

VIRIKEKLUBI YKSILÖN KOHTAAMISESSA

Ikääntyneille suunnatun yksilöllisen
viriketoiminnan kehittäminen

Minna Järventausta
Katri Lehmuskoski

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011

Toimintaterapian koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) JÄRVETAUSTA, Minna LEHMUSKOSKI, Katri	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 09.05.2011
	Sivumäärä 56	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi VIRIKEKLUBI YKSILÖN KOHTAAMISESSA: Ikääntyneille suunnatun yksilöllisen viriketoiminnan kehittäminen		
Koulutusohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) RUTANEN, Maaret		
Toimeksiantaja(t) Harmonia Care Oy		
Tiivistelmä Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää uusi palvelutuote kotihoitoyritys Harmonia Care Oy:lle ja kokeilla sen toimivuutta käytännössä. Yritys oli havainnut tarpeen yksilöllistä viriketoimintaa tarjoavasta palvelusta ikääntyneille. Palvelutuotteen, Virikeklubin, tavoitteeksi oli asetettu elämänlaadun parantaminen viriketoiminnan avulla. Toimintaterapeuttisesta näkökulmasta saimme tukea palvelutuotteen suunnitteluun, ja ajatuksiamme ohjasi toiminnan merkitys ihmisen hyvinvoinnille. Toiminnan tarvetta yksilölle perustelimme toiminnan tieteen ja Kanadalaisen toiminnallisen suorittamisen ja sitouttamisen mallin (CMOP-E) avulla. Suunnitteluvaiheessa teimme palvelutuotteelle rakenteen, jota lähdimme kokeilemaan yrityksen kahdelle asiakkaalle. Kokeilun tueksi valitsimme kaksi kyselyä: elämänlaatua mittaavan WHOQOL-BREF:n ja masennuksen oireista kertovan GDS-15:n. Kyselyt tehtiin kokeilujakson alussa ja lopussa, jotta nähtäisiin palvelutuotteen vaikutuksia asiakkaiden elämänlaatuun. Varsinaisena tuloksena työstämme oli palvelutuote. Sen ideana oli tarjota yksilöllistä sekä ryhmämuotoista viriketoimintaa. Palvelutuotteessa korostui asiakaskeskeisyys, joka näkyi esimerkiksi asiakkaan mahdollisuudessa päättää toiminnasta. Kokeilussa huomasimme, että suunnitelman mukaista palvelutuotteen rakennetta tulee porrastaa asiakkaan mukaan. Kyselyt eivät itsessään tuottaneet palvelutuotteen kannalta merkittävää tietoa vaan johtopäätökset perustuivat havainnointiin ja asiakkaiden kommentteihin. Mittaukset pystyttiin toteuttamaan vain toiselle asiakkaista. Totesimme opinnäytetyötä tehdessämme yksilölliselle viriketoiminnalle olevan tarvetta, koska sitä on selkeästi vähemmän tarjolla kuin ryhmämuotoista toimintaa. Asiakkaiden suhtautuminen antoi viitteitä, että yksilölliset kohtaamiset toivat elämään mielekkyyttä. Palvelutuotteella voisi näin ollen olla kysyntää.		
Avainsanat (asiasanat) viriketoiminta, vapaa-aika, ikääntyneet, elämänlaatu, asiakaskeskeisyys		
Muut tiedot		



Author(s) JÄRVENTAUSTA, Minna LEHMUSKOSKI, Katri	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 09.05.2011
	Pages 56	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title VIRIKEKLUBI IN MEETING THE INDIVIDUAL: Developing individual leisure activities for the elderly		
Degree Programme Occupational Therapy		
Tutor(s) RUTANEN, Maaret		
Assigned by Harmonia Care Oy		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to develop a new service product for a home care company called Harmonia Care Oy. The company had perceived that there was a need for a service that would provide individual help in leisure activities for the elderly. The primary aim of the service product was to improve the quality of life through leisure activities. The occupational therapy point of view gave us support in planning the product since occupation has been seen as a meaningful factor for the human well-being in occupational therapy. In addition, the need for occupation has been justified in the occupational science as well as in the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E).</p> <p>We composed a structural layout for the service product and conducted a trial with two clients who had already been receiving services from the company. We wanted to find out if the service product had an effect on the quality of the life of the clients. To support the trial results we chose two instruments: a quality of life assessment instrument (WHOQOL-BREF) and a geriatric screening instrument for depressive symptoms (GDS-15). The instruments were used as interviews in the beginning and at the end of the trial.</p> <p>The actual outcome of the thesis was the service product. Its idea was to provide leisure activities both in individual and group forms. At this point, we focused on the individual leisure activities. Client-centeredness was emphasized in the service product. This was shown, for example, by the fact that the client was the primary decision maker with regard to occupations. The trial helped us to see a need for making individual changes to the structure according to the client's comprehension. The instruments did not give us significant information about the effects of the product. We were able to interview only one client. The conclusions were based on our observations and the separate comments we received from the clients.</p> <p>During the process of making the thesis we were able to make assumptions that this kind of service product was needed because there is a greater provision for group leisure activities while individual leisure activities are practically non-existent. The clients seemed to benefit from the individual approach, which could mean that there is demand for this service product.</p>		
Keywords leisure activities, leisure time, the elderly, quality of life, client-centredness		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 TOIMINNAN TARVE.....	6
2.1 Toiminnan tiede	6
2.2 CMOP-E	7
3 VAPAA-AJAN TOIMINNOISTA ELÄMÄNLAATUA.....	11
3.1 Vapaa-ajan määrittelyä.....	11
3.2 Vapaa-ajan toimintojen merkitys.....	12
3.3 Elämänlaatu käsitteenä	13
3.4 Elämänlaadun Mittaaminen	16
3.5 Ikääntymisen tuomat haasteet vapaa-ajalle	17
3.5.1 Ikääntyneet ja vapaa-aika.....	17
3.5.2 Muistisairaus ja elämänlaatu	18
3.6 Kehittämistoimintaa ja tutkimusta.....	20
4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ - VIRIKEKLUBI	21
5 TOTEUTUS.....	22
5.1 Palvelutuote – Virikeklubi.....	22
5.2 Elämänlaadun mittaus – WHOQOL-BREF	25
5.3 GDS-15	27
5.4 Asiakkaat	27
5.5 Kyselyiden tulokset	29
6 ANALYYSI.....	30
7 TUOTOS.....	32

8 POHDINTA	35
LÄHTEET	40
LIITTEET	44
Liite 1. WHOQOL-BREF	44
Liite 2. GDS-15.....	48
Liite 3. Palvelutuoteprosessi	51
Liite 4. Kysely mielekkäistä toiminnoista.....	54

KUVIOT

KUVIO 1. Kanadan malli	8
KUVIO 2 Palvelutuoteprosessi.....	34

1 JOHDANTO

Aihe opinnäytetyölle löytyi tehdessämme toimintaterapian syventävää harjoittelua hankkeessa, jonka osatoteuttajana toimi jyvaskyläläinen kotihoitoon keskittynyt yritys Harmonia Care Oy. Palveluita toteuttaa Kotihoito Harmonia, jossa toimii yli 30 kotihoidon ammattilaista. Palvelutarjontaan kuuluu hoiva-, siivous- ja lastenhoitopalveluita sekä kodin tukipalveluita kuten ateriat-, asiointi-, ulkoilu- ja kuljetuspalveluita. Kotihoito Harmonian perusti vuonna 2000 terveydenhoitaja Merja Jalkanen. Palvelu kehittyi nopeasti ja osaamista päätettiin ryhtyä levittämään vuonna 2010 perustetun Harmonia Care Oy:n kautta. Yritys vie kotihoito-osaamista myös muualle kasvattamalla Kotihoito Harmonia-tuottajaverkostoa. Toiminta perustuu franchise -liiketoimintamalliin. Toimipisteitä on tällä hetkellä Jyväskylässä ja Laukaassa. Harmonia Care Oy on innovatiivinen ja kasvuhakuinen yritys. Se pyrkii kehittämään käytännöllisiä toimintamalleja ja tuomaan uusia teknologisia ratkaisuja työntekijöidensä avuksi. Tavoitteena on turvallisuuden, omatoimisuuden ja sosiaalisuuden lisääminen asiakkaille. (Harmonia Care Oy n.d.)

Yhteistyökeskusteluissa nousi esiin idea yksilöllisestä viriketoiminnasta, Virikeklubista, jota meidän oli tarkoitus harjoittelumme puitteissa työstää. Yritys pyrkii tarjoamaan mahdollisimman monipuolisia palveluja ja tällaiselle palvelutuotteelle oli havaittu tarvetta heidän omassa asiakastyössään. Heidän kokemuksensa mukaan yksilöllistä viriketoimintaa ikääntyneille ei Jyväskylässä aiemmin ollut juuri tarjolla, mikä antoi syyn kehittää sellaista itse. Palvelutuotteen tarkoituksena olisi mahdollistaa hyvää ja laadukasta elämää ikääntyneille, jotka eivät ehkä niinkään kaipaa hoivaa vaan täyttä elämää. Innostuimme aiheesta ja halusimme paneutua siihen enemmän kuin harjoitteluaika olisi mahdollistanut. Näin ollen päätimme laajentaa sen opinnäytetyöksi. Ikääntyneiden osuus toimintaterapian asiakaskunnassa on merkittävä ja saattaa tulevaisuudessa vielä lisääntyä suurten ikäluokkien vanhenemisen myötä. Toimintaterapiasta nousee näkemys toiminnan merkityksestä ihmiselle ja hänen hyvinvoinnilleen iästä huolimatta. Halusimmekin olla vaikuttamassa asuinseutumme monipuolisempaan palvelutarjontaan ja sitä kautta ikääntyneiden hyvinvointiin.

Suunnittelimme rakenteen ikääntyneille suunnatulle ja yksilöllistä vapaa-ajan toimintaa tarjoavalle palvelutuotteelle. Lisäksi pyrimme kehittämään palvelutuotetta pilottikokeilun kautta saatavan tiedon ja kokemuksen avulla. Pilotoinnin tueksi valitsimme elämänlaatua mittaavan kyselyn WHOQOL-BREF:n sekä myöhempiä depressioneulan GDS-15:en, jonka avulla myös asiakkaan elämänlaatuun vaikuttava mieliala saataisiin näkyväksi. Niiden avulla halusimme tarkastella mahdollisia muutoksia asiakkaiden elämänlaadussa pilottijakson aikana täyttämällä kyselyt sekä aluksi että lopuksi. Pilotointi toteutettiin kahdelle asiakkaalle. Tavoitteena oli kokeilemisen kautta luoda toimiva palvelutuotteen rakenne yritykselle.

Palvelutuotteen tavoite, parantaa ikääntyneiden elämänlaatua mielekkään tekemisen ja yksilöllisen huomioimisen kautta, soveltuu hyvin toimintaterapian näkökulmaan. Toimintaterapiassa tavoitellaan myös ihmisen kokeman elämänlaadun kohentamista vaikuttamalla sen osa-alueisiin, kuten toimintakykyyn ja psyykkiseen hyvinvointiin. Käyttämämme Kanadalaisen toiminnallisen suoriutumisen ja sitouttamisen mallin (CMOP-E) mukaan ihminen, toiminta ja ympäristö ovat vahvassa vuorovaikutuksessa (Townsend & Polatajko 2007, 23). Ihmisen mieltymysten huomioiminen kuuluu myös toimintaterapialle tärkeään asiakaskeskeisyyteen, jossa ihminen voi kokea tulleensa kuulluksi. Ihmisen kokonaisvaltainen kohtaaminen ja yksilöllinen huomioiminen osaltaan rohkaisevat ja edesauttavat toimintaan osallistumista. Toiminnan tieteen kautta tarkasteltuna ihminen nähdään toiminnallisena olentona, joka on yhteydessä ympäröivään maailmaan toiminnan kautta. Ihminen määrittää itseään toiminnan kautta ja nämä tekijät yhdessä vaikuttavat vahvasti ihmisen kokemaan elämänlaatuun.

Elämänlaatu ja vapaa-aika ovat keskeisiä käsitteitä työssämme. Käyttämämme Kanadan malli jakaa toiminnan kolmeen tarkoitukseen: itsestä huolehtiminen, tuottavuus ja vapaa-aika (mts. 23). Uusi palvelutuote tähtää ikääntyneiden elämänlaadun parantamiseen erityisesti vapaa-ajan osalta. Ikääntyneillä vapaa-aika saattaa olla lisääntynyt, sillä ennen työlle annettua aikaa ei välttämättä täytetä muulla tuottavalla toiminnalla. Laadukkaan elämän mahdollistaminen vapaaajalle tukee myös elämänlaatua kokonaisuudessaan. Palvelutuote sisältää vahvasti käsitteen asiakaskeskeisyys, jolloin ihminen on oman elämänsä asiantuntija

ja hänellä on päätävältä. Käsite nousee myös esille edellä mainitsemassamme Kanadan mallissa. Sen mukaan toimintaterapian yksi tavoitteista on mahdollistaa ihmisen osallistuminen kykyjensä mukaan (mts. 27). Tällöin asiakas ja hänen erillisuutensa ovat keskeisenä määrittäjänä toiminnalle. Sama pätee yksilöllistä viriketoimintaa toteutettaessa, jolloin asiakkaan kyvyt ja kiinnostuksen kohteet ohjaavat toimintaa.

Palvelutuotteen kehittäminen tukee osaltaan ikääntyneiden kotona asumista, jota myös julkinen sektori pyrkii tukemaan. Sitä painottaa esimerkiksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001). Kotona asuminen mahdollisimman pitkään on yhteiskunnalle laitoshoidon edullisempää. Lisäksi se on monien ikääntyneiden oma toivomus. Osa yrityksen asiakkaista on jo varsin iäkkäitä ja sen verran huonokuntoisia, etteivät he itse hakeudu viriketoimintojen pariin. Toiminta on kuitenkin tärkeää kaikenikäisille ihmisille. Ikääntyneille saattaa nousta esteeksi se, ettei enää jakseta tutustua uusiin ihmisiin, mikä ryhmätoiminnassa olisi välttämätöntä. Yksilöllinen toiminta tarjoaa näin ollen vaihtoehdon, jotta toimintaan osallistuminen mahdollistuisi tästä huolimatta.

Työskentely aiheen parissa tarjosi meille mahdollisuuden nähdä sellaisten ikääntyneiden arkea, jotka kuuluvat erilaisten palvelujen piiriin. Vierailut heidän luokseen antoivat lisäksi arvokasta kokemusta asiakastyöskentelystä, josta toimintaterapeutille on paljon hyötyä. Ennalta arvaamatta jouduimme kiinnittämään erityistä huomiota muistisairauksien vaikutuksiin palvelutuotteen toteuttamisessa. Palvelutuotteen suunnittelun kautta pääsimme kurkistamaan yrityksen toimintaan ja ottamaan osaa sen kehittämiseen. Työelämälahjoisuus lisää motivaatiota työskennellä aiheen parissa, sillä oma sormenjälki jää valmiiseen palvelutuotteen. Vaivan arvoista on myös nähdä tuote palvelemissa asiakkaita ja luomassa parempaa elämänlaatua ihmisille.

2 TOIMINNAN TARVE

2.1 Toiminnan tiede

Toiminnan tarve on ihmisellä kehityksellistä, psykologista, sosiaalista sekä symbolista ja se koskee kaikkia ikäryhmiä. Toiminta tarjoaa rentoutusta, aistikokemuksia sekä mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen ja itsensä tutkiskeluun. Toimintojen kautta saadaan keinoja kuvailla keitä olemme ja myös muut pystyvät kuvailemaan meitä. Tekeminen tuo merkitystä elämään ja auttaa ymmärtämään omaa paikkaa maailmassa niin tässä hetkessä kuin tulevaisuudessa. (Craig & Mountain 2007, 9.)

Toiminnan tarvetta voidaan perustella toiminnan tieteen avulla. Toiminnan tiede tutkii ihmistä toiminnallisena olentona. Ihmisen toimintaan vaikuttavat hänen taitonsa ja valmiutensa sekä ympäristö. (Yerxa 1993, 3-5.) Toiminnan tiedettä voidaan kutsua arjen tieteksi, joka keskittyy tutkimaan tuottavan, sosiaalisen ja fyysisen toiminnan hyötyjä ihmisen jokapäiväisessä elämässä. Toiminta vaikuttaa ihmiseen fyysisellä, psyykkisellä ja henkisellä tasolla. Se voi aiheuttaa stressiä ja tyytymättömyyttä mutta myös edistää terveyttä, hyvinvointia ja elämänlaatua läpi elämän. (Occupational Science and Occupational Therapy n.d.)

Toiminnan tiede on monitieteellinen tieteenala. Se kokoaa yhteen teorioita toimintaan vaikuttavista tekijöistä eri tiedekunnista, kuten kasvatustieteistä, biologiasta, psykologiasta ja lääketieteestä. Perustan toiminnan tieteelle katsotaan luoneen toimintaterapian emeritusprofessorin Elizabeth Yerxan vuonna 1989. Toiminnan tiede on omistautunut tukemaan toimintaterapiaa. Se selvittää käytännön toimintaterapian ongelmakohtia mutta myös osoittaa toimintaterapian paikkaa ja merkitystä yhteiskunnassa. Toiminnan tiede luo pohjan toimintaterapian käytännön työlle. Se käsitteellistää ja järjestää toimintaterapian osaamista auttaen suurta yleisöä ymmärtämään toimintaterapian mahdollisuuksia. (Yerxa 1993, 3-5.)

Toiminnan tieteen perusolettamuksiin lukeutuvat muun muassa seuraavat: taidot ovat tärkeä osatekijä toiminnassa ja vaikuttavat ihmisen kykyyn suoriutua

siitä, toimintaan sitoutuminen vaikuttaa luontaiseen motivaatioon ja toiminnallisesta suoriutumisesta saatavaan tyytyväisyyteen sekä holistinen näkemys siitä, että ihminen on enemmän kuin osatekijöidensä summa. Toiminnallinen ihminen ei ole vain soluja, luita tai lihaksia vaan myös osa perhettä, yhteiskuntaa ja kultuuria. Kaikki tekijät vaikuttavat kokonaisuuteen, joka määrittää jokapäiväistä toimintaa. Sen myötä ihminen kokee olevansa osa niin fyysistä kuin sosiaalista ympäristöään. (Mts. 7.)

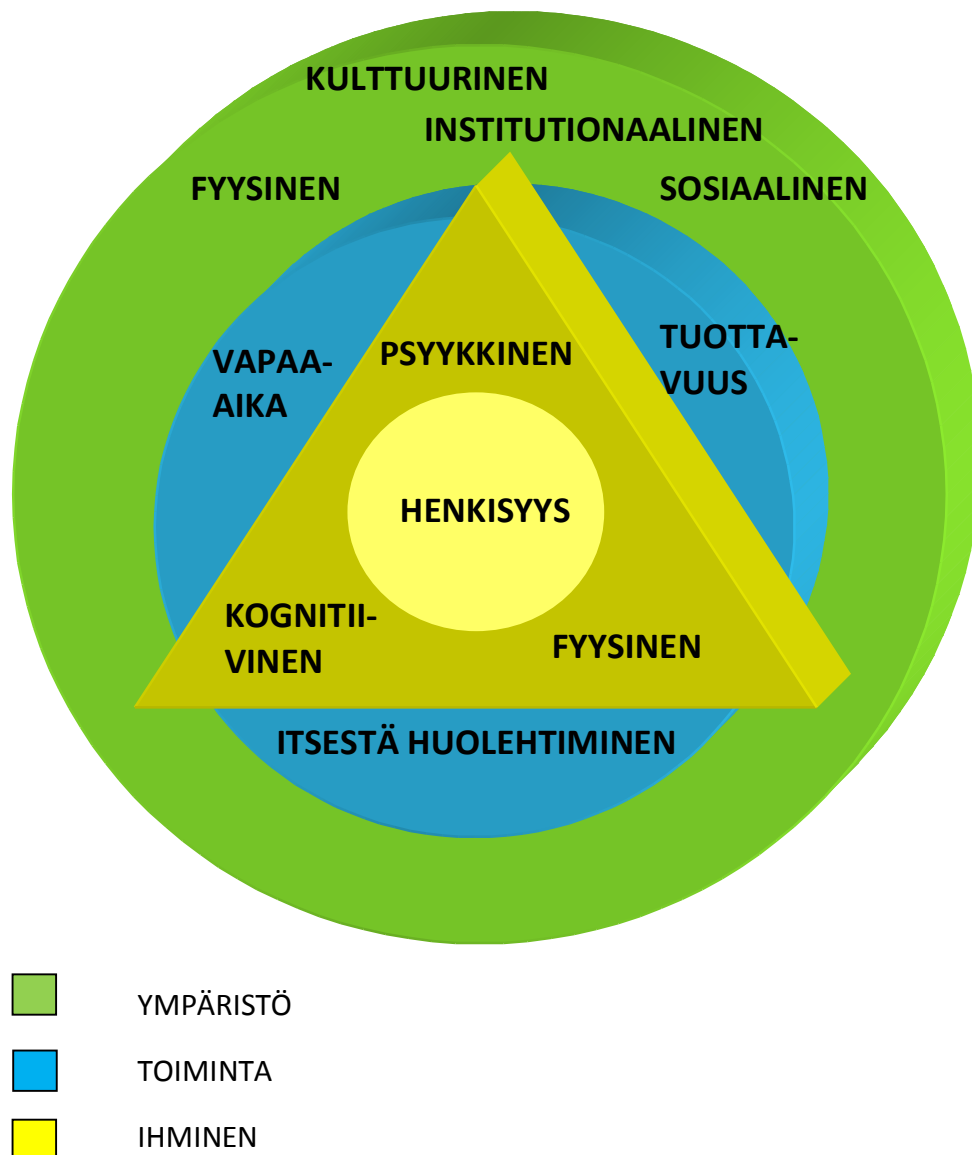
Yerxa käytti nimitystä Homo Occupacio, toiminnallinen ihminen. Latinankielinen sana "occupacio" tarkoittaa tarttumista johonkin ja haltuunsa tai hallintaansa ottamista. Toiminta (occupation) koostuu toiminnoista (activity), joita määrittelee kulttuurin sanelema tarkoitus. Toiminnan ominaispiirteitä ovat itselähtöisyys, tavoitteellisuus, kokemuksellisuus, vaikutus käyttäytymiseen, sosiaalinen arvo, järjestelmällisyys sekä vaikutus koettuun elämänlaatuun ja terveyteen. (Yerxa 1993, 5.) Cronin-Davis, Lang ja Molineux kirjoittavat Yerxan määritelleen toiminnallisen ihmisen olevan itseorganisoituva järjestelmä, joka luo itselleen ympäristön haasteisiin vastaavan tavan toimia. Onnistumiset luovat taitoja, jotka auttavat uusien haasteiden ilmaantuessa. (Cronin-Davis, Lang & Molineux 2004, 171.)

Toiminnan tieteessä painotetaan merkityksellisen toiminnan vaikutusta terveyteen (Clark 1997, 15). Toimintaan osallistuminen linkittyy terveyden lisäksi onnellisuuteen, yksilölliseen kehittymiseen ja elämäntyytyväisyyteen (Carlson 1996, 144). Ihmisen persoonaa muovaa se, millaiseksi toimijaksi hän itsensä kokee, mitkä toiminnat ovat hänelle tärkeitä ja missä hän on mielestään hyvä. Ihminen on aidoimmillaan, kun saa tehdä hänelle merkityksellisiä asioita. Niiden myötä ihminen määrittelee tyytyväisyyttään elämäänsä. (Clark 1997, 15–16, 102.) Toiminnan kautta ihminen tuntee olevansa olemassa ja saa tarkoitusta elämäänsä (Johnson 1996, 25).

2.2 CMOP-E

CMOP-E, Canadian Model of Occupational Performance and Engagement on Kanadan mallista (Canadian Model of Occupational Performance) laajennettu

näkökulma ihmisen toimintaan. Kanadan malli korostaa kolmea toimintaterapialle tärkeää osa-aluetta: ihminen (person), toiminta (occupation) ja ympäristö (environment). Näiden kolmen elementin vuorovaikutuksesta nähdään syntyvän toiminnallinen suoriutuminen (occupational performance). Ihmisen toimintaan nähdään vaikuttavan kognitiiviset, psyykkiset ja fyysiset osatekijät sekä kaiken ytimessä oleva henkisyys. Malli myös korostaa sitä, että jokaisella ihmisellä on yksilöllinen tausta, kulttuurisen, institutionaalisen, fyysisen sekä sosiaalisen ympäristönsä suhteen, jolla on joko toimintaa mahdollistava tai rajoittava vaikutus. Toiminta puolestaan nähdään ihmistä ja ympäristöä yhdistävänä tekijänä. Kanadan malli jakaa toiminnan kolmeen tarkoitukseen: itsestä huolehtiminen, tuottavuus ja vapaa-aika, josta viimeiseen keskitymme työssämme. (Townsend & Polatajko 2007, 22–23.)



KUVIO 1. Kanadan malli. (Townsend & Polatajko 2007, 23.)

CMOP-E laajentaa mallin näkökulmaa toiminnallisesta suoriutumisesta (occupational performance) toimintaan sitoutumiseen (occupational engagement). Käsite sisältää laajan näkökulman toimintaan, eikä rajaa sitä vain toiminnan toteuttamiseen. Toiminnallinen suoriutuminen määrittellään ihmisen kyvyksi aloittaa, suorittaa loppuun ja tehdä vaatimuksien mukaan. Toimintaan sitoutuminen huomioi kaiken sen, mitä teemme saattaaksemme itsemme tai jonkun toisen osalliseksi. Sen avulla huomioidaan myös esimerkiksi toiminnan merkitys ja sen tuottama tyydytys ihmiselle. (Mts. 24–27.) Toiminta ei siis ole merkityksellistä vain jos sitä kykenee itse toteuttamaan vaatimusten mukaisesti, vaan siihen muillakin tavoin osallistumalla voi kokea toiminnan tuottamaa tyydytystä. Esimerkkinä voisi olla liikuntavammainen henkilö, joka osallistuu juoksutapahtumaan toisen avustamana (mts. 25).

Mallin mukaan toiminnallisuutta tukevaan ympäristöön vaikuttamisen ohella huomio keskitetään toiminnalliseen ihmiseen. CMOP-E edistää näkemään terveyden, hyvinvoinnin ja oikeudenmukaisuuden toiminnan kautta, eikä rajaa tätä vain toiminnalliseen suoriutumiseen. Toimintaterapia määrittellään Kanadan malli huomioon ottaen seuraavasti: Toimintaterapia on taidetta ja tiedettä, joka mahdollistaa jokapäiväiseen elämään sitoutumista toiminnan avulla; mahdollistaen ihmisiä toteuttamaan terveyttä ja hyvinvointia edistäviä toimintoja sekä mahdollistaen oikeudenmukaisen ja esteettömän yhteiskunnan niin, että ihmiset voivat osallistua päivittäisiin tehtäviin elämässään kykyjensä mukaan. (Mts. 27.)

Asiakaskeskeisyys

Kanadan mallissa korostetaan asiakaskeskeistä (client-centred) lähestymistapaa. Asiakaskeskeisyys on ollut Kanadan mallissa pysyvänä teemana vuodesta 1983 lähtien. Kanadan malli määrittelee asiakkaan yksilöksi, jolla on toiminnallisia rajoitteita johtuen olosuhteista, terveydellisistä tai ympäristöllisistä syistä. Asiakas voi olla myös organisaatio, joka vaikuttaa tietyn ryhmän toiminnalliseen suoriutumiseen. Asiakaskeskeisyys on puolestaan toiminnan mahdollistamista yksilöille, ryhmille, toimipisteille, yrityksille, valtioille ja muille vastaaville yhteistyön kautta. Asiakaskeskeisyyden filosofia on kunnioittaa henkilöitä, jotka omalta osaltaan sitoutuvat toimintaterapiaan sekä ilmaista heille kumppanuutta. Toimintaterapeutit osoittavat asiakkaille kunnioitusta ottamalla heidät mukaan pää-

töksentekoon, puoltamalla asiakasta hänen itse kokemiensa tarpeiden täyttämässä sekä huomioimalla asiakkaiden kokemukset ja tiedot. (Law, Polatajko, Baptiste & Townsend 1997, 49.)

Kanadan malli painottaa, että asiakaskeskeisyyden toteutumiseksi on varmistettava asiakkaan saavan tarvittavaa tietoa palveluista, jotka parhaiten vastaavat hänen tarpeisiinsa. Asiakkaalle tulisi jäädä tunne, että hänen mielipiteensä, toivonsa ja tarpeensa on huomioitu sekä hänen arvojaan on kunnioitettu. Asiakaskeskeisyyttä voisi kuvata myös sanalla joustavuus, jonka tulisi näkyä esimerkiksi aikatauluttamisessa asiakkaan, ei ammattihenkilön mukaan. (Mts. 51–52.)

Asiakaskeskeisyys-käsite ei ole lähtöisin toimintaterapiasta vaan se on tunnettu myös muilla aloilla. Sumsionin mukaan omia määrittelyjä asiakaskeskeisyydestä erityisesti potilasnäkökulmasta ovat tehneet esimerkiksi Little ja kumppanit sekä Stewart ja kumppanit. Little ja kumppanit määrittelevät potilaslähtöisyydeksi sen huomioimisen, että potilas haluaa lääkärin ymmärtävän hänen syynsä tulla taapaamiseen sekä lääkärin olevan helposti lähestyttävä ja kiinnostunut kuulemaan millaista hoitoa potilas haluaa. Stewartin ja kumppaneiden mielestä potilaskeskeisyyteen kuuluu se, että otetaan huomioon potilaan halu kuulla häntä koskevista asioista ottamalla hänet mukaan päätöksentekoon ja selittämällä asiat ymmärrettävästi. (Sumsion 2006, 5.)

Asiakaskeskeisyyteen ohjaa myös Maailman terveysjärjestön, WHO:n terveyden edistämisen julistus (Health Promotion). Se julkaistiin ensimmäisessä kansainvälisessä Terveyden edistämisen konferenssissa Ottawassa vuonna 1986. Julistuksessa painotetaan yksilöiden omaa vastuuta terveydentilastaan mutta myös oikeutta osallistua omaa terveydenhoitoa koskevaan päätöksentekoon. (World Health Organization 2009, 1-4.)

3 VAPAA-AJAN TOIMINNOISTA ELÄMÄNLAATUA

3.1 Vapaa-ajan määrittelyä

Toiminnot jaetaan Kanadan mallin mukaan kolmeen eri kategoriaan: itsestä huolehtiminen (self-care), työ/tuottavuus (productivity) ja vapaa-aika (leisure). Vapaa-aika on sitä aikaa, kun henkilö ei koe pakotetta olla tuottelias. Elämänsä myötä vaihtelee tuottavuuteen ja vapaa-aikaan käytettävän ajan suhde. Lapsilla ja ikääntyneillä vapaa-aikaa on suurin osa päivästä, kun taas työikäisillä suurin osa ajasta kuluu tuottavuuteen. (McColl 2010, 145–146.)

Klassinen toimintaterapian teoria selittää vapaa-ajan olevan työn jatkumoa. Työ ja vapaa-aika edellyttävät samoja taitoja ja kykyjä, ja ovat yhteydessä toisiinsa samojen mieltymysten ja mahdollisuuksien myötä. Christiansen ja Townsend ovat McCollin mukaan todenneet, että ihmiset valitsevat vapaa-ajan toiminnoikseen sellaisia, jotka valmistavat heitä työhön. Esimerkiksi palomies saattaa harrastaa vapaa-ajallaan liikuntaa, joka edesauttaa hänen työssä jaksamistaan tai musiikinopettaja puuhastelee myös vapaa-ajallaan musiikin parissa itse soittaen tai käyden konserteissa. Vapaa-ajan toiminnot sopivat hyvin ihmisen kokonaisvaltaiseen elämäntyyliin. (Mts. 146.)

Tilastokeskuksen Internet-sivuilla määritellään vapaa-aika- sanaa Suomen kielen perussanakirjan mukaan seuraavasti: *"(ansio)työn, opiskelun tms. ulkopuolinen, vars. rentoutumiseen ja virkistäytymiseen käytettävissä oleva aika."* Vanhempi Nykysuomen sanakirja puolestaan määrittelee seuraavasti: *"aika, jolloin joku on vapaana työstään, joutoaika. Työpäivän lyhentyminen on lisännyt ihmisten vapaa-aikaa."* Määritelmässä on havaittavissa eroavaisuuksia. Vanhemmassa määritelmässä vapaa-aika on enemmän sidottu työhön. Uudempi määritelmä kuvaa vapaa-ajan laatua ja antaa sille positiivisemmän merkityksen. Molemmat määritelmät liittävät vapaa-ajan ja harrastukset toisiinsa. (Vapaa-ajan sanakirjamääritelmät 2004.)

Englannin kielessä on ainakin kolme eri termiä, jotka käännetään suomeksi sanalla vapaa-aika. Ne ovat leisure, free time ja spare time. Tilastokeskuksen katsauksen mukaan sanakirjamääritelmistä voi löytää ainakin seuraavat kolme päädimensiota: *”vapaa-aika työn vastakohtana, vapaa-aika tiettyinä lähinnä harrastuksiksi luokiteltavina toimintoina tai sitten vapaa-aika subjektiivisesti koettuna ja laadullisena käsitteenä”*. (Mt.)

3.2 Vapaa-ajan toimintojen merkitys

Toiminnoilla on eri ihmisille eri merkitys. Se, mitä joku tekee vapaaehtoisesti ja mielellään voi olla toiselle ikävintä työtä. Ihmisen oma kokemus toiminnan luonteesta määrittelee sen merkityksen. McColl kirjoittaa vapaa-ajan luonteesta ja ominaispiirteistä. Vapaa-ajan toimintaa hän kuvaa ei pakolliseksi, vapaasti valituksi, harkinnanvaraiseksi, itsessään palkitsevaksi, hauskaksi, miellyttäväksi, leikkisäksi, rentouttavaksi, tyydyttäväksi ja vapaaehtoiseksi. Vapaa-ajan toiminnoilla tulisi siis olla positiivinen vaikutus ihmiseen. Vapaa-aikaan liittyviä käsitteitä ovat viihde, sosialisointi, ajankulutus, rentoutuminen, fanitoiminta, huvi, leikki ja harrastus. Osa vapaa-ajan toiminnoista vaatii sekä henkistä, fyysistä että ajallista panostamista. Vaihtoehtoisesti vapaa-aikaansa voi käyttää toimintaan, joka ei vaadi suorittajalta muuta kuin olemista. Vapaa-aika tarjoaa mahdollisuuksia kokeiluun, tutkimiseen, itseilmaisuuksiin, oppimiseen, luovuuteen, kilpailemiseen, mielikuvituksellisuuteen, rentoutukseen, aistillisuuteen, palvelemiseen, taitojen kehittämiseen, osaamiseen, taituruuteen, edustamiseen ja muiden auttamiseen. Vapaa-ajan käyttö ei välttämättä keskity omaan itseen vaan positiivinen vaikutus voi tulla myös muiden hyväksi toimimisesta. Vapaa-ajan mahdollistamia hyötyjä ovat kuuluvuuden tunne, sitoutuminen yhteisöön, henkilökohtainen täyttymys, kulttuurinen sopeutuminen, minäkäsityksen vahvistuminen, sosiaaliset suhteet ja hengellinen merkitys. (McColl 2010, 146.)

Vapaa-aikaa voidaan jaotella eri tavoin. Voidaan puhua aktiivisista ja passiivisista harrastuksista, yksin tai ryhmässä harrastamisesta sekä kotiin liittyvistä ja kodin ulkopuolisista harrastuksista. Vapaa-ajan toimintoja voidaan jakaa fyysisiin ja kulttuuritoimintoihin, perinteisiin ja moderneihin toimintoihin sekä yleishyödyllisyyttä tai yksilöllistä kokemusta korostaviin toimintoihin. (Pikkarainen 2007,

88.) Kanadassa toimintaterapeuttien työvälineeksi kehitelty arviointimenetelmä The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) jaottelee vapaa-ajan hiljaisiin ja aktiivisiin harrastuksiin sekä sosiaaliseen toimintaan (COPM 2010). Christiansenin ja Townsendin mukaan Stebbins jakoi vapaa-ajan rentoon (casual) ja vakavaan (serious) vapaa-aikaan. Rennon vapaa-ajan toiminnot ovat miellyttäviä, lyhytkestoisia ja itsessään palkitsevia eivätkä vaadi erityistä osaamista tuodakseen nautintoa. Vakavan vapaa-ajan toimintoihin vaaditaan enemmän panostamista kouluttautumisen, harjoittelun ja tiedon keruun avulla. Vakavaa vapaa-aikaa voidaan kutsua harrasteluksi, itsensä kehittämiseksi ja vapaaehtoisuudeksi. (Christiansen & Townsend, 2010, 18.)

Vapaa-ajassa yhdistyvät mielihyvä ja haasteet. Vapaa-ajan toiminnasta halutaan saada mielihyvää, jota jatkuva haasteiden kohtaaminen ja uuden oppiminen eivät kuitenkaan tuo. Toiminta saa olla haasteellista mutta sen täytyy olla ihmisen kyvyille sopivaa. Vapaa-ajan toiminnot kertovat millainen henkilö olet. Jokaisella ihmisellä on mielikuva, siitä millainen hän haluaisi olla. Siihen puolestaan vaikuttaa se, mitä asioita hän arvostaa ja mitkä ovat hänelle tärkeitä. Ihminen yleensä hakeutuukin sellaisiin vapaa-ajan toimintoihin, jotka tekevät hyvää hänen omakuvalleen. (Pikkarainen 2007, 91.)

3.3 Elämänlaatu käsitteenä

Elämänlaatu käsitteenä on monitahoinen ja siitä ei ole olemassa vain yhtä virallista määritelmää. Kirjassa Suomalaisten hyvinvointi 2010 kootaan tekijöitä, jotka usein sisällytetään elämänlaadun osa-alueiksi. Näitä ovat aineellinen hyvinvointi, läheissuhteet, terveys ja toimintakyky, psyykinen, emotionaalinen ja kognitiivinen hyvinvointi sekä käsitys itsestä. Useita määritelmiä yhdistääkin niihin sisältyvät niin fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen kuin elinympäristön ja elinolosuhteet huomioon ottava näkökulma. Synonyymeina elämänlaadulle on käytetty muiden muassa elämään tyytyväisyyttä ja koettua hyvinvointia. Elämänlaadun nähdäänkin olevan ilmiö, joka vaihtelee yksilöllisesti elämäntilanteiden mukaan. (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 128.)

Allardt mainitsee myös elämänlaatu-käsitettä käytettävän yhtenevänä yleisen hyvinvointi-käsitteen kanssa. Hänen mukaansa elämänlaatua käytetään joskus myös sen yhtenä osa-alueena, joka sisältää suhteen muihin ihmisiin, yhteiskuntaan ja luontoon. Tällöin muut osa-alueet olisivat: elintaso, tyytyväisyys tai tyytymättömyys elämään sekä onnellisuus. Kirjoittaja muistuttaa käsitteen monitaivoisuudesta, minkä myös käytännön tutkimukset osoittavat. Hän jakaa elämänlaatuun vaikuttavat ihmisen perustarpeet kolmeen osaan. Ensimmäisenä ovat materiaaliset ja ihmisen itsensä ulkopuolelta vaikuttavat tekijät (having), kuten tulot, asuminen, työllisyys, työolosuhteet, terveys sekä koulutus. Toisena ovat ihmisen tarpeet rakkauteen, kumppanuuteen ja solidaarisuuteen (loving). Kolmantena on ihmisen tarve toteuttaa itseään (being), esimerkiksi mielenkiintoisen tekemisen tai poliittisen vaikuttamisen kautta. (Allardt 1982, 4-8.)

Salosen mukaan elämänlaadun muodostavat elementit sisältävät sekä objektiivisia että subjektiivisia tekijöitä hyvinvoinnille. Objektiiviset hyvinvoinnin tekijät ovat hänen mukaansa ihmiseen ulkopuolelta vaikuttavia, kuten aineelliset resurssit tai yhteiskunnalliset olosuhteet. Subjektiiviset tekijät hän puolestaan määrittää koskemaan ihmisten hyvinvointia heidän itsensä kokemana. (Salonen 2007, 40.) Huusko ja Pitkälä kuvaavat ihmisen elämänlaadun mittaamista objektiivisten ja subjektiivisten tekijöiden näkökulmasta. Kirjoittajat toteavat, etteivät ihmisen onnellisuus ja elämään tyytyväisyys mene samassa suhteessa objektiivisen hyvinvoinnin ja ulkoisten elämänehtojen kanssa. He selittävät ilmiötä sillä, että ihminen kiinnittää odotuksensa parhaillaan eletävään todellisuuteen. Tyytyväisyys tai tyytymättömyys elämään syntyykin kirjoittajien mukaan subjektiivisesta ristiriidan kokemuksesta ulkoisen todellisuuden mahdollisuuksien ja oman tilanteen välille. (Huusko & Pitkälä 2006, 10-11.)

Ihminen pyrkii säilyttämään tasapainon elämälleen olennaisissa asioissa, kuten fyysisessä ja psyykkisessä toimintakyvyssä sekä sosiaalisissa suhteissa. Fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen vaikuttaa esimerkiksi perintötekijöiden ja elintapojen lisäksi sen hetkinen aktiivisuus. Toimintakykyä siis ylläpidetään toiminnan avulla. Sopiva määrä virikkeitä auttaa osaltaan henkisen hyvinvoinnin säilyttämiseen. Virikkeetön ympäristö passivoi ihmistä ja lisää saamattomuutta sekä masentuneisuutta. Toiminnalla on virkistävä vaikutus, jolloin elämänhalu lisääntyy

ja ihminen kokee elämänsä tasapainoisemmaksi. (Heikkinen 2002, 30–31.) Näin ollen ihmisen elämänlaatuun voidaan vaikuttaa siihen sisältyviin osa-alueisiin vaikuttamalla, kuten hyvää toimintakykyä ja tyydyttäviä sosiaalisia suhteita edistämällä.

Läsnäolon merkitystä ei myöskään saa väheksyä elämänlaatuun vaikuttajana. Vuorovaikutteinen läsnäolo osaltaan tukee ihmisen hyvinvointia ja sopeutumista elämäntilanteeseensa (Heikkinen 2002, 228–229). Vaikka kuuntelija ei sanoisi sanaakaan, ei hänen roolinsa ole passiivinen. Aktiivinen kuunteleminen auttaa kertojaa muodostamaan muistoja ja antaa arvoa kertojan kokemuksille. Muistojen avulla ihminen voi kertoa toiselle itsestään ja omasta persoonastaan. Muistelemalla kuuntelija kutsutaan osalliseksi omaan elämään. (Saarenheimo 2003, 53–54.) Ihmistä voidaan kenties parhaiten tukea hänen sosiaalisella toimintakenttään, kuten kotona (Heikkinen 2002, 228–229). Toisaalta kenttää ei tulisi rajata vain kotiympäristöön, jos ihminen kokee toisen läsnäolon tarpeelliseksi myös kodin ulkopuolella. Tällöin läsnäolo saattaa olla lisäämässä toiminnallisuutta, mikä puolestaan lisää ihmisen toimintakykyä ja samalla vaikuttaa elämänlaatuun positiivisesti. Kodin ulkopuolelta saatavien kokemusten erilaisuus auttaa ihmistä pysymään mukana ajan hengessä, ymmärtämään aikakauden luonteen sekä luomaan sosiaalisia verkostoja (Marin 2003, 32).

Terveyteen liittyvä elämänlaatu

Elämänlaadusta puhuttaessa on hyvä avata myös siihen sisältyvä termi ”terveyteen liittyvä elämänlaatu”. Se määritellään ihmisen kokemukseksi omasta terveydentilastaan ja terveyteen liittyvästä hyvinvoinnistaan. Tätä elämänlaatua mittaamaan on kehitetty useita erilaisia mittareita, joita käytetään esimerkiksi hoitojen vaikuttavuuden arvioimisessa. Terveyteen liittyvä elämänlaatu voidaan myös ymmärtää yleistä terveydentilaa kuvaavana käsitteenä etenkin, jos arvion tekee ulkopuolinen henkilö. Terveyteen liittyvä elämänlaatu on osa elämänlaatua, mutta termejä ei pidä käyttää synonyymeinä. (Huusko & Pitkälä 2006, 14–19.)

Terveyslähtökohtainen ajattelutapa ohjaa katsomaan ihmisen toimintakykyä siitä käsin, vaikuttaako siihen jokin sairaus tai vamma. Tällöin sairaus tai kehon

rakenteet vaikuttavat suorituksen laatuun sekä osallistumiseen. Vuorovaikutuksessa olevien ympäristö- ja yksilötekijöiden katsotaan myös osaltaan vaikuttavan prosessiin. (ICF 2004, 18–19.)

Yksinomaan terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen antaa kapean kuvan ihmisen elämänlaadusta. Kun nähdään vain sairauksien vaikutus toimintakykyyn, jää usein huomaamatta esimerkiksi ihmisen kyky sopeutua. Se puolestaan vaikuttaa ihmisen kokemaan elämänlaatuun merkittävästi. Terveyteen liittyvän elämänlaadun määrittäminen tuo myös osaltaan haasteita, sillä se on usein sidottu työikäisen väestön normeihin. Todellisuudessa sopeutumisprosessin takia esimerkiksi vammaisen tai ikäihmisen määrittäelekin merkityksellisen elämänlaadun aivan eri näkökulmasta. (Huusko & Pitkälä 2006, 19–20.) Monet tutkijat korostavatkin elämänlaatua tarkasteltaessa käytettävien lähestymistapojen monipuolisuuden tärkeyttä (Latimer 2000, 10). Yhdellä lähestymistavalla saadaan vain yhdenlainen näkemys. Kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi tulisi ottaa huomioon niin terveyteen liittyvä kuin muilta osin koettu elämänlaatu.

3.4 Elämänlaadun Mittaaminen

Todellista elämänlaatua ei voida mitata vain ulkoisen hyvinvoinnin kautta vaan huomioon on otettava ihmisen oma kokemus. Kuitenkin, kuten ajatus ihmisen sopeutumisesta ympäröiviin olosuhteisiin osoittaa, on elämänlaadun mittauksilla saatuja tuloksia vaikea laittaa täysin samalle viivalle. Yksi ihminen kokee olevansa onnellinen vähästä ja pienistä ilonaiheista kun taas puolestaan toinen kokee itsensä onnettomaksi hyvistä olosuhteista huolimatta. Elämänlaadun kokemiseen vaikuttavat henkilökohtaisen tyytyväisyydentunteen ja olosuhteiden lisäksi myös ihmisen niille antamat painotukset ja arvot. (Huusko & Pitkälä 2006, 11–13.) Tasavertaisen palvelun takaamiseksi on elämänlaatua selvitettäessä otettava näin ollen huomioon ihminen kokonaisuutena sekä myös ympäröivät olosuhteet.

Elämänlaatua mitatessa ei ole suositeltavaa käyttää sijaisvastaajia, kuten omaisia, terveydenhuollon ammattilaisia tai tutkijoita. He katsovat toisen elämänlaatua oman arvomaailmansa läpi, joka kuitenkin on yleensä melko kaukana vammaisen tai ikäihmisen omasta käsityksestä. Omaisella on usein taipumus aliarvioida

ikäihmisen elämänlaatua ja myös ammattilaisilla on eri käsityksiä siitä, mikä on merkityksellistä ikääntyneen elämänlaadussa. Elämänlaadun tutkijoiden kesken on ollut myös näkemys, jonka mukaan elämänlaatua voitaisiin mitata vain haastattelemalla vapaasti, jolloin ihminen voisi vapaasti kertoa omasta elämänlaadustaan. (Mts. 20.) Oli menetelmä sitten mikä tahansa, on mielestämme hyvä pitää toimintaterapiasta tuttu ajattelutapa keskeisenä – ihminen on oman elämänsä asiantuntija.

3.5 Ikääntymisen tuomat haasteet vapaa-ajalle

3.5.1 Ikääntyneet ja vapaa-aika

Vanhetessa ihmisen toimintakyky muuttuu. Ei enää pystytä ja jakseta tehdä asioita samoin kuin ennen. Ensimmäisenä luovutaan harrastus- ja vapaa-ajan toiminnoista, jotta selviydytään välttämättömistä arjen toiminnoista, kuten asioimisesta, kodinhoidosta ja itsestä huolehtimisesta. Luopuminen tärkeistä harrastuksista voi olla myös merkki tai oire uhkaavasta toimintakyvyn muutoksesta tai jopa riskistä. Kuitenkin Pikkarainen kirjoittaa Nilssonin todenneen yli 85-vuotiailla ihmisillä vapaa-ajan harrastusten olevan keskeisempiä elämäntyytyväisyyden osatekijöitä kuin perustoiminnoissa selviytyminen. (Pikkarainen 2007, 97–99.)

Pikkarainen on koonnut Goodale ja Godbeya sekä Häggblom-Kronlöffia mukailleen harrastustoimintoihin osallistumisen esteitä ikääntyneillä. Osallistumisen esteeksi kaikilla ikäryhmillä voivat nousta yksilön sisäiset, yksilöiden väliset ja rakenteelliset esteet. Yksilön sisäisiä esteitä ikääntyneillä ovat stressi, ahdistus, masennus, omat aikaisemmat periaatteet, heikko itsetunto ja itsetuntemus, kontrollin tunteen pettäminen sekä ikääntymismuutokset näkökyvyssä, liikkumisessa ja omissa harrastustaidoissa. Esteet voivat johtua siitä, että ikääntynyt ihminen kokee harrastustoiminnot sopimattomiksi tai turhiksi. Hän ei välttämättä ole tottunut erityisiin harrastuksiin. Taustalla voi olla myös pelko epäonnistumisesta ja uskaltamattomuus kertoa omista tarpeista ja haaveista. Ikääntynyt ihminen ei halua kokea osaamattomuutta ja voi siksi kieltäytyä osallistumasta vanhoihin harrastuksiin. Hän ei halua todeta olevansa taantunut harrastaja. Yksilöiden välisiä esteitä ikääntyneillä ovat erilaisuus, ymmärryksen puute, yhteisyyden tun-

teen puuttuminen sekä kateus. Ikääntynyt ihminen ei tällöin halua osallistua harrastusryhmiin. Hän ei koe saavansa itselleen sopivaa tukea ja ohjausta. Harrastustarjonnan pitäisikin olla riittävän monipuolista. Rakenteellisia esteitä ovat ympäristön esteet, vuodenaikojen aiheuttamat esteet, muut arjen tehtävät ja velvollisuudet sekä taloudelliset esteet. Puutteelliset tilat, välineet ja ohjaus, sopimattomat aikataulut sekä kalleus eivät mahdollista ikääntyneiden yksilöllisiä harrastustoimintoja. (Mts. 92–93.) Craig ja Mountain painottavat, että ryhmätoiminta ei vastaa yksilön kaikkiin tarpeisiin vaan tueksi olisi hyvä olla myös yksilöllistä kohtaamista. Yksilöllisen kohtaamisen kautta on mahdollista syventää ja laajentaa ymmärrystä ikääntyneiden tarpeisiin ja kykyihin. (Craig & Mountain 2007, 30.)

Vapaa-ajan toimintojen jatkuvuuteen ikääntyessä vaikuttavat hyvä terveydentila ja toimintakyky, autonomian ja itsemääräämisen tunne, sosioekonominen tilanne (asuminen, siviilisääty, tulot, koulutus, ammatti) ja aikaisempi aktiivisuus (Pikkarainen 102–104). Aktiiviseen, mielekkääseen ja toimintarajoitteista vapaaseen ikääntymiseen vaikuttaa työelämän aikana olleen työkyvyn laatu (Ilmarinen 2001, 190). Pikkarainen kirjoittaa harrastustoiminnan lisääntymisen eläkkeelle jäämisen jälkeen yleistyneen. Joukossa on kuitenkin yksinäisiä sekä terveydentilaltaan tai taloudellisesti heikommassa asemassa olevia. Heidän löytämisensä ja yksilöllisten vapaa-ajan toimintojen mahdollistaminen olisi erittäin tärkeää. (Pikkarainen 2007, 102–104.)

3.5.2 Muistisairaus ja elämänlaatu

Muistisairaiden määrän ennustetaan yhä lisääntyvän väestön ikääntymisen myötä, sillä muistisairauksien esiintyvyys kasvaa vanhemmissa ikäluokissa. Suomessa vuonna 2010 arvioitiin olevan noin 89 000 keskivaikeasta ja vaikeasta muistisairaudesta kärsivää ihmistä. Vuonna 2060 sairastavien määrän arvioidaan olevan jo 239 000. (Viramo & Sulkava 2010, 28–29.) Muistisairaudet voivat osaltaan olla vaikuttamassa monen ikäihmisen elämänlaatuun, joten onkin tärkeää ottaa huomioon niiden merkitys. Muistisairaus voi heikentää ihmisen toimintakykyä vähitellen, jolloin ihminen saattaa tiedostaa oman kognitiivisen toimintakykynsä rapistumisen, kunnes oiretietoisuus vähitellen katoaa. Toisaalta alussa lievien

oireiden hidas eteneminen ei välttämättä saa ikääntynyttä tai hänen läheisiään huolestumaan, vaan tilanteeseen sopeudutaan. (Pulliainen, Kuikka & Salo 2010, 366–369.) Muistisairauteen saattaa liittyä muistioireiden lisäksi myös muuta kognitiivista heikentymistä, toiminnanohjauksen vaikeuksia, kielellisiä oireita sekä persoonallisuuden muutoksia (Soininen & Hänninen 2010, 76).

Yleensä läheiset huomaavat omaisessaan tapahtuneet muutokset, jotka ennustavat muistisairautta. Nämä havainnot on usein todettu tarkoiksi, varsinkin mitä tiiviimmässä vuorovaikutuksessa he ovat potilaan kanssa. (Pulliainen ym. 2010, 368.) Kuitenkin, muistisairaiden elämänlaatu arvioidaan automaattisesti usein heikoksi, vaikka todellisuudessa heidän itsensä kokemana se voi olla myös varsin hyvää. Muistisairaiden ja heidän hoitajiensa kuvaamia elämänlaadun osa-alueita voidaan luokitella viiteen eri ryhmään. Nämä ovat fyysinen, sosiaalinen, emotionaalinen ja toiminnallinen hyvinvointi sekä kognitio. (Savikko, Huusko & Pitkälä 2006, 30–31.)

Haasteena muistisairaiden elämänlaadun selvittämiseksi on löytää sopiva mittari, joka kattaa laajalti heidän elämänlaadulleen keskeisiä asioita. Toinen keskeinen haaste muistisairaana elämänlaatua mitattaessa voi olla saada tietoa heidän omasta kokemuksestaan hyvinvointiinsa liittyen. Tämä hankaluus aiheutuu pidemmälle edenneen muistisairauden synnyttämistä kommunikointiongelmista. Ongelmaa voidaan kiertää esimerkiksi mittaamalla elämänlaatua havainnoimalla tai omaisia haastatteleamalla. Näillä keinoilla saatuihin tuloksiin tulee kuitenkin suhtautua varauksella, sillä ulkopuolelta saadut arviot eivät ole täysin yhtäpitäviä muistisairaana ihmisen omien näkemysten kanssa. (Mts. 30–33.) Lievää tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavilta voidaan usein mitata elämänlaatua heidän itsensä täyttämien mittareiden tai kysymyksien avulla. Näitäkin tuloksia on syytä arvioida kriittisesti, sillä varmuutta ei aina ole kysymyksien ymmärtämisestä oikein. Muistisairaiden elämänlaadun selvittämiseen käytettäviä mittareita tulisi yhä kehittää, jotta tietoa osattaisiin hankkia juuri heidän elämänlaatuunsa vaikuttavista keskeisistä tekijöistä. (Mts. 38–39.)

3.6 Kehittämistoimintaa ja tutkimusta

Päiväkuntoutuksen ja viriketoiminnan vaikutuksista ikääntyneiden toimintakykyyn ja terveyteen on tehty tutkimusta, jossa toimintaan osallistumisen seurauksena havaittiin esimerkiksi asunnostaan poistuvien ikääntyneiden osuuden kasvaneen. Ihmisten aktiivisuutta ja osallistumista saatiin näin ollen tuettua. Samoin psyykkisessä toimintakyvyssä havaittiin muutoksia, esimerkiksi depressiivisten oireiden vähenemisellä. Vaikka kaikkiin hyvinvoinnin osa-alueisiin ei saataisi-kaan mitattavaa toimintakyvyn paranemista, voi tilanteen pysyminen ennallaan olla monen ihmisen arkielämän kannalta merkittävää. (Viramo 1998, 72–77.) Tällöin voidaan todeta ylläpidettävän esimerkiksi ihmisen omatoimisuutta ja itsemääräämismahdollisuuksia, jotka tukevat elämän hyvää laatua.

Yksilöllistä viriketoimintaa on Suomessa kehitetty ainakin pitkäaikaishoidon piirissä. Airila on raportoinut Helsingin kaupungin Suursuon sairaalassa toteutetusta kehittämishankkeesta. Siinä toteutettiin 28:lle, paljon apua ja hoivaa tarvitsevalle, ikääntyneelle potilaalle vuoden ajan yksilöllistä viriketoimintaa osana hoitotyötä. Viriketoimintaa järjestivät potilaiden omahoitajat. Tavoitteiksi hankkeelle oli asetettu sosiaalisen ja psyykkisen hyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen sekä saada tietoa viriketoiminnan vaikutuksesta mielialaan. Hankkeen kautta etsittiin myös keinoja ikääntyneiden mielenvireyttä ylläpitäviksi ja parantaviksi toimintakäytänteiksi pitkäaikaishoidossa. (Airila 2005, 4.)

Hankkeessa oli havaittu viriketoiminnan toteutumisen kannalta tärkeäksi virikesuunnitelman tekeminen. Se puolestaan vaatii taustatietojen hankkimista haastattelemalla, kyselemällä, kuuntelemalla ja paneutumalla siihen, mikä kyseiselle ikääntyneelle on tärkeää ja mielekästä. Hankkeessa käytetyt viriketoiminnat olivat aivan tavallisia, pieniä, arkipäivän asioita, kuten musiikin kuuntelu, lehden lukeminen ja juttelu toisten kanssa. Viriketoiminnan toteuttaminen vaati omahoitajalta sitoutumista asiaan. Sille on varattava aikaa. Hankkeessa havaittiin, että pienillä asioilla voidaan saada aikaan hyvää oloa. Potilaiden parantunutta olotilaa voitiin perustella ympäristön huomioimisen lisääntymisellä, piristymisellä, kiinnostuksella istua pidempään pyörätuolissa sekä päiväaikana enemmän valveilla olemisena. (Mts. 12–17.)

Oulussa on puolestaan selvitelty ikääntyneiden hyvinvointia. Vuonna 2006 toteutettiin osana kehittämishanketta Kotona asuvien hyvinvoinnin indikaattorit - tutkimus yli 80-vuotiaille. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidun haastattelun keinoin. Haastatteluja tehtiin n. 1700:lle kotona asuvalle ikääntyneelle Oulussa, Oulunsalossa, Kempeleessä ja Kiimingissä, joista valittiin 500 tarkempaan tarkasteluun. Koko hankkeen ja tutkimuksen pohjalta havaittuna Koistinen ja Manssila kirjoittavat tarpeesta kehittää kotona asuville ikääntyneille toimintoja ja saada heitä aktivoitua osallistumaan. Keskeistä on myös kartoittaa palveluita, joilla pystytään pidentämään kotona asumisen aikaa. Hyvinvointia lisäävä palvelukokonaisuus olisi sellainen, johon ikääntyneen on helppo tulla itse tai kuljetettuna. Toimintojen siirtäminen kotiin listataan myös vaihtoehdoksi. (Koistinen & Manssila 2006, 4-45.)

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ - VIRIKEKLUBI

Harmonia Care Oy:n toimitusjohtaja kertoi meille yrityksen ideasta tuoda markkinoille uusi palvelutuote, joka tarjoaa yksilöllistä viriketoimintaa ikääntyneille. Jyväskylän seudulla on jonkin verran ryhmämuotoista viriketoimintaa ikääntyneille mutta yksilöllistä toimintaa ei lainkaan. Uudelle tuotteelle yritys oli keksinyt nimen Virikeklubi. Yritys on kiinnostunut asiakkaidensa kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista. Kaikilla ikäryhmillä on tarve toimintaan. Virikeklubi pyrkii vastaamaan ikääntyneiden toiminnan tarpeeseen vapaa-ajan toimintojen osalta. Ihminen saa elämäänsä merkitystä toiminnasta. Virikeklubin tehtävänä on mahdollistaa asiakkaan toivoma toiminta, tehdä käytännön järjestelyt toiminnan toteutumiseksi, tarjota seuraa ja avustusta sen toteuttamiseen sekä tehdä toiminnasta turvallista. Toiminnaksi lasketaan esimerkiksi keskustelu, jos se palvelee asiakkaan tarpeita tarkoituksenmukaisesti. Virikeklubin lähtökohtana on asiakaskeisyys. Tuotteen idea on, että asiakas saa päättää itse, mitä tehdään. Kun toiminta on mielekästä, ihminen sitoutuu siihen vahvemmin. Toimintaan sitoutuminen puolestaan tuottaa tyydytystä, joka edistää ihmisen hyvinvointia. Ihmisen kokemus omasta hyvinvoinnistaan antaa kuvaa elämänlaadusta. Virikeklubin tavoitteena on asiakkaiden elämänlaadun parantaminen.

Tarkoituksenamme oli luoda yrityksen idean pohjalta palvelutuotteelle alustava rakenne ja kehittää sitä edelleen tapausesimerkkien avulla. Halusimme selvittää käytännön kokeilulla, miten asiakkaat suhtautuvat palvelutuotteeseen ja toimintaan. Virikeklubin kehittämistehtävää toteutettiin tutkimuksellisen kehittämistoiminnan näkökulmasta. Pääpainotukseksi nostettiin kehittämistoiminta ja tutkimukselliset menetelmät toimivat siinä apuna (Toikko & Rantanen 2009, 22). Emme pyrkineet luomaan valmista palvelutuotetta vaan laittamaan sen kehittämistoiminta alulle. Ensisijaisesti halusimme kehittää yksilöllistä toimintaa, koska sen tarve oli ajankohtaisempi. Suunnittelemassamme palvelutuotteen alustavassa rakenteessa ryhmätoiminnot ovat kuitenkin mukana, koska ne ovat osa palvelutuotteen kokonaisuutta ja ilmentävät sen monipuolisuutta.

5 TOTEUTUS

5.1 Palvelutuote – Virikeklubi

Kehittämistoimintaan kuuluu viisi tehtävää: perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja tulosten levittäminen (Toikko & Rantanen 2009, 56–63). Toimeksiantajan käytännön tarve ja idea antoivat perusteet kehittämistoiminnan aloittamiseen. Samalla sovittiin tavoite ja päämäärä, johon pyritään. Kehittämisen tavoitteena oli luoda rakenne uudelleen palvelutuotteelle, Virikeklubille, ja kokeilla sen toimivuutta käytännössä. Organisointivaiheessa ideasta ja sen lähtökohdista keskusteltiin toimeksiantajan kanssa. Lähdimme luonnostelemaan alustavaa rakennetta palvelutuotteelle ja pohdimme erilaisia vaihtoehtoja. Kun mielestämme toimiva rakenne oli saatu aikaan, esiteltiin se toimeksiantajalle. Tämä hyväksyi sen, mutta antoi muutamia lisäehdotuksia muun muassa palvelutuotteessa käytettävistä termeistä. Ne otettiin huomioon ja tehtiin tarvittavat muutokset, jonka jälkeen palvelutuote oli valmis kokeiltavaksi.

Palvelutuotteen rakenteesta halusimme tehdä yksinkertaisen, mutta monipuolisen ja hyvin toteuttavissa olevan. Päädyimme kehittämään klubin, johon asiakkaat liittyvät jäseniksi. Jäseneksi liittyessään asiakas saa klubikortin, joka voidaan ladata uudestaan täyteen. Harmoniassa on havaittu asiakkaiden olevan yl-

peitä asiakkuudesta. Se antaa heille tunteen, että he kuuluvat johonkin. Halusimme liittää mahdollisuuden kuulua johonkin, tässä tapauksessa Virikeklubiin. Suunnitelmassa on useita kohtia, joissa on mahdollista joustaa asiakkaan mukaan. Suunnitelmassa on katsottu myös eteenpäin Virikeklubin tulevaisuuteen. Kaikki kohdat eivät välttämättä toteudu heti sen aloittaessa.

Asiakas voi liittyä klubiin itse tai hänen läheisensä voi ostaa hänelle klubijäsenyyden. Klubijäseneksi liityttäessä valitaan joko viiden tai kymmenen tapaamiskerran palvelukokonaisuus. Asiakkaalle lähetetään infopaketti, jossa kerrotaan yrityksestä sekä klubin mahdollisuuksista. Infopaketin yhteydessä lähetetään myös kyselylomake mielekkäistä toiminnoista, jonka asiakas itse täyttää tai tarvittaessa se täytetään hänen kanssaan suunnittelukerralla. Asiakkaaseen ollaan yhteydessä ja sovitaan suunnittelukerta, jolloin tehdään alustavaa aikataulutusta täytetyn kyselylomakkeen mukaisista toiminnoista. Suunnittelukerta on ilmainen, kuten Harmonian muissakin palveluissa. Asiakas saa itselleen klubikortin, joka osoittaa hänen kuuluvan Virikeklubiin. Jatkossa tapaamiskerroista sovitaan asiakkaalle parhaiten soveltuvalla tavalla. Edellisen tapaamisen yhteydessä voidaan sopia jo seuraava, mikäli asiakas niin haluaa. Vaihtoehtoisesti asiakas voi itse ottaa yhteyttä palvelun tarjoajaan ja sopia tapaamisen. Mikäli asiakkaalla on muistin kanssa ongelmia, voidaan myös sopia, että palvelun toteuttaja on häneen yhteydessä sovituin väliajoin. Yksi tapaamiskerta on tunnin pituinen. Halutessaan ja toiminnan niin vaatiessa asiakas voi käyttää samalla kertaa myös useamman tapaamiskerran.

Tapaamiskertoja voi käyttää erilaisiin toimintoihin. Virikeklubi perustuu asiakaslähtöisyyteen. Tarkoituksena on antaa asiakkaan päättää, mitä Virikeklubissa tehdään. Virikeklubin toteuttaja kunnioittaa asiakasta ja osoittaa kumppanuutta tekemällä asioita yhdessä asiakkaan kanssa. Virikeklubi mahdollistaa toimintoja asiakkaalle, joka ei, syystä tai toisesta, tee niitä yksin. Virikeklubi antaa mahdollisuuden yksilölliseen toimintaan, jolloin asiakas toimii yhdessä toteuttajan kanssa. Yksilötoiminnan tarjoaminen on Virikeklubin ensisijainen tarkoitus, mutta se tarjoaa mahdollisuutta osallistua myös ryhmätoimintaan, jota voidaan toteuttaa yhteistyössä ulkopuolisten tahojen kanssa. Näitä voisivat olla esimerkiksi eri oppilaitokset tai palveluiden tuottajat. Toimintamahdollisuuksia Virikeklubissa on

lähes rajattomasti ja myös niiden rahallinen arvo vaihtelee suuresti. Tähän ratkaisuna toiminnat jaetaan hintaan sisältyviin sekä lisämaksulla toteutettaviin toimintoihin. Yksilöllisiä hintaan sisältyviä toimintoja voivat olla esimerkiksi ulkoilu, kahvittelu, leipominen, käsityöt ja ostoksilla käynti. Lisämaksulla voidaan mennä esimerkiksi teatteriin, konserttiin, jääkiekkopeliin, uimahalliin tai keilamaan. Ryhmätoimintatarjonnasta voisi löytyä esimerkiksi retkiä ja ryhmäliikuntaa sekä opiskelijoiden tuottamia toimintoja. Pidemmälle suuntaavia retkiä voitaisiin toteuttaa lisämaksulla. Klubimaksuun sisältyy yksi lisämaksullinen toiminta. Eritellyillä vaihtoehdoilla mahdollistetaan palvelutuotteen kannattavuus sekä asiakkaille että yritykselle. Palvelu säilyy sen hintaisena, että asiakkaiden on mahdollista osallistua siihen mutta yritys ei kuitenkaan jää tappiolle sen toteuttamisesta.

Kun kaikki tapaamiskerrat on käytetty, asiakasta pyydetään täyttämään palautekysely. Palautteen saaminen on tärkeää, jotta pystytään entisestään kehittämään toimintaa ja palvelutuote säilyy asiakaskeskeisenä. Palautetta voidaan lisäksi kerätä jokaisen tapaamiskerran yhteydessä joko suullisesti kyselemällä tai vaihtoehtoisesti lyhyellä, nopeasti täytettävällä lomakkeella. Tällöin lomake olisi mahdollista esimerkiksi sulkea kuoreen, jotta asiakas voisi helpommin antaa rehellistä palautetta.

Virikeklubissa jäsenyys on aina voimassa, ellei asiakas itse halua erota siitä. Klubissa voi olla aktiivisena tai passiivisena jäsenenä. Asiakas päättää näin ollen tapaamiskertojen loputtua haluaako hän ladata kortin täyteen, jolloin hän pysyy aktiivisena klubin jäsenenä, vai siirtyykö hän passiiviseksi jäseneksi. Aktiivisena jäsenenä jatkavan kanssa prosessi alkaa alusta suunnittelemalla, mitä toimintoja uusille tapaamiskerroille halutaan. Ladattujen tapaamiskertojen käyttöön on aikaa puoli vuotta. Tällöin asiakkaan ei tarvitse klubiin liittyessään sitoutua esimerkiksi jokaviikkoiseen tapaamiseen, vaan aikaa kertojen käyttämiseen on reilusti. Toisaalta rajatun ajan määrittämisellä pyritään aktivoimaan asiakasta, jotta tapaamiskerrat eivät jää esimerkiksi yhteen kertaan vuodessa. Passiivista jäsentä pidetään ajan tasalla lähettämällä tietoa puolen vuoden tai vuoden välein esimerkiksi tulevista tapahtumista ja kokoontuvista ryhmistä.

Toteutusvaiheessa palvelutuotetta pilotoitiin eli kokeiltiin käytännössä. Toimeksiantaja etsi osallistujia yrityksen nykyisistä asiakkaista, joille palvelutuotetta voitaisiin kokeilla. Asiakkaiden saaminen mukaan kokeiluun osoittautui yllättävän haastavaksi ja suunnitellun kolmen henkilön sijaan toteutimme palvelutuotetta kahdelle asiakkaalle. Palveluun kuuluvat suunnittelukerta ja viisi tapaamiskertaa toteutettiin viiden viikon aikana, joko kerran tai kahdesti viikossa. Palvelutuotteen vaikutuksia asiakkaan kokemukseen omasta elämästään pyrimme selvittämään elämänlaatumittarilla (WHOQOL-BREF) ja myöhäisiä depressoosulalla (GDS-15). Samat mittaukset suoritettiin pilottijakson alussa ja lopussa mahdollisten muutosten havainnoimiseksi. Lisäksi tapaamiskerroista asiakkaiden kanssa kirjoitettiin päiväkirjaa, jotta kokemukset ja ajatukset säilyvät raportointia ajatellen.

Kehittämistehtävän arviointi tapahtui raportoinnin yhteydessä, jolloin kokemuksia ja havaintoja analysoitiin sekä niistä saatua tietoa pohdittiin. Tietoa pyrittiin hyödyntämään palvelutuotteen sisällön ja rakenteen muokkaamisessa. Kehittämistehtävää arvioidessa katsottiin myös, kuinka asetettuihin tavoitteisiin vastattiin. Saatujen tulosten ja tuotosten levittäminen tapahtui osaltaan valmiin työn esittämisvaiheessa. Opinnäytetyö esitettiin sekä koululla että toimeksiantajayrityksen henkilökunnalle. Lisäksi keskustelut toimeksiantajan kanssa asiakaskäyntien kokemuksista olivat osa tiedon jakamista, josta on hyötyä palvelutuotteen käytössä ja kehittämisessä jatkossa. Palvelutuote siirtyi toimeksiantajan jatkokehittettäväksi muun muassa ryhmätoimintojen, tarvittavien materiaalien ja yhteistyöneuvotteluiden osalta.

5.2 Elämänlaadun mittaus – WHOQOL-BREF

WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life) mittarin kehittäminen aloitettiin vuonna 1991. Tavoitteena oli kehittää kansainvälinen ja monikulttuurisesti vertailukelpoinen elämänlaadun mittari. (WHO Quality of Life-BREF 2011.) Mittaria kehitettiin yhteistyössä monen tahon kanssa maailmanlaajuisesti ja sitä testattiin myös laajalti käytännössä. WHOQOL:n avulla haluttiin laajentaa elämänlaadun mittaamista kokonaisvaltaisemmaksi kuin mitä perinteiset terveyteen liittyvät elämänlaatumittarit mahdollistavat. Se tarkastelee yksilön näke-

myksiä omasta asemastaan elämässä, ottaen huomioon kulttuurisen kontekstin ja arvomaailman, sekä henkilökohtaiset tavoitteet, odotukset ja vaatimustason. Elämänlaatu on näin ollen yksilön subjektiivinen kokemus ja arvio omasta tilanteestaan. WHOQOL ei mittaa niinkään terveydentilaan liittyviä asioita, kuten oireita, tauteja tai toimintakykyä vaan sitä, kuinka yksilö kokee niiden vaikuttavan omaan elämäntilanteeseensa. (WHOQOL User Manual 1998, 1-4.)

WHOQOL-100 on sadan kysymyksen elämänlaatumittari, josta WHOQOL-BREF (ks. liite 1) on lyhennetty ja jatkokehitetty 26 kysymyksen versio. Siihen sisältyy elämänlaadun neljä ulottuvuutta: fyysinen, psyykinen, sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Lisäksi mittariin kuuluu kaksi yleistä kysymystä elämänlaadusta ja tyytyväisyydestä terveydentilaan. (Mts. 35–38.) Mittarin soveltuvuutta Suomen oloihin on myös testattu ja siitä on tehty suomenkielinen käännös, jota käytimme pilottiasiakkaiden elämänlaatua mitattaessa. Mittarin käyttö on tarkkaan säädeltyä ja lupa sen käyttöön haetaan suomalaiselta validointiryhmältä. (Huusko, Kautiainen & Pitkälä 2006, 76.) Luvan suomenkielisen mittarin käyttöön meille myönsi WHO:n luvalla toiminut kääntäjä. Mittarin täyttämiseen arvioidaan kuluvan aikaa 10–15 minuuttia ja se on mahdollista tehdä joko itsenäisesti tai haastatteleamalla. Vastausasteikko on 1-5, jolloin korkein luku kuvaa hyvää elämänlaatua. Aika, jota arvioidaan, on kaksi viimeistä viikkoa. (Pitkälä, Huusko, Savikko & Strandberg 2006, 116.)

Sisällöllisesti WHOQOL-BREF nähdään laajasti elämänlaatua mittaavana kyselynä, joka ottaa huomioon myös sen positiiviset ulottuvuudet. Mittarin kysymykset käsittelevät ikääntyneille olennaisia alueita myös ympäristö- ja sosiaaliselta ulottuvuudelta, sekä lisäksi käsittelee tuottavaa hyvinvointia ja roolitoimintoja. Mittari kuitenkin jättää mittaamatta esimerkiksi autonomiaa, yksityisyyttä, elämänhallintaa, valinnan mahdollisuuksia, avun saantia ja sen laatua sekä kognitiota. WHOQOL-BREF:n valintaa toteuttamamme elämänlaadun mittaukseen puolsi juurikin sen laaja-alainen näkökulma elämänlaadun eri osa-alueille sekä sen asiakaslähtöisyys. Kuitenkaan sen muutosherkkydestä, esimerkiksi hoidon vaikutuksesta, ei ole tutkimustuloksia. (Mts. 117–118.) Päätimme ottaa tueksi massenusoireita seulovan GDS-15:en.

5.3 GDS-15

Myöhäisiän depressioseula GDS-15 (Geriatric Depression Scale) (ks. liite 2) on kehitetty erityisesti ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen. Se voidaan täyttää joko haastattelemalla tai asiakkaan omasta toimesta. GDS-15 on lyhennetty versio alkuperäisestä GDS-mittarista, johon kuuluu 30 kysymystä. Arvioimiseen kuluva aika on 5-7 minuuttia. Kyselylomakkeen 15 kysymykseen vastataan joko kyllä tai ei. 10 kysymyksen kyllä-vastaukset ja viiden kysymyksen ei-vastaukset antavat aiheita epäillä masennusta. Vastausvaihtoehdoista isolla kirjaimella merkitystä vastauksesta saa yhden pisteen. Masennukseen viittaavista raja-arvoista on erilaisia käytäntöjä, mutta käyttämässämme kyselylomakkeessa yli kuusi pistettä antoi aiheita depression epäilyyn. Tunteuksia arvioidaan kuluneen viikon ajalta. Kyselyä käytettäessä tulee muistaa, että se on kuitenkin vain suuntaa antava. (GDS-15 2011.) Pilotoinnissa käytimme GDS-15:tä kuvaamaan asiakkaiden mielialassa mahdollisesti tapahtuvia muutoksia. Muutoksia voi olla vaikeaa saada mitattavasti esille kovin lyhyessä ajassa ja halusimme lisätä mahdollisuuksia näkyvään tulokseen käyttämällä kahta erilaista välinettä.

5.4 Asiakkaat

Asiakas 1

Asiakas on vuonna 1925 syntynyt nainen. Hän asuu yksin omassa kerrostaloasunnossaan. Asiakkaalla on muistisairaus, joka on kuitenkin vielä melko varhaisessa vaiheessa. Muistisairaus näkyy lähimuistin heikkoutena. Kotipalvelu käy hänen luonaan kahdesti päivässä. Kotipalvelu hoitaa hänen lääkityksensä sekä kauppakäynnit ja muut asioinnit. Asiakas viettää päivänsä suurimmaksi osaksi asunnossaan. Asiakkaan omahoitaja oli puhunut hänelle Virikeklubista ja saanut hänen suostumuksensa osallistumisesta. Suunnittelukerralla asiakkaalle kerrottiin Virikeklubista, jolloin hän totesi, että ei tarvitse kyseistä palvelua. Pilotointia kuitenkin jatkettiin mutta tapaamisista ei asiakkaan kanssa puhuttu Virikeklubina vaan vierailuina. Asiakkaan suhtautuminen tapaamisiin oli positiivinen. Hän toivotti aina tervetulleeksi ja lähtiessä pyysi uudestaan käymään. Vain toisesta tapaamiskerrasta sovittaessa asiakas oli jonkin verran vastahakoinen. Mahdollisiksi toiminnoiksi tapaamiskerroille valittiin leipominen, musiikin kuuntelu, ver-

hojen vaihto, hautausmaalla käynti sekä läheisten luona vierailu. Kyseiset toiminnot nousivat esiin suunnittelukerran keskusteluissa. Loppujen lopuksi tapaamiskerroilla keskityttiin keskustelemaan. Asiakas oli puhelias ja keskustelu avointa. Asiakas vaikutti nauttivan siitä, että keskustelulle oli reilusti aikaa. Hänelle annettiin keskustelun lomassa ehdotuksia muun muassa käsihoidosta ja valokuvien katselusta, mutta hän ei ollut halukas niihin. Kolmannella tapaamiskerralla luettiin pieni tarinan pätkä, jonka jälkeen asiakas sanoi, että seuraavalla kerrallakin voisi tuoda mukana luettavaa. Asiakkaalle tehtiin elämänlaatumittaus WHOQOL-BREF sekä myöhäisiän depressioseula GDS-15 haastatteluina suunnittelukerralla ja tapaamiskertojen jälkeen.

Asiakas 2

Asiakas on vuonna 1924 syntynyt mies, jolla on pitkälle edennyt muistisairaus. Hän asuu yksin omassa kodissaan, mutta tarvitsee paljon tukipalveluita. Asiakkaan luona käy kotihoitopalvelun työntekijä, fysioterapeutti, siivooja sekä henkilökohtainen avustaja. Hän on myös ateriapalvelun asiakas. Asiakkaan edunvalvojana toimiva tytär antoi suostumuksensa kokeiluun osallistumiseen. Suunnittelukerralla täytettäväksi tarkoitettut elämänlaatua ja mielialaa mittaavat kyselyt jäivät täyttämättä, sillä vastauksia kysytyihin kohtiin ei saatu muistisairauden vuoksi. Asiakkaan orientaatio aikaan ja paikkaan oli sen verran heikentynyttä, että kysymykset paria edeltävää viikkoa tai tätä hetkeä koskien olivat mahdottomia. Tästä huolimatta kokeilua asiakkaan kanssa päätettiin jatkaa. Asiakkaan etukäteen mainittuja kiinnostuksen kohteita olivat maalaaminen ja musiikki. Kyseltäessä hän ei ilmaissut mitään toiveita tulevien toimintojen suhteen, mutta kertoi kyllä kyseisiä asioita nuorempana tehneensä. Tällä perusteella tehtiin suunnitelmaa tulevista toiminnoista. Asiakkaan mieltymys keskusteluun ja muisteluun kuitenkin johti siihen, että tapaamiskerrat painottuivat niihin. Asiakas toi kerran esille toiveensa toteuttaa itselleen mieleistä harrastusta, mutta mahdollisuuden tarjoutuessa hän kuitenkin vetäytyi, eikä lähtenyt toteuttamaan sitä kannustuksesta huolimatta. Asiakkaan suhtautuminen vierailijaan vaihteli eri kerralla. Vaihtelua aiheutti muistisairaus, mistä syystä hän välillä muisti tulijan ennestään ja toisinaan täytyi esittäytyä uudestaan. Aina hän kuitenkin otti vieraan vastaan avoimesti. Toisinaan asiakas näki itsensä vierailijan kanssa samanikäisenä ja puhui asioista samalta tasolta, toisella kerralla hän saattoikin puhua itses-

tään pappana ja varoi sanojaan niin nuorelle puhuessaan. Jokaisen tapaamiskerran jälkeen asiakas toivotteli tervetulleeksi uudelleen ja kyseli, koska seuraavan kerran tullaan käymään.

5.5 Kyselyiden tulokset

Saimme kyselyihin tulokset vain toiselta asiakkaalta. Tuloksien luotettavuutta tulee lisäksi arvioida kriittisesti asiakkaan muistisairauden takia. WHOQOL-BREF:n ensimmäisen kyselykerran vastaukset olivat erittäin positiivisia ja antoivat todella hyvän kuvan asiakkaan elämänlaadusta. Toisella kerralla kolmen kysymyksen vastaukset putosivat yhdellä numerolla. Kysymyksessä kuusi: ”Missä määrin tunnette, että elämänne on merkityksellistä?” vastaus vaihtui neljästä kolmeen eli ”Paljon” vaihtui vastaukseen ”Kohtuullisesti”. Kysymyksessä 16: ”Kuinka tyytyväinen olette unenne laatuun?” vastaus vaihtui viidestä neljään eli erittäin tyytyväisestä melko tyytyväiseen. Kolmas muutos tapahtui kysymyksessä 21: ”Kuinka tyytyväinen olette sukupuolielämäänne?”, jossa vastaus muuttui neljästä kolmeen eli ”melko tyytyväinen” muuttui vaihtoehtoon ”ei tyytyväinen eikä tyytymätön”.

Molemmat GDS-15 – kyselyllä saadut tulokset olivat neljä pistettä 15:stä. Tosin muutoksia oli tapahtunut kysymyksissä kolme ja 12. Kysymyksen kolme ”Tuntuuko elämänne tyhjältä?” vastaus oli ensimmäisellä kerralla ”kyllä” ja toisella ”ei”. Sen sijaan kysymyksessä 12 ”Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin arvottomaksi?” vastaus oli ensimmäisellä kerralla ”en” ja toisella ”kyllä”. Kyllä-vastauksia asiakas sanoi kohtiin kaksi, yhdeksän ja 10. Kysymys kaksi on ”Oletteko luopunut monista riennoistanne ja harrastuksistanne?” ja kysymys yhdeksän: ”Oletteko mieluummin kotona kuin lähdette ulos ja teette uusia asioita?”. Nämä kysymykset ovat mielestämme sellaisia, jotka voidaan ymmärtää myös positiivisesti. Kyseinen asiakas tiedosti omia iän mukanaan tuomia rajoitteita omassa elämässään eikä kokenut riennoista ja harrastuksista luopumista sekä kotona pysymistä negatiivisina asioina. Tällaisia asioita on hyvä huomioda depressiivisyyttä mitattaessa, jolloin saadut tulokset eivät aina ole täysin yksiselitteisiä. Kysymyksessä 10: ”Onko teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin ihmisillä yleensä”, voidaan havaita asiakkaan muistisairauden olevan vielä sen verran var-

haisessa vaiheessa, että hän tiedostaa oireensa ja mahdollisesti kärsii niistä jonkin verran. Kyseisen asiakkaan kohdalla ei näiden tulosten valossa ole syytä epäillä depressiivisyyttä.

6 ANALYYSI

Palvelutuotteen kehittämisessä kokeilun avulla pystytään saamaan tietoa tuotteen toimivuudesta. Halusimme selvittää kokeilun avulla, miten asiakkaat suhtautuvat viriketoimintaan ja miten he kokevat palvelutuotteen. WHOQOL-BREF:n ja GDS-15:en avulla pyrimme havaitsemaan mahdollisia muutoksia asiakkaiden elämänlaadussa ja mielialassa kokeilun tuloksena.

Käyttämämme elämänlaatumittari sekä depressioseula eivät antaneet palvelutuotteen kannalta vaikutuksellista tietoa. Tuloksissa ei havaittu merkittäviä muutoksia lyhyen pilotointijakson aikana. Yhden henkilön vastausten perusteella ei tuloksia voida yleistää ja lisäksi vastaajan muistisairauden vaikutus tulee ottaa huomioon tulosten luotettavuuden kannalta. Vastausten luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että asiakas ei itse täyttänyt kyselyä vaan se toteutettiin kyselemällä. Ensimmäisellä kyselykerralla asiakas tapasi kyselijän ensimmäistä kertaa, jolloin asiakkaan ja kyselijän välille ei ollut ehtinyt syntyä luottamuksellisuuden tunnetta. Myös kyselijälle tilanne oli uusi ja asiakkaan käyttäytyminen ja reagointi tilanteeseen pakottivat tiettyyn varauksellisuuteen ja hienovaraisuuteen. Vastauksia poimittiin osittain myös kysymyksistä heränneiden ajatusten pohjalta. Toisella kyselykerralla asiakkaan ja kyselijän välille oli jo kehittynyt jonkinlainen luottamuksellisuuden taso, joka vaikuttaa myönteisesti avoimuuteen. Asiakas sanoi useaan kertaan miettiessään vastausta numeroiden neljä ja viisi välillä, ettei halua kehuskella, joten päätyi alempaan vaihtoehtoon. Keskeisemmäksi tiedonlähteeksi nousivat havainnot sekä asiakkaiden kommentit siitä, miten he kokivat tapaamiskerrat ja niiden sisällön.

Asiakkaiden suhtautumisessa toimintaan oli yhteisenä piirteenä se, että he pitivät eniten keskustelusta. He ilmaisivat toiveita erilaisista toiminnoista mutta niitä tarjottaessa ei intoa löytynytäkään. Taustalla saattoi olla pelko epäonnistumi-

sesta, kun taidot eivät enää ole entisellään. Nähtävissä oli myös vaatimattomuutta omista taidoista. Asiakas ei esimerkiksi halunnut näyttää itse tekemiään vaatteita, kun ei ajatellut niiden olevan mitenkään ihmeellisiä. Asiakkaiden käytöksestä oli havaittavissa, että pyyteetön läsnäolo sai heidät hyvälle tuulelle ja avoimiksi. Toimintojen ehdottelu puolestaan teki asiakkaat varautuneiksi ja vuorovaikutuksen etäisemmäksi. He rupesivat puolustelemaan omaa pystyvyyttään. Pilotointi vahvisti näkemystämme vuorovaikutteisen läsnäolon tärkeydestä. Palvelutuotteessa ei tulisi pyrkiä vain toiminnallisuuteen vaan asiakkaan niin toivossa myös keskustelu ja läsnäolo ovat keino tavoitteen saavuttamiseksi. Toimintoja on vaikea suunnitella etukäteen, kun ei tiedä missä kunnossa ja millä tuulella asiakas milloinkin on. Tapaamiskerroille on kuitenkin hyvä varautua erilaisten ehdotusten kanssa ja yrittää innostaa asiakasta mukaan toimintaan. On silti osattava myös kunnioittaa asiakkaan kieltäytymistä. Tärkeää on osata lukea asiakasta ja hänen suhtautumistaan, jotta tietää milloin asiakkaan voisi pienellä suostutellulla saada innostumaan toiminnasta.

Asiakkaiden suhtautuminen palvelutuotteeseen tapaamisten yhteydessä oli melko samankaltaista. He toivottivat vierailijan joka kerta tervetulleeksi ja vaikuttivat ilahtuneilta, kun saivat seuraa. Asiakkaille vaikutti olevan merkityksellistä, että vierailijalla oli aikaa istua ja kuunnella. Käynneillä ei keskitytty hoidollisiin toimenpiteisiin tai asioiden hoitoon vaan vuorovaikutteiseen läsnäoloon. Asiakkaat kertoivat mielellään elämästään ja perheistään. Nuoremmalle henkilölle oli mukava kertoa, miten asiat heidän nuoruudessaan olivat. Asiakkaiden positiiviseen suhtautumiseen käynneistä saattoi osaltaan vaikuttaa se, että kuunteleminen antoi heille tunteen, että heidän kokemuksensa ovat arvokkaita. Käynnin lopulla asiakkaat usein totesivat, että oli mukava, kun hänen luonaan käytiin ja pyysivät tulemaan uudestaan. Toinen asiakkaista mainitsi vierailun tuovan mukavaa ohjelmaa päivään.

Havaintojen ja asiakkaiden kommenttien pohjalta näkisimme, että tuotteelle on tarvetta. Asiakkaat vaikuttivat kokevan palvelutuotteen hyvänä käytännössä toteutettuna, vaikka palvelun tarvetta omalle kohdalle saatettiin väheksyä. Tärkeää on saavuttaa luottamuksellinen suhde asiakkaan ja toteuttajan välillä. Suhteen kehittymiseen vaaditaan aikaa. Luottamuksen kasvaessa asiakasta voisi olla

mahdollista myös houkutella mukaan toimintaan. Viisi tapaamiskertaa ei välttämättä riitä luottamuksen saavuttamiseen. Näin ollen suositeltavaa olisi, että klubiin liityttäessä asiakkaan kanssa olisi 10 tapaamiskertaa. Muistisairas henkilö ei välttämättä tunne toteuttajaa nimeltä tai ymmärrä vierailun syytä. Hän saattaa kuitenkin tunnistaa, että kyseessä on tutunnäköinen henkilö ja luottamusta pystytään kasvattamaan. Luottamuksellisen suhteen kannalta olisi tärkeää, että toteuttajana olisi kaikilla kerroilla sama henkilö.

Asiakkaat ovat iäkkäitä. Heillä saattaa olla jo pitkälle edennyt muistisairaus tai reilusti huonontunut toiminta- ja liikuntakyky. Nämä tekijät asettavat palvelutuotteelle omanlaisiaan haasteita. Palvelua tulee porrastaa asiakkaan kunnon mukaan sekä toimintojen että palveluprosessin suhteen. Alkuperäisessä palvelutuotteen rakenteessa suunnitelmana oli, että Virikeklubiin liityttäessä asiakkaalle lähetetään täytettäväksi kysely mielekkäistä toiminnoista. Tarkoituksena oli myös, että tapaamiskerroilta olisi kerätty kirjallista palautetta lyhyesti ja kokojakson jälkeen laajemmin. Pilotoinnin aikana huomasimme kuitenkin, että vastaavankaltaisille asiakkaille itsenäinen kyselyiden täyttäminen ei sovi. Palautteen kysely päätettiin jättää tässä vaiheessa yrityksen oman harkinnan varaan.

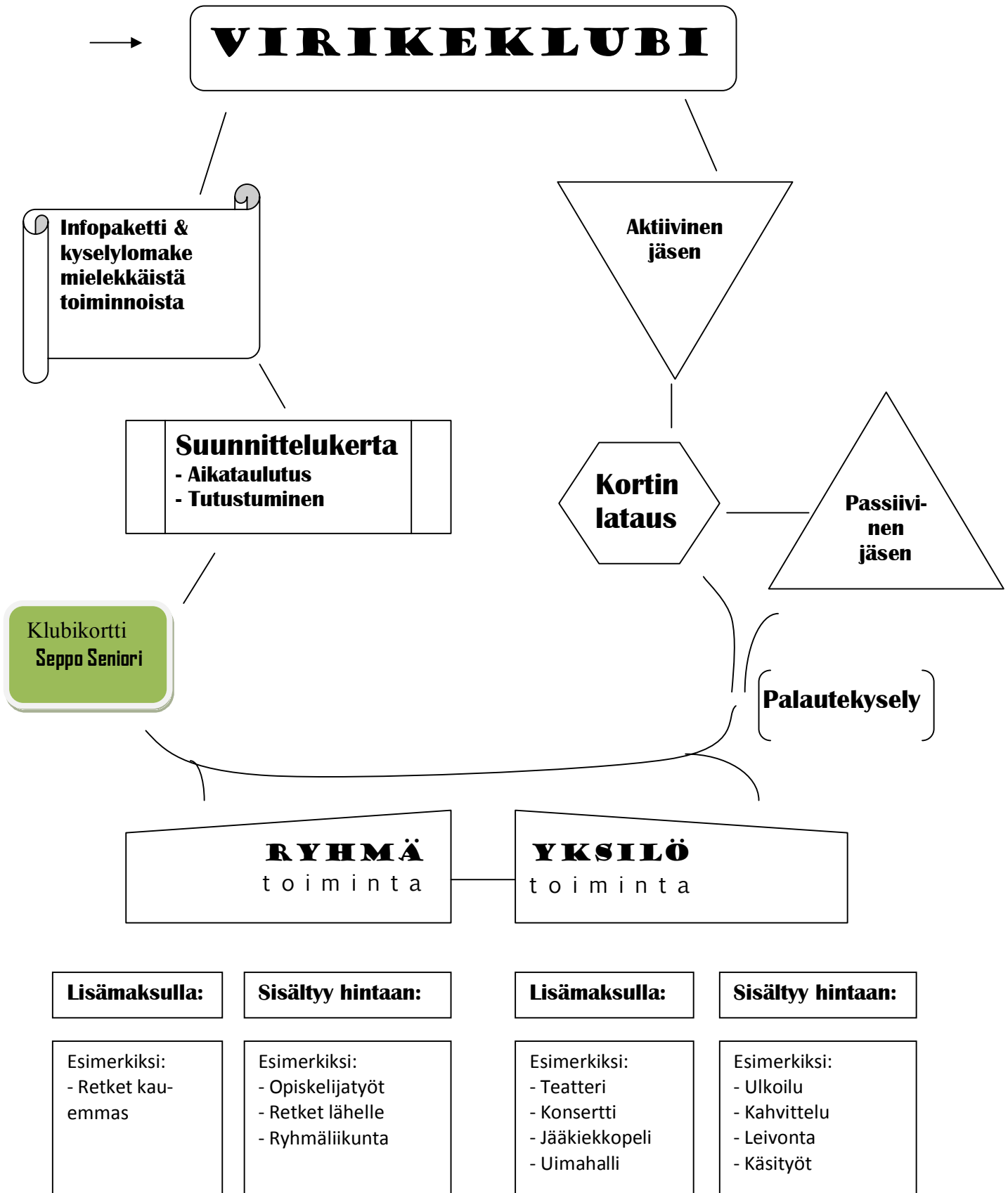
7 TUOTOS

Pilotoinnin jälkeen palvelutuotteen rakenteeksi muodostui alustavasta suunnitelmasta jonkin verran yksinkertaistettu versio (ks. liite 3). Yksinkertaistamista tehtiin erityisesti kyselyiden osalta. Virikeklubin rakenne mahdollistaa sen vaiheiden porrastamisen asiakkaan mukaan. Asiakkaan kognition tason myötä toteuttaja voi päättää, miten hän selvittää asiakkaan toivomaa toimintaa. Asiakas voi itse täyttää kyselyn mielekkäistä toiminnoista (ks. liite 4), se voidaan täyttää yhdessä toteuttajan kanssa haastatteluna tai asiakkaan läheinen voi täyttää sen. Palautekyselyn osalta palvelutuotteessa on myös eri vaihtoehtoja. Palvelutuotteen kehittämisen kannalta palautteen saaminen olisi arvokasta mutta ei välttämätöntä. Palautekysely päätettiin poistaa lopullisesta rakenteesta. Se on mukana kuitenkin valinnaisena mahdollisuutena. Yritys voi halutessaan esimerkiksi

järjestää ajoittain palautekampanjan, jolloin palautetta voidaan kysyä valituilta asiakkailta tai asiakkaiden läheisiltä.

Alustavaa aikataulutusta ja suunnitelmaa toiminnoista on hyvä tehdä suunnittelukerralla mutta toimintoja voidaan poimia myös tapaamiskertojen yhteydessä. Suunnittelukerrassa painottuukin toteuttajan osalta asiakkaan havainnointi esimerkiksi toimintakyvystä ja toimintaan suhtautumisesta. Keskeisintä tuotteessa ovat tapaamiskerrat. Niiden osalta palvelutuote tulee vielä muuttumaan sitten, kun ryhmätoimintamahdollisuudet tulevat mukaan tuotteeseen yhteistyötahojen kartoittamisen ja sopimusneuvotteluiden myötä. Asiakkailla on silloin enemmän valinnanvaraa. Yksilöllisenä viriketoimintana palvelutuotetta on jo mahdollista alkaa toteuttamaan. Yrityksen määriteltäväksi jää palvelutuotteen hinnoittelu myös siltä osin, mitkä toiminnot voidaan sisällyttää klubihintaan ja mihin tarvitaan lisämaksu.

Tekemämme suunnitelma on hahmotelma siitä, miten palvelutuote sujuisi ihanneellisimmin. Palvelutuote ei ole suunnattu vain muistisairaille, vaikka heitä todennäköisesti on asiakaskunnasta suuri joukko. Rakennetta ei ole siis syytä muuttaa täysin muistisairaiden mukaan. Keskeisempää on, että palvelutuotteen vaiheet on mahdollista toteuttaa myös muistisairaiden kanssa. Tällöin toteuttajan rooli palveluprosessissa ja sen eteenpäin viemisessä korostuu. Palvelun toteuttamiseen on yrityksestä varattu alkuun yksi työntekijä. Tavoitteena on, että palvelu saa hyvän vastaanoton ja se työllistää useampiakin työntekijöitä. Yrityksen työntekijät ovat terveysalan ammattilaisia. Palvelun tuottaminen vaatii toteuttajalta monipuolista osaamista, innokkuutta kokeilla uusia asioita sekä kykyä toimia erilaisissa tilanteissa ja erilaisten ihmisten kanssa. Uuden asiakkaan kohdalla Virikeklubi toteutetaan 10 tapaamiskerran jaksona, joka palvelee sekä asiakasta että toteuttajaa luottamuksen saavuttamisen osalta parhaiten. Viiden tapaamiskerran vaihtoehto on mahdollista valita 10 tapaamiskerran jatkoksi.



KUVIO 2 Palvelutuoteprosessi.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli suunnitella toimeksiantajayritykselle palvelutuote ja pilotoida sitä asiakkaiden kanssa. Toimeksiantaja antoi meille vapaat kädet ja oli luottavainen meidän suhteemme. Tuote itsessään syntyi suhteellisen helposti, muutaman luonnostelun jälkeen, sillä valmiisiin raameihin oli hyvä tehdä ideointia ja suunnittelua. Suunnittelun kannalta haasteelliseksi nousi se, kun asiakkaan toivoma toiminta saisi olla lähes mitä vain. Klubista tuli saada toimiva kokonaisuus siten, että siinä mahdollistuu asiakkaan toiveet ja se on kuitenkin kannattavaa yritykselle. Kokonaisuudessaan olemme tyytyväisiä kehittämäämme palvelutuotteeseen. Vaikka mittaustuloksista ei saatu näkyville merkittäviä muutoksia asiakkaan elämänlaadussa, näkisimme kuitenkin kokeilun tuloksena palvelutuotteen vaikuttavan positiivisesti arjen mielekkyyteen. Jo pelkästään kohdatuksi tulemisen kokemus on tärkeä ja tuo elämään mielekkyyttä. Asiakkaiden suhtautumisesta voimme päätellä, että palvelutuotteella voisi olla hyvä vastaanotto ja sille löytyy paikka palvelutarjonnassa. Yksilöllistä viriketoimintaa kehitettäessä oli havaittu, että pienillä toiminnoilla saadaan myönteistä vaikutusta ihmisen hyvinvointiin ja mielialaan. Virikeklubia kokeiltaessa keskustelu osoittautui merkitykselliseksi toiminnaksi asiakkaille eikä siihen vaadittu osapuolilta kuin aikaa. Oulun seudun ikääntyneiden keskuudessa oli havaittu tarvetta kehittää ikääntyneen kotona toteutettavia toimintoja. On todennäköistä, että sama tarve pätee myös Jyvässeudun ikääntyneisiin. Virikeklubin tarve on siis ajankohtainen.

Pilotointi ei toteutunut aivan alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Asiakkaita olikin kaksi alun perin suunnitellun kolmen sijaan ja heidän muistisairauden myötä alentunut kognition tasonsa oli odotettua heikompi. Toimintoihin mukaan saaminen vaatisi hyvää asiakkaan ja toteuttajan suhdetta, joka syntyy ajan kanssa. Lyhyt pilotointijakso oli lähinnä vasta suhteen luomista asiakkaaseen, jolloin tehokkain yhteistyö olisi ollut vasta edessäpäin. Jatkossa haastetta toteuttajalle tuo asiakaslähtöisen lähestymistavan toteuttaminen, jolloin asiakkaan toiveita kuunnellaan. Samalla kuitenkin pitäisi pitää mielessä lähtökohtainen ajatus toiminnan elämänlaatua kohottavasta vaikutuksesta, jotta asiakas saataisiin kannustettua mukaan mielekkäisiin toimintoihin. Pilotoinnissa asiakaskeskeisyys ei aivan toteutunut alkuperäisesti ajatellulla tavalla, jossa asiakas olisi aloitteellinen

osapuoli tapaamiskertojen aikatauluttamisessa sekä sisällöstä päättämässä, vaan vastuu siirtyi muistisairauden takia toteuttajalle. Tapaamiskerroilla toimittiin kuitenkin asiakkaiden ehdoilla toimintojen suhteen ja heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioitettiin toimimalla hienovaraisesti ja hyväksymällä myös kielteiset reaktiot.

Toimintaterapeuttinen ajattelu ohjaa meitä toimintojen tavoitteellisuuteen, jolloin oli haastavaa hyväksyä keskustelun arvo tapaamiskerroilla. Olemme tottuneet asettamaan konkreettisempia tavoitteita kuin elämänlaadun parantaminen, joten näkökulman vaihtaminen vaati jonkin verran työstämistä. Toimintaterapiassa nähdään ihminen oman elämänsä asiantuntijana, joten asiakkaan näkemyksiä on kunnioitettava. Mielestämme kyseisen palvelutuotteen suunnitteluun oma koulutuksemme oli hyvä pohja. Suunnittelemalla palvelutuotetta saimme siirtää toimintaterapiasta nousevan asiakas- ja toimintakeskeisen ajattelun käytäntöön. Asiakaskeskeisyys takaa palvelutuotteen ajavan asiakkaan etua. Toimintakeskeisyys asiakkaan hyvinvoinnin edistäjänä on sekä toimintaterapian että palvelutuotteen lähtökohta.

Kanadan mallin pohjalta havaitsimme toiminnan kokonaisvaltaisen vaikutuksen ihmiseen. Mallin mukaan ihminen on psyykkinen, fyysinen, kognitiivinen ja henkinen kokonaisuus. Vapaa-ajan toiminnoista löytyy mahdollisuuksia jokaisen osa-alueen vahvistamiseen. Ikääntyneelle niihin osallistumiseen pystyy tarjoamaan tukea Virikeklubi. Ikääntynyt saadaan toiminnan avulla kokemaan itsensä osaksi fyysistä, kulttuurista, institutionaalista sekä sosiaalista ympäristöä. Toimintaan osallistuminen täyttää ihmisen toiminnan tarvetta suoriutumisen tasosta riippumatta. Merkitykselliseen toimintaan osallistuminen vaikuttaa ikääntyneen hyvinvointiin, joka edelleen vaikuttaa elämänlaadun kokemukseen.

Mittaustuloksia emme voi pitää kovin luotettavina tai etenkin yleistettävänä suhteessa palvelutuotteen vaikuttavuuteen. Asiakkaan omasta elämänlaadusta ne kertovat jonkin verran, mutta sitä ei voida yhdistää kokemukseen palvelutuotteesta. Muistisairaudet tuovat luotettavien tulosten saamiseksi esteitä, kuten aikaan orientoimattomuus. Mielestämme on kuitenkin tärkeää, että olemassa olevia mahdollisuuksia, kuten havainnointia ja läheisten haastattelua, käytetään

muistisairaiden elämänlaadun tarkasteluun, eikä tätä ihmisryhmää tule unohtaa. Kiinnittämällä huomiota heidän tilanteeseensa voidaan paremmin vastata myös heidän tarpeisiinsa tarkoituksenmukaisella tavalla. Palvelutuotteen kohderyhmä ei ole pelkästään muistisairaaita vaan ikääntyneet yleisesti. Siksi sitä ei erityisesti suunniteltu vastaamaan muistisairaiden tarpeisiin. Tarkkaa tietoa siitä, mitä asiakkaat palvelutuotteesta ajattelivat, ei ole. Päätelmät perustuvat lähinnä toteuttajien omaan havainnointiin sekä asiakkaiden käyttöön ja satunnaisiin kommentteihin. Muistisairauden vaikutusta asiakkaisiin olisimme voineet huomioida toisin mittauksien suhteen. Asiakkaiden sijasta olisimme voineet toteuttaa mittaukset heitä hoitavalle henkilökunnalle toisenlaisilla mittareilla. Jakso oli myös kovin lyhyt vaikuttavuustulosten saamiseksi. Jos aikaa olisi ollut enemmän, olisimme voineet toteuttaa kokeilun 10 tapaamiskerran jaksona.

Eettiseltä kannalta jäimme pohtimaan asiakkaiden kognition tasoa suhteessa palveluun. Asiakkaat eivät täysin tienneet osallistuvansa kokeiluun. Toinen asiakkaista muisti vierailijan kasvoilta ja jonkin asteista kiintymistä ehti kokeilun aikana tapahtua. Mietimme sitä, kuinka asiakas kokee tilanteen tapaamiskertojen päätyttyä, kun vierailija ei enää tulekaan. Asiakas lisäksi maksaa palvelusta, jossa ei välttämättä tiedosta olevansa mukana. Maksullisen palvelun asiakkaalle olisi turvattava palvelun saaminen koko rahan edestä, kognition tasosta riippumatta. Asiakaskohtaista on kuitenkin se, mikä koetaan riittävänä ja toivottavana palveluna. Muistisairaus ei luo estettä palvelun saamiselle vaan pidämmekin tärkeänä asiakkaan osallistumisen mahdollistamista. Toteuttajan mietittäväksi jää, onko asiakkaan keskeistä ymmärtää, edes jollain tasolla, olevansa mukana palvelussa. Tällaisissa tapauksissa on keskeistä tietää, mitä mieltä läheiset ovat palveluun osallistumisesta.

Tämän hetken ikääntyneillä näyttäisi usein olevan hyvin säästäväinen suhde rahaan, jolloin he saattavat nähdä palvelutuotteen hankkimisen itselleen tuhlauksena. Ajatus itseän kohdistetusta palvelusta nähdään ehkäpä itsekkyytenä tai turhuutena. Käytännössä kuitenkin itse palveluun asiakkaat eivät näyttäisi suhtautuvan kielteisesti, kun sitä heidän kohdallaan toteutettiin. Markkinoinnin kannalta ajateltuna läheiset todennäköisesti olisivat otollinen kohderyhmä. He voisivat hankkia palvelutuotteen ikääntyneelle lahjaksi.

Opinnäytetyömme aikataulu oli kohtalaisen tiivis, jolloin aikatauluttaminen oli-kin ensiarvoisen tärkeää. Asiakaskäynnit toteutimme suunniteltujen viikkojen aikana. Tosin toisen asiakkaan pitkälle edennyt muistisairaus, jonka huomattiin estävän mittaustulosten keräämisen, hidasti aloitusta, koska pohdittiin vielä hänen soveltuvuuttaan pilotointiin. Tästä syystä tapaamiskerrat hänen kanssaan toteutettiin kaksi kertaa viikossa. Pilotoinnin jälkeen raportointiin varattu aika oli erityisen tiivistä työskentelyä. Opinnäytetyömme päätavoite muotoutui vielä prosessin aikana, jolloin painotusalueeksi kohdentui palvelutuotteen kehitystyön kokeilun sijasta. Tällöin pilotoinnista tulikin keino kehittää päätavoitetta, eli hyvää palvelutuotetta, sen vaikuttavuuden selvittämisen sijaan. Opinnäytetyöprosessin lyhyessä kestossa koemme olevan sekä hyviä että huonoja puolia. Hyvänä puolena koemme sen, että prosessin aikana käytyt ajatukset ja kokemukset ovat lopullista koontia tehdessä edelleen selkeinä mielessä. Huonona puolena näemme tiiviin työskentelytahdin, jolloin etäisyyden ottaminen työhön ei ole mahdollista ja näkemykset saattavat näin ollen jäädä melko subjektiivisiksi.

Olemme tehneet osamme palvelutuotteen kehittämisessä. Tuote jää yrityksen käyttöön ja he ovat vapaita muokkaamaan sitä tarpeitaan vastaavaksi. Teke-mämme kokeilu antoi vasta kapean kuvan tuotteesta ja todellisen toimivuuden näkee useamman toteutuksen myötä. Asiakaskunnan ja ryhmätoimintamahdollisuuksien muokkautumisen seurauksena tuote kehittyy entisestään. Erityisesti ryhmätoimintamahdollisuuksien alkaminen luo todennäköisesti lisäkehittämistarpeen, sillä esimerkiksi ongelmakohdat tulevat esiin parhaiten käytännön kautta. Jatkossa voisi olla myös mielenkiintoista tutkia palvelutuotteen vaikuttavuutta elämänlaatuun suuremmalla otannalla. Tutkimuksessa voitaisiin käyttää myös muita tiedonkeruutapoja, jos tutkittavat ovat muistisairaita. Toimeksiantajan tarkoituksena ei ollut luoda kuntoutuksellista palvelutuotetta vaan viriketoimintaa. Jatkossa tuotteesta voisi mahdollisesti kehittää myös kuntoutuksellisen version. Mahdollisuuksia palvelutuotteen korvattavuudesta esimerkiksi palvelusetelillä on myös syytä pohtia.

Huomasimme asiakaskäyntien lomassa kehittyneemme havainnoinnissa, joka on tärkeä taito toimintaterapeutille. Havainnointi on muodostunut eräänlaiseksi itsestänselvyydeksi asiakkaita tavatessa. Asiakkaan kohtaamisen taito on myös

keskeinen ammatissamme ja saimme kokeilun myötä hyvää lisäkokemusta siihen. Erityisesti muistisairaahan asiakkaan kanssa työskentely ja sen haasteet tulivat tutuiksi. Haastetta toi se, että asiakas ei muistanut vierailijaa, jolloin jokaisella kerralla tilanne oli uusi. Teoriassa tutuksi tullut oman persoonan käyttö siirtyi käytäntöön ja oli hienoa huomata kuinka omalla käyttäytymisellä pystyi vaikuttamaan tilanteisiin. Saimme asiantuntijuudelle vahvistusta prosessin myötä, kun meidän taitoihimme luotettiin ja saimme paljon vastuuta yrityksen taholta. Opinäytetyön tekeminen yritykselle antoi näkemystä yritysmaailman toiminnasta. Kyseinen toimeksiantaja kannusti omalla toiminnallaan innovatiiviseen ajatteluun.

Koimme hyväksi tehdä opinäytetyön yhdessä. Vaikka aikataulu oli tiivis, yhteistyö mahdollisti ajatusten reflektoinnin ja asioihin oli helpompi saada objektiivisuutta. Yhteistyöhömmä vaikutti pääasiassa positiivisesti se, että olemme muutenkin tehneet paljon töitä yhdessä. Toisen toimintatavat olivat jo tuttuja ja yhteistyö siten vaivatonta. Toiselle uskalsi sanoa eriävät mielipiteet mutta myös näyttää turhautumisen tunteet.

Mielestämme palvelutuotteella on paikkansa niin yhteiskunnallisella, kunnallisella, yhteisöllisellä kuin yksilöllisellä tasolla. Palvelutuote on osaltaan tukemassa ikääntyneiden kotona asumisen mahdollistamista pidempään, joka on yhteiskunnalle edullisempää kuin laitoshoido. Kunnallisella tasolla Virikeklubi tarjoaa uudenlaisen palvelutuotteen Jyväskylän palvelutarjontaan ryhmätoimintatarjonnan oheen. Yhteisöllisellä tasolla palvelulla on syrjäytymistä ehkäisevä merkitys, kun yksinäisten ikääntyneiden mielialaan ja hyvinvointiin pyritään vaikuttamaan positiivisesti. Tärkein merkitys Virikeklubilla on kuitenkin yksilön kohtaamisessa – yksilön, joka ansaitsee tulla kohdatuksi.

LÄHTEET

Airila, A. 2005. Potilaan takaa löytyy ihminen – Yksilöllisen viriketoiminnan kehittäminen pitkäaikaishoidossa. *Oraita* 3/2005. Ikäinstituutti.

Allardt, E. 1982. Changes in the conceptions of the quality of life: Scandinavian experiences. Working papers. Helsinki: Helsingin yliopiston sosiologian laitos.

Carlson, M. 1996. The Self-Perpetuation of Occupations. Teoksessa *Occupational Science – The Evolving Discipline*. Toim. Clark, F. & Zemke, R. Philadelphia: F. A. Davis Company, 143-157.

Christiansen, C.H. & Townsend, E.A. 2010. Introduction to Occupation – The Art and Science of Living. 2p. New Jersey: Pearson Education, Inc.

Clark, F. 1997 Overview: Occupational Science. Teoksessa *Infusing Occupation Into Practice: Comparison of Three Clinical Approaches in Occupational Therapy*. Toim. Brasic Royeen, C. & Crist, P. Bethesda: The American Occupational Therapy Association, Inc, 5-17.

COPM. 2010. Toimia-tietokanta. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.4.2011. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/95>

Craig, C. & Mountain, G. 2007. Lifestyle Matters: An Occupational Approach to Healthy Ageing. Brackley: Speechmark Publishing Ltd.

Cronin-Davis, J., Lang, A. & Molineux, M. 2004. Occupational Science: The Forensic Challenge. Teoksessa *Occupation for Occupational Therapists*. Toim. Molineux, M. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 167-179.

GDS-15, Myöhäisiän depressioseula. 2011. Toimia-tietokanta. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 14.4.2011. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/>.

Harmonia Care Oy, n.d. Harmonia. Yritys. Viitattu 12.4.2011. <http://harmoniicare.fi/www/fi/yritys/index.php>

Heikkinen, E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa *Vanhuuden voimavarat*. Toim. Heikkinen, E. & Marin, M. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 13–33.

Heikkinen, R-L. 2002. Mielen voimavarat vanhetessa. Teoksessa *Vanhuuden voimavarat*. Toim. Heikkinen, E. & Marin, M. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 207–231

Huusko, T., Kautiainen, H. & Pitkälä, K. 2006. WHOQOL-BREF ja 15D iäkkäiden omaishoitajien elämänlaadun mittaamisessa. Teoksessa *Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata?* Toim. Huusko, T., Strandberg, T. & Pitkälä, K. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 76–90.

Huusko, T. & Pitkälä, K. 2006. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Toim. Huusko, T., Strandberg, T. & Pitkälä, K. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 9–23.

ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ilmarinen, J. 2001. Työikäiset ja elämäntilanne. Teoksessa Suomalainen elämäntilanne. Toim. Heikkinen, E. & Tuomi, J. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy, 173–193.

Johnson, J.S. 1996. Realistic Expressions – Statements of Being. Teoksessa Occupational Science – The Evolving Discipline. Toim. Clark, F. & Zemke, R. Philadelphia: F. A. Davis Company, 23–25.

Koistinen, P. & Manssila, S. 2006. Kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointi-indikaattorit. Tutkimusraportti, SENTEK-hanke, Oulun Kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimi/Vanhustyön hallinto. Viitattu 24.4.2011.

http://www.ouka.fi/sote/sentek/hyvinvointi_indikaattorit.pdf

Latimer, J. 2000. Technologising well-being? Methods and difficulties of representing 'quality' and 'life' for older people. Teoksessa Toimintakyky, hyvinvointi ja elämänlaatu. Esityksiä työseminaarissa 2.-3.5.2000. Toim. Jyrkämä, J., Parviainen, T., Sarvimäki, A. & Syrén, I. Helsinki: Kuntokallio, Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus, 6–18.

Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S. & Townsend, E. 1997. Core Concepts of Occupational Therapy. Teoksessa Enabling Occupation. An Occupational Therapy Perspective. Toim. Townsend, E. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Marin, M. 2003 Elämän paikallisuus ja paikat. Teoksessa Seniori- ja vanhustyön arjen kulttuurissa. Toim. Marin, M. & Hakonen, S. Juva: WS Bookwell Oy, 22–43.

McColl, M.A. 2010. Leisure Outcomes. Teoksessa Interventions, Effects, and Outcomes in Occupational Therapy. Adults and older adults. Toim. Law, M. & McColl, M.A. Thorofare: SLACK Incorporated.

Occupational Science and Occupational Therapy. n.d. University of Southern California. Viitattu 25.3.2011. <http://ot.usc.edu/about-us/os-and-ot/>

Pikkarainen, A. 2007. Vapaa-aika ja harrastukset. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. Toim. Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. Tampere: Tammer-Paino Oy, 87–115.

Pitkälä, K., Huusko, T., Savikko, N. & Strandberg, T. 2006. Johtopäätöksiä ja kehittämissuosituksia. Teoksessa Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Toim. Huusko, T., Strandberg, T. & Pitkälä, K. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 112–119.

- Pulliainen, V., Kuikka, P. & Salo, J. 2010. Läheisten haastattelut ja muistikyselyt. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. Porvoo: WS Bookwell Oy, 366–373.
- Saarenheimo, M. 2003. Merkityksellinen elämä. Teoksessa Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Toim. Marin, M. & Hakonen, S. Juva: WS Bookwell Oy, 44–56.
- Salonen, K. 2007. Haastava sosiaalinen vanhustyössä – avopalvelutyöntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olomuotoisuudesta. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 26. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelukeskus.
- Savikko, N., Huusko, T. & Pitkälä, K. 2006. Ikääntyneiden elämänlaadun mittaamisen ongelmia. Teoksessa Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Toim. Huusko, T., Strandberg, T. & Pitkälä, K. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 24–41.
- Soininen, H. & Hänninen, T. 2010. Muistioireiden diagnostiikka. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. Porvoo: WS Bookwell Oy, 76–85.
- Sumsion, T. 2006. Overview of client-centred practice. Teoksessa Client-Centred Practice in Occupational Therapy. A Guide to Implementation. Toim. Sumsion, T. 2. p. Philadelphia: Elsevier Limited, 1-18.
- Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 11.2.2011. www.terveys2015.fi
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korj.p. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Townsend, E. & Polatajko, H. 2007. Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Vapaa-ajan sanakirjamääritelmät. 2004. Tilastokeskus. Viitattu 7.4.2011. http://www.stat.fi/tup/hyvinvointikatsaus/hyka_2004_2_vapaa-aika4.html
- Viramo, P. 1998. Vanhakin vertyy – Päiväkuntoutuksen ja viriketoiminnan vaikutus ikääntyneen toimintakykyyn ja terveyteen. Helsinki: Tyyliopisto Oy.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. Porvoo: WS Bookwell Oy, 28–36.
- WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). 2011. World Health Organization. Viitattu 13.4.2011. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/.

WHOQOL User Manual. 1998. Programme of mental health. Viitattu 5.5.2011.
[Http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf).

World Health Organization. 2009. Milestones in Health Promotion. Statements from Global Conferences. Viitattu 13.4.2011.
http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf.

Yerxa, E. 1993. Occupational Science: a New Source of Power for Participants in Occupational Therapy. Occupational Science: Australia. Vol.1, no.1. Viitattu 5.4.2011. <http://www.jos.edu.au/article.asp?id=32> → Yerxav~1.pdf.

LIITTEET

Liite 1. WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF

MAAILMAN TERVEYSJÄRJESTÖN ELÄMÄNLAATUMITTARI - LYHYT VERSIO

Vain tutkijoiden sisäiseen käyttöön.
(Only for internal use for researchers).

	Kaavat eri ulottuvuuksien yhteispisteiden laskemiseen	Raakapiste-arvo	Muunnetut skaalapiste-arvot*	
Ulottuvuus 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	=	4-20	0-100
Ulottuvuus 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$	=		
Ulottuvuus 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$	=		
Ulottuvuus 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	=		

*Raakapistearvojen muuttamiseksi muunnetuiksi skaalapisteiksi, katso taulukko 4 manuaalin sivulla 10.

Tätä asiakirjaa ei ole tarkoitettu yleiseen jakeluun, ja kaikki oikeudet kuuluvat Maailman terveysjärjestölle (WHO). Tämän asiakirjan kopiointi, käyttäminen, kääntäminen ja tallentaminen, osittain tai kokonaan, on kielletty ilman WHO:n kirjallista lupaa. Marja Vaarama on kääntänyt tämän dokumentin suomeksi WHO:n luvalla, ja instrumenttia saa käyttää tutkimukseen hänen luvallaan.

MAAILMAN TERVEYSJÄRJESTÖN ELÄMÄNLAATUMITTARI

Taustatietoja Teistä

Ahuksi pyydämme Teitä vastaamaan muutamaan kysymykseen itsestänne. Ympyröikää oikea vastaus tai kirjoittakaa vastaus sitä varten varattuun tilaan.

Mikä on sukupuolenne?

- | | |
|---|--------|
| 1 | mies |
| 2 | nainen |

Milloin olette syntynyt? _____ / _____ / _____
Päivä / Kuukausi / Vuosi

Mikä on korkein suorittamanne koulutus?

- | | |
|---|--|
| 1 | ei koulutusta |
| 2 | Perusaste: peruskoulu, kansakoulu, keskikoulu tai kansalaiskoulu |
| 3 | Keskiaste: ammattikoulu (esim. kauppakoulu) tai lukio |
| 4 | Korkea-aste: opisto-, ammattikorkeakoulu-, yliopisto- tai korkeakouluututkinto |

Mikä on siviilisäätyenne?

- | | |
|---|--------------|
| 1 | naimaton |
| 2 | asumuserossa |
| 3 | naimisissa |
| 4 | eronnut |
| 5 | avoliitossa |
| 6 | leski |

Onko Teillä tällä hetkellä jokin sairaus tai terveysongelma?

- | | |
|---|-------|
| 1 | kyllä |
| 2 | ei |

Mikäli vastasitte kyllä, mikä sairaus tai terveyteen liittyvä ongelma Teillä mielestänne on? Voitte mainita useita.

Ohjeet

Tällä lomakkeella pyydämme Teitä arvioimaan elämänlaatuanne, terveyttänne ja muita arkielämänne asioita. Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin. Jos olette epävarma siitä, minkä vastausvaihtoehdon valitsisitte, valitkaa se, joka vaikuttaa sopivimmalta. Usein sopivim vastaus on se, joka ensimmäiseksi tulee mieleen.

Kun vastaatte, ajatelkaa tärkeinä pitämiänne asioita, toiveitanne sekä mielihyvän ja huolenaiheitanne. Muistella elämää kahden viimeisen viikon aikana. Kahta viimeistä viikkoa koskeva kysymys voi kuulua esimerkiksi seuraavasti:

	En lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Paljon	Täysin riittävästi
Oletteko saanut muilta tarvitsemaanne tukea?	1	2	3	4	5

Ympyröikää numero, joka parhaiten vastaa sitä, kuinka paljon olette saanut tukea muilta viimeisten kahden viikon aikana. Jos olette saanut paljon tukea, ympyröikää numero 4. Jos ette ole lainkaan saanut tarvitsemaanne tukea muilta viimeisen kahden viikon aikana, ympyröikää numero 1.

Lukekaa jokainen kysymys ja arvioikaa, miltä Teistä tuntuu. Ympyröikää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka vastaa mielestänne sopivinta vastausta kysymykseen.

		Erittäin huonoksi	Huonoksi	Ei hyväksi eikä huonoksi	Hyväksi	Erittäin hyväksi
1 (G1)	Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	1	2	3	4	5

		Erittäin tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen
2 (G4)	Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?	1	2	3	4	5

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, missä määrin olette kokenut tiettyjä asioita viimeisten kahden viikon aikana.

		Ei lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Paljon	Erittäin paljon
3 (F1.4)	Missä määrin fyysinen kipu estää Teitä tekemästä päivittäisen elämäne karnalta tarpeellisia asioita?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Kuinka paljon tarvitsette lääke- tai muuta hoitoa pystyäkseen toimimaan päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Kuinka paljon nautitte elämästä?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Missä määrin tunnette, että elämäne on merkityksellistä?	1	2	3	4	5

		En lainkaan	Vähän	Kohtuullisesti	Hyvin	Erinomaisesti
7 (F5.3)	Kuinka hyvin pystytte keskittymään asioihin?	1	2	3	4	5

		En lainkaan	Vähän	Kohtuullisen turvalliseksi	Hyvin turvalliseksi	Erittäin turvalliseksi
8 (F16.1)	Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässänne?	1	2	3	4	5

		En lainkaan	Vähän	Kohtuullisen terveellisenä	Hyvin terveellisenä	Erittäin terveellisenä
9 (F22.1)	Kuinka terveellisenä pidätte fyysistä ympäristöänne?	1	2	3	4	5

Seuraavat kysymykset koskevat sitä, missä määrin olette viimeisten kahden viikon aikana kokenut tai voimut tehdä tiettyjä asioita.

		Ei lainkaan	Vähän	Kohtuul- lisesti	Lähes riittävästi	Täysin riittävästi
10 (F2.1)	Onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Oletteko tyytyväinen ulkomuotoonne?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Saatteko tarpeeksi tietoa jokapäiväisen elämänne kannalta tärkeistä asioista?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan?	1	2	3	4	5

		Erittäin huono	Huono	Ei hyvä eikä huono	Hyvä	Erittäin hyvä
15 (F9.1)	Millainen on liikuntakykynne?	1	2	3	4	5

Seuraavissa kysymyksissä Teitä pyydetään kertomaan, kuinka tyytyväinen olette ollut viimeisten kahden viikon aikana erilaisiin asioihin elämässänne.

		Erittäin tyytymä- tön	Melko tyyty-mätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyyty- väinen	Erittäin tyyty- väinen
16 (F3.3)	Kuinka tyytyväinen olette unenne laatuun?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toimista?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Kuinka tyytyväinen olette työkykyynne?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Kuinka tyytyväinen olette itseenne?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Kuinka tyytyväinen olette sukupuolielämäänne?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Kuinka tyytyväinen olette ystäväiltänne saamaanne tukeen?	1	2	3	4	5

23 (F17.3)	Kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne saada terveyspalveluja?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne käyttää julkisia ja/tai muita liikennevälineitä?	1	2	3	4	5

Seuraava kysymys koskee sitä, kuinka usein olette tuntenut tai kokenut tiettyjä asioita viimeisten kahden viikon aikana.

		Ei koskaan	Harvoin	Melko usein	Hyvin usein	Aina
26 (F8.1)	Kuinka usein Teillä on ollut sellaisia kielteisiä tuntemuksia kuten alakuloisuus, epätoivo, ahdistus tai masennus?	1	2	3	4	5

Auttoiko joku Teitä tämän lomakkeen täyttämässä? _____

Kuinka kauan lomakkeen täyttäminen kesti? _____

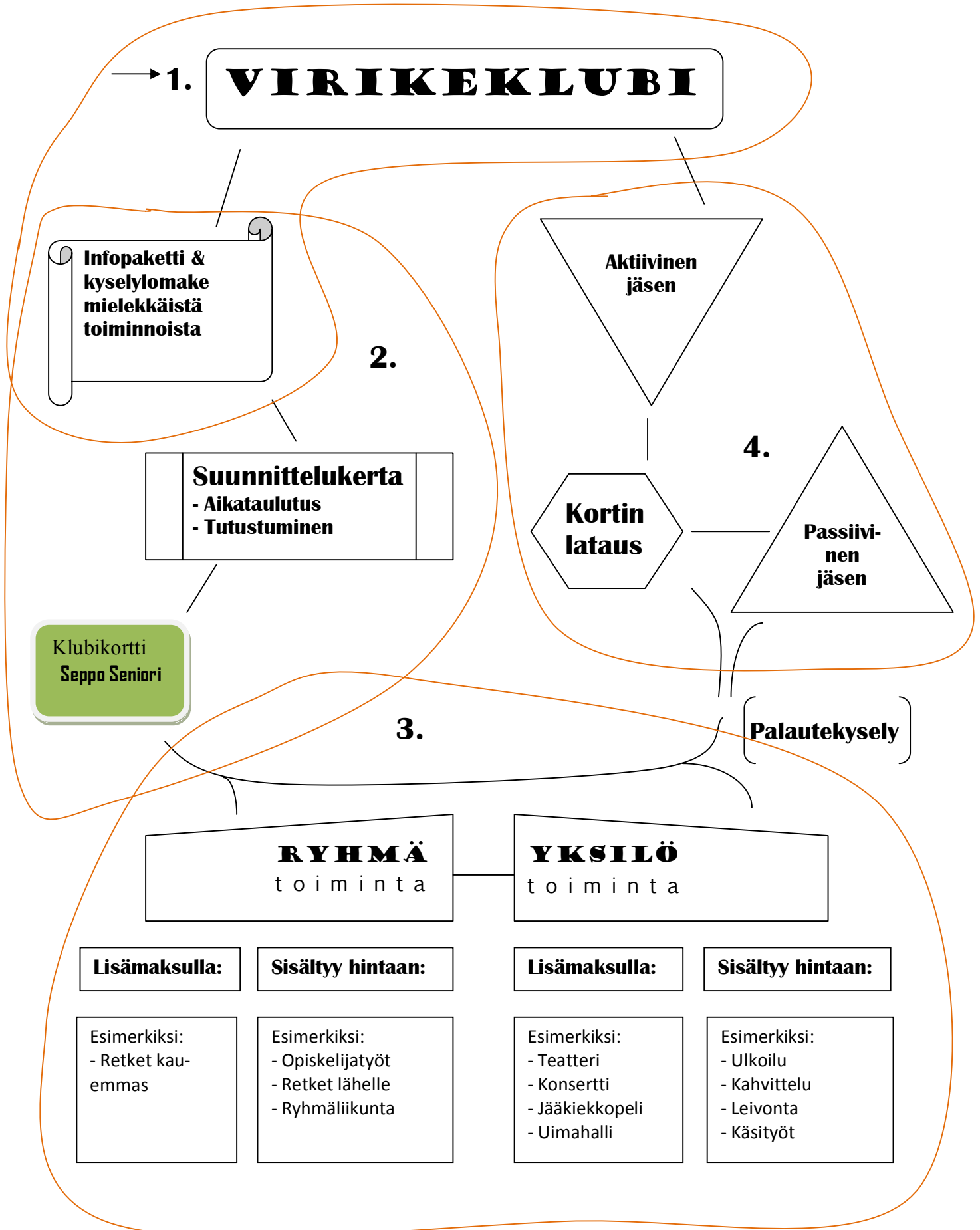
Haluatteko sanoa jotain tästä kyselystä? _____

KIITOS AVUSTANNE!

Liite 2. GDS-15

Potilaan nimi:			Arviointipäivämäärä:		
Syntymäaika:			Arvioija:		
Myöhäisiän depressioseula GDS-15					
1. Oletteko suurin piirtein tyytyväinen elämäänne?	kyllä	EN	10. Onko Teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin muilla?	KYLLÄ	ei
2. Oletteko luopuneet monista toimistanne ja harrastuksistanne?	KYLLÄ	en	11. Onko mielestänne nyt hyvä elää?	kyllä	EI
3. Pidätkö elämäänne tyhjänä?	KYLLÄ	en	12. Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin keltottomaksi?	KYLLÄ	en
4. Ikävystyttekö usein?	KYLLÄ	en	13. Oletteko mielestänne täynnä tarmoa?	kyllä	EN
5. Oletteko useimmiten hyvällä tuulella?	kyllä	EN	14. Pidätkö tilannettanne toivottomana?	KYLLÄ	en
6. Pelkäätkö että teille tapahtuisi jotain pahaa?	KYLLÄ	en	15. Meneekö mielestänne useimmilla muilla paremmin kuin teillä?	KYLLÄ	ei
7. Tunnetteko itsenne useimmiten tyytyväiseksi?	kyllä	EN	Isoilla kirjaimilla (varjostetut alueet) kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste. Yli 6 pistettä antaa aiheutta depression epäilyyn.		
8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi?	KYLLÄ	en			
9. Pysyttekö mielummin kotona kuin lähdette ulos kokeilemaan uutta?	KYLLÄ	en			

Liite 3. Palvelutuoteprosessi



Virikeklubin neljä vaihetta:

Vaihe 1: Virikeklubiin liittyminen

Asiakas liittyy Virikeklubiin jäseneksi. Liittyminen voi tapahtua asiakkaan omasta aloitteesta tai läheisen aloitteesta. Jos Virikeklubi ostetaan lahjana, voidaan ostajalta saada alustavia tietoja asiakkaasta. Liittymistä seuraa infopakettin ja kyselylomakkeen mielekkäistä toiminnoista toimittaminen asiakkaalle postitse tai läheisen mukana. Infopaketti sisältää tietoa Virikeklubin mahdollisuuksista. Kyselylomake mielekkäistä toiminnoista pyydetään täyttämään ja toimittamaan toteuttajalle. Kyselylomake antaa pohjaa toimintojen valintaan.

Vaihe 2: Suunnittelukerta

Suunnittelukerta on ensimmäinen tapaaminen asiakkaan kanssa, jossa mietitään Virikeklubin tapaamiskertojen toimintoja ja aikataulua. Suunnittelukerran kesto on yksi tunti. Infopaketti voidaan toimittaa ja kyselylomake mielekkäistä toiminnoista täyttää myös suunnittelukerran yhteydessä mutta silloin aikaa saatetaan tarvita hieman enemmän. Suunnittelukerran tarkoituksena on myös, että asiakas ja toteuttaja pystyvät tutustumaan toisiinsa. Toteuttaja saa asiakkaan luonteesta jonkinlaisen käsityksen ja ensimmäinen tapaamiskerta on mahdollisesti helpompi, kun osapuolet ovat jo tavanneet toisensa. Asiakkaalle annetaan klubikortti, johon merkitään käytetyt tapaamiskerrat. Asiakas pystyy klubikortista seuraamaan itse kuinka monta tapaamiskertaa hän on käyttänyt.

Vaihe 3: Tapaamiskerrat eli Virikeklubin toiminnalliset kerrat

Yksi tapaamiskerta on kestoltaan yhden tunnin mittainen. Asiakas voi ostaa Virikeklubiin viiden tai 10 tapaamiskerran paketin. Uudelle asiakkaalle suositellaan 10 tapaamiskerran vaihtoehtoa, jolloin tuotteesta saadaan enemmän irti luottamuksen kasvun myötä. Tapaamiskertoja voi käyttää sekä yksilö- että ryhmätoimintaan, joista kummastakin eriytyy kaksi vaihtoehtoa: yksilö- ja ryhmätoiminta, jotka sisältyvät klubihintaan sekä yksilö- ja ryhmätoiminta, joihin tulee lisämaksuna toiminnan hinta, kuten teatterilipun hinta. Klubimaksuun sisältyy yksi lisämaksullinen toiminta. Tapaamiskertoja voi käyttää kerralla useamman sellaisiin toimintoihin, joihin tarvitaan aikaa enemmän kuin tunti. Seuraavasta tapaamiskerrasta sovitaan edellisen kerran lopussa. On mahdollista myös sopia, että joko

asiakas tai toteuttaja ottaa yhteyttä tietyn ajan kuluttua, jolloin seuraavan tapaamiskerran voisi taas pitää.

Vaihe 4: Lopetus

Kun kaikki Virikeklubin tapaamiskerrat on käytetty, asiakas valitsee haluaako lisää tapaamiskertoja, jolloin kortti vaihdetaan tyhjään korttiin (jos käsin täytetty kortti) tai ladataan täyteen (jos magneettijuovainen kortti). Tällöin asiakas jatkaa Virikeklubin aktiivisena jäsenenä ja hänen kanssaan ruvetaan suunnittelemaan uusien tapaamiskertojen sisältöä. Vaihtoehtoisesti asiakas voi siirtyä Virikeklubin passiiviseksi jäseneksi, jolloin hän pysyy jäsenenä ja voi milloin tahansa siirtyä uudestaan aktiiviseksi jäseneksi. Passiivisia jäseniä pidetään ajan tasalla Virikeklubin mahdollisuuksista, kuten aloittavista ryhmistä ja tulevista retkisistä.

Yritys voi halutessaan kysyä palautetta palvelutuotteen toimivuudesta asiakkailta tai heidän läheisiltään. Palautetta olisi mahdollista kysyä esimerkiksi, kun tapaamiskerrat on käytetty. Palautteen myötä yrityksen olisi mahdollista kehittää palvelutuotetta.

Liite 4. Kysely mielekkäistä toiminnoista

KYSELY MIELEKKÄISTÄ TOIMINNOISTA

NIMI _____

Merkatkaa rastilla ne toiminnot, jotka kiinnostavat Teitä.

KODIN PUUHAT:

- RUOANLAITTO
 - LEIPOMINEN
 - SISUSTAMINEN
 - KODINHOITO
 - MUU, MIKÄ?
- _____

LIIKUNTA:

- ULKOILEMINEN
- TANSSIMINEN
- UIMINEN
- KEILAAMINEN
- PALLOPELIT
- PYÖRÄILY
- HIIHTO
- KUNTOSALI
- MUU, MIKÄ?

LUONTO/ERÄTAIDOT:

- RETKEILY
- MARJASTAMINEN
- SIENESTÄMINEN
- METSÄSTYS
- KALASTUS
- PUUTARHANHOITO
- PIHATYÖT
- LEMMIKIT/ELÄIMET

MIKÄ? _____

- MUU, MIKÄ?
- _____

MUSIIKKI:

- LAULAMINEN
 - SOITTAMINEN
- MITÄ? _____
- RADION KUUNTELU
 - MUSIIKIN KUUNTELU
 - MUU, MIKÄ?
- _____

KÄDENTÄIDOT:

- KÄSITYÖT
- MITKÄ? _____
- PUUTYÖT
- MITKÄ? _____
- MAALAAMINEN
- PIIRTÄMINEN
- LUKEMINEN
- KERTOMUSTEN TAI RUNO-
JEN KIRJOITTAMINEN
- VALOKUVAAMINEN
- KERÄILEMINEN
- MUU, MIKÄ?

PELIT:

- KORTTIPELIT
- LAUTAPELIT
- PALAPELIT
- MUU, MIKÄ?

YHTEISÖLLINEN TOIMINTA:

- KAHVILASSA KÄYNTI
- RAVINTOLASSA KÄYNTI
- OSTOKSILLA KÄYNTI
- JÄRJESTÖN TAI YHDIS-
TYKSEN TOIMINTA
- MINKÄ? _____
- SEURAKUNNAN/KIRKON
TILAISUUDET
- MUU, MIKÄ?

KULTTUURI:

- KONSERTISSA KÄYNTI
- TEATTERISSA KÄYNTI
- OOPPERASSA KÄYNTI
- MUSEOSSA KÄYNTI
- TAIDENÄYTTELYSSÄ
KÄYNTI
- MUU, MIKÄ?

VIIHDE:

- TIETOKONE/INTERNET-TYÖSKENTELEY
 - TELEVISION KATSELU
 - ELOKUVAT
 - MUU, MIKÄ?
-

MATKUSTAMINEN:

- AUTOILU
 - MATKAILU ULKOMAILLA
 - MATKAILU KOTIMAASSA
 - KIELET
 - VIERAAT KULTTUURIT
 - MUU, MIKÄ?
-

ITSESTÄ HUOLEHTIMINEN:

- KOSMETOLOGILLA KÄYNTI
 - KAMPAAJALLA/ PARTURISSA KÄYNTI
 - HIEROJALLA KÄYNTI
 - KYLPYLÄ
 - MUU, MIKÄ?
-

MUUTA

(Haluatteko tarkentaa jotakin? Millaisia toiveita teillä on liittyen tuleviin tapaamisiin?)

KIITOS VASTAUKSISTANNE!