissa apua ja ajoittain tavoite on hoitohenkilökunnan luoma. Kaikissa ryhmähaastatteluissa haastateltavat pohtivat, kuinka potilaan ja henkilökunnan tavoitteissa on myös ristiriitaa. Todettiin, että erot ovat hyvin graavejakin. Myös epärealistisia tavoitteita koettiin olevan. Eräs hoitaja totesi, ettei ensimmäisenä itsellä ole mielessä potilaan kohdalla useinkaan kotiin pääsy, kun matkaa siihen on vielä kovasti jäljellä. Vaikka tavoitteena kotiin pääsy olisikin, tarvitaan matkalle osatavoitteita. Epärealististen tavoitteiden kohdalla koettiin tärkeäksi potilaan realisointi, vaikkakin kolme työntekijää totesi tärkeäksi myös pyrkiä kohti potilaan tavoitetta:

"Kai sitä... potilaan tavoitetta kohti täytyy niin ku pyrkiä hoitajankin menemään, koska siitä hän se rakentuu sitten se hoitosuhdekin, kun lähdetään miettimään... miten siihen pystyttäs vastaamaan siihen tavoitteeseen."

Haastateltavat toivat esiin, että kun tavoitteet ovat asetettu, on tarkoitus kirjata tavoitteet hoitosuunnitelmaan. Neljä työntekijää kahdeksasta toi esiin, että potilaalta olisi tarkoitus kysyä hoidon alussa joko omahoitajakeskusteluissa tai hoitoneuvottelussa potilaan oma tavoite, ja tämä tulisi olla kirjattuna potilaan hoitosuunnitelmaan. Osa haastateltavista koki, että tavoitteet on pääsääntöisesti kirjattu, osa koki, että potilaiden omien tavoitteiden kirjaaminen on minimaalista. Suurempi osa haastateltavista arveli, ettei potilaiden tavoitteita ole kirjattu näkyviin tai niitä ei ole päivitetty ajan tasalle. Eräs vastanneista arveli, että:

"Enemmänkin voisi laittaa näkyville potilaan omat tavoitteet. Periaatteessahan ne pitäis olla siellä."

Toinen haastateltava epäili tavoitteiden päivityksen unohtuvan, kun tavoite muuttuu hoidon aikana monella. Jokaisessa ryhmähaastattelussa työntekijät keskustelivat tavoitteiden päivityksen tärkeydestä; he totesivat, että niitä olisi hyvä kysellä uudestaan hoidon edetessä. Voinnin muuttuessa tavoitteet saattavat muuttua kovastikin.

Tavoitteiden asettamisen ja kirjaamisen jälkeen kaikki haastatellut työntekijät olivat sitä mieltä, että tavoitetta kohti aletaan tämän jälkeen suunnata. Suuntaamistyyli riippuu tavoitteesta ja potilaan kokonaistilanteesta.

”Sitten lähetään etsimään keinoja, millä päästään tavoitteeseen.”

”Ja tavallisista arkielämän taidoista, itsensä siistinä pitämisestä, huoneen siistinä pitämisestä. perusasioista, arjen asioista. Potilas ymmärtäis, että jos hän haluaa itsenäisemmin asua, niin tällaiset asiat täytyis sujua.”

Yhdessä potilaan kanssa on tarkoitus löytää keinoja tavoitteeseen pääsyyn, toisaalta puolet haastateltavista koki, että hoitaja joutuu pitkälti miettimään keinot tavoitteen saavuttamiseen:

”Melkein hoitaja joutuu miettimään. Tuodaan tavoite, muttei ole resursseja lähteä miettimään.”

Koetaan, että työntekijä joutuu pitkälti keinot pohtimaan. Kaikki haastateltavat toivat esimerkiksi tavoitteen kotiin päin suuntaamisesta, jolloin lähdetään tukemaan kotijaksoihin, asiointikäynteihin, kotikäynteihin ja painotetaan arjen pärjäämiseen kotiaskareiden muodossa sekä arvioiden potilaan toimintakykyä. Arjen perusasioiden sujumisen koettiin olevan tärkeää, jotta kotona asuminen itsenäisesti olisi mahdollista. Potilaan kanssa sovitut keinot on tarkoitus kirjata omahoitajakeskusteluihin ja hoitosuunnitelmaan.

5.1.3 Myönteinen poikkeus ja uudelleen määrittely

Myönteiset poikkeavuudet -käsite ei ollut tuttu kuudelle kahdeksasta ja kaksi totesi joskus kullekin käsitteen, muttei osannut ajatella, miten sitä voisi tässä työssä hyödyntää. Hetken pohdinnan jälkeen eräs haastateltavista toi esiin ajatuksen siitä, että joillain ihmisillä voi olla yleisestä normaalitasosta poikkeava erityisominaisuus, jota potilas voisi hyödyntää omassa elämässä. Haastateltava kertoi nähneensä tällaisia erityisominaisuuksia autismin kirjon ihmisillä. Hän toi esiin, ettei kyse ole aina välttämättä myönteisestä poikkeavuudesta, mutta mietti, voisiko niitä myönteisessä mielessä hyödyntää potilaiden elämässä. Toinen hoitaja tuumi:

”Mä tässä vaan mietin, että mitähän, jos vaikka jonkun potilaan kanssa on sovittu, jollain tietyllä tavalla toimitaan tai tehdään, ja sit sitä ei toimitakaan, tai potilas toimiikin jotenkin eri tavalla ja sit koetaankin, että sehän onkin ihan hyvä.”

Kyseiset hoitajat miettivät, voisiko näissä tilanteissa olla kyseessä myönteinen poikkeavuus.

Kaikki vastanneista olivat epävarmoja uudelleen määrittelyn käsitteestä tai sen merkityksestä sairaalamaailmassa. Seitsemän mielestä uudelleen määrittelyssä voisi olla kyse diagnoosin tai tavoitteiden uudelleen määrittelyssä. Vastanneet toivat esiin ajatuksen siitä, että esimerkiksi voinnin muuttuessa joudutaan muuttamaan tavoitteita ja määrittelemään tavoitteet ja tavoitteiden mukainen toiminta uudestaan. Tavoitteiden muuttumisen myötä, koko hoitoa tulisi katsoa uudestaan hieman eri näkövinkkelistä. Tai toisaalta, eräs haastateltava mietti, jos jokin toiminta ei tuota hedelmää, niin lähdetään toimimaan toisella tapaa. Yksi haastateltavista pohti ongelman uudelleen määrittelemistä. Hän mietti, että jokin ongelma on saattanut muuttaa muotoaan tai tullut toisenlaiseksi.

5.1.4 Selviytyminen ja toivetilan määrittely

Kaikki haastateltavat kokivat, että keskusteluissa potilaiden kanssa puhutaan selviytymisestä, kuten arjessa selviytymisestä, pärjäämisestä, taloudellisesta selviytymisestä, alko-ongelman kanssa selviytymisestä, sairauden ja oireiden kanssa selviytymisestä. Haastateltavat liittivät keskusteluun selviytymisestä vahvasti toivon luomisen ja kannustamisen, että tästä selvitään ja toisaalta konkreettiset selviytymiskeinot. Selviytymiskeinoja pyritään löytämään yhdessä potilaan kanssa erilaisiin tilanteisiin sekä osastolla että osaston ulkopuolella. Haastateltavat kokivat, ettei potilailla meinaa itsellä olla selviytymiskeinoja ja heitä on vaikea saada pohtimaan, mikä auttaisi. Keinoja joudutaan tarjoamaan potilaille. Potilaiden omat selviytymiskeinot ovat myös ajoittain huonoja:

”Itselääkinnälliset keinot.”

”Huonoina viiltelyt ja päihheet.”

Eräs haastateltava ajatteli, että ne joilla hyviä selviytymiskeinoja on, eivät todennäköisesti joudu osastolle asti.

”Kun mä luulen sen olevan sellainen asia, että ne, joilla niitä itsellään on niitä selviytymiskeinoja, ni ne ei oo täällä meillä... ne tulee tänne kuntoutusosastolle, koska heillä ei ole niitä keinoja selviytyä.”

Kaikki haastateltavat totesivat, että henkilökunta pyrkii potilaan kanssa löytämään hyviä selviytymiskeinoja. Kolme haastateltavaa kahdeksasta koki, että potilaalle joudutaan usein tarjoamaan mahdollisia selviytymiskeinoja, jos potilaat eivät itse niitä syystä tai toisesta mieti. Tällaisia voivat olla tukiverkostot, läheiset ja avohoito, kotiin viety tuki ja erilaiset toiminnalliset asiat.

Kolme haastateltavista toi esiin kysyvänsä omilta potilailta toiveista liittyen hoitoon, heistä yksi kertoi myös kysyvänsä, mikä potilaan oma panos on hoidon suhteen. Kolme haastateltavaa kertoi kysyvänsä hoidon jälkeisistä haaveista tai toiveista. Hoitoon liittyviin toiveisiin yksi haastateltavista koki tärkeänä pystyä vastaamaan, jos toiveet suinkin ovat siinä määrin realistisia. Eräs hoitajista mietti, olisiko toive ja tavoite sama asia. Kaksi haastateltavista koki, että potilaiden on helpompi sanoa epärealistisemmankin kuuluisia asioita, kun kysyy unelmista ja toiveista liittyen tulevaisuuteen, kun esimerkiksi konkreettisista tavoitteista:

”Toiveet ja unelmat on ehkä sellasia, mihin ihmiset uskaltaa heittää sellasia epärealistisemmankin kuuluisia.”

5.1.5 Asteikkokysymykset

Kolme kahdeksasta haastateltavista koki käyttävänsä asteikkokysymyksiä kausittain ja silloin tällöin, kolme joskus ja kaksi harvemmin tai ei koskaan. Kaikki haastateltavat, nekin jotka kertoivat käyttävän asteikkokysymyksiä harvoin tai ei juurikaan, kuvailivat asteikkokysymykset ja niiden käytön suhteellisen samanlaisiksi. Haastateltavat käyttivät asteikkokysymyksiä erilaisten oireiden ja niiden vahvuuden kartoittamiseen. Haastateltavat mainitsevat tällaisina oireina mielialan, ahdistuksen, tunteet, ääniharhojen määrän ja voimakkuuden sekä kivun.

Asteikkokysymyksessä haastateltavat kertovat kysyvän potilaalta, mihin asettaisivat oman esimerkiksi ahdistuksen asteikolla 1-10. Potilas itse määrittää sen. Tämän jälkeen keskustellaan, miksi se on tämä kyseinen numero. Mikä sen on mahdollisesti laskenut tai nostonut. Seuraavalla kerralla keskustellaan uudestaan, mikä numero se on nyt ja miksi. Eräs hoitaja toi esiin, että kysyisi, mikä se oli viikko sitten ja voihan olla, että numero viisi olisi toiselle hyvä (ollut 1-2) ja toiselle huono (ollut 8). Pyrittäisiin näin selvittämään, mikä mielialaan on vaikuttanut. Voidaan myös kysyä, mitä pitäisi tapahtua, että se olisi parempi ja miksi kyseinen asia nostaisi mielialaa. Tai jos hoitaja huomaa mielialan parantuneen edellisestä, niin huomauttaa asiasta. Tähän voisi sitten palata aina hoidollisissa keskusteluissa ja kirjata ylös omahoitajakeskusteluihin. Eräs vastanneista mainitsi, että olisi hyvä selvittää, mitä ääripäät merkitsee kyseiselle potilaalle:

"Ja ehkä sitä... jos se kymppi on vaikka se paras, ni mitä se sit käytännössä ois ja mitä se ois sitte se nolla... et mitä se hälle tarkoittaa se vitonen just."

Vastanneista yksi toi myös esiin, että hän kysyisi, miltä esimerkiksi ahdistus potilaalla somaattisena tuntuu, miten se rajoittaa ja onko se muuttunut. Hän myös toi esiin, että potilaalta voisi kysyä, mitä potilas itse ajattelee siitä, mikä voisi helpottaa – onko potilaalla itsellä keinoja tähän. Esimerkkeinä haastateltava mainitsee rentoutumisen, toiminnallisuuden ja lääkkeen.

Eräs haastateltava toi esiin, että hänen mielestään potilaiden on ollut vaikeaa löytää numeroa sillä omalle ongelmalleen. Hän myös oli epäileväinen sen suhteen, millaisena potilaat asteikon kokevat. Toinen hoitaja koki, että vaikka potilaan oire olisi muuttunut numerosta kuusi numeroon kahdeksan, potilaiden on ollut vaikeaa löytää tekijöitä, mitkä muutoksen ovat aikaansaanee. Ja kun syytä asialle ei löydetä, saattaa tilanne jopa vaivata potilasta entisestään.

5.2 Loppuhaastattelu

Seuraavassa raportoin loppuhaastattelun tuloksista. Haastatteluun osallistui kahdeksan hoitoyöntekijää. Tutkimuskysymykseni on: Käytetäänkö tutkimusosastolla hoidollisissa keskusteluissa niitä ratkaisukeskeisiä menetelmiä, joita kehittämistyössäni olen tuonut esiin?

5.2.1 Ratkaisukeskeisyys

Kaikki haastateltavista osasivat nimetä piirteitä, joita keskeisesti ratkaisukeskeiseen työskentelyyn ja ajatteluun liittyy. Haastateltavat mainitsivat asiakaslähtöisen ajattelun, tavoitteellisuuden, potilaan omien voimavarojen etsimisen ja vahvistamisen. Seitsemän haastateltavaa korosti sitä ratkaisukeskeistä perustaa, että potilas itse on hoitosuhteessa työskentelijänä eikä henkilökunta anna suoria vastauksia eikä valmiita vaihtoehtoja. Kahdeksan haastateltavaa kahdeksasta toi esiin ajatuksen, että potilas on oman itsensä paras asiantuntija ja tämä tarkoittaa, että potilaan on mietittävä ja päätettävä itse se ongelmakohta, johon tarvitsee ratkaisua. Henkilökunnan ei kuulu päättää, miten asioiden tulee olla. Eräs haastateltava korosti myös sitä, että potilaan on mietittävä hänelle sopivat keinot ongelmien ratkaisemiseksi. Eräs haastateltavista sanoi ratkaisukeskeisyyteen liittyvän potilaan itsensä vastuuttamista. Henkilökunta on kaikessa työskentelyssä tukena.

"Ei tehä puolesta, mut autetaan ... ratkasemaan niitä. Tukena ollaan."

"Ja mitkä niin ku potilas kokee ongelmiksi, ettei me niin ku kerrota, miten asioiden pitäis olla."

"Eikä me aseteta tavallaan niitä ongelmia ja tavoitteita."

”Vastuutetaan niinku, tavallaan se vastuu enemmän siinä on asiakkaalla”.

Seitsemän haastateltavaa mainitsi tehtävät osana ratkaisukeskeistä hoidollista keskustelua. Eräs haastateltava kertoi antaneensa potilaalle tehtäväksi kirjoittaa ylös seuraavan päivän keskusteluun positiivisia asioita itsestään ja elämästään ja näistä on tarkoitus keskustella seuraavan päivän hoidollisessa keskustelussa. Kirjoittaminen osana hoidollisia keskusteluja mainittiin haastattelussa useaan kertaan keskustelun apukeinona. Kirjoittamisen hyötynä nähtiin, että potilas saa tuotettua ajatuksiaan helpommin mielestään ja muistaa ajattelemansa asiat keskustelussa, vaikka olisi esimerkiksi jännittynyt. Eräs haastateltu hoitotyöntekijä sanoi, että annetut tehtävät tulee helpommin tehtyä, kun ne pitää myös kirjoittaa ylös. Kaksi haastateltavaa toi esiin käyttäneensä konkreettista paperille kirjoittamista niiden potilaiden kohdalla, joilla on negatiivinen minäkuva ja kokevat itsetuntonsa heikoksi. Työskentelyssä oli kirjoitettu minäkuvaan liittyen asioita paperille tai fläppitaululle. Lisäksi kaikki kahdeksan haastateltavaa toivat esiin ratkaisukeskeisyyteen liittyvän tärkeänä osana positiivisen palautteen antaminen toisille.

Kaikki haastateltavat kertoivat, että läpikäydyissä ratkaisukeskeisissä menetelmissä oli monta keinoa, joita voivat käyttää kyseisellä osastolla. Viisi haastateltavista kertoi niitä hyödyntäneensäkin jo. Kuitenkin kaikki haastateltavat toivat esiin, että ratkaisukeskeisyys oli uusi asia ja että käytännön välineiden hahmottaminen vaatii kertausta ja harjoitusta. Neljä haastateltavaa kahdeksasta toi esiin, että uusien menetelmien omaksuminen omaan käyttöön vie aikaa.

”...siinä tuli niin paljon hyvää tietoo, mitä pystyy kyl hyödyntää, mut just se, että miten saa sen ulos itsestään täältä”.

Kuusi kahdeksasta haastateltavista koki hyvänä, että kehittämistyössä oli pohdintaa ratkaisukeskeisistä kysymyksistä – erityisesti avoimista kysymyksistä. Kuusi kahdeksasta tunnisti itsensä sen, että tulee kysyttyä asiakkaalta kysymys ja hetkenkin hiljaisuuden jälkeen lisäkysymys, johdatellaan ja tarjotaan vastausvaihtoehtoja. Tai tulee kysyttyä kysymyksiä, johon potilas voi vastata helposti ei tai joo. Kaikki kuusi totesivat, etteivät olleet aiemmin ajatelleet asiaa, mutta tunnistivat tämän heti itsessään.

”Mulle jäi mieleen avoimet kysymykset, et odottaa, et asiakas myös vastaa, eikä lähe heti (kysymään lisää). Se jäi kyllä mieleen ja sitä oon hyödyntäny. Tunnistin itseni siitä. Yrittää kaivaa esiin sen tiedon, minkä haluu.”

Haastateltavista kuusi totesi, että tulee aseteltua kysymyksiä niin, että saisi ajattelemansa vastauksen tai saisi nopeasti vastauksen. Kaksi haastateltavaa mietti, että potilas voi tämmöi-

sessä tilanteessa vastata, mitä arvelee henkilökunnan haluavan, jotta päästään vain eteenpäin.

”Kylhän nää potilaat saa vastaamaan just sitä, mitä sä haluat... Mut se ei välttämättä oo se mitä ne just aattelee, tai mist oikeesti on kyse tai hyötyä.”

5.2.2 Potilaiden omat tavoitteet

”..kylhän me tehdään yhdessä niitä määritellään ja kyl me kysytään myös potilaan oma tavoite myöskin.”

Kaikki kahdeksan haastateltavaa olivat huomanneet positiivisen muutoksen verrattuna aiempaan siinä, kuinka tavoitteita kysytään potilailta. Esimerkkeinä haastateltavat kertoivat, että tällä hetkellä myös lääkäri kysyy potilaalta, mitä potilas toivoo hoidolta. Henkilökunnan palavereissa pohditaan yhteisesti myös potilaan esittämiä toiveita ja tavoitteita. Aiemmin ei ole koettu tämän olevan niin vahvasti esillä. Neljä haastateltavaa toi esiin, että tavoitteiden asettelu on ollut aiemmin hyvin lääkärivetoista. Nyt tavoitteita määritellään enemmän yhdessä kolmikannassa eli potilas, lääkäri ja muu hoitohenkilökunta. Potilaalla ja hoitohenkilökunnalla koetaan näin olevan myös enemmän sanavaltaa kokonaihoidosta. Eräs haastateltava muisti, että joskus aiemmin potilaiden omista tavoitteista puhuttiin ja painotettiin niiden tärkeyttä. Tällöin hoitajat kysyivät keskusteluissa potilailta heidän omia tavoitteitaan ja ne kirjattiin hoitosuunnitelmiin, mutta sitten tämä jollain tavalla unohtui. Nyt tämä samainen hoitaja huomaa osastolla tulleen taas positiivista muutosta niin, että potilaan tavoitteita kysytään ja ne vaikuttavat potilaan hoitoon. Toinen haastateltava toi esiin, että aiemmin hoitajat kysyivät tavoitteita potilailta, mutta koska lääkäri ei ottanut niihin kantaa, niiden kysyminen loppui. Viisi hoitohenkilökunnan jäsentä toi esiin tyytyväisyyttä tämän hetken lääkärin toimintaan tavoitteiden asettamisessa ja muun hoitohenkilökunnan mukaan otossa.

Haastateltavista kuusi toi esiin hyviä puolia siitä, että potilaalta kysytään oma tavoite. Yli puolet haastateltavista koki sen lisäävän potilaan mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoon. Eräs haastateltava mainitsi, että itse asetetut tavoitteet motivoivat potilasta enemmän. Lisäksi arveltiin, että potilaan omien tavoitteiden korostus vähensi epärealistisia tavoitteita, joita potilas ei koe mahdolliseksi saavuttaa. Yksi haastateltavaa mainitsi, että tavoitteet, jotka on luotu ulkoapäin harvoin toteutuvat, vaikka kuinka osastohoidon aikana muutosta pyrittäisiin tekemään. Muut kolme ryhmän haastateltavista oli tästä samaa mieltä. Esiin tuotiin, miten yleistä ajoittain oli, että henkilökunta palavereissa teki suunnitelmia potilaan kohdalle eikä potilas välttämättä edes kokenut, että nämä asiat olivat hänelle ongelmia.

Haastateltavista kaikki kokivat potilaiden sanovan kysyttäessä pääasiassa tilanteeseen sopivia tavoitteita, toki ajoittain ne olivat myös kovin epärealistisia tai osaston kuntouttavaan profiiliin soveltumattomia. Eräs hoitaja tuo esiin, että välillä voi olla yllättävää se, miten pieniinkin tavoitteisiin potilaat ovat tyytyväisiä.

„..suurin osa osaa määritellä, et tää on nyt se mitä lähtee tavoittelee“.

“Välillä yllättää se, miten tavallaan jotenkin meidän näkökulmasta...mataliinkin tavoitteisiin jotkut potilaat ovat tyytyväisiä. Ne ei niinku haluakaan...kaiken parantavaa juttua. Ne on tyytyväisiä, ku on vähämpäänkin, mitä vois niinku olettaa.”

Kaksi haastateltavaa toi esiin, että potilailta on kysytty oma tavoite, mutta se ei välttämättä ole se, mihin suunnataan. Potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä voi olla eriävää näkemystä tavoitteista. Nämä kaksi haastateltavaa mainitsivat, että oli asetettava myös tiettyjä osaston profiiliin sopivia tavoitteita, jotta potilas voi lähteä toipumaan tai kuntoutumaan.

Seitsemän haastateltavaa kahdeksasta toi esiin, että hoitosuunnitelmaan kirjataan tällä hetkellä potilaan oma tavoite. Neljä haastateltavaa koki, että tällä hetkellä hoitosuunnitelmissa olevat tavoitteet ovat konkreettisia, mikä on hyvä asia. Haastateltavien kesken heräsi keskustelu siitä, millainen tavoite on hyvä, konkreettinen ja saavutettavissa.

“Välil siel näkee niin ku huonoja tavoitteita, jos tavoite on niin ku voinnin kohentuminen ...ymmärtääkö se potilas, mitä se tarkoittaa. Ne pitäs must olla vähän semmossii pilkotumpia ja arkisempia, niitten tavoitteiden, jotta se potilas niin ku pystyy niitä tavoittelee. Voinnin kohentuminen, ni millä sä mittaat sit? Jos se potilas tulee sanomaan huomenna, että nytte mun vointi on kohentunut, ni sithän se pitäs vähän niinku uloskirjata tavallaan.”

Viisi arveli tietävänsä suurin piirtein hoitoryhmäläisten tavoitteet. Kaksi haastateltavaa oli epävarmempia; he miettivät, tietävätkö he vain ne hoitotahon luomat tavoitteet. Yhden haastateltavan työnkuva on erilainen, eikä kuulu suoraan mihinkään hoitoryhmään.

5.2.3 Myönteinen poikkeus ja uudelleen määrittely

Kukaan haastateltavista ei muistanut, mitä käsitteellä myönteinen poikkeus tarkoitetaan. Puolet haastateltavista toi esiin, että muistavat siitä puhutun koulutuksessa ja että se oli järkevä menetelmä. Eräs haastateltava toi esiin, että termi on ollut hänelle jotenkin hankala ja että kadottaa siihen liittyvän ajatuksen helposti, vaikka oli sitä koulutuksen jälkeen materiaalien saannin myötä miettinytkin. Yksi haastateltava pohti, oliko myönteinen poikkeus sitä, jos potilaalla itsellä on jokin oma keino, jolla se esimerkiksi helpottaa ahdistustaan, niin tuetaan poti-

lasta siihen. Tai kun havaitaan jokin myönteinen piirre tai asia potilaassa tai potilaan toiminnassa, niin hyödynnettäisiin havaintoa jatkossa.

Uudelleen määrittelyyn neljä haastateltavaa yhdisti tavoitteiden määrittelyn uudelleen. Kaksi haastateltavaa pohti, että jos huomataan, etteivät vanhat tavoitteet toimi, voidaan uudet tavoitteet määrittellä tilanteen ja voinnin mukaan. Eräs haastateltava pohti epärealististen tavoitteiden määrittelyä uudelleen realistisiksi. Eräs haastateltavista muisteli, että uudelleen määrittelyssä oli kyse sen havainnoinnista, mikä potilaan kohdalla oli toiminut ja mikä ei, eli miten hoidossa kannattaa edetä.

“...katotaan, mikä on toiminu ja mikä ei ja miten tästä eteenpäin ja tehdään niitä muutoksia mahdollisesti. ”

Yksi haastateltavista toi esiin negatiivisen asian määrittämisen uudestaan. Sama hoitaja toi esiin myös käyttäneensä keskusteluissa potilaan käyttämiä sanoja. Haastateltava tuo esiin osastolla olevan potilaan, joka käyttää itse sanaa matalapaine, tarkoittaessaan negatiivisena kokemaansa vointia. Hoitaja käyttää keskusteluissa tämän potilaan kohdalla samaa potilaan valitsemaa määrittelyä. Tämä aihe herätti ensimmäisessä loppuhaastatteluryhmässä keskustelua siitä, miten merkityksellistä oli se, miten asioita esitettiin potilaille ja mitä sanoja käytettiin potilaille sekä se, että käytettäisiin mahdollisimman selkeitä ja helppoja ilmauksia. Eräs haastateltava mietti, ettei monikaan potilas uskalla kysyä, jos eivät olleet ymmärtäneet jotain sanaa tai kysymystä.

“Ei he varmaan edes tiedä, mitä tarkoittaa psykoedukaatio.”

“ja moni ei ehkä kehtaa kysyäkään. Niikun selvisi (potilas) kohdalla, että se ei ymmärtänyt ihan yksinkertaisia, siis meidän mielestä yksinkertaisia kysymyksiäkään. Et miten hän voi vastata, kun ei se tiedä, mitä sä kysytkään.”

5.2.4 Selviytyminen ja toivetilan määrittely

Kaikki haastateltavat toivat esiin puhuvansa potilaiden kanssa selviytymisestä. Neljä haastateltavaa toi esiin keskustelun selviytymisestä olevan erityisesti konkreettisia asioita, kuten ihmisen selviytymiskeinoja. Haastateltavat kertoivat keskustelevansa potilaan kanssa siitä, kuinka hän selviytyy arjen perustoiminnoissa tai kuinka selviytyisi, jos jokin asia muuttuisi. Eräs haastateltava toi esiin, että muun muassa tavoitteita tehtäessä voitiin kartoittaa, minkälainen selviytymiskyky potilaalla oli ollut ennen hoitoon tuloa. Missä asioissa oli ollut ongelmia ja tarvitsi apua. Neljä kahdeksasta toi esiin selviytymisen olevan ennen kaikkea kannustusta.

”Mä koen, et se on enemmän sellasta kannustamista ja tsemppaamista. On näillä aika monella se toivo vähän hukassa.”

Eräs haastateltava kertoi nyt viime aikoina kirjanneen potilaan kanssa paperille selviytymiskeinoja liittyen johonkin hankalaan, toistuvaan tilanteeseen. Esimerkiksi potilaan kohdalla, joka ahdistui kauppajonoissa. Haastateltava oli potilaan kanssa miettinyt, millä keinoin hän selviytyy kauppajonossa, kun tulee ahdistava tilanne. Valitut keinot potilas määritteli itse ja nämä keinot kirjattiin ylös. Haastateltava itse mainitsi tässä olevan sitä ratkaisukeskeisyyttä. Yksi haastateltava työntekijä kertoi tehneensä edeltäneellä viikolla käytännön ohjelman potilaan hankaliin ja uusiutuviin hetkiin. Potilas kutsui tätä ”kriisisuunnitelmaksi”. Suunnitelmaan oli kirjattuna potilaan itse määrittelemät ja valitsemat ratkaisukeinot tilanteen helpottumiseksi. Tämä kriisisuunnitelma mahtui taskuun ja potilaalla oli myös puhelimessaan kuva ohjelpusta. Muut haastateltavat ryhmässä pohtivat tämän vaikuttavan todella hyvältä ja toimivalta.

Kolme haastateltavaa toi esiin, että potilaan onnistumisia ja seikkoja, mitkä ovat menneet hyvin, tulisi herkästi nostaa esiin, koska ne voivat kohentaa toipumista. Samat kolme haastateltavaa toi esiin, että heidän mielestään selviytymisestä keskustelemiseen liittyi positiivisen palautteen antaminen potilaan onnistumisista. Yksi haastateltava toi esiin, että olisi tärkeää mahdollistaa potilaalle positiivisia kokemuksia omasta selviytymisestään. Tällaista voisi mahdollistaa sairaalahoidossa muun muassa luottamus vapauksia lisäämällä ja vastuuttaminen osastolta ulospäin. Kaksi hoitajaa mainitsi dialektisen käyttäytymisterapian menetelmien hyödyntämisen, minkä avulla vahvistetaan potilaan taitavaa käyttäytymistä.

Kaikki haastateltavat hoitotyöntekijät kertoivat puhuvansa tulevaisuuden toiveista ja toivetilasta potilaiden kanssa. Kaksi haastateltavaa toi esiin, että monien potilaiden oli helpompi sanoa toiveita kun tavoitteita. Tavoite oli hoitajien mielestä jäykkä sana, eivätkä potilaat välttämättä edes ymmärrä, mitä sillä tarkoitettiin. Eräs haastateltava totesi, ettei monikaan potilas ole välttämättä pystynyt minkäänlaiseen tavoitteelliseen toimintaan vuosiin ennen hoitoon toimitamista. Ajatus tavoitteellisesta toiminnasta saattaisi olla vierasta.

”Jotkut ei osaa välttämättä tavoitteita sanoakkaan, mutta kysyy toivetta, ni sitte siihen osaa paremmin ehkä vastata.”

Haastateltavien mukaan toiveista puhuminen tapahtui lähinnä tulevaisuuden suunnittelun kautta. Tähän liittyivät sekä hoidon aikaisen että hoidon jälkeisen elämän suunnittelu. Neljä haastateltavaa toi esiin pyrkineensä selvittämään hoidon jälkeisiä elämän toiveita. Yksi haastateltava sanoi kysyneensä toiveita tulevaisuuteen, jolloin osa potilaista on alkanut puhua hoidon aikaisista ja osa hoidon jälkeisistä toiveista. Hänen mielestään potilaiden sanomissa toiveissa oli enemmän hoidon jälkeisiä toiveita. Toinen haastateltava päinvastoin koki, että poti-

laat sanoivat vähemmän toiveita elämän suhteen. Eräs haastateltava toi esiin, että moni oli jäänyt miettimään toiveita elämään, kun ensimmäisen kerran on kysynyt ja ehkä vasta seuraavassa keskustelussa oli pystynyt sanomaan, mitä oli tulevaisuudesta miettinyt. Yksi haastateltava toi esiin, ettei tule kysyttyä kovin kaukaisia toivekysymyksiä, ehkä maksimissaan seuraavan vuoden aikaisia, koska oli kokenut, että potilaiden oli ollut vaikea tietää niin pitkän tähtäimen toiveita. Kolme haastateltavaa ei kommentoineet, tuleeko kysyttyä hoidon jälkeisiä toiveita vai pelkkiä hoidon aikaisia toiveita. Hoitohenkilökunnalla oli kokemus, ettei moni ole miettinyt konkreettisia toiveita elämälle, ennen kun niitä täällä kysytään. Eräs haastateltava mietti, että kannattaisi kirjata paperille potilaan toiveta tai tavoite, mitä kohti mennään, ja laittaa tämä esille potilaan huoneeseen, jotta paperin näkeminen muistuttaisi potilasta tulevasta.

Yleisin hoidon aikainen toive oli pois pääsy sairaalasta. Lähitulevaisuuteen liittyvä pohdinta oli neljän haastateltavan mielestä hyvin konkreettista ja siinä mietittiin lähinnä asumiskuvioita, kuten missä potilas tulee asumaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja miten arki muutoin tulee rakentumaan eli käykö jonkinlaisessa päivätoiminnassa tai jatkohoidossa. Hoidon jälkeisiä tavoitteita olivat pois pääsyn lisäksi olleet muun muassa käyminen toimintakeskus Oskussa, koulupaikan saanti, kotiutuminen omaan asuntoon, omassa asunnossa pärjääminen. Toinen ryhmähaastatteluryhmä pohti, ettei kaikilla potilailla ole ollut hoidon ulkopuolisia tavoitteita; Yksi haastateltava pohtii osan potilaista olevan sellaisia:

“Oman elämän velloja, joilla ei ... ole vuosikausiin ollut mitään tavoitetta kyllä.”

5.2.5 Asteikkokysymykset

Haastateltavista kaikki kahdeksan tiesivät, mitä tarkoitetaan asteikkokysymyksillä ja kuinka sitä voidaan hyödyntää. Haastateltavat mainitsivat käyttävänsä asteikkoa ahdistuksen, mielialan, hyvän tai huonon olon kartoittamiseen sekä kivun mittaamiseen. Eräs hoitotyöntekijä mainitsi käyttävänsä asteikkoa sen määrittelyyn, kuinka paljon tekee mieli päihteitä. Toinen haastateltava oli käyttänyt asteikkoa tilanteissa, jossa selvittää, kuinka hoidollinen kotijakso oli potilaan mielestä onnistunut. Eräs haastateltava mainitsee, että asteikkoa voi käyttää melkein minkälaisessa kysymyksessä vain.

Kaikki haastateltavat mainitsivat asteikkokysymyksiin liittyvän asteikon 0/1-10, johon asiakas voi määritellä tällä hetkellä vallitsevan kokemuksen. Esimerkkinä eräs hoitaja mainitsi kysymyksen kotijakson sujumisesta: Jos potilas antaa kotijaksolle arvosanan kahdeksan, voidaan miettiä, mitä tämä kahdeksan kyseiselle potilaalle tarkoittaa ja mitä pitäisi tapahtua, että se olisi 10. Toinen haastateltava lisäsi, että numeroa voi verrata edelliseen kertaan, kun sitä on samasta aiheesta kysytty. Eräs haastateltava hoitotyöntekijä kertoi juuri lukeneensa seuranta-

teksteistä, kuinka asteikkokysymystä oli käytetty. Potilas oli kertonut mielialan olevan neljä; edellisellä viikolla keskustelussa hän oli kertonut sen olevan kolme. Neljä haastateltavaa toi esiin, että asteikko kuvastaa hyvin oireita. Samat neljä haastateltavaa toi myös esiin, että todellinen asteikkokysymysten hyöty tulee siitä, kun tuloksia voi verrata.

”Nimenomaan, siinä tulee sit se arviointi siinä samalla. Ja sehän on se, mikä tekee sen järkeväksi.”

Yksi haastateltava mainitsi, että asteikon voi myös piirtää. Toinen mainitsi, että sitä voi käyttää myös ilman numeroita. Yksi haastateltava totesi, että on ajatellut kokeilla asteikon piirtämistä, kun hänelle tulee sopiva potilas.

Kysyin sekä alku- että loppuhaastattelussa myös muita menetelmiä tai työvälineitä, joita työyhteisössä käytetään ja joita lisäksi haastattelussa tuli esiin. Nämä seikat olivat osin ratkaisukeskeisiä. Tätä tietoa hyödynsin lokakuussa pitämässäni koulutuksessa. Esiin nousi paljon sellaisia seikkoja, joita uskoisin olevan kannattavaa jakaa koko yhteisölle riippumatta siitä, ovatko ne ratkaisukeskeisiä vai vain muuten hyödyllisiksi koettuja seikkoja. Periaatteessahan henkilökunta on itse ratkaissut ilmenneitä ongelmiaan, jos he löytävät toimivia käytänteitä yhteisössä.

Haastatteluiden perusteella hoitohenkilökunnan tietoisuus ratkaisukeskeisyydestä kasvoi. Suurimmat muutokset olivat nähtävissä ratkaisukeskeisen ajattelun hahmottamisessa, tavoitteiden määrittelyssä ja konkreettisten keinojen lisäämisessä osaksi hoidollisia keskusteluja. Tiedon lisääntyminen ratkaisukeskeisyydestä oli nähtävissä haastatteluissa esiin nousseista seikoista; Alkuhaastattelussa vain kaksi haastateltavaa kahdeksasta koki, että heillä oli jokin käsitys ratkaisukeskeisyydestä, kun taas loppuhaastattelussa vastaava luku oli kahdeksan kahdeksasta. Alkuhaastattelussa kaksi haastateltavaa nimesi ratkaisukeskeisyyteen liittyvän seikan, kun taas loppuhaastattelussa kaikki haastateltavat osasivat nimetä keskeisiä ratkaisukeskeisyyden peruspilareita.

Alkuhaastattelussa kolme haastateltavaa arveli ratkaisukeskeisyydessä potilaan olevan se, joka omia ongelmiaan ratkaisee. Kun taas loppuhaastattelussa kaikki kahdeksan haastateltavaa toi esiin, että potilas on ratkaisukeskeisessä työskentelyssä oman elämänsä paras asiantuntija, jolloin potilaan on itse päätettävä ongelma, jota potilas ratkaisee. Hoitohenkilökunta toimii tukijana. Tämä asiakaslähtöinen ja asiakasta vastuuttava ajattelu on ratkaisukeskeisessä työskentelyssä oleellista. O´Hanllon ja Weiner-Davis (1990, 22.) toteavat, että ongelman tulee olla potilaan itsensä esiin nostama ja potilaan valitsema. Ratkaisukeskeisessä valmennuksessa oleellista on asiakkaan oleminen tasavertaisena yhteistyökumppanina valmennussuhteessa ja vuorovaikutuksen tähtääminen yhteistyön syntymiseen. (Tarkkanen 1991, 39; Furman ja Ahola 2007, 5-6.) Asiakaslähtöisen ajattelun lisääntyminen hoidollisissa keskusteluissa kohentui merkittävästi kehittämistyön henkilöstön joukossa.

Alkuhaastattelussa yksi haastateltava toi esiin, että potilaan sitoutuminen ongelmansa ratkaisuun on tärkeää. Samoin alkuhaastattelussa yksi hoitaja mainitsi, että potilaan itse miettiessä ratkaisukeinot ongelmiinsa, ne ovat todennäköisesti realistisempia, kuin hoitajien määrittellessä keinot. Loppuhaastattelussa ratkaisukeskeisen ajattelun määrä oli lisääntynyt, jolloin seitsemän haastateltavaa korosti sitä ratkaisukeskeistä perustaa, että potilas on itse hoitosuhteessa tavoitteeseen sitoutunut työskentelijänä eikä henkilökunta anna suoria vastauksia eikä valmiita vaihtoehtoja. Kehittämistyön myötä haastateltavat siis olivat tulleet samaan ajatukseen kuin Furman, Pinjola ja Rubanovitsch (2014, 10–11), joiden mukaan ratkaisukeskeisessä ajattelussa merkittävää on, että ihmiset osaavat itse parhaiten asettaa omat tavoitteensa ja jokaisella ihmisellä on voimaa ja resursseja ratkaista omat ongelmansa. Asiakkaalla on siis tieto ja keinot päästä ratkaisuihin ja tavoitteisiin. Näin ollen asiakkaalle ei tuputeta omia ideoita tai näkemyksiä. Huotari ym. (2008) on yhtä mieltä todetessaan, että ulkoapäin ammatillisten asiantuntijoiden luomiin päämääriin on vaikeampi sitoutua. De Jong ja Berg (2013, 61-80) lisäävät, että käytännössä saatujen kokemusten mukaan asiakkaan sen hetkisten käsitysten

kyseenalaistaminen ei ole hyödyllinen lähestymistapa, koska se voi estää yhteistyön syntymisen. Työntekijät olivat tehneet havaintoja juuri siitä, kuinka ulkoapäin annetut ongelmat tai ratkaisukeinot eivät ole niitä, joihin potilas haluaa tai pystyy sitoutumaan, jolloin tavoitteita ei myös voida saavuttaa tai ylläpitää. Työntekijät toivat esiin saman, mitä de Shazer (1984), Andersson ja Goolishian (1988) sekä Riikonen (1992), joiden mukaan ihmiset tekevät mielellään niitä asioita, jotka tuntuvat heidän mielestä kannattavilta, järkeviltä ja tärkeiltä. Jos työntekijä pyrkii viemään asiakasta suuntaan, jota asiakas ei koe omakseen, voi yhteistyö muuttua kamppailuksi.

Alkuhaastattelussa kaikki haastateltavat näkivät tärkeänä, että potilaalla on tavoite, mutta samoin kaikki kahdeksan olivat sitä mieltä, ettei kaikilla potilailla välttämättä ole tavoitetta. Alkuhaastattelussa tavoitteiden asettamisen kohdalla haastateltavista kolme viittasi ratkaisukeskeisesti siihen, että potilaan itse tulisi valita tavoite tai nostaa esiin se asia, jota lähdetään ratkomaan. Samoin kolme hoitajaa koki, että on tärkeää suunnata kohti potilaan tavoitetta. Toisaalta tuotin esiin, että monen kuntoutuksen kohdalla suunnataan hoitotahon luomaa tavoitetta kohden. Alkuhaastattelussa potilaan rooli tavoitteiden asettamisessa tuli ilmi, mutta potilaan omaa tavoitetta ei korostettu. Saukkola (2010) toteaa, että muiden luomat tavoitteet ovat noin yleensä vastoin ratkaisukeskeistä ajattelua, paitsi laittomien tai täysin epärealististen tavoitteiden kohdalla. Ratkaisukeskeisydessä ajatellaan, ettei muiden luomista tavoitteista ole potilaalle todellista hyötyä, koska potilas ei anna itsestään kaikkea työskennellessään tällaista tavoitetta kohden. Sitoutuminen tapahtuu tärkeäksi ja kannattavaksi kokeman tavoitteen ja oman valinnan kautta. Loppuhaastattelussa kaikki haastateltavat mainitsivat, että tavoitteiden tulisi ensisijaisesti tulla potilaalta itseltään. Työntekijät olivat siis lisääntyvässä määrin tulleet samaan lopputulemaan, kuin Koss ja Shiang (1994, 674) sekä Gurman ja Kniskem (1981) tutkimuksissaan. Tutkimustulosten mukaan asiakkaiden itse määrittellessä tavoitteet hoidolle, he saavuttavat ja saavat ylläpidettyä niitä pidempään. Samaan johtopäätökseen päätyvät Beye-bach ym. (1996), Macdonald (1997) ja Sirles ym. (1993) tutkimustuloksissaan, joissa selkeän tavoitteen asettelu ja hyvän lopputuloksen yhteys oli selkeästi havaittavissa: kun tavoitteet on hyvin muotoiltu, tulee ihmisille vaikutelma, että niiden tavoittaminen on vain heistä itsestään kiinni.

Sundmanin (1995, 21) mukaan ratkaisukeskeisessä työskentelyssä pyritään pääsääntöisesti siihen, että ammatillisten verkostojen kohdalla työskentelyyn osallistuvat asiakkaan mielestä tärkeät ihmiset. Osapuolten osaamista ja voimavaroja hyödynnetään työskentelyssä tavoitteen saavuttamiseen. Loppuhaastattelussa kaikki kahdeksan haastateltavaa kokivat muutosta tapahtuneen osastolla potilaiden tavoitteiden asettelussa. Kaikki kahdeksan haastateltavaa koki, että tällä hetkellä potilaan tavoitteita ja toiveita kysytään sekä lääkärin että muun hoitohenkilökunnan taholta ja tavoitteet huomioidaan potilaan hoidossa. Kaikki kahdeksan koki, että potilaan hoitoa kohti tavoitteita pohditaan kolmikannassa, ja tässä on iso muutos suhteessa

alkuhaastatteluuun. Loppuhaastattelussa kuusi haastateltavaa mainitsi, miksi potilaan oma tavoite on tärkeä, alkuhaastattelussa näitä syitä ei tullut esiin.

Alkuhaastattelussa haastateltavat arvelivat tietävänsä osan potilaidensa tavoitteista, mutta vastaukset siitä, kuinka suuren osan potilaittensa tavoitteista he tietävät ja toisaalta oliko kyseessä potilaan oma tavoite vai henkilökunnan luoma tavoite, olivat epävarmoja. Vaikutelmaksi tuli, ettei haastateltavilla ollut selkeää kuvaa, tai vastaukset olivat ristiriitaisia siitä, kuinka hyvin potilaiden omia tavoitteita on kysytty, päivitetty ja kirjattu. Samoin epäselväksi jäi, onko henkilökunta tietoisia potilaiden tavoitteista osastolla tai omassa hoitoryhmässä. Loppuhaastattelussa viisi haastateltavaa arveli tietävänsä omien hoitoryhmäläistensä omat tavoitteet. Seitsemän loppuhaastatteluun osallistunutta arvioivat, että potilaan tavoite on kirjattu hoitosuunnitelmaan ja se on siellä konkreettisesti muodossa.

Ratkaisukeskeisessä työskentelyssä asiakkaalle annetaan yleensä kotitehtäviä (Adams ym. 1991). Kun alkuhaastattelussa yksi haastateltava mainitsi tehtävät osana ratkaisukeskeistä työskentelyä, loppuhaastattelussa vastaava luku oli seitsemän. Loppuhaastattelussa kolme haastateltavaa kertoi käyttäneensä ratkaisukeskeisen tehtävän antamista potilaalle viimeisen viikon aikana. Adamsin ym. (1991) tutkimustulokset osoittavat, että perheiden työskentelyssä, jossa tapaamisten välillä sovellettiin kotitehtäviä, nousi esiin kotitehtävittä työskennelleisiin verraten tavoitteiden selkeyttä ja perheen sisäistä yksimielisyyttä. Sekä työntekijät että ulkopuoliset tarkkailijat huomasivat, että perheissä, joissa hyödynnettiin ratkaisukeskeisiä kotitehtäviä, tapahtui suuremmassa määrin muutoksia, kuin muuhun työskentelymuotoon osallistuvissa perheissä. Adams ym. (1991) huomauttavat, ettei kotitehtävän tarkalla muotoilulla ollut edes vaikutusta tuloksellisuuteen, vaan ratkaisukeskeisen kotitehtävän läsnäololla. Osastolla työntekijät olivat alkaneet soveltamaan tehtäviä lisääntyvässä määrin hoidollisten keskusteluiden väleissä kehittämistyön myötä. He kokivat tämän lisäävän suunnitelmallisuutta ja valmistautumista puolin ja toisin. Koettiin, että monet aiheet, joista hoidollisissa keskusteluissa puhuttiin, olivat sellaisia, joita potilaat eivät välttämättä olleet pohtineet aiemmin halutusta näkökulmasta. Etukäteen annettu tehtävä vaati potilasta työskentelemään aiheen parissa, mistä nähtiin hyötyä itse keskusteluissa.

Alkuhaastattelussa henkilökunta arveli, että osastolla lienee ratkaisukeskeistä toimintaa, mutta tätä ei tiedetä, koska ei tiedetä menetelmiä. Tällöin myöskään ei voida kirjata eikä arvioida menetelmien tuomia tuloksia. Loppuhaastattelussa henkilökunnasta kaikki haastateltavat arvioivat, että ratkaisukeskeisiä menetelmiä hyödynnetään osastolla; viisi haastateltavaa kertoi jo hyödyntäneen koulutuksessa läpikäytyjä menetelmiä ja myös kirjaavansa ne. Kehittämishankkeen myötä löytyneitä käyttöön jo otettuja ratkaisukeskeisiä menetelmiä mainittiin loppuhaastatteluissa. Neljä työntekijää loppuhaastattelussa toi esiin kysymysten asettelun potilaille, erityisesti ratkaisukeskeisiä avoimia kysymyksiä oli alettu pohtia kehittämishankkeen

myötä uudella tavalla ja tätä tietoa oli jo hyödynnetty. Franklinin (1995) mukaan asiakaskeskusteluissa käytettävään puheeseen ja keskustelutekniikoihin on kiinnitettävä suurta huomiota, koska uskotaan tulkintojen muodostuvan ja säilyvän puheen välityksellä. Wampoldin (2001) mukaan potilaan ja terapeutin suhteen toimivuudella on merkittävän paljon vaikutusta tuloksille. Kehittämishankkeen myötä iso osa henkilökunnasta toi esiin havahtuneensa käytetyn kielen ja kysymysmuotojen merkitykseen.

Haastateltavat kertoivat sekä alku- että loppuhaastattelussa käyttävänsä asteikkokysymyksiä, mutta loppuhaastattelussa kaikkien haastateltavien taholta korostettiin juuri asteikkokysymysten hyötyä arviointimenetelmänä ja kuusi haastateltavaa mainitsi käyttävänsä tällä hetkellä asteikkoa muuhunkin kuin oireiden kartoittamiseen. Hirvihuhan ja Litovaaran (2003) sanoin ratkaisukeskeiseen työskentelyprosessiin sisältyy arviointia, joka tekee edistymisen seurannan mitattavaksi. Kuten systeemiteorian, myös ratkaisukeskeisen näkemyksen mukaan pienet muutokset johtavat suurempaan. Huomio kiinnitetään pieniin edistysaskeliin tai liikahduksiin. Toiminnassa huomioidaan ja nostetaan esiin pienetkin onnistumiset ja onnistumisen aiheet, ajatukset ja yrittämiset – riittää kun on jo liikahdettu oikeaan suuntaan. (O'Hanlon ja Weiner-Davis 1990, 118; Berg 1991, 9; De Shazer 1995, 71.) Toimintatapa voimaannuttaa ja antaa energiaa asiakkaalle. Organisaation, työyhteisön, prosessien tai työtapojen muutoksessa ei kannata haukata kerralla liian suurta palaa. (Hirvihuhta ja Litovaara, 2003, 57, 62.) Mielenterveytyöhön peilaten voidaan ajatella, että pienelläkin liikkeellä kohti päämäärää on merkitystä. Positiivinen liikahdus asiakkaan prosessissa voi olla alku suuremmalle kehitykselle. Työyhteisössäkin haastateltavat olivat havainneet, että asteikkokysymystä apuna käyttäen saadaan havainnot muutoksista ja liikehdinnästä näkyviksi ja konkreettisiksi, jolloin niihin pystyy sekä potilas että henkilökunta palaamaan myöhemmin ja käyttämään sitä vertailutietoa antavana välineenä. Asteikkoa arviointimenetelmänä oli osastolla alettu käyttää ja käyttö oli kirjattuna.

Myönteinen poikkeus koettiin käsitteenä hankalana molemmissa haastatteluissa, eikä haastateltuiden välillä löytynyt eroa muutoin, kuin että kaikkien haastateltavien mielestä käsite kuulosti loppuhaastattelussa tutulta toisin kuin alkuhaastattelussa, jossa yksi mainitsi käsitteen kuulostavan tutulta. O'Hanlonin ja Weiner-Davisin (1990, 35) mukaan myönteisen poikkeavuuden perimmäinen ajatus on kartoittaa, milloin ongelmaa ei potilaalla ole ollut tai milloin potilas on pystynyt toimimaan poikkeavalla tavalla verrattuna normaaliksi muodostuneeseen ei-toivottuun käyttäytymiseen. Myönteisessä poikkeavuudessa tarkoitus on selvittää, milloin asiat ovat viimeksi sujuneet hyvin ja potilas on onnistunut toimimaan toivotulla tavalla. Kontaktissa kaivetaan esiin tähän liittyvät seikat käyttäen avoimia, kartoitettavia kysymyksiä, jotka selventävät potilaalle itselleenkin, mikä on aiemmin mahdollistanut hyvän tilanteen. Nämä asiat kirjataan ylös näkyviin ja konkreettisesti sovitaan hyvien keinojen käyttöön otosta. (de Shaze 1995, 100-101, Berg 1991, 66.) Jostain syystä käsitteenä myönteinen poikkeus muodostui henkilökunnan keskuudessa hankalaksi muistaa, vaikkakin käsitteen taustalla oleva

merkitys koettiin toimivana. Menetelmässä hyvänä nähtiin se, että tällä keinoin voitaisiin avata keskustelua niiden hoidossa olijoiden kanssa, jotka mielellään puhuisivat vain menneistä.

Fumanin ja Aholan (1995, 62) sekä Bergin (1991, 96) mukaan uudelleenmäärittely on yksi ratkaisukeskeisyyden peruskivistä. Uudelleenmäärittelyllä tarkoitetaan negatiivisen ongelman nimeämistä positiivisella ilmaisulla, jossa on mukana tavoitteellista ajattelua. Myönteisellä ajattelulla tuetaan henkilön vahvuuksia. Uudelleenmäärittelyyn liittyy myös vahvasti kieltojen muuttaminen toiminnanohjeiksi ja näin koko puhetyylin opettelu ratkaisuun ja toivottuun tilaan tähtääväksi. Alkuhaastattelussa uudelleen määrittely koettiin lähinnä tavoitteiden uudelleen määrittelemisenä tilanteiden muuttuessa, mutta loppuhaastattelussa kaksi haastateltavaa toi esiin ratkaisukeskeisen ajattelun mukaisesti negatiivisen asian uudelleen määrittelyn ja yksi hoitaja mainitsi käyttävänsä hoidollisissa keskusteluissa asiakkaan käyttämiä ilmaisuja, kuten uudelleenmäärittelyssä muun muassa Fuman ja Ahola (1995, 62-63) ratkaisukeskeisesti suosivat. Samassa yhteydessä loppuhaastattelun molemmissa haastatteluryhmissä nousi esiin, että olisi tärkeää miettiä, millaista kieltä henkilökunta kuntoutujille käyttää. Erityisesti mietittiin, ettei tulisi käyttää sanoja, joita kuntoutujat eivät välttämättä ymmärrä tai ainakin automaattisesti silti selvittää vaikean sanan merkitys tai varmistaa sanan ymmärtäminen. Tällaisina sanoina nähtiin esimerkiksi tavoite ja psykoedukaatio. Tätä asiaa ei pohdittu alkuhaastattelussa.

Kaikki haastateltavat toivat esiin, että hoidossa olevien on helpompi tuoda esiin toiveita kuin tavoitteita. Alkuhaastattelussa tämän toi esiin kaksi haastateltavaa, kun taas loppuhaastattelussa tämän toi esiin kaikki haastateltavat. Toivetilan kysymisenä nähtiin sekä hoidon aikaisten toiveiden, että hoidon jälkeisten toiveiden kysyminen. Alkuhaastattelussa kolme toi esiin kysyvänsä aina potilaalta hoidon jälkeisiä toiveita, kun taas loppuhaastattelussa vastaava luku oli kuusi haastateltavaa. Keistisen (1999, 22-24) tutkimuskokemusten perusteella ihmisiä innostavat enemmän unelmat, toivetilat ja niihin liittyvät konkreettiset tavoitteet, kuin ongelmiin syventyminen. Toiveiden kartoittamisen ohessa De Sharter (1995, 128) ja O'Hanlon ja Weiner-Davis (1990, 123, 126) kehottavat selvittämään, onko joku haaveen osio tapahtunut asiakkaalle joskus aiemmin ja jos on, niin millä tavoin. Näin voidaan saada asiakas pohtimaan ja tuomaan esiin enemmän ongelmattomia asioita ja pohtimaan päinvastoin onnistumisia. Potilaan kuvaillaessa ongelmattomia asioita hän huomaamatta kuvailee myös ratkaisua ongelmaansa. Haastatteluissa ei tullut esiin, että henkilökunta olisi vielä käyttänyt tällä tavoin toiveiden kartoittamista tai toivetilan määrittelyä. Henkilökunta oli kuitenkin havahtunut siihen tosiasiaan, että hoidossa olevien oli helpompi määrittää toiveita kuin sanana osalle hankalia tavoitteita. Ratkaisukeskeisyydessä on tavoitteena suunnata keskustelua tulevaisuuteen ja koetaan tärkeäksi, että potilas osaa heittäytyä haaveilemaan epärealistiseltakin sillä hetkellä kuulostavia asioita (Saukkola 2010). Myös Makkonen (1995,22) toteaa, että haaveilun avulla ihmisen tavoitteet selkeytyvät ja elämänsuunta paranee. Unelmointi on tavoitteen testaamis-

ta. Unelmointi voi olla alku toteutukselle. Ratkaisukeskeisyydessä ajatellaan, että jos ei uskalla haaveilla, asiat eivät todennäköisesti vain itsestään lähde etenemään. Osa hoitajista oli tämän kaltaista ajattelua sisäistänyt, toisilla haastateltavista oli kokemus, että potilaiden on vaikeaa haaveilla pitkän tähtäimen unelmia, mistä syystä tätä ei juuri edes kysytty. Oli keskitytty lyhyen aikavälin toiveisiin.

Sekä alku- että loppuhaastattelussa kaikki haastateltavat kertoivat puhuvansa hoidossa olevien kanssa selviytymisestä. Koettiin, että selviytymisestä puhuminen on sekä toivon luontia ja kannustusta että konkreettisia selviytymiskeinoja. Molemmissa haastatteluissa puhuttiin konkreettisten selviytymiskeinojen läpikäynnistä potilaiden kanssa ja tätä kertoi tehneensä kaikki haastateltavat. Loppuhaastattelun toisessa haastatteluryhmässä nostettiin erityisesti esiin, ettei selviytyminen ole pelkkää tsemppaamista, vaan myös konkreettisten positiivisten onnistumisien esiin nostamista ja palautteen antamista näistä. Berg (1991, 75) toteaa, että ratkaisukeskeisyydessä selviytymiseen liittyvillä kysymyksillä on tarkoitus kartoittaa asiakkaan omia selviytymiskeinoja ja vahvistaa niistä hyväksi koettuja. O'Hanlon ja Weiner-Davis (1990, 123) toteavat, että asiakkaan huomattessa omaavansa hyviä keinoja selviytyä, hän oppii tiedostamaan omat voimavaransa ja vahvuutensa. Tässä yhteydessä tarkoitetaan juuri konkreettisia selviytymiskeinoja, joita ihmiseltä on menneestä löydettävissä. Yksi haastateltava sanoi loppuhaastattelussa, että olisi tärkeää mahdollistaa potilaille positiivisia kokemuksia omasta selviytymisestä, muun muassa vapauksien myötä. Lisäksi kaksi työntekijää loppuhaastattelussa kertoi tehneensä viimeisen viikon aikana asiakkaan kanssa paperille toistuvaan ahdistavaan tilanteeseen konkreettisen toimintaohjeen, jonka sisällön asiakas oli itse valinnut. Ohje oli valokuvana puhelimesta, josta asiakas pystyy tilanteen tullessa katsomaan, mitä piti tehdä.

Ratkaisukeskeisyydessä pyritään käytännönläheisyyteen ja konkreettiseen tukeen asiakkaan pulmissa (Huotari ym. 2008). Ratkaisukeskeisyyden painottama konkreettinen tärkeys tuli loppuhaastattelussa esiin useassa eri kohdassa, muun muassa puhuttaessa tavoitteista, suunnitelmista, hoidollisten keskusteluiden annista ja tavasta, jolla potilaan kanssa toimitaan. Alkuhaastattelussa konkretia ei tullut näissä määrin esiin, vain konkreettisten suunnitelmien puute mainittiin haasteellisten potilaiden kohdalla.

Merja Anis (1999, 29) tuo Stakesin kirjallisuuskatsauksessaan esiin, että eri tutkimustuloksista voidaan päätellä, että ratkaisukeskeisessä työskentelyssä on onnistuttu tavoitteissa merkittävässä määrin, kun asiakkaat oppivat löytämään omia voimavarojaan ja kykyjään sekä ottamaan niitä käyttöönsä. Loppuhaastattelussa haastateltavat toivatkin esiin ratkaisukeskeisen työskentelyn olevan ihmisen omien voimavarojen etsintää ja vahvistamista, alkuhaastattelussa näitä ei ilmennyt. Loppuhaastattelussa kaikki haastateltavat mainitsivat myös positiivisuuden ja positiivisen palautteen antamisen kuuluvan ratkaisukeskeisyyteen, tätäkään seikkaa kukaan haastateltavista ei maininnut alkuhaastattelussa. On merkittävää, että haastateltavat olivat si-

säistäneet voimavarojen ja positiivisuuden merkityksen ratkaisukeskeisessä työskentelyssä ja että he toivat loppuhaastattelussa tämän kaikkien haastateltavien voimin esille. Mannström-Mäkelän ja Saukkolan (2009, 46-49) mukaan ratkaisukeskeisessä työskentelyssä tarkoituksena on juuri voimavarojen, vahvuuksien ja toiveikkuuden nostaminen keskustelun keskipisteeksi. De Jong ja Berg (2013, 22-23) lisäävät, että työskentelyssä pyritään etsimään ja hyödyntämään asiakkaan omia taitoja ja osaamista pulmien ratkaisemisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa sekä vahvistamaan ihmisen myönteistä kehitystä. Ratkaisukeskeisyteen liittyy ajatus, että ihminen tekee parhaansa. Sen mikä on mahdollista juuri nyt. Epäonnistuminen käännettään mahdollisuudeksi oppia. (Saukkola 2010.) Tällainen ratkaisukeskeinen ajattelu on anteeksiantavaa.

Muun muassa asiakkaan kanssa toimintaohjeen teon, asteikkokysymysten arviointiperusteisen käytön, ratkaisukeskeisten kysymysten oivaltamisen, tehtävien käytön, asiakaslähtöisen ajattelun ja voimavarojen esiin noston perusteella voidaan päätellä, että kehittämishankkeen myötä hoitotyöntekijöiden ongelmanratkaisukyky oli monipuolistunut ja ratkaisuissa oli lisääntynyt konkreettiset keinot. Ongelmanratkaisutaitoja korostaa myös Zimmerman ym. (1997, 138-140) todetessaan, että ratkaisukeskeisen työskentelyn myötä ongelmanratkaisukyky on lisääntynyt ja ratkaisut ovat sisältäneet enemmän konkreettisia keinoja. Tätä ajatusta voinee laajentaa asiakkaista myös hoitotyöntekijöihin.

7 POHDINTA

Kehittämishanke eteni alusta asti antoisasti. Suuri kiinnostukseni valitsemini aiheisiin johdatti etenemään melko rivakasti, enkä työskennellessäni tuntenut juuri minkäänlaista taakkaa har-teilla. Olin luonut aikataulun, josta halusin pitää kiinni. Aikataulu loi kiintopisteitä, jotka oli jo kehittämistyön alussa sovittu työantajaosapuolen kanssa. Tämä vahvisti aikataulullisia raameja. Työn aikana kohtasin toki hetkiä, jolloin jouduin pysähtymään tekeleeni äärelle pohtimaan, olenko suuntaamassa sinne, mihin oli tarkoitus. Ajoittain parin päivän etäisyys tekeleeseen ratkaisi ongelmia kuin itsestään.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen validiteetti muodostuu etukäteen kirjallisuuden pohjalta määritellystä aineistosta. Mietin tarkoin valitsemaani tiedonkeruumenetelmää, jota käyttäisin. Pohdin alussa tutkimusai-
neistoni keräämistä osaston dokumenteista. Ajatuksena oli tällöin toteuttaa tutkimus käymällä läpi osastolla hoitotyössä käytössä olevia dokumentteja viikon ajalta kehittämishankkeen alus-
sa ja lopussa. Dokumenteista olisi selvitetty ratkaisukeskeisten menetelmien käyttöä hoidolli-
sissa keskusteluissa ja vertailutieto olisi saatu alussa ja lopussa uusittavan dokumenttien kar-
toituksen myötä. Sopiessani kehittämishankkeen toteutusta työnantajaosapuolen kanssa, pu-
huimme eettiseltä toimikunnalta dokumenttien käyttöön tarvittavista luvista, joiden saantiin
voisi kesäajankohtana mennä useampi kuukausi. Olin valmis aloittamaan tutkimuksellisen
osuuden jo noihin aikoihin, joten viivästyminen olisi ollut aikataulullinen takaisku. Toisaalta ta-
voite oli tehdä hyvin onnistunut opinnäytetyö. Punnittuani vaihtoehtoja parin päivän ajan,
mietin, että tässä opinnäytetyössä oli kyse osaston kehittämishankkeesta, jonka tarkoitus oli
olla osaston henkilökuntaa herättelevä, voimaannuttava, opettava, ja ihanteena oli saada
käyttökelpoista tietoa kyseisen osaston kehitystyöhön. Lisäksi omaan tyyliini sopi mahdolli-
simman vankka henkilökunnan osallistaminen. Juuri näitä asioita oli tarkoitus tavoitella, kun
tätä kehittämishanketta lähdettiin rakentamaan. Pohdinnan perusteella minulle valkeni, että
tahdoin ehdottomasti osallistaa hoitotyöntekijöitä haastatteleamalla heitä ratkaisukeskeisyydes-
tä. Dokumentteja läpikäymällä olisi luultavimmin saatu erittäin realistinen kuva ratkaisukes-
keisten menetelmien käytöstä. Ajattelen kuitenkin, että valitun aineistonkeruumenetelmän
myötä, aihetta saatiin paremmin syvennettyä työyhteisön kehittämisen ja työntekijöiden he-
rätteleminen näkökulmista.

Haastattelujen toteuttaminen paljastui mielestäni onnistuneeksi valinnaksi tämänkaltaisessa
toimintatutkimuksessa. Haastatteluiden avulla vankistui henkilökunnan rooli kehittämishank-
keessa ja työyhteisön oli herättävä pohtimaan omaa ja osaston toimintaa ja sen kehittämistä
– tämä herääminen tapahtui haastatteluissa kuin itsestään. Henkilökunnan osallisuus koski
luonnollisesti parhaiten heitä, joita haastateltiin sekä kehittämistyön alussa että lopussa. Heitä

oli yhteensä kuusi työyhteisön jäsentä. Tämän lisäksi oli neljä, jotka osallistuivat joko alku- tai loppuhaastatteluun. Osa työyhteisöstä ei näin ollen osallistunut kumpaankaan haastatteluun ja huonolla tuurilla saattoivat vuorotyöstä johtuen olla pois myös kehittämishankkeen aikana pidetyistä osastotunneista. Heidän kohdallaan kehittämishanke kulminoitui pelkkään koulutukseen.

Haastatteluiden ryhmämuotoisuus on todettava hyväksi valinnaksi sen antoisan keskustelun perusteella, jota jokaisessa ryhmässä nähtiin. Työyhteisön jäsenet innostuivat aidosti pohtimaan teemoja, joita haastatteluissa käytiin läpi ja miettimään sekä työyhteisössä olevaa että omaa henkilökohtaista työskentelytapaa. Ryhmänä toteutettavissa haastatteluissa haastateltavat saivat tukea toinen toisiltaan ja he auttoivat myös toisiaan muistamaan asioita. Toisaalta epävarmaksi jää, käyttävätkö kaikki haastatteluun osallistuneet metodeja, joita haastatteluissa ilmeni, vai oliko osan kohdalla kyse enemmänkin siitä, että jonkun haastateltavien mainitsema asia muistettiin tai koettiin siinä tilanteessa käyttökelpoiseksi. Toisaalta heräsin pohtimaan, olisiko parihaastattelussa päästy syvemmälle jokaisen haastateltavan ajatuksiin verrattuna kolmen- ja neljän hengen ryhmiin, joissa puheenvuorot jakautuvat ja kaikki eivät välttämättä sanoneet kaikkia mielessä olleita ajatuksia tai ajatus unohtui muiden puheenvuorojen aikana. Monesti haastateltavat totesivat ajatelleen samaa, kuin joku toinen, vaikka alkujaan hän olisi saattanut esittää asian hieman eri tavoin tai eri vivahtein. Parihaastatteluissa olisi mahdollisesti menetetty yhteisöllinen herääminen, joka sitä vastoin ryhmänä toteutetussa haastattelussa koettiin. Kuten neljännessä (4.3) kappaleessa, mikä koski aineiston hankintaa, mainitsin, pyrin valitsemaan kattavan otannan henkilökunnasta ja haastattelemaan heitä tarkoin mietityin kysymystenasetteluin. Alku- ja loppuhaastatteluiden välillä jouduttiin kuitenkin vaihtamaan kaksi haastateltavaa, mikä luonnollisesti voi vaikuttaa tutkimustuloksiin. Toisaalta tarkoitus oli selvittää kyseisen osaston tietoisuutta ratkaisukeskeisestä ajattelusta ja menetelmistä, ja haastatteluihin osallistuikin kahdeksan henkilöä sekä ennen että jälkeen koulutuksen.

Haastatteluissa nousi esille niitä asioita, jotka tutkimuskysymysten kannalta olivat tarpeellisia eli saatiin dataa siitä, onko kyseisellä osastolla ratkaisukeskeisyys käsitteenä tuttu ja käytetäänkö hoidollisissa keskusteluissa niitä ratkaisukeskeisiä menetelmiä, joita kehittämistyössä tuotiin esiin. Tosin teemahaastatteluun liittyen, olin haastattelijana asettanut sanat hieman erilaisiin muotoihin eri ryhmien kohdalla ja myös teemojen läpikäyntijärjestys vaihteli. Tämä voi osaltaan olla vaikuttamassa vastauksiin.

Haastattelukysymysten valikoinnissa koin osittain hankaluutta. Kysymykset, joita haastattelussa kysyttiin, olivat mielestäni onnistuneita ja sen kautta saatiin vastauksia. Joitain ratkaisukeskeisiä seikkoja, muun muassa ratkaisukeskeisyyteen oleellisesti liittyvää kysymysten merkitystä, kuten kysymysten asettelua tai avointen kysymysten käyttöä, oli haasteellista asettaa kysymykseksi alkuhaastattelussa, koska ratkaisukeskeisyys aiheena oli työntekijöille uusi ja kä-

sitteet vieraita. Koin hanakalana irrottaa ratkaisukeskeisiä osa-alueita kokonaisuudesta ehkä juuri siksi, että ratkaisukeskeisyydessä on kyse monin tavoin kokonaisvaltaisesta tavasta ajatella ja toimia. Koin, että olisin joutunut liiaksi johdattelemaan haastateltavia muun muassa edellä mainittuun kysymysten asettelun teemaan, jolloin tutkimuksen luotettavuus olisi kärsinyt. Pyrin tarkkailemaan haastatteluja sillä otteella, josko näistä seikoista tulisi asioita ilmi; esimerkkinä mainittakoon, että alkuhaastatteluissa kukaan haastateltavista ei puhunut asiakkailta kysymisen ja kysymysten oleellisuudesta tai kysyjän käyttämän kielen oleellisuudesta. Loppuhaastattelussa oikeanlaisten, kuten avoimien kysymysten käytön mainitsi omaaloitteisesti neljä ja kuusi pohti selkeän ja ymmärrettävän kielen käytön oleellisuutta asiakkaan kanssa. Myöskään positiivisuuden teema ei tullut alkuhaastattelussa esiin, toisin kuin loppuhaastattelussa kaikkien haastateltavien sanomana.

Tutkimuksen reliabiliteettia mietittäessä kiinnitin huomiota luotettavuuteen ja johdonmukaisuuteen. Haastattelijana vältin tarjoamasta tai johdattelemasta haastateltavia valmiisiin vastauksiin, vaan annoin haastateltavien puhua vapaasti. Etukäteiset käsityksieni eivät vaikuttaneet tutkimuksen suorittamiseen, sillä se olisi voinut osaltaan vaikuttaa tulokseen. Subjektiiiviset ennakoajatukset eivät saa muuttaa aineistoa, jota olemme analysoimassa. Edeltä määritellyn tarvitsemani aineiston perusteiden pysin tutkijana objektiivisena.

Olen aiemman kokemukseni ja kirjallisuuden teoreettiselta pohjalta perehtynyt ratkaisukeskeyteen ja näin ollen ratkaisukeskeiset menetelmät ovat minulle tuttuja ja abstrahoitavissa. Jätin tulosten raportointiin myös suoria lainauksia haastateltavien sanomina. Haastattelunauhoitukset ja litteroidut tekstit olivat ainoastaan minun käytössäni salasanan takana ja ainoastaan itse tiesin lyhenteet haastattelimilleni henkilöille. Kukaan haastateltava ei ole tunnistettavissa opinnäytetyön raportoinnista. Haastatteluihin liittyvät alkuperäismateriaalit hävitetään heti opinnäytetyön valmistuttua. Nämä menettelyt kerroin myös jokaisen ryhmähaastattelun aluksi.

7.2 Kokemuksia

Työyhteisön näkökulmasta haastatteluiden tärkeimpänä antina lienee se yhteisöllinen herääminen, jota syntyi. Alkuhaastatteluissa esiin nousivat erityisesti osaston hoidollisten keskusteluiden sisältö, käytetyt menetelmät ja toiveet keskusteluiden suunnitelmallisuudesta. Haastatteluissa tuotiin avoimesti esiin tiettyjä potilastilanteita, jotka koettiin erityisen raskaina ja haasteellisina ja joihin toivottiin käytännönläheisiä menetelmiä. Nämä toistuivat jokaisessa ryhmässä samanlaisina. Esiin nousi sekä parannusehdotuksia että osan henkilökunnan jo suosimia menetelmiä, joita ehdottomasti kannattanee levittää myös muille työntekijöille ja näin lisätä koko yhteisön osaamista. Lisäksi haastateltavat muistelivat keinoja, joita yksittäisten potilaiden kohdalla on vuosien saatossa käytetty ja joita voisi työyhteisön mukaan käyttää enene-

vissä määrin. Myös tavoitteiden asettelun käytänteet, erityisesti potilaiden omien tavoitteiden asettelu, pohditutti haastateltavia.

Eritoten alkuhaastattelun jälkeen työntekijät kokivat, että haastattelu oli toiminut herättelijänä ja jokaisen ryhmähaastattelun jälkeen työntekijät mainitsivatkin ajatusten olevan täynnä erilaisia kehittämisaatuksia. Loppuhaastattelussa haastateltavien ajatuksissa oli suurissa määrin kehittämishankkeen koulutuksellinen osuus. Työntekijät kertoivat koulutuksen tuomasta an-nista – mieleen jääneistä menetelmistä, tiedoista ja käytännön potilasesimerkeistä, ja pohtivat niitä suhteessa omaan ja osaston toimintaan. Haastateltavat paneutuivat molemmissa haas-tatteluissa myös puhututtaviin potilastapauksiin ja loppuhaastatteluissa pohtivat muun muassa todennäköisiä neuropsykiatrisia potilaita, joita osastolla on lähivuosina hoidettu, mutta joiden neuropsykiatrista problematiikkaa ei ole havaittu. Näiden potilaiden oirehdinta sopi juuri tähän uuteen neuropsykiatriseen tietoon. Itse ohjailin haastatteluissa kuultua keskustelua tarkenta-vin kysymyksiin ja kaikkien ryhmässä oljoiden mielipiteitä kysyen.

Koulutustilaisuuteen osuudelleni oli varattu yhteensä noin kolme ja puoli tuntia aikaa käydä läpi neuropsykiatriaa ja ratkaisukeskeisyyttä. Sekä teoriaa että haastatteluissa nousseita asioi-ta yhdistämällä kehittämishankkeen kannalta oleelliseen koulutustilaisuuteen muodostui nä-kemykseni mukaan juuri tämän osaston potilasryhmälle painottuvaa materiaalia ja käytännön menetelmiä. Koulutustilaisuudessa lähdettiin liikkeelle teoreettisemmasta neuropsykiatriasta ja siirryttiin siitä käytännönläheisempään ratkaisukeskeisyyteen. Toki luento neuropsykiatriasta sisälsi hyvään hoitoon liittyviä ratkaisukeskeisiä menetelmiä pitkin luentoa. Koulutuksessa oli aktiivinen yleisö, joka otti mukavasti osaa neuropsykiatriseen aiheeseen kertomalla omia esi-merkkejä, kokemuksia ja ihmetyksiä aiheesta. Tämä oli erittäin tervetullutta keskustelua, mut-ta nipisti luonnollisesti aikaa ratkaisukeskeisyyden osuudesta. Koulutuksen ratkaisukeskeisessä osuudessa käytiin läpi ratkaisukeskeistä ajattelua ja sitä, miksi ja millaisissa tilanteissa sitä käytetään. Läpikäytiin erilaisia menetelmiä, joita erilaisissa potilastilanteissa voisi hyödyntää. Tehtiin myös kaksi harjoitusta. Olin valmistautunut koulutukseen reilulla materiaalimäärällä. Osa käytännön menetelmistä, joita yhä olisin halunnut henkilökunnan kanssa käydä läpi, jäi-vät aikarajan täyttymisen vuoksi käymättä.

Koulutuksen sisältö herätti haastateltavissa monenlaista pohdintaa. Koulutuksen aiheet koet-tiin tarpeellisiksi heidän työhönsä ja oltiin sitä mieltä, että tieto kohdistui juuri heidän poti-laisiinsa. Neuropsykiatrinen osuus oli työntekijöiden mielestä ollut erityisen hyödyllinen johtu-en siitä, että suurelle osalle kuulijoista tieto oli uutta ja kuitenkin niin oleellista. Koulutuksen myötä henkilökunta koki ymmärtävänsä, mistä neuropsykiatrinen oirehdinta johtuu ja että ky-se on juuri aivotoiminnan poikkeavuudesta ja keskushermoston kehityksestä. Henkilökunta koki saaneensa tietoa siitä, miten poikkeavuus ilmenee ulospäin ja millaisia oireita potilaalla it-sellään on. Myös suhde liitännäisoiireisiin ja herkkyys riippuvuuteen eri stimulantteista, eritoten

päihdeistä, nähtiin erityisen puhuttelevaksi tiedoksi – hoidetaanhan osastolla juuri moniongelmaisia 2D- ja 3D-potilaita. Neuropsykiatrisen koulutuksen koettiin oikovan omia luuloja, lisäävän ymmärrystä ja samalla taitoa kohdata ja tukea toimivin menetelmin näitä potilaita. Ylipääntään sairauden havaitsemiseen – diagnosointiin – jatkossa koettiin koulutuksen sisällön tuke-
neen. Henkilökunta arvosti käytännönläheistä lähestymistapaa neuropsykiatriasta koulutuksessa, ja kokivat näillä keinoin sisällön jääneen mieleen. Henkilökunta havahtui ymmärtämään oirehdinnan yleisyyttä ja sitä, kuinka tulevaisuudessa diagnosoitujen määrä tulee jatkuvasti lisääntymään ja näin näkymään enenemässä määrin esikoissairaanhoidossa myös aikuisten puolella. Tätä tietoa vasten koulutuksen ajankohta nähtiin tarpeellisena.

Kuten aiemmin olen maininnut, ratkaisukeskeisyys oli pääasiassa henkilökunnalle uusi asia, mutta koettiin, että ratkaisukeskeinen ajattelu ja menetelmät oli helposti sovellettavia ja käytäntöön tuotavissa. Osastotyössä koetaan jatkuvasti painetta hoitojaksojen lyhentämiseen ja nopeampaan kotiuttamiseen, ja tätä ajatellen ratkaisukeskeiset konkreettiset ja asiakasta vastuuttavat menetelmät nähtiin mielenkiintoisina ongelmakeskeisen ajattelun rinnalla. Tämän reilun kolmetuntisen koulutuksen aikana hoitohenkilökunta sai valtavan määrän neuropsykiatrista ja ratkaisukeskeistä tietoa, jota tuossa ajassa ei pysty millään sisäistämään. Onkin henkilökunnan jäsenistä itsestään kiinni, kuinka aktiivisesti he kertaavat koulutuksen jälkeen saamaansa materiaalia ja uskaltavat lähteä menetelmiä kokeilemaan.

Kehittämistyön aikana, erityisesti henkilökunnan haastatteluissa, työyhteisössä nousi esiin kehittämisaikajatuksia osaston hoidollisiin keskusteluihin. Kehittämisasioiden ja hyväksi havaittujen menetelmien määrä oli suhteellisen suuri, joten näin tämän jopa jonkinlaisena sivuhaarana tutkimukselleni. Kommunikatiiviseen toimintatutkimukseen sisältyy juuri oletamus, että tutkimuksen kohteena oleva yksikkö tuo itse esiin olennaiset ja kehittämistä vaativat asiat avoimessa dialogissa ja itsereflektoinnissa. Työntekijä on kommunikatiivisessa toimintatutkimuksessa työnsä asiantuntija ja aktiivinen muutosten liikkeellepanija. Haastatteluissa esiin tulleet aiheet olivat tärkeä osa hoidollisten keskusteluiden kehitystyötä riippumatta siitä olivatko kehitysaikajatuksia perinteisellä tavalla ratkaisukeskeisiä. Loppujen lopuksi käytännöntyössä huomattavat toimivimmat työmuodot ja niiden avulla vaikuttavampaan työskentelyyn tähtäävät toiminnot ovat sinänsä ratkaisuun pyrkivää ja näin ollen ratkaisukeskeistä. Henkilökunnan haastatteluissa esiin nousi monia tärkeitä huomioita hoidollisten keskusteluiden käytännön järjestelyistä, sisällöstä, hyväksi havaituista keinoista ja potilaiden erilaisuuden vaikutuksista keskusteluun. Nämä huomiot käytiin läpi osastohoitajan kanssa ja osastotunnilla henkilökunnan kanssa. Seuraavassa raportointi näistä tuloksista:

Haastateltavat toivat esiin, että hoidollisten keskusteluiden syvin tarkoitus on potilaan voimien kohentuminen. Haastateltavat toivoivat kehitystyötä tätä tavoitetta kohden. Kaikki haastateltavat kaipaavat hoidollisiin keskusteluihin suunnitelmallisuutta. Eräs hoitaja toi esiin, että

suunnitelmallisuuden lisäksi hoidollisiin keskusteluihin tarvittaisiin jatkuvuutta. Kaikki vastaajat toivat esiin näkemyksen, jonka mukaan hoidolliset keskustelut olisivat mielekkäämpiä kaikille osapuolille, jos niihin ehdittäisiin puolin ja toisin paremmin valmistautua. Toinen hoitaja toivoi, että keskusteluun ehtisi varautua ja katsomaan potilaan kirjauksia menneiltä päiviltä. Kaikissa haastatteluryhmissä kaivattiin, että jokaisen potilaan kohdalla olisi mietittynä yksilöllisesti valitut aihepiirit, joista olisi tärkeää keskustella kuntoutuksen aikana. Nämä aihealueet olisivat määritelleet sekä potilas että henkilökunta. Potilaskohtaisten keskustelurunkojen pohjalta edettäisiin niin, että muodostuisi suunniteltu, tärkeiden asioiden muodostama jatkumo. Tällöin sekä hoitotyöntekijä että potilas olisi ehtinyt pohtimaan aihepiiriä, josta seuraavalla kerralla keskustellaan. Tällä hetkellä koettiin, että keskustelut saattoivat ajoittain muodostua noin kerran viikossa toistuviksi, toisistaan erillisiksi hoidollisiksi keskusteluiksi. Haastateltavat totesivat, että kun pystyy valmistautumaan keskusteluun etukäteen, niin pystyy myös antamaan enemmän tietoa ja oikeaa asiaa. Eräs haastateltava sanoi, että olisi myös työntekijöille paljon motivoivampaa ja loisi varmuutta ja intoakin lähteä keskusteluihin, kun olisi selkeänä mielessä, mistä puhutaan ja mihin pyritään. Samoin perustein arveltiin potilaan saavan mielekkyyttä keskusteluihin. Osana hoidollisten keskusteluiden kehittämistyötä yli puolet haastateltavista mainitsi myös potilaalle annettavat tehtävät seuraavaan keskusteluun liittyen.

Potilaan kanssa keskustelea hoidon aikana muutkin kuin nimetty omahoitaja, koska työvuorojen ja muiden menojen mukaan keskustelija on ajoittain myös toinen hoitaja samasta hoitoryhmästä tai erityistyöntekijät. Haastateltavat kertoivat, että hoitoryhmissä pyritään etukäteen puhumaan, jos keskustelu on laitettu jollekin muulle kuin omahoitajalle. Kuitenkaan aina ei edes nähdä vuorotyöstä johtuen. Hankaluutena vaihtuvissa keskustelijoissa nähtiin ensisijaisesti tiedon puute; Ei tiedetä, mitä keskusteluissa oli jo puhuttu, mistä olisi syytä keskustella eikä ehditä näitä asioita kirjauksista etsimään eikä tietoa tällaisenaan todennäköisesti kirjauksissa edes olisi. Hoitajat kokivat yhtäkkisistä keskusteluista tulleen ajoittain pintaraapaisuja, tai hoitaja kysyy jo aiemmin puhuttuja asioita tai ainakin tarvitsee keskusteluun taustoja samoista asioista, joista potilas on puhunut jo omahoitajalle ja mahdollisesti useille muille työntekijöille myös.

"...ja sit monia potilaita sit turhauttaa, jos sä niiku oot keskustellu eri henkilön kanssa ja sit sä joudut taas kertoo ne samat asiat niinku uudestaan."

Eräs haastateltava toi esiin, että aika harvoin henkilökunta oli käyttänyt sitä, että kaksi hoitajaa keskustelisi potilaan kanssa. Tällöin toisen hoitajan poissa ollessa toinen hoitaja voisi jatkaa keskustelua. Toki joidenkin potilaiden kohdalla, kuten yksi haastateltavista mainitsi, potilas ahdistui kahden hoitajan läsnäolosta ja hän toivoi vain yhtä hoitajaa. Toisaalta potilas pystyy eri tavalla avautumaan ja voi puhua erilaisista asioista eri hoitajille, eikä aina ole huono, jos tärkeästä asiasta puhuu useammalle. Eräs hoitaja mainitsi, että potilaat ja heidän oireet

vaihtelevat, toiset eivät kaipaa päivittäistä huomiota tai voinnin kysymistä, päinvastoin, kun taas toiset potilaat keskustelisivat aamusta iltaan.

Haastateltavat toivat esiin erilaisia hyväksi huomattuja vaihtoehtoja antaa edukaatiota potilaan yksilöllisyyden mukaan. Erikoissairaanhoidon sairaalapsykiatriassa on tänä syksynä käynnistynyt osastojen yhteisiä ryhmiä, joista edukatiivisina toimivat vertaistuelliset päihde- edukaation ja dialektisen käyttäytymisterapian (DKT) ryhmät. Neljä hoitajaa toi esiin, että ryhmät ovat saaneet runsaasti positiivista palautetta osallistujilta. Potilaat ovat huolehtineet itse ryhmiin tulosta ja osallistuneet sovitusti. Neljä hoitajaa toi esiin käyttävänsä edukaation antamisessa mielenterveystalon Internet-sivuja, josta he ovat katsoneet yhdessä tablettitietokoneelta potilaaseen liittyviä ja häntä kiinnostavia asioita. Eräs hoitaja arveli, että erityisesti nuorille voisi olla luontevampaa hakea tietoa tablettitietokoneelta, kuin hoitohenkilökunnan edukaatiota kuunnellen. Tarkoitus olisi samalla opettaa potilasta, mistä tietoa saa myös itse.

”Potilaan vastuuttaminen.”

”Potilaalle itselle vähän aktiivisempi rooli.”

Haastateltavat kertoivat, että perinteisen kasvotusten tapahtuvan keskustelun lisäksi tai sijasta, hoitohenkilökunta pyrki kokeileman muitakin keinoja potilaasta riippuen. Tilanteissa, joissa hoitaja on huomannut potilaan ahdistuvan nokakkain olosta, on pyritty miettimään vapaampia keinoja kommunikaatioon. Toiminnallisuuden ohessa keskustelu on koettu hyväksi tavaksi saada potilaan kanssa vuorovaikutusta aikaan. Toiminnallisuus koettiin erityisen hyvänä osana hoitoprosessia, vaikkakin kaikki haastateltavat kokivat, että sitä käytetään liian vähän osastolla. Toiminnallisuutena mainittiin muun muassa liikuntasali, biljardi, kortti- ja lautapelit. Myös hieman erilainen lähestyminen keskusteluun koettiin toimivaksi. Näistä mainittiin piirtäminen, kyselylomakkeet, verkostokartan tai elämänkaaren teko, Löydä tie eteenpäin -kirjan tai muiden alan kirjallisuuden käyttö sekä Mielekäs päivä-materiaalin hyödyntäminen. Haastateltavat toivat esiin, että olisi hyvä enenevässä määrin hyödyntää hoidollisten keskusteluiden lomassa menetelmiä, joissa voisi hyödyntää eri aisteja. Rentoutumisharjoitukset, joko ryhmässä tai yksin koettiin hyvänä erityisesti jännityspotilailla, muina keinoina mainittiin venyttely, jumppa tai pallon heittäminen. Osan potilaista oli ollut helpompi tuoda ajatuksiaan esiin kirjoittamalla, jolloin potilas oli voinut kirjoittaa omahoitajalle kirjeitä tai potilas oli voinut kirjoittaa itselleen päiväkirjaa, jota potilaan luvalla oli yhdessä katsottu omahoitajakeskusteluissa. Yksi haastateltava kertoi alkaneensa kirjoittaa potilaan kanssa asioita paperille, koska ne ovat silloin konkreettisia. Hyödyllisistä menetelmistä yksi haastateltava mainitsee tarpeellisena sähköhoidon erityisesti nyt, kun sen indikaation laajentuminen muihinkin kuin masennuspotilaisiin on auttanut osaston useita potilaita.

Hoitajista kaikki kokivat, että monien potilaiden kohdalla nämä mainitut menetelmät toimisivat todennäköisesti hyvin, mutta tällä hetkellä menetelmien käyttö jää yksittäisien potilaiden kohdalle tai satunnaisesti. Menetelmät ja materiaalit unohtuvat ja epävarmuus koettiin yhdeksi tekijäksi muun muassa tunnekorttien, rentoutumisen ja uusien materiaalien käytön suhteen. Toivottiin enemmän tietoa, varmuutta ja harjoitusta itselle, jotta menetelmiä uskaltaisi lähteä käyttämään. Mietittiin myös, miten päästäisiin asiakkaan maailmaan, ja nuorten kohdalla kehitysjatoksena nousi pyytää nuorta potilasta soittamaan tietokoneelta/ kännykstä jonkun kappaleen, jota tällä hetkellä kuuntelee paljon, kappaleen, joka tällä hetkellä puhuttelee. Tai näyttää blogia, jota tällä hetkellä seuraa ja jutella niistä. Keskustelua voisi löytyä myös muuten sosiaalisen median kautta.

”Tunnekorttien käyttö, Se taas sellanen ajatuksissa ollu, mutta ... hyvin vähälle käytölle kyllä jääny. Mutta siinäkin varmaan vähän pitäis treenata, että, miten niitä käytetään.”

”Ne on ihan hyviä kyllä (päihdepotilaan laaja kartoitus). Ne aina unohtaa, että niit semmosiakin vois käyttää.”

Osastolta ulkopuolelle suuntautuvat käynnit kaikki haastateltavat kokivat erinomaisina. Olisi sitten kyse ulkona kävelystä tai ulkona istuen tapahtuvasta omahoitajakeskustelusta, ulkoilupihalla istuskelusta, asiointikäynneistä, kotikäynneistä, kotikäyntien automatkoista tai retkistä. Osaston ulkopuolella ollessaan potilaat yleensä ovat haastateltavien näkemyksen mukaan rennompia, avautuvat enemmän ja heistä ilmenee uutta ja erityisesti tervettä puolta. Eräs hoitaja koki, että keskustelua tulee ulkona kävellessä usein kysymättäkin:

”Lähdetään ulos kävelemään, syntyy keskustelua, mis tulee tosi arvokastakin tietoo ilman kysymättäkään.”

”Tulee sitä sellasta tervettä puolta esiin, oon huomannut, tulee enemmän, kun ollaan ulkopuolella täältä.”

”Se on sellanen vapaampi tilanne. Potilas puhuu enemmän kuin silloin kun oltaisiin vaikka tässä kulmahuoneessa ja vastakkain. Ne on rennompia ja tulee paljon asioita.”

Haastatellut työntekijät toivat esiin, että osaston ulkopuolelle pitäisi päästä lähtemään enemmän. He kokivat, että osaston vähäinen henkilökunta erityisesti iltavuorossa ja perustoihin menevä aika haittasivat erityistoiminnan mahdollistumista. Toisaalta haastateltavat kokivat, että se oli myös itsestä pitkälti kiinni, jos omahoitajakeskustelu oli varattu, eikä osastolla ollut erityisen akuutti tai levoton tilanne, voi ilman muuta lähteä kävelylle tai käyttää aikaa jo-

honkin muuhun menetelmään. Jos haluaisi pysyä lähettyvillä, voisi käyttää ulkoilupihaa tai liikuntasalia.

Kaikki kymmenen haastateltavaa kokivat raskaimpina ja haasteellisimpina potilaina keskusteluiden kannalta heidät, jotka eivät tuota itse mitään. Potilaat, jotka eivät saa annettua itseltään keskustelulle mitään: he joko vastaavat aina en tiedä, en muista, tai yhdellä kahdella sanalla, vaikka yrittäisit kysyä mitä. Kerrottiin, että puhumattomuuden lisäksi tai siitä syystä hoidosta jää puuttumaan sitoutuminen ja suhteen muodostuminen. Konkreettisia asioita ei saada sovittua, kun potilas aina vain jää miettimään tai ei kommentoi. Heidän kohdallaan työntekijät kokivat, että tarvittaisiin keinoja. Monet kokivat joutuvansa hoidollisissa keskusteluissa kaivelemaan vastauksia ja keskustelusta tulee sellainen, jossa hoitaja ehdottaa tai tarjoaa vastauksia. Toivottiin, että osattaisiin kokeilla eri keinoja, jos huomaa, ettei joku keino toimi.

"Et mä oon ainakin semmonen keinoton ja sit mä rupeen tekee sitä, että mä rupeen tarjoilemaan niitä vaihtoehtoja, et mä saan jotain irti."

"Oon ollut tosi keinoton potilaitten kanssa, kun ei itse tuota mitään ja jotka ei kysymyksiinkään vastaa kuin "En tiedä", "En muista" -tyyliin."

Toisena suurena haasteena koettiin täysin sairaudentunnottomat, vaikkakaan tätä ei pidetty yhtä raskaana, kuin näitä perässä vedettäviä. Rönsyävät ja vuolaasti puhuvat ovat haastateltavien mielestä oma haaste, mutta he kuitenkin tuottavat ja heitä pystyy yleensä ohjaamaan toivottuun aiheeseen; Tosin näiden kohdalla aikaa menee raiteilla pitoon ja sivuraiteilla oloon. Hoidon jatkuessa ja voinnin kohentuessa haastateltavat kokivat tämän ongelman yleensä helpottuvan. Eräs hoitaja toi esiin takertuvat potilaat, jotka ovat takertuvalle raskaita, ja vaatii usein tukea muilta hoitajilta. Joskus voi olla, ettei hoitajan ja potilaan vuorovaikutus toimi, ja tämä luo haasteen keskustelujen sujuvuuteen. Myös pitkät potilassuhteet tai haasteellinen omainen toivat vaativuutta.

Muina haasteina haastateltavat toivat esiin henkilökemioiden toimimattomuuden ja potilasryhmän, joista syntyy vaikutelma, ettei heitä kiinnosta käytävä keskustelu tai meneillään oleva hoitoon miltään osin. Lisääntyvässä määrin haasteena ovat myös potilaat, joiden kanssa ei ole yhteistä kieltä. Haastateltava mainitsee tämän lisäävän väärinymmärrysten ja -käsitysten määrää erityisesti psykiatrian puolen häiriöissä.

Oma roolini kehittämistyössä oli mielestäni ihanteellinen. Olen työskennellyt kyseisellä osastolla viimeisen kolmen vuoden aikana, mutten tällä hetkellä ole kyseiseen osastoon työsuhteessa. Lähes jokainen koulutukseen osallistunut henkilökuntalainen oli minulle tuttu, paria poikkeusta lukuun ottamatta. Tunsin siis kuulijani, kohdentuneesti sen työn, jota he tekevät sekä osastolle tyypillisen potilaskunnan. Näiden seikkojen avulla muodostui mielestäni erittäin oiva rooli koulutuksen pitämiseen. Mielestäni, ja myös saadun koulutuspalautteen mukaan, aiheet pystyttiin kohdentamaan juuri tälle osastolle, jättämättä kuitenkaan tärkeitä asioita ulkopuolelle ja käytännön esimerkit pystyttiin miettimään kohdennetusti heidän asiakaskuntaansa. Tutkimushaastatteluiden suhteen arvelen, että haastattelijana minulle oli helppo kertoa, kuinka asioita heidän osastolla tehdään. Haastateltavien ei tarvinnut pohtia tiedon aiheuttamia seurauksia tai suhtautumistani tietoon, koska haastateltavat tiesivät työskennelleeni siellä. Olemalla kuitenkin hieman ulkoapäin tullut, enkä osaston henkilökuntaa, koin rohkeutta tuoda esille aihealueitani ja koin helpoksi käydä läpi haastatteluissa nousseita kehittämisajatuksia sekä osastonhoitajalle että koko työyhteisölle. Tilanne olisi voinut olla erilainen sekä minulle että roolini kuulijoille, jos olisin osa yhteisöä.

Tämän opinnäytetyön myötä on saatu lukea, kuinka mielenterveyden häiriöt ja niihin tarvittu apu on ollut jatkuvassa kasvussa viime vuosina. Näin on ollut erityisesti mieliala- ja ahdistusoireisten kohdalla, mutta myös neuropsykiatristen potilaiden kohdalla – sekä Suomessa että kansainvälisesti. Tarvitaan monia vaikuttavia ja tehokkaita keinoja tämän ongelman kanssa. Emme voi lakaista tätä yhteiskunnallisesti merkittävää todellisuutta maton alle tai tyytyä vähättelemään sitä tai toivomaan parasta. Tarvitsemme laaja-alaisia ja monipuolisia menetelmiä, joista ison osan täytyy olla myös kustannustehokkaita. Jokainen mielenterveyden ongelmien kanssa painiva ihminen ei voi käydä pitkiä, useiden vuosien terapioiden – eikä iso osa näin graaveja toimenpiteitä tarvitsekaan. Vaihtoehtona täytyy olla myös lyhyempiä, asiakkaan yksilöllisen tarpeen näkeviä menetelmiä. Tutkimusten mukaan – sekä kansallisesti että kansainvälisesti – yhtenä työskentelymuotona kannattaisi olla ratkaisukeskeisyys!

Kehittämistyöhön kuuluneesta koulutuksesta tuli henkilökunnalta useita palautteita sekä kirjallisesti että suullisesti – tähän loppuun mainittuna niistä muutama. Niiden pohjalta voisin ajatella, että tämän tyyppiselle koulutukselle oli tarve:

”Aiheet erittäin tarpeellisia työhön osastolla. Asioita jäi mieleen, kun esitys niin mukaansa tempaava ja motivoiva. Materiaalin saaminen itselle iso +. Konkreettiset esimerkit hyviä. Hyvän ja huonon toiminnan esimerkit todella opettavaisia.”

”Mun mielestäni kehittämispäivän paras ja antoisin osuus. Luento oli koottu hyödyllistä tietoa ja just semmosta, mistä on hyötyä täällä työskennellessä.”

"Haluan toteuttaa omassa työssäni asioita, joita opetit kehittämispäivässä."

"Mielenkiintoinen, hyvä opetustyyli. Asioita jäi mieleen. Sain hyviä menetelmiä, joita käytän potilaskeskusteluissa."

LÄHTEET

AALTOLA, Juhani ja SYRJÄLÄ, Leena 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa HEIKKINEN, Hannu, HUTTUNEN, Rauno ja MOILANEN, Pentti 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY, 11-24.

ALHANEN, Kai: John Dewey'n kokemusfilosofia. Helsinki: Gaudeamus, 2013.

ALMQVIST, Fredrik 2004. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt. Kirjassa: MOILANEN, Irma, RÄSÄNEN, Eila, TAMMINEN, Tuula, ALMQVIST, Fredrik, PIHA, Jorma ja KUMPULAINEN Kirsi (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim 2004:240-9.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition: DSM-5. Washington.

ANDERSON, Edward, M. ja LAMBERT, Michael, J. 1995. Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 1995; 15: 503-514.

ANIS, Merja 1999. Ratkaisukeskeisen menetelmän arviointitutkimus. Kirjallisuuskatsaus. Sta-kes, FinSoc Työpapereita 2. Helsinki 1999. ISBN 951-33-0732-8. ISSN 1455-9064 . •

BENISH, Steven G., IMEL, Zac E. ja WAMPOLD, Bruce E. 2008. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. Clinical Psychology Review 28 (6): 46-58.

BERG, Bruce Lawrence 2001. Qualitative research methods for the social sciences. Fourth edition. California State University.

BHUTTA, Adnan, CLEVES, Mario ja CASEY Patrick H. ja ANAND, Karthika 2002. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. JAMA 2002; 288:728-37

BIEDERMAN, Joseph, MICK, Eric ja FARAONE, Stephen, V. 2000. Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. American Journal of Psychiatry.

BIEDERMAN, Joseph, PETTY Carter ja BHIDE, Pradeep, G. 2011 Does exposure to maternal smoking during pregnancy affect the clinical features of ADHD? Results from a controlled study. World J Biol Psychiatry.

BOND, Michael ja PERRY, J. Christopher 2006. Psychotropic medication use, personality disorder and improvement in long-term dynamic psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 21-26.

BURR, Wolfgang 1993. Evaluation of the application of solution-oriented short-term therapy in a child and adolescent psychiatry practice. *Familien dynamik*, 18, (11-21).

CHURCHILL, Rachel, HUNOT, Vivien, CORNEY, Ros, KNAPP, Martin, MCGUIRE, Hugo, TYLEE, Andre ja WESSELY, Simon 2001. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1-173.

CRITS-CHRISTOPH, Paul 1992. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 151-158.

CUIJPERS, Pim, VAN STRATEN, Annemieke, ANDERSSON, Gerhard ja VAN OPPEN, Patricia 2008. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 909-922.

CUIJPERS, Pim, VAN STRATEN, Annemieke ja WARMERDAM, Lianne 2007. Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 9-15.

CARR, Wilfred ja KEMMIS, Stephen 1986. *Becoming critical: Education, knowledge and action research*. London: Falmer.

DE JONG, Peter ja BERG, Insoo, Kim 2013. *Ratkaisukeskeisen terapian oppikirja*. 2.painos. Lyhytterapiainstituutti Oy

DE JONG, Peter ja HOPWOOD, Larry, E. 1996. Outcome Research on Treatment Conducted at the Brief Family Therapy Center, 1992-1993. Teoksessa: *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*.

DE MAAT, Saskia, DE JONGHE, Frans, SCHOEVEERS, Robert ja DEKKER, Jack 2009. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry* 2009; 17: 1-23.

DE SHAZER, Steve 1995. *Ratkaisevat erot*. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

EAKES, Georgene, WALSH, Sandra, MARKOWSKI, Mel, CAIN, Harry ja SWANSON, Melvin 1997. Family centred brief solutionfocused therapy with chronic schizophrenia: a pilot study. Journal of Family Therapy, 19, (145- 158).

ESKOLA, Jari ja SUORANTA, Juha 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere:Vastapaino.

FISCHER, Merja 2012. Linkages between employee and customer perceptions in business- to-business services. Väitöskirja. [Viitattu 2016 – 9 – 4]. Saatavissa: <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/3515/isbn9789526044743.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

FRANKLIN, Cynthia 1995. Expanding the Vision of the Social Constructionist Debates: Creating Relevance for Practitioners', Families in Society.

FURMAN, Ben ja AHOLA, Tapani 2007. Onnistuminen on joukkuelaji. Reteaming®- valmentajan käsikirja. Helsinki: Lyhytterapiainstituutti Oy.

FURMAN, Ben ja AHOLA, Tapani 1995. Muttuset. Terapiasta ratkaisuihin 2.painos. Järvenpää: Lyhytterapia-instituutti Oy.

FURMAN, Ben, AHOLA, Tapani JA HIRVIHUHTA, Harri. 2004. Työpaikan pelisäännöt ja kuinka ne tehdään. Tammi 2004.

GARFIELD, Sol, L. 1994. Research on client variables in psychotherapy. BERGIN, Allen, E. ja GARFIELD, Sol. L. teoksessa: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, New York.

GINGERICH, Wallace, J. ja EISENGART, Sheri 2000. Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research. Fam Process 2000; 39: 477-498.

GINGERICH, Wallace, J. ja PETERSON, Lance, T. 2013. Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Systematic Qualitative Review of Controlled Outcome Studies. Research on Social Work Practice. Sage. [Viitattu 2016 – 11 – 4] Saatavissa: <http://rsw.sagepub.com/content/early/2013/01/22/1049731512470859.abstract>

GRÖNFORS, Martti 1985. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. 2.painos. Juva: WSOY.

HARRIS R. (1998): Solution Therapy in The Public Sector. Julkaisematon käsikirjoitus. Solution Therapy Associates. North Carolina.

HIRVIHUHTA, Harri ja LITOVAARA, Anneli 2003. Ratkaisun taito. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

HEIKKINEN, Hannu 2001, Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa AALTO, Juhani ja VALLI, Raine 2001, Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

HEIKKINEN, Hannu, ROVIO, Esa ja KIILAKOSKI, Tomi 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa: HEIKKINEN, Hannu, ROVIO, Esa ja SYRJÄLÄ, Leena (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.

HEIKKINEN, Hannu, ROVIO, Esa ja SYRJÄLÄ, Leena 2006. Toiminnasta Tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Kansanvalistusseura.

HEIKKINEN, Hannu, ROVIO, Esa ja SYRJÄLÄ, Leena (toim.) 2008, toiminnasta tietoon – toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korj. painos. Helsinki: Kansanvalistusseura.

HEIKKINEN, Hannu, ROVIO, Esa JA SYRJÄLÄ, Leena 2007. Toiminnasta tietoon: toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2.painos. Helsinki: Kansanvalistusseura.

HEIKKINEN, Hannu JA JYRKÄMÄ, Jyrki 1999. mitä on toimintatutkimus? Teoksessa: HEIKKINEN, Hannu, HUTTUNEN, Rauno ja MOILANEN, Pentti. Siinä tutkija missä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena

HEISKALA, Risto 1994. Sosiaalinen konstruktionismi. Teoksessa: Heiskala, Risto (toim) Sosiologisen teorian nykysuuntauksia. Helsinki: Gaudeamus.

HEINO, Tarja 2006. Tiedon tuottamisen tilat läheisneuvonpitoprojektissa. Kehittämistyön ris-teyksiä. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus.

HIRSJÄRVI, Sirkka ja HURME, Helena 2001. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino. (suomeksi)

HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2015. Tutki ja kirjoita. Tammi
Holter & SchwartzBarcott 1993

HUBBLE, Mark, A., DUNCAN, Barry, L. ja MILLER, Scott, D. 1999, The Heart & Soul of Change: What Work in Therapy. American Psychological Association.

HUIBERS, Marcus, BEURSKENS, Anna, BLEIJENBERG, Gijs ja VAN SCHAYCK, Constant 2007. Psychosocial interventions by general practitioners. Cochrane Database Syst Rev 2007;3:CD003494

HUOTARI, Anitta, NIIRANEN-LINKAMA, Päivi, SILTANEN, Pauliina ja TAMSKI, Eeva-Liisa 2008. Neuropsykiatrinen valmennus. Valmentajan käsikirja. Mikkeli: Interkopio oy.

HUTTUNEN, Matti 14.11.2015. Nykimishäiriöt (Touretten oireyhtymä). Lääkärikirja. Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 2016 – 9 – 13]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00524

ISAACS, William 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Helsinki: Kauppakaari
JÄRVENSIVU, Timo, NYKÄNEN, Katri ja RAJALA, Rika. Verkostojohtamisen opas: verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu.

KATAJAINEN, Antero, LIPPONEN, Krisse ja LITOVAARA, Anneli 2006. Ratkaisukeskeinen ajattelutapa. Voimavarat käyttöön. Duodecim. Terveyskirjasto. [Viitattu 2016 – 9 – 30]. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=onn&p_artikkeli=onn00012#s1

KEISTINEN, Timo 1999. Ratkaisujohtaminen – keino käytännön tavoitteisiin. [Viitattu 2016 – 9 – 30]. Saatavissa: http://www.toimisait.com/ratkes/userData/lehdet_pdf/ratkes2.1999.pdf

KEMMIS, Stephen ja MCTAGGART, Robin 1988. The Action Research Planner. Deakin: University Press.

KIVINIEMI, Kari 1999, Toimintatutkimus yhteisöllisenä projektina. Teoksessa HEIKKINEN, Hannu, HUTTUNEN, Rauno ja MOILANEN, Pentti 1999, Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY, 63-85.

KIM, Johnny S. 2008. Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. Research on Social Work Practice. University of Texas at Austin.

KISER, David, J. ja NUNNALLY, Elam 1990. The Relationship Between Treatment Length and Goal Achievement in Solution-Focused Brief Therapy. Julkaisematon käsikirjoitus.

KNEKT, Paul ja LINDFORS, Olavi 2004. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a oneyear follow-up. Helsinki: The Social Insurance Institution, Studies in social security and health. [Viitattu 2016 – 9 – 1]. Saatavissa:

http://www.thl.fi/attachments/HPS/HPS_effectiveness.pdf

KNEKT, Paul, LINDFORS, Olavi ja LAAKSONEN, Maarit 2010. Helsingin psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Yliopistopaino. Helsinki.

KNEKT, Paul, LINDFORS, Olavi, HÄRKÄNEN, Tommi, VÄLIKOSKI M, VIRTALA Esa, LAAKSONEN Maarit, Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a metaanalysis. JAMA 2008; 300: 1551-1565.

KOSKI, Anniina ja LEPPÄMÄKI, Sami 3.7.2014. Lääkärilehti 48/13.

KOSS, Mary, P. JA SHIANG, Julian 1994. Research on brief psychotherapy.

KUPIAS, Päivi 2011. Dialogi ja vuorovaikutus. [lainattu 5.4.2016]. Verkkojulkaisu: <http://www.tevere.fi/julkaisut-ja-artikkelit/91-tevere/artikkelit/145-aito-vuorovaikutus-ja-dialogisuus>

KÄYPÄ HOITO SUOSITUS: ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). 08.10.2013. Artikkelin tunnus: hoi50061 (050.061) © 2016 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [Viitattu 2016 – 8 – 20]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=B18E57FC8ED49A3C7EC64EF3399446FB?id=hoi50061>

LEICHSENRING, Falk, HILLER, Wolfgang, WEISSBERG, Mickael ja LEIBING, Eric 2006. Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. Psychother 2006; 60: 233-259.

LEICHSENRING, Falk, RABUNG, Sven ja LEIBING, Eric 2004. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 2004; 61: 1208- 1216.

LEHTOKOSKI, Anne 2004. Aikuisen ADHD ja aivojen arvoitus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

LINDFORSS, Lotta ja MAGNUSSON, Dan 1997. Solution-Focused Therapy in Prison. *Contemporary Family Therapy*, VoI. 19, No. 1, March 1997, 89-103.

LÄMSÄ, Riikka, SANTALAHTI, Päivi, HARAVUORI, Henna, PENTINMIKKO, Ada, TUULIO-HENRIKSSON, Annamari, HUURRE, Taina ja MARTTUNEN, Mauri, 2015. Neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten hoito- ja kuntoutuspolut suomessa. Kelan tutkimusosasto. Työpapereta 78/2015. Helsinki. [Viitattu 2016-05-12]. Saatavissa:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/156274/Tyopapereita78.pdf?sequence=1>

MACDONALD, Alasdair J. 2007. *Solution-focused therapy: Theory, research & practice*. SAGE Publications Ltd. London, GB.

MACDONALD Alasdair J. 1997: Brief therapy in adult psychiatry - further outcomes. *Journal of Family Therapy*, 19, 213-222.

MACDONALD Alasdair J. 1994: Brief therapy in adult psychiatry. *Journal of Family therapy*, 16, 415-426.

MANNERHEIMIN LASTENSUOJELULIITON RATKAISUKESKEISEN ASIAKASTYÖN KOKEILU. MLL Raportti vuosilta 1990-1993. Helsinki 1996.

MANNSTRÖM-MÄKELÄ, Leena ja SAUKKOLA, Kirsi 2008. *Voimaannuttavan ohjaamisen käsikirja*. 2.painos. Helsinki: Yliopistopaino.

MARTTUNEN, Mauri, KAIPAINEN, Markku ja RENLUND Camilla 2008. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 2008a; 38: 689-703.

MATTILA, Antti 1998. Ratkaisukeskeisen terapian tuloksellisuudesta. Teoksessa: MATTILA, Antti (toim.) *Voimavarat, ratkaisut ja tarinat*. Working Papers 16/1998. Kuntoutussäätiö.

MAZZARELLA, Merete 2006. *Hyvä kosketus. Ihmisen kehosta, terveydestä, hoitamisesta ja kirjallisuudesta*. (Alkuteos: Den goda beröringen. Om kropp, hälsa, vård och litteratur.) Suom. Raija Viitanen. Tammi, Helsinki 2006.

METSÄMUURONEN, Jari 2006, *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

METSÄMUURONEN, Jari. 2003, Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2.painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

MILLER, Scott , WAMPOLD, Bruce E ja VARHELY Katelyn 2008. Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research* 18 (1): 5-14.

MILLER, Scott. D, HUBBLE M. A., DUNCAN B. L. Jossey-Bass Publishers, San Francisco

NIEMI-PYNTTÄRI, Merja 2015. Voimavara- ja ratkaisukeskeinen näkökulma ohjaustyössä.

Elinikäisen ohjauksen verkkolehti. [Viitattu 2016 – 8 – 26]. Saatavissa:

<http://verkkolehdet.jamk.fi/elo/2013/06/07/voimavara-ja-ratkaisukeskeinen-nakokulma-ohjaustyossa/>

NÄRHI, Vesa ja KLENBERG, Liisa 2010. ADHD – tutkimuksellinn mysteeri, käytännössä kaikille tuttu. *NMI-bulletin*. Vol. 20, No. 3. Niilo Mäki –säätö.

OJANEN, Sinikka 2000. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittelyä. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia.

PELTOLA, Raija ja KOSKI, Mia 2015. Ankeuttajia työpaikalla? *Tevere*. [Viitattu 2016 – 10 –

20]. <http://www.tevere.fi/julkaisut-ja-artikkelit/91-tevere/artikkelit/254-ankeuttajia-tyopaikalla>.

POLANCZYK, Guilherme, DE LIMA, Mauricio, Silva, HORTA, Bernardo, Lessa, BIEDERMAN, Joseph, ROHDE, Luis, Augusto 2007. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Psychiatry* 2007;164:942-8

PSYKOTERAPIA. KONSENSUSLAUSUMA 18.10.2006. Suomen lääkäri-seura Duodecim ja Suomen Akatemia. [Viitattu 2016 – 8 – 30]. Saatavissa: [https://www.duodecim.fi/wp-](https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/lausuma06.pdf)

[content/uploads/sites/9/2016/02/lausuma06.pdf](https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/lausuma06.pdf)

PUUSTJÄRVI, Anita 3.1.2012. Käypä hoito: Aiemmat ADHD-oireiden määritelmät (MBD ja DAMP). Artikkelin tunnus: nix01835

RATKES 2015. Ratkaisukeskeisyys pähkinänkuoressa. [Viitattu 2016 – 8 – 20]. Saatavissa:

<http://www.ratkes.fi/tietoaratkaisukeskeisyysta/artikkeleita/ratkaisukeskeisyys-paehkinaenkuoressa/>

RIIKONEN, Eero 1992. Auttamistyön ongelmakäsitykset ja haastattelukäytännöt. Kuntoutussäätiön julkaisu.

RISTIKANGAS, M-R. & RISTIKANGAS, V. 2013. Valmentava johtajuus. 3.Helsinki: Sanoma Pro Oy

SCHEIN, Edgar, H. 1999. Process Consulting Revisited. Addison-Wesley. New York.

SAUKKOLA, Kirsi. 2016 – 9 – 13. Suullinen tiedoksianto.

SAUKKOLA, Kirsi 2010-2011. Ratkaisukeskeinen neuropsykiatrinen-/ ADHD -valmentaja koulutus. Lahden kesäyliopisto. Kirjallinen materiaali.

SAUKKOLA, Kirsi (toim) 2005. ADHD-aikuisen kuntoutusopas. ADHD-liitto.ry.

SIRLES E.A, LIPCHIK E., KOWALSKI K. (1993): A Consumer's Perspective on Domestic Violence Interventions. Journal of Family Violence, Vol. 8, No. 3, (267-276).

SKOUNTI, M, PHILALITHIS, A ja GALANAKIS, E 2007. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. European Journal of Pediatrics.

SMALLEY SL, MCGOUGH JJ, MOILANEN IK YM. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46:1575-83

STÅL K. AGELEN C. (1996): Den lösningfokuserade terapimetoden. Arbetsmarknadsstyrelsen. Vra 1996:6.

SUNDMAN P. (1997): Solution-focused ideas in social work. Journal of Family Therapy, 19, (159- 172).

SUNDMAN P. (1995): Ratkaisukeskeisyys sosiaalityössä. Helsingin kaupunki. Sosiaaliviraston julkaisusarja D2/1995.

SVARTBERG M, STILES TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. J Consult Clin Psychol 1991; 59: 704-714.

Terapeuteista on pula 2013. Suomen kuvalehti 47/2013, tiede. s 16

TIKKANEN, T 2006. Psykoterapiaopas - Monta tietä itsetuntemukseen ja iloon. 3. painos. Helsinki: Werner Söderström Oy, Suomen mielenterveysseura, ISBN 951-0-31986.

TOIMINTATUTKIMUS. VIRTUAALI AMMATTIKORKEAKOULU: YLEMMÄN AMK –TUTKINNON
METODIFOORUMI. [Viitattu 2015 – 5 – 12] Saatava:
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464158778/1194360111832/1194360447229.html>

TUOMI, Jouni ja SARAJÄRVI, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino

TYNJÄLÄ, P. 1999. Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktiivisen oppimisenäkemyksen perusteita.

VATAJA, S, VIERROS, A JA MATTILA, A 1998. Asiakasseurantaa VAK-Keskuksessa. Teoksessa

MATTILA, A. (toim.) Voimavarat, ratkaisut ja tarinat. Työselosteita 16/1998. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

VEHVILÄINEN, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: yliopistopaino.

VOUTILAINEN, Arja, SOURANDER, André ja LUNDSTRÖM, Björn 2004. Lasten tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriö neuropsykiatrisena ongelmana. Duodecim 2004;120:2672-9.

WALDMAN, I JA RHEE, S 2002. Behavioral and molecular genetic studies. Teoksessa

SANDBERG, S(toim.) Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood. 2. pianos. New York: Wiley.

WAMPOLD, Buce E. 2001. The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings. Routledge.

WAMPOLD BE, MINAMI T, BASKIN TW, CALLEN TIERNEY S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. J Affect Disord 2002; 68: 159-165.

WHEELER JOHN (1995): Believing in Miracles: The Implication and Possibilities of Using Solution: Focused Therapy in a Child Mental Health Setting . ACPP Review & Newsletter , VoI. 17, No. ::> (255-261).

ZIMMERMAN, Toni Schindler, PREST Layne A. ja WETZEL, Barbara E. 1997. Solution-focused couples therapy groups: an empirical study. *Journal of family therapy* 19: 125-144. Blackwell publishers, Malden. USA.

LIITE 2: TEEMAHAASTATTELURUNKO

Hoidolliset keskustelut

Millaisia potilaita teillä on tällä osastolla hoidossa? Kuinka kauan hoidot keskimäärin kestävät?
Kuinka usein potilaalla on hoidollisia keskusteluja?
Kuvaile omin sanoin hoidollisia keskusteluja?
Mikä hoidollisissa keskusteluissa on mielestäsi hyvää ja tärkeää?
Onko hoidollisissa keskusteluissa mielestäsi puutteita tai ongelmia? Kaipaisitko hoidollisiin keskusteluihin käytännön välineitä, apua, tukea?
Millaisessa tilanteessa hoidolliset keskustelut ovat mielestäsi haasteellisia? Mitä silloin kaipaisit?
Millaisia teemoja hoidolliset keskustelut voivat pitää sisällään? Onko aihe etukäteen sovittu?
Jos, niin kuka/ketkä aiheen ovat valinneet?

Ratkaisukeskeisyys

Tiedätkö, mitä ratkaisukeskeisyydellä tarkoitetaan? Tiedätkö ratkaisukeskeisyyden erityispiirteitä? Millainen ihmiskäsitys tai hoitosuhdeajattelu ratkaisukeskeisyyteen kuuluu?
Millaisia ratkaisukeskeisiä menetelmiä voi aikuispsykiatriassa hyödyntää?
Käytätkö sinä potilaiden kanssa keskusteluissa ratkaisukeskeisiä menetelmiä hyödyksi? Jos, niin millaisia?

Tavoite/tavoitetila/tulevaisuus?

Onko potilailla hoidollisia tavoitteita? Tai tavoitetilaa?
Ketkä tavoitteet määrittelevät?
Oletko sinä luonut tavoitteita potilaan kanssa? Kuvaile tilannetta?
Kun tavoitteet ovat asetettu, mitä sitten tehdään/
Miten tavoitetta kohti suunnataan käytännössä?

Asteikkokysymykset

Käytätkö hoidollisissa keskusteluissa asteikkokysymyksiä? Jos, niin millaisessa tilanteessa?
Miten asteikkokysymyksen käyttö käytännössä toteutuu?

Myönteiset poikkeavuudet, uudelleen määrittely ja selviytyminen

Onko myönteiset poikkeavuudet –käsitys tuttu?
Oletko käyttänyt hoidollisissa keskusteluissa myönteistä poikkeavuutta?
Onko uudelleen määrittely käsitteenä tuttu? Oletko joskus käyttänyt uudelleenmäärittelyä?
Puhutteko hoidollisissa keskusteluissa selviytymisestä? Jos, niin millaisessa tilanteessa? kuvaile.

Toivetailan määrittely

Käytätkö hoidollisissa keskusteluissa toivetailan määrittelyä? Kuvaile tilannetta.

Jos olet, niin oletko käyttänyt tilanteessa apunasi jonkinlaista määrittelykeinoa?

Muut menetelmät ja väineet

Käytättekö keskustelujen apuna jotain **muita menetelmiä tai välineitä**, jotka eivät vielä ole tullut esiin? Jos, niin mitä ja kuinka usein?