

Jenni Herold, Viivi Mattila

## ”Vaikka potilas olisi kuin saippuaa, en päästä valumaan pois”

Kaksoisdiagnoosipotilaan sitouttaminen kuntoutukseen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti AMK

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

12.11.2012

Tekijä(t)	Jenni Herold ja Viivi Mattila
Otsikko	"Vaikka potilas olisi kuin saippuaa, en päästä valumaan pois": Kaksoisdiagnoosipotilaan sitouttaminen kuntoutukseen
Sivumäärä	47 sivua + 5 liitettä
Aika	12.11.2012
Tutkinto	Toimintaterapeutti AMK
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Lehtori Kaija Kekäläinen Lehtori Sanna Piikki
<p>Tämä opinnäytetyö käsittelee kaksoisdiagnoosipotilaiden sitouttamista kuntoutukseen. Kaksoisdiagnoosipotilailla on päihdeongelman lisäksi päihteiden välittömistä vaikutuksista riippumaton psykiatrinen häiriö. Työn tarkoituksena oli selvittää miten terapeutin toiminnan ja toimintaterapeutin työotteiden kautta voidaan sitouttaa kaksoisdiagnoosipotilasta omaan kuntoutukseensa. Työelämän yhteistyökumppanimme oli HYKS:aan, psykiatrian tulosyksikköön, Peijaksen psykoosiklinikkaan kuuluva kuntoutuspoliklinikka. Pyrimme tarjoamaan toimintaterapeuteille välineitä kaksoisdiagnoosipotilaiden sitouttamiseen. Keräsimme tietoa kolmella ryhmämuotoisella teemahaastattelulla. Informantteina oli seitsemän toimintaterapeuttia, jotka työskentelevät tai ovat työskennelleet mielenterveys- ja/tai päihdepalveluissa osallistuen kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen. Analysoimme aineiston teoriaohjaavan päättelyn mukaisesti. Luokittelussa käytimme teoretietoa terapeutisesta harkinnasta, Finlayn teoriaa terapeutin suhdetaidoista, Kielhofnerin Inhimillisen toiminnan mallia sekä Piercen Toiminnan terapeutin voiman mallia.</p> <p>Tulokset osoittivat, että vuorovaikutteinen terapeutin harkinta sekä luottamuksen rakentaminen ovat keskeisiä sitouttamisessa. Yksilöterapiasta tulisi edeltää ryhmäterapiaa. Toiminnan suunnittelussa on huomioitava etenkin sosiokulttuurinen ympäristö ja turvallisuustekijät. Kuntoutustyön vieminen potilaan ympäristöön sekä keskittyminen potilaalle tärkeisiin arjen toimintoihin vaikuttavat myönteisesti sitouttamiseen. Toimintaterapialla voidaan tarjota konkreettista toimintaa päihteiden käytön tilalle tai rinnalle. Toiminnan tulisi sisältää selkeitä, tavoitteellisia tehtäviä ja olla sopivasti porrastettua. Konkreettinen lopputulos voi toimia motivoivana tekijänä. Arjen toiminnot, yhteisölliset, vapaa-ajan harrastukset sekä luovat toiminnan muodot nousivat usein esiin aineistossa. Vertaisohjaajia tulisi osallistaa kuntoutuksen suunnitteluun ja käytännön ohjaustyöhön.</p> <p>Tutkimuksemme vahvisti teorioista nousseita ilmiöitä, tuoden myös esille muutamia vähemmän pinnalla olleita näkökulmia. Tuloksista ei voida vetää yleistettäviä johtopäätöksiä, koska ne perustuvat subjektiivisiin kokemuksiin. Esille nousseet toimintaperiaatteet eivät toimi sellaisenaan suoraviivaisina ohjeistuksina, mutta niitä voidaan kuitenkin käyttää vinkkeinä kaksoisdiagnoosipotilaiden sitouttamiseen sekä heidän kanssaan työskentelyyn.</p>	
Avainsanat	kaksoisdiagnoosi, kuntoutukseen sitouttaminen, toiminnan terapeutin käyttö, terapeutin harkinta

Author(s)	Jenni Herold and Viivi Mattila
Title	Engaging Dual Diagnosis Patient in Rehabilitation
Number of Pages	47 pages + 5 appendices 12 November 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	
Instructor(s)	Kaija Kekäläinen, Senior Lecturer Sanna Piikki, Senior Lecturer

This thesis takes a look at the theme of mental health and substance abuse problems by focusing on the engaging of dual diagnosis patients in their rehabilitation. Dual diagnosis patients have a simultaneously appearing substance abuse problem and a psychiatric disorder that is autonomous from the immediate effects of the substance abuse problem. In this thesis the phenomenon was explored from occupational therapists' point of view by interviewing seven occupational therapists who participate or have participated in the rehabilitation of dual diagnosis patients. The aim of this thesis was to find out what kind of therapeutic activities and what kind of working style of occupational therapist can promote the engaging of dual diagnosis patients in their rehabilitation. This thesis offers tools to engage this challenging patient group in their occupational therapy process and in the wider context in rehabilitation. Our work-life partner is a Rehabilitation clinic that is part of Peijas hospital Psychosis clinic and Psychiatric unit in HUCH (Helsinki University Central Hospital) hospital district.

The research material was gathered in three focus group interviews by using theme interview as a method. The respondents were seven occupational therapists who are working in mental health services and/or in intoxicant abuse rehabilitation. All of the interviewees are currently working or have worked in the past with patients who simultaneously suffer from mental disorders and substance abuse problems. The answers were analysed abductively. In categorization, theories of Therapeutic reasoning and Linda Finlay's theory of Relationship skills were utilised. Also theories of Gary Kielhofner - Model of Human Occupation and Doris Pierce - Occupation by Design - Building Therapeutic Power, were used. Based on the interview material, generally usable data about the means to promote the engaging of dual diagnosis patients in their rehabilitation was gathered in this report for the occupational therapists of the Rehabilitation clinic.

The results indicate that by bringing the occupational therapy to the authentic environment of the patient and by focusing on the patient's meaningful activities of daily living, occupational therapists can positively affect the engaging of the dual diagnosis patients in their rehabilitation. Also community based leisure activities and various creative activities have worked as tools of engaging these patients in their rehabilitation. It is fundamental to offer concrete forms of occupation as a replacement for or to have along with the drug abuse. The occupation should always have specific tasks that aim at a specific goal. The task should always be clearly structured and graded in a way that makes it challenging enough for the patient. A concrete end product or a prize from the occupation can be a motivating

factor. Peer support came to the fore as a highly meaningful factor in the rehabilitation of dual diagnosis patients. The expertise of the peer tutors is gained by experience and therefore should be more availed by involving them in the process of planning the rehabilitation and in the hands-on tutelage. In building a therapeutic relationship and in planning occupational therapy, especially sociocultural factors, occupational history and safety issues should be considered.

Building trust and motivating the patient through shared occupation are essential in rehabilitation. It is important to start building trust first in one-on-one therapy and later move towards group therapy. Interactive therapeutic reasoning plays a powerful role with dual diagnosis patients. Occupational therapist can promote the engaging of dual diagnosis patients in their rehabilitation for instance by communication skills training so that the patient can later take part in rehabilitation forms that require more verbal contact.

Keywords

dual diagnosis, engaging in rehabilitation, therapeutic use of occupation, therapeutic reasoning

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat ja kirjallisuuskatsaus	3
2.1	Kaksoisdiagnoosi	3
2.2	Kuntoutus, siihen sitouttaminen ja sitoutuminen	5
2.2.1	Kuntoutus ja kuntoutuspalvelun käyttäjä	5
2.2.2	Kuntoutukseen sitouttaminen ja sitoutuminen	6
2.3	Inhimillisen toiminnan malli	8
2.4	Terapeuttinen toiminta ja Toiminnan terapeuttisen voiman malli	8
2.5	Terapeuttinen harkinta ja terapeutin suhdetaidot	10
3	Tutkimusasetelma	11
3.1	Haastattelut	11
3.2	Sisällön analyysi	13
4	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	16
5	Tulokset	18
5.1	Sitouttamista edistävä toiminnan terapeuttinen käyttö	18
5.1.1	Ainutlaatuisuus	18
5.1.2	Täsmällisyys	21
5.1.3	Vetoavuus	23
5.2	Sitouttamista edistävä toimintaterapeutin työote	27
5.2.1	Viitekehykset ja lisäkoulutus	27
5.2.2	Suhdetaidot	28
5.2.3	Terapeuttinen harkinta	32
5.3	Potilaan sitoutumiseen vaikuttavat tekijät	35
5.3.1	Tahto, tottumus ja suorituskyky	36
5.3.2	Toiminnallinen identiteetti	37
6	Yhteenveto	38
7	Pohdinta	40
	Lähteet	46
	Liitteet	
	Liite 1. TOInet -ilmoitus	
	Liite 2. Yhteydenottoviesti organisaatioille	
	Liite 3. Yhteydenottoviesti toimintaterapeuteille	
	Liite 4. Haastattelurunko	
	Liite 5. HYKS - tutkimuslupa	

”Jos haluan onnistua johdattelemaan jonkun ihmisen tiettyyn päämäärään, minun on ensin ymmärrettävä hänen tämänhetkinen tilansa ja aloitettava juuri siitä. Jos en sitä osaa, petän itseäni uskoessani pystyväni auttamaan muita. Auttaakseni jotakuta minun on toki ymmärrettävä asiasta enemmän kuin hän, mutta ennen kaikkea minun on ymmärrettävä, mitä hän ymmärtää.“

Søren Kierkegaard, 1813-1855

(Päihdelinkki 2008.)

## 1 Johdanto

Mielenterveys- ja päihdeteema on ajankohtainen. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015, jonka tavoitteena on kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluja vuoteen 2015 mennessä. Suunnitelmassa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämistä sekä ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa. Lisäksi suunnitelmassa korostetaan kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä painottaen perus- ja avohoitopalveluja. Suunnitelmassa mielenterveys- ja päihdeongelmat nähdään suurena haittana kansanterveydelle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Opinnäytetyömme lähestyy mielenterveys- ja päihdeteemaa kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen sitouttamisen kautta. Kaksoisdiagnoosipotilaat ovat henkilöitä, joilla on päihdeongelman lisäksi päihteiden välittömistä vaikutuksista riippumaton psykiatrinen häiriö (Aalto 2009). Potilasryhmän haasteita voivat olla muun muassa sosiaalisten suhteiden luominen, struktuurien ja rutiinien puute sekä rajoittuneet vapaa-ajan toiminnot ja puutteelliset työelämätaidot (Hodgson – Lloyd – Schmid 2001: 487– 488). Lisäksi kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla keskeinen ongelma voi olla kuntoutusmotivaation puute ja vaikeus sitoutua hoitoon (Tolmunen – Veijalainen 2010: 32). Potilasryhmän ongelmat ovat hyvin monisyisiä ja muuntuvia. Joissakin tapauksissa potilaalla voi olla useita päällekkäisiä sairauksia ja ongelmia. Kyseessä on siis monimuotoinen, limittäinen ja muuttuva kokonaisuus. (Holmberg 2010: 66.)

Käsitlemme aihepiiriä kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen osallistuvien toimintaterapeuttien näkökulmasta. Haastattelimme kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskenteleviä toimintaterapeutteja. Haastattelujen kautta etsimme välineitä tämän haasteellisen potilasryhmän motivoimiseen ja kiinnittämiseen omaan toimintaterapiaansa ja laajemmin kuntoutukseensa. Opinnäytetyömme tarjoaa toimintaterapeuteille lisäselvitystä siihen, millaisella terapeuttisella toiminnan käytöllä ja toimintaterapeutin työotteella voidaan sitouttaa kaksoisdiagnoosipotilasta omaan kuntoutukseensa. Toivomme, että työmme tuo uutta näkökulmaa kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen sitouttamiseen, ja on siten apuna toimintaterapeuteille heidän työssään.

Työelämän yhteistyökumppanimme on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin ja Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan, psykiatrian tulosyksikköön, Peijaksen psykoosiklinikkaan kuuluva kuntoutuspoliklinikka. Kuntoutuspoliklinikka tarjoaa Vantaan ja Keravan alueella väestövastuisesti psykoosipotilaiden erikoissairaanhoidon avohoitopalveluja. Kuntoutuspoliklinikka on keskittynyt hoitamaan potilaita, joilla on diagnosoitu psykoosisairaus (ICD-10 luokitus, diagnoosit F20 – F29) ja osalla psykoosisairausten lisäksi päihdehäiriö (F10 – F11).

Tarve tutkia kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen sitouttamista on lähtöisin työelämästä. Keväällä 2011 toinen meistä oli työharjoittelussa kuntoutuspoliklinikalla, jossa tuolloin esiintyi keskustelua kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutuksen haastavuudesta. Etenkin kysymys, miten potilaan sitouttamista ja sitoutumista kuntoutukseensa voisi parantaa, oli esillä keväällä 2011. Tästä lähtökohdasta pohdimme aihetta opinnäytetyöllemme. Nyt tässä opinnäytetyössä pyrimme tarjoamaan kuntoutuspoliklinikan toimintaterapeuteille yleisesti hyödynnettävää tietoa keinoista, joilla kaksoisdiagnoosipotilaan sitouttamista omaan kuntoutukseensa voidaan edistää.



## 2 Teoreettiset lähtökohdat ja kirjallisuuskatsaus

Tässä luvussa esittelemme teoreettiset lähtökohtamme. Ensin perehdymme kaksoisdiagnoosin käsitteeseen sekä kaksoisdiagnoosi-termin ongelmallisuuteen. Tarkennamme myös kuntoutuspalvelujen käyttäjästä yleisimmin käytettyjä nimityksiä ja perustelemme, miksi olemme päätyneet potilas-termin. Kuvaamme lisäksi, mitä kuntoutuksella tarkoitetaan, ja selvennämme kuntoutukseen sitouttamisen ja sitoutumisen käsitteitä. Esittelemme tämän luvun lopuksi taustateoriat, joita hyödynsimme aineistomme analyysissä, jonka menetelmiin ja sisältöön perehdymme tarkemmin tämän raportin myöhemmissä luvuissa. Taustateoriamme ovat Gary Kielhofnerin (2008) Inhimillisen toiminnan malli, Doris Piercen (2003) Toiminnan terapeuttisen voiman malli, Linda Finlayn (2004) Terapeutin suhdetaidot sekä eri kirjoittajien (muiden muassa Mattingly ja Flaming Hayes 1993) terapeuttisen harkinnan tyylit.

### 2.1 Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosipotilaalla on päihdeongelman lisäksi päihteiden välittömistä vaikutuksista riippumaton psykiatrinen häiriö. Kaksoisdiagnoosipotilaan psyykkiset oireet, kuten alkoholiriippuvaisen masennus tai ahdistus, eivät häviä pitkänkään rahtiuden jälkeen. (Aalto 2009.) Inkisen, Partasen ja Sutisen (2000) mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisilla voi olla ensisijaisesti psykiatrisia oireita, jotka vahvistuvat päihteiden käytöstä, tai ensisijaisesti päihteiden käyttöön liittyviä oireita, jotka tuovat mukanaan psykiatrisia ongelmia. Myös samanaikainen päihteiden väärinkäyttö ja psykiatriset oireet ovat mahdollisia. Lisäksi osalla on taustallaan traumaattinen kokemus, joka on johtanut päihteiden väärinkäyttöön. Osa mielenterveysongelmaisista henkilöistä lääkitsee itse oireitaan ja sivu- ja vieroitusoireitaan päihteillä. Lisäksi sosiaalisesti eristyneet mielenterveysongelmaiset voivat olla helposti houkuteltavissa päihdemyönteiseen seuraan. (Inkinen – Partanen – Sutinen 2000: 202.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yhteisesiintyvyyttä selvittäneiden tutkimusten perusteella noin puolella päihteitä käyttävistä potilaista on persoonallisuushäiriö. Tavallisimmin persoonallisuushäiriöistä päihteiden käytön yhteydessä esiintyvät epävaka ja epäsosiaalinen persoonallisuus. Seuraavaksi yleisimmät päihteiden käytön yhteydessä ilmenevät psykiatriset häiriöt ovat mielialahäiriöt, joista yleisimmin esiintyvät masennus

ja ahdistuneisuus sekä osin niihin liittyvä unettomuus. Kolmanneksi yleisimpinä päih- teiden kanssa samaan aikaan esiintyvinä mielenterveydenhäiriöinä ovat psykoottiset häiriöt. Päihderiippuvaisilla epäillään olevan muita useammin tarkkaavaisuus-, stressi-, dissosiaatio- ja syömishäiriöitä, mistä ei kuitenkaan ole olemassa riittävää tutkimus- näyttöä. (Holmberg 2010: 65.)

Koska kaksoisdiagnoosipotilaalla on sekä päihdehäiriö, että mielenterveysongelma, voivat Hodgsonin, Lloydin ja Schmidin (2001) mukaan toimintakyvyn rajoitteet olla hy- vinkin laaja-alaisia. Psykiatrisilla potilailla tyypillinen ongelma on esimerkiksi sosiaalis- ten suhteiden luominen. Päihdehäiriöisillä puolestaan vaikeuksina ovat heikentyneet sosiaaliset verkostot, struktuurien ja rutiinien puute sekä rajoittuneet vapaa-ajan toi- minnot ja työelämän taidot. Päihdehäiriöisen potilaan päivittäiset toiminnot ovat raken- tuneet päihteen käyttämisen ja päihteenkäytön suunnittelemisen ympärille. Kak- soisdiagnoosipotilailla nämä kaikki ongelmat yhdistyvät. Kaksoisdiagnoosipotilaiden olisi tärkeää sitoutua päihteisiin liittymättömiin sosiaalisiin verkostoihin ja vapaa-ajan toimintoihin. (Hodgson – Lloyd – Schmid 2001: 487 – 488.) Päihderiippuvaisen psy- kososiaalista kuntoutusta tarvitaan vaikeissa riippuvuustapauksissa. Psykososiaalises- sa kuntoutuksessa opetteluun alla ovat esimerkiksi itsenäisen asumisen ja itsestä huo- lehtimisen taidot. Psykososiaalisten menetelmien lisäksi läikehoidosta on usein apua. ( Alho teoksessa Juva – Hublin – Kalska – Korkeila – Sainio – Tani – Vataja 2011: 126.)

Holmbergin (2010) mukaan kaksoisdiagnoosin käsite ei kuvaa riittävän laajasti kysees- sä olevaa ilmiötä. Kaksoisdiagnoosi korostaa diagnostisuutta, mutta ei erittele ongelmi- en ja oireiden laatua. Potilasryhmän ongelmat ovat hyvin monisyisiä ja muuntuvia. Sa- na kaksoisdiagnoosi viittaa kahteen sairauteen, vaikka joissakin tapauksissa potilaalla voi olla useita päällekkäisiä sairauksia ja ongelmia. Myöskään komorbiditeetin eli oheissairastavuuden käsite ei riitä kuvaamaan ilmiötä, koska komorbiditeetti tarkoittaa tilannetta, jossa johonkin häiriöön liittyy muita oheissairauksia. Samanaikaisista mielen- terveys- ja päihdeongelmista kärsivien ihmisten häiriöt ovat riippumattomia toisistaan, eivätkä noudata tiettyä kaavaa. Yhteisesiintyvyydelle altistavilla perintötekijöillääkään ilmiötä ei voida selittää. (Holmberg 2010: 66.)

Sorsan ja Laijärven (2007) mukaan Vaihtoehtoinen termi kuvaamaan samanaikaisia mielenterveys- ja päihdeongelmia on mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiinty- vyys. Kyseisellä ilmauksella voidaan paremmin selittää yhtä aikaa esiintyvien mielen- terveys- ja päihdeongelmien monimuotoista, limittäistä ja muuttuvaa kokonaisuutta,

eikä se nosta kumpaakaan häiriötä ensisijaiseksi hoidon kohteeksi. Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys on sekin siinä mielessä puutteellinen käsite, ettei se sisällä usein näihin häiriöihin liittyviä neurobiologisia, sosiaalisia ja somaattisia ongelmia. Tulevaisuudessa kaksoisdiagnoosin tai mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yhteisesiintyvyyden tilalle tulisi pyrkiä löytämään yksinkertainen ja neutraali termi, joka kokonaisvaltaisemmin kuvaisi kyseessä olevaa, monimuotoista ilmiötä. (Sorsa – Laijärvi 2007 teoksessa Holmberg 2010: 67.) Yksinkertaisen ja neutraalin termin puuttuessa, olemme valinneet työssämme käytettäväksi käsitteen kaksoisdiagnoosi tiedostaen, että uusi kuvaavampi termi tulisi saada kaksoisdiagnoosin tai mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyyden tilalle. Kumpikaan määritelmistä ei ole virallinen, mutta valitsimme käytettäväksi kaksoisdiagnoosin, sillä toteutamme opinnäytetyön työelämän toimeksiantajan tarpeisiin vastaten ja siten on perusteltua käyttää työssä samaa käsitteistöä kuin työn tilaaja. Siksi emme tässä työssä puhu mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä, vaikka sitä onkin esitetty kaksoisdiagnoosikäsitteen tilalle.

## 2.2 Kuntoutus, siihen sitouttaminen ja sitoutuminen

Seuraavaksi esittelemme, mitä tarkoitetaan kuntoutuksella. Sen jälkeen perehdymme kuntoutukseen sitouttamiseen ja sitoutumiseen.

### 2.2.1 Kuntoutus ja kuntoutuspalvelun käyttäjä

Härkäpää ja Järvikoski (2011) määrittelevät kuntoutuksen toimintana, jolla pyritään parantamaan ihmisten toimintakykyisyyttä ja sosiaalista selviytymistä, edistämään työkykyä ja turvaamaan työuran jatkuvuutta. Kuntoutuksen tyypillisiä piirteitä ovat tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, prosessinomaisuus sekä monialaisuus ja moniammatillisuus. (Härkäpää – Järvikoski 2001: 8, 33 – 34.)

Valtioneuvoston vuoden 2002 Kuntoutusselonteossa kuntoutuksesta puhutaan niin ikään suunnitelmallisena ja monialaisena, usein pitkäjänteisenä toimintana, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Selonteossa yhtenä sen hetkisistä kuntoutuksen ydinkysymyksistä mainitaan kuntoutujan oma osallisuus kuntoutusprosessissa. (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002: 6.) Opinnäytetyömme aihe liittyy vahvasti tähän ydinkysymykseen kuntoutujan osallistamisesta ja sitouttamisesta omaan kuntoutusprosessiinsa.

Suomalaisessa järjestelmässä on kuntoutuspalvelujen käyttäjästä monta rinnakkaista ilmaisua. Nimitystä asiakas on käytetty hyvin pitkään eritoten sosiaalihuollon palvelujen piirissä. Potilaaksi nimitetään yhä usein terveydenhuollon kuntoutuspalvelujen käyttäjä. Tämä nimitys juontaa juurensa siitä, että terveydenhuollossa hoitoja saava henkilö on potilas eikä aina voida yksiselitteisesti tehdä rajanvetoa hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen välille. Nimitys kuntoutuja taas korostaa, että kuntoutuspalveluiden käyttäjä on itsenäinen toimija, jolla on tärkeä rooli kuntoutukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa. (Härkäpää – Järvikoski 2011: 182.) Toimeksiantajamme tarjoaa erikoissairaanhoitoa, jonka parissa hoidon ja kuntoutuksen saajista käytetään yleisesti termiä potilas. Siitä syystä olemme päätyneet kirjoittamaan opinnäytetyössämme potilaista.

### 2.2.2 Kuntoutukseen sitouttaminen ja sitoutuminen

Päihde- ja mielenterveyspotilas tarvitsee hoito- ja kuntoutushenkilökunnalta kykyä sitoa potilaan kaottinen elämäntilanne tehokkaasti. Mikäli tämä ei onnistu, päihde- ja mielenterveyspotilas voi hakea apua monista eri pisteistä sitoutumatta kuitenkaan hoitoonsa. (Inkinen ym. 2000: 204.)

Tolmunen ja Veijalaisen Laurea AMK:n (2010) rikosseuraamusalan opinnäyte käsittelee Vantaan psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajien kokemuksia päihdeongelmaisten mielenterveyspotilaiden problematiikasta. Sairaanhoitajien vastauksista nousee esille kysymys potilaiden hoitoon sitoutumisesta ja kuntoutusmotivaation puuttumisesta. Usein keskeisenä ongelmana kaksoisdiagnoosipotilailla on matala motivaatiotaso. Lisäksi on havaittu että kyseiset potilaat saattavat, ehkäpä juuri matalan motivaatiotasonsa takia, jättää osallistumatta omiin hoito- ja kuntoutuskäynteihinsä sekä ryhmätoimintaan. (Tolmunen – Veijalainen 2010: 26 – 32.)

Enemmän kuin yksittäisten lääkehoitojen kehittyminen, kansanterveyteen vaikuttaa potilaan sitoutuminen pitkäaikaiseen hoitoon. Lääkärin, hoito- tai kuntoutustyöntekijän auktoriteetin sijasta potilasta voi motivoida paremmin työntekijän oman persoonan käyttö ja intuitiivinen kumppanuudessa oleminen. Oman persoonallisen hoito- tai kuntoutustavan löytämisen kautta voi luoda turvallisuudentuntua potilaalle. Työntekijä toimii valmentajana, joka kannustaa potilasta yhä parempiin suorituksiin pitkäaikaisessa

hoitosuhteessa, johon kumpikin osapuoli on sitoutunut. Potilaan asiantuntemukseen luottaminen ja läsnäolon osoittaminen ovat motivoinnin kannalta tärkeitä tekijöitä. (Eskola 2005.) Tarkoitamme kuntoutukseen sitouttamisella sitä, että toimintaterapeutti motivoi, tukee ja edistää potilaansa sitoutumista kuntoutukseensa.

Päihdelinkin (2008) motivoivaa haastattelua käsittelevän artikkelin mukaan motivoiminen on potilaan kiinnostuksen herättämistä esimerkiksi haitallisen toimintatavan muuttamista kohtaan. Motivoinnin avulla voimistetaan yksilön sisäistä motivaatiota ja motivoinnin välineenä voi olla esimerkiksi ongelmakäyttäytymiseen sisältyvän ristiriidan tutkiminen ja selvittäminen. Motivointi koostuu yhteistyöstä, herättelystä ja itseohjautumisesta. Perusoletuksena tulisi olla se, että muutoksen edellytykset löytyvät jo ihmisestä itsestään. Työntekijän tehtävänä on etsiä yksilön omaa muutosvoimaa vetoamalla yksilön omiin havaintoihin, tavoitteisiin ja arvomaailmaan. Vuorovaikutus on voima muutokseen. (Päihdelinkki 2008.)

Siinä, missä kuntoutukseen sitouttamista tekee toimintaterapeutti tai muu kuntoutuksen ammattilainen, kuntoutukseen sitoutuminen syntyy potilaassa itsessään. Pitkälän, Savikon ja Routasalon mukaan (2003) WHO:n työryhmä, joka pohti kuntoutukseen sitoutumista, on tehnyt seuraavan määritelmän: "Se kuinka henkilön käyttäytyminen – lääkkeen ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen – vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita" (WHO 2003 teoksessa Pitkälä – Savikko – Routasalo 2005). Kuntoutukseen sitoutumisen ymmärrämme siis potilaan aktiivisena osallistumisena omaan kuntoutusprosessiinsa, jossa potilaan yhteistyökumppanina toimii kuntoutuksen ammattilainen, esimerkiksi toimintaterapeutti.

Inhimillisen toiminnan mallin teorian mukaan toiminnallinen sitoutuminen tarkoittaa potilaan tekoja, ajattelua ja tunteita tietyissä ympäristöolosuhteissa terapian aikana tai sen suunniteltuna seurauksena. Kaikkea toimintaterapian kautta tapahtuvaa muutosta ohjaa potilaan toiminnallinen sitoutuminen. (Kielhofner 2008: 171.)

Kielhofnerin (2008) mukaan terapeutin tulee tarkasti seurata potilaansa toiminnallisen sitoutumisen kehittymistä. Terapeutti voi kiinnittää huomiotaan erityisesti potilaan omiin tekoihin, jotka voivat merkittävästi vaikuttaa muutoksen saavuttamiseen. (Kielhofner 2008: 171 – 172.)

### 2.3 Inhimillisen toiminnan malli

Inhimillisen toiminnan malli on kansainvälinen, toimintaterapeuttien ajattelua ohjaava teoria, joka keskittyy asiakaslähtöisyyteen, holistisuuteen ja ihmisen toimintaan vammaan tai sairauden sijasta. Inhimillisen toiminnan mallin kautta voidaan ymmärtää tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilön osallistumiseen ja sopeutumiseen. Lisäksi kyseisen teorian kautta voidaan hahmottaa ihmisen motivoitumista toimintaan, toimintojen rakentumisesta sekä yksilön sisäisten tekijöiden, hänen toimintansa ja fyysisen, sosiaalisen, kulttuurisen, taloudellisen ja poliittisen ympäristön jatkuvaa vuorovaikutusta. (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 234 – 235.)

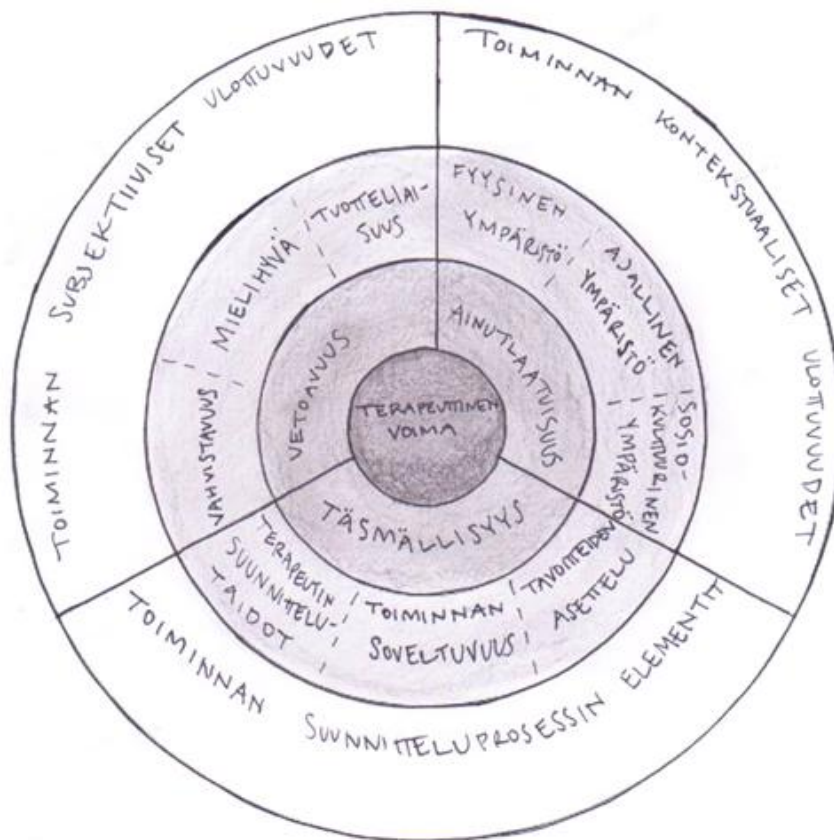
Inhimillisen toiminnan mallin mukaan kaikissa ihmisissä on kolme toisiinsa liittyvää elementtiä: tahto, tottumus ja suorituskkyky. Kyseiset elementit ovat osa potilaiden toimintaa kun he sitoutuvat, joko toimintaterapian aikana tai sen tuloksena, toiminnan eri muotoihin tai tehtäviin. Terapeutti huomioi potilaan tahdon, tottumuksen ja suorituskyyvyn lisäksi myös potilaan ympäristölliset tekijät niin terapian aikana kuin terapian toivotuja tuloksia pohdittaessa. (Kielhofner 2008: 171.) Yksilön osallistuminen ja sitoutuminen toimintaan syntyy siis hänen omien ominaisuuksiensa sekä häntä ympäröivien olosuhteiden eli ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. Tässä opinnäytetyössä emme perehdy Inhimillisen toiminnan mallin ympäristöön ja toimintaan liittyviin käsitteisiin, vaan keskitymme yksilön sisäisiin ominaisuuksiin ja toimintaan motivoitumiseen. Olemme tehneet tämän ratkaisun, sillä sivuamme edellä mainittuja osa-alueita myöhemmin esiteltävän Piercen (2003) Toiminnan terapeuttisen voiman mallin kautta. Inhimillisen toiminnan mallin käsitteisiin palaamme tulosten yhteydessä.

### 2.4 Terapeuttinen toiminta ja Toiminnan terapeuttisen voiman malli

Ihmiset ovat luonnostaan toiminnallisia ja perustarpeemme on sitoutua toimintaan. Sairaus tai vamma voi häiritä kykyä tehdä itselle tärkeitä asioita, mikä heikentää terveyttä ja hyvinvointia. Toiminta voi vaikuttaa positiivisesti terveyteen ja hyvinvointiin. Toimintaa tulee ymmärtää suhteessa yksilön henkilökohtaisiin merkityksiin. Yksilöt kokevat ja tulkitsevat toimintaa eri tavoin. Toiminta saa eri yksilöissä aikaan henkilökohtaisia reaktioita ja toiminnalla on erityinen symbolinen ja käytännöllinen merkitys. (Finlay 2004: 40, 43.) Voimme siis olettaa, että toimintaan osallistuminen on perustarve myös mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville kaksoisdiagnoosipotilaille. Vaikka kaikki ihmi-

set kokevat toiminnan eri tavoin ja antavat toiminnan muodoille henkilökohtaisia merkityksiä, olimme kiinnostuneita selvittämään, onko olemassa joitakin hyväksi havaittuja toiminnan muotoja tai tapoja jäsentää ja järjestää terapeutista toimintaa kaksoisdiagnoosipotilaille ja siten edistää kaksoisdiagnoosipotilaiden sitouttamista kuntoutukseensa.

Doris Piercen (2003) Toiminnan terapeuttisen voiman malli tarjoaa työkaluja toiminnan ymmärtämiseen, suunnitteluun sekä toiminnan käyttöön terapiassa. Toiminnan terapeuttisen voiman malli esitetään ympyrän muotoisena kuviona (ks. kuvio 1), joka koostuu kolmesta toimintaa kuvaavasta osa-alueesta: vetoavuus, ainutlaatuisuus ja täsmällisyys. (Pierce 2003: 4, 9.)



Kuvio 1. Piercen (2003) Toiminnan terapeuttisen voiman malli, Kulpin ja Pajusen (2009) suomennoton mukailten, teoksesta Hautala ym. (2011: 119).

Vetoavuuden kautta voidaan selittää eri ihmisten subjektiivisia kokemuksia toiminnasta. Vetoavuus muodostuu toiminnasta saatavasta mielihyvästä, tuotteliaisuudesta ja vahvistavuudesta. Ainutlaatuisuus viittaa toiminnan kontekstuaaliseen ulottuvuuteen. Ainutlaatuisuuteen sisältyvät fyysinen, ajallinen ja sosiokulttuurinen ympäristö. Täsmällisyyden osa-alue kuvaa toimintaterapiainterventioissa käytettävää toimintaa. Täsmälli-

syiden osa-alueen muodostavat terapeutin suunnittelutaidot, tavoitteen asettelu ja toiminnan soveltuvuus. (Pierce 2003: 4,9.) Tässä työssä rajasimme täsmällisyyden osa-alueesta pois tavoitteiden asetteluun ja toiminnan soveltuvuuden, sillä halusimme pitää fokuksemme selkeästi toiminnan käytössä ja toimintaterapeutin työotteessa. Osittain tavoitteiden asetteluun ja toiminnan soveltuvuuteen liittyvää tietoa käsittelemme tuloksissa, esimerkiksi osana suunnitteluprosessia sekä ainutlaatuisuuden ulottuvuudessa sosiokulttuuriseen ympäristöön liittyen. Lisää mallin käsitteisiin syvennymme tulosten esittelyn yhteydessä.

## 2.5 Terapeuttinen harkinta ja terapeutin suhdetaidot

Terapeuttinen harkinta eli kliininen päättely viittaa terapeutin ajatteluun ja havainnointiin. Terapeutit eivät toimi vain yhtä tapaa käyttäen, vaan useita erilaisia strategioita voi olla käytössä samanaikaisesti. Terapeuttinen harkinta tarkoittaa muun muassa sitä, miten terapeutit saavat tietoa ja ymmärtävät potilaidensa tilanteita, mitä he pitävät keskeisenä ongelmana, minkä he jättävät huomionsa ulkopuolelle ja millainen näkemys heillä on potilaastaan henkilönä. (Mattingly – Hayes Fleming 1993: 9.)

Mattingly ja Hayes Fleming (1993: 121 – 133) ovat tunnistaneet erilaisia terapeuttisen harkinnan tyynejä. Niitä ovat prosessuaalinen harkinta, vuorovaikutteinen harkinta sekä konditionaalinen harkinta. Toimintaterapeutit voivat käyttää myös narratiivista harkintaa (Mattingly – Hayes Fleming 1993: 239). Lisäksi on olemassa muiden muassa pragmaattista harkintaa (Schell – Cervero 1993 teoksessa Finlay 2004: 211) sekä ennakkoivaa harkintaa (Hagedorn 1997 teoksessa Finlay 2004: 211).

Finlayn (2004) mukaan tietynlaiset käyttäytymismallit, asenteet, taidot ja ominaisuudet voivat olla hyödyllisiä parannettaessa positiivisia suhteita ja mahdollistettaessa potilaan kasvua. Siihen liittyen Finlay on tunnistanut kymmenen suhdetaitoa, joihin lukeutuvat: aktiivinen kuuntelu, empatian osoittaminen, välittäminen, turvallisuuden ylläpitäminen, kunnioituksen osoittaminen, lämpö, mahdollistaminen ja voimaannuttaminen, merkityksen selventäminen, toivon ja luottamuksen herättäminen sekä itsereflektio ja tietoisuus itsestä. (Finlay 2004: 143.) Perehdymme lisää terapeuttiseen harkintaan ja suhdetaitoihin tuloksia käsittelevässä luvussa.



### 3 Tutkimusasetelma

Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää vastaukset seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millainen terapeutinen toiminta sitouttaa kaksoisdiagnoosipotilasta omaan kuntoutukseensa toimintaterapeuttien näkökulmasta?
2. Miten toimintaterapeutti voi omalla työotteellaan sitouttaa kaksoisdiagnoosipotilasta kuntoutukseensa?

Muodoltaan opinnäytetyömme on tapaustutkimus. Laineen, Bambergin ja Jokisen (2007) mukaan tapaustutkimuksessa kohde on useimmiten tapahtumakulku tai ilmiö, ja tutkimuksella tarkastellaan useimmiten pieniä joukkoja tapauksia tai vain yhtä tiettyä tapausta (Laine – Bamberg – Jokinen 2007: 9). Opinnäytetyössämme tapauksia ovat haastatellut toimintaterapeutit näkemyksineen kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutuksesta.

#### 3.1 Haastattelut

Keräsimme tietoa haastattelemalla kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskenteleviä toimintaterapeutteja käyttäen teemahaastattelua menetelmänä. Hirsjärven ja Hurmeen (2009) mukaan teemahaastattelussa edetään yksityiskohtaisten kysymysten sijaan tiettyjen tutkimuskysymykselle keskeisten teemojen varassa. Menetelmän tarkoituksena on tuoda haastateltavien ääntä paremmin kuuluviin ja huomioida yksilöiden oma-kohtaiset tulkinnat asioista sekä heidän asioille antamansa merkitykset. Koska teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ovat kaikille haastateltaville samat, voidaan teemahaastattelusta puhua puolistrukturoituna menetelmänä. (Hirsjärvi – Hurme 2009: 48.)

Aloitimme haastateltavien toimintaterapeuttien hankkimisen laatimalla ilmoituksen (ks. liite 1) toimintaterapeuttien sähköpostilista TOInet:iin. Sitä kautta saimme yhteyden muutamiin henkilöihin. Tämän kanavan lisäksi hankimme tietoa internetin kautta organisaatioista, joissa kuntoutetaan kaksoisdiagnoosipotilaita ja joissa mahdollisesti työskentelee toimintaterapeutti. Tällaisissa tapauksissa otimme suoraan yhteyttä esimerkiksi osastonhoitajaan ja kysyimme löytyykö heidän organisaatiostaan toimintaterapeuttia (ks. liite 2). Niiden tiedustelujen kautta emme saaneet yhtään haastateltavaa. Suurin osa haastateltavista löytyi hyödyntämällä aiempia kontakteja ja meille annettuja

suullisia vinkkejä sopivista haastateltavista. Niissä tapauksissa otimme suoraan yhteyttä toimintaterapeutteihin (ks. liite 3). Saimme yhteyden muutamaan informanttiin myös siten, että haastatteluun suostunut henkilö antoi meille sopivan haastateltavan yhteystiedot. Lopulta saimme otannaksi seitsemän henkilöä.

Haastattelujen menetelmänä käytimme täsmäryhmähaastattelua (focus group interview). Hirsjärven ja Hurmeen (2009) mukaan täsmäryhmähaastatteluun kutsutut henkilöt ovat tarkasti valittuja ja usein alansa asiantuntijoita tai henkilöitä, joiden mielipiteillä ja asenteilla on vaikutusta tarkasteltavaan ilmiöön. Ryhmän keskustelulla on tarkoin määritelty tavoite, joka on ilmoitettu haastateltaville etukäteen. Ryhmähaastattelun etuna on ennen kaikkea se, että sen avulla saadaan nopeasti tietoa samanaikaisesti usealta vastaajalta. (Hirsjärvi – Hurme 2009: 62 – 63.)

Ryhmähaastattelulla on erityinen merkitys silloin, kun halutaan selvittää, miten henkilöt muodostavat yhteisen kannan johonkin ajankohtaiseen kysymykseen. Ryhmähaastattelussa osanottajat kommentoivat asioita melko spontaanisti, tekevät huomioita ja tuottavat monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Hirsjärvi – Hurme 2009: 61.) Ryhmähaastattelujen avulla toivoimme saavamme hieman syväluotaavampaa tietoa tutkimuskysymyksiimme kuin yksilöhaastatteluilla.

Ensimmäisenä haastattelimme ryhmämuotoisesti kahta toimeksiantajallamme työskentelevää toimintaterapeuttia tätä tutkimusta varten muodostamamme teemahaastattelurungon mukaisesti. Pyysimme haastattelun yhteydessä toimintaterapeuteilta palautetta kysymyksistämme ja annoimme tilaisuuden lisätä tai ottaa pois joitakin kysymyksiä haastattelurungosta. Näin varmistimme, että saisimme tulevista haastatteluista sellaista tietoa, joka hyödyttää toimeksiantajaa. Ensimmäisen haastattelun jälkeen, toimintaterapeuttien palautteen perusteella, poistimme muutaman epäoleellisen kysymyksen ja lisäsimme yhden uuden kysymyksen.

Toimeksiantajan toimintaterapeuttien haastattelun jälkeen toteutimme vielä kaksi täsmäryhmähaastattelua ja käytimme päivitettyä teemahaastattelurunkoa. Teimme haastattelut pääkaupunkiseudulla eri mielenterveys- ja päihdepalveluorganisaatioissa työskenteleville, kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen osallistuville tai aiemmin siihen osallistuneille toimintaterapeuteille. Kaikki haastattelut ajoittuivat syyskuulle 2012. Äänitimme haastattelut ja litteroimme tallennetun aineiston. Litteroinnilla tarkoitetaan haas-

tattelutallenteiden puhtaaksi kirjoittamista (Hirsjärvi - Hurme 2009: 138). Litteroinnin jälkeen siirryimme tekemään haastattelun tuloksista sisällön analyysin.

### 3.2 Sisällön analyysi

Haastatteluista saimme laadullista eli kvalitatiivista aineistoa, jonka analysoimme ja pelkistimme teoriaohjaavan päättelyn mukaisesti, koska koimme sen vastaavan parhaiten tutkimuksemme tarpeisiin. Sarajärven ja Tuomen (2009) mukaan teoriaohjaava eli abduktiivinen sisällönanalyysi sekä pelkistäminen etenevät lähtökohtaisesti aineiston ehdoilla, mutta aineiston luokittelua ohjaavat teoreettiset käsitteet, jotka on ennalta määritelty. Analyysiprosessissa vaihtelevat aineistoläheisyys ja valmiit mallit. Alkuperäisestä aineistosta poimitaan asioita tai ilmauksia eli analyysiyksiköitä tietyn teorian mukaan. Teoria toimii siis apuna analyysin etenemisessä. Aiemman tiedon vaikutus analyysiin on tunnistettavissa, mutta tiedon merkitys on olla lähinnä pohjana mahdollisille uusille löydöksille ja ajatusurille. Valitun mallin tai teorian elementeistä voidaan etukäteen muodostaa aineistoa yhdistäviä ryhmiä tai luokkia, joihin aineiston uskotaan jakautuvan. Lopputuloksena on, että luokittelemalla aineistoa valittuun teoriaan tavalla tai toisella tukeutuen, saadaan koottua valittuun malliin perustuva näkemys tutkitusta aiheesta. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 96 – 97, 117, 119.) Hirsjärvi ja Hurme (2009) painottavat, että luokittelu kuuluu keskeisenä osana analyysiin. Sen avulla saadaan aikaan runko, jonka kautta haastatteluaineistoa on mahdollista tulkita, yksinkertaistaa ja tiivistää. Luokittelu on tehtävä, jotta pystytään vertailemaan tai tyyppittelemään tapauksia. (Hirsjärvi – Hurme 2009: 147.)

Rakensimme teemahaastattelurungon (ks. liite 4) kolmen teeman ympärille olemassa olevien teorioiden perusteella. Valitsimme teorian teemojen taustalle jo ennen haastattelukysymysten muodostamista, ja pohdimme tutkimuksemme varhaisessa vaiheessa mahdollisia teorioiden mukaisia luokittelutapoja. Suunnittelimme siis haastatteluteemat alustaviksi luokiksi. Kullekin teemalle päätettiin oma luokittelutapansa. Haastatteluteemoja oli kolme:

1. Toimintaterapeutin työote
2. Potilaan sitoutuminen kuntoutukseen
3. Toiminnan terapeuttinen käyttö

Pidimme tärkeänä, että aineistoa analysoidessa meillä olisi valmiita, toimintaterapian teoriatietoon perustuvia teemoja ja yläluokkia, joihin luokitella aineistosta nousevia il-

miöitä. Näin toivoimme pääsevämme peilaamaan saamiamme tuloksia ammattikunnallemme tuttuihin ilmiöihin. Toimintaterapeutin työtettä kuvaavan haastatteluteeman luokittelua ohjaamaan valitsimme eri teorioita terapeuttisen harkinnan käytöstä (muun muassa Mattingly ja Hayes Fleming 1993) sekä Linda Finlayn (2004) Terapeutin suhdetaidot. Valitsimme kyseiset teorit, koska ne yhdessä kuvaavat laaja-alaisesti sitä, miten toimintaterapeutti toimii ja tekee ratkaisuja toimintaterapiaprosessin ja terapisuhteen aikana.

Potilaan kuntoutukseen sitoutumista käsittelevän teeman luokitteluun valitsimme Gary Kielhofnerin (2008) Inhimillisen toiminnan mallin. Inhimillisen toiminnan malliin päädyimme eritoten siksi, että sen avulla on mahdollista selittää yksilön motivoitumista toimintaan. Valitsimme Doris Piercen (2003) Toiminnan terapeuttisen voiman mallin toiminnan terapeuttista käyttöä koskevan aineiston luokitteluun, sillä malli on monipuolinen ja kattava teoria terapeuttisen toiminnan analysointiin ja suunnitteluun.

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta valitut ilmaukset käydään läpi tarkasti, ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokkiin. Teoriaohjaavassa analyysissä nämä alaluokat muodostetaan usein aineistolähtöisesti, mutta analyysin yläluokat tuodaan valmiina teoriasta. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 110, 117.) Tässä tutkimuksessa ensimmäisenä analyysivaiheena lajittelimme aineistomme joko terapeuttisen harkinnan tyylien, Finlayn, Piercen tai Kielhofnerin teoriaotsikoiden alle. Kun alustava luokittelu oli tehty, pelkistimme ilmaisut.

Aineiston pelkistämisessä eli redusoinnissa analysoitava informaatio on esimerkiksi auki kirjoitettu haastatteluaineisto, joka pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan kaikki tutkimukselle epäolennainen pois. Tämä tapahtuu joko tiivistämällä tai pilkkomalla informaatio osiin. Valituista alkuperäisistä lausumista muokataan pelkistettyjä ilmauksia, jotka sisältävät vain oleellisen informaation eli alkuperäisen ilmauksen ydinajatuksen. Ennen analyysin aloittamista tulee määrittää analyysiyksikön muoto. Se voi olla esimerkiksi sana, lause tai ajatuskokonaisuus. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 109 – 110, 118.) Aineistoa pelkistäessämme valitsimme ajatuskokonaisuuksia, joista poimimme keskeisimmän informaation (ks. esimerkki pelkistämisprosessista taulukosta 1).

Taulukko 1. Pelkistystaulukko, mukaelma Sarajärven ja Tuomen (2009) taulukosta.

**Ilmiö: Alakulttuuri siirtyy ryhmiin**

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
“Varmaa <u>tän</u> alakulttuurin ilmiöt saattaa tulla näihin ryhmiin ja siinä tarkkana oleminen. <u>Et kukaan ei tuu hyväksikäytetyks.</u> Se on varmaa se haaste niissä.”	Alakulttuurin ilmiöt siirtyvät ryhmään.	Sosiokulttuurinen ulottuvuus	Toiminnan vetovoima: ainutkertaisuus	Terapeuttisen toiminnan suunnittelu ja käyttö
”Ryhmässä toimiminen tulee sieltä päihdemaailmasta niin sanotusti ja siitä kulttuurista ja <u>silloin</u> se on aika omituista <u>niinku</u> olla ryhmässä edes mahdollisimman selvin päin tai mahdollisimman päihteittä eli se kulttuuri tulee helposti siihen ryhmään.”	Ryhmässä toimiminen tulee päihdemaailmasta, alakulttuurin ilmiöt siirtyvät ryhmään.	Sosiokulttuurinen ulottuvuus	Toiminnan vetovoima: ainutkertaisuus	Terapeuttisen toiminnan suunnittelu ja käyttö
“Joutuu aika paljon joskus rajaamaan ja se asia joudutaan <u>ottaa puheeks.</u> Muistan <u>yhenki</u> ryhmän kun yks puhui siitä päihteiden käytöstään siellä ryhmässä.”	Potilaiden rajaaminen, alakulttuurin ilmiöt siirtyvät ryhmään.	Sosiokulttuurinen ulottuvuus	Toiminnan vetovoima: ainutkertaisuus	Terapeuttisen toiminnan suunnittelu ja käyttö

#### 4 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä varten anoimme Helsingin Yliopistollisen Keskussairaalaan tutkimuslupaa, joka myönnettiin meille toukokuussa 2012 (ks. liite 5). Virallisen luvan anomisen lisäksi meidän tuli ottaa huomioon muitakin eettisiä kysymyksiä, joita esittelemme seuraavaksi.

Kysymyksenasettelulla on tutkimuksen luotettavuuden kannalta suuri merkitys. Kysymyksissä tulee välttää johdattelua ja ne kannattaa testata skeptisillä ja kriittisillä vastajilla. (Mäkinen 2006: 93.) Pyrimme luomaan avoimia kysymyksiä tutkimuskysymysten kannalta oleellisista aihealueista. Rakennettuumme teemahaastattelurungon, pyysimme kommentteja ja kehittämissuhteita opponenteilta ja opettajilta. Lisäksi toteutimme esihaastattelun toimeksiantajalla työskenteleville toimintaterapeuteille, jotka saivat haastattelun jälkeen antaa palautetta kysymyksistä.

Haastateltaville henkilöille tulee kertoa tutkimuksen tavoite ja aineistonkeruun toteutustavat. Lisäksi on kerrottava, millä tavoin luottamukselliset tiedot suojataan ja miten kerättyjä tietoja käsitellään. (Kuula 2006 teoksessa Mäkinen 2006: 95.) Haastateltaville lähetetyt yhteydenottoviestit (ks. liite 3) sisälsivät pienen informaation opinnäytetyön tavoitteesta ja tiedonkeruumenetelmästä. Hyvissä ajoin ennen tiedonkeruun toteutusta lähetimme haastateltaville teemahaastattelurungon sähköpostitse. Ennen haastattelutilanteen aloittamista kysyimme, haluavatko haastateltavat saada vielä tietoa opinnäytetyöstä ja tarvittaessa annoimme lisäinformaatiota. Lisäksi kysyimme, sopiiko haastateltaville, että tilanne äänitetään. Kerroimme pyrkivämme siihen, ettei haastateltavien henkilöllisyys paljastu opinnäytetyön kautta ja ilmoitimme, koska ja miten opinnäytetyö julkaistaan.

Tutkijan velvollisuus on pyrkiä suojaamaan tutkittavien henkilöllisyys. Täyttä varmuutta henkilöiden säilymisestä ei voi koskaan taata, mutta tutkijan tulee yrittää pitää se päämääränään jokaisessa vaiheessa. (Mäkinen 2006:115.) Olemme pitäneet haastateltavien henkilöllisyydet ja työpaikkaorganisaatiot vain omassa tiedossamme, lukuun ottamatta toimeksiantajamme organisaatiota, joka on tässä työssä mainittu nimeltä. Emme viittaa tuloksissamme yksilöihin tai yksittäisiin organisaatioihin, vaan nostamme esiin aineistosta ilmiöitä, joita haastateltavat ovat pitäneet tärkeinä tai maininneet useimmin. Emme erittele sitä, kuka asian on maininnut.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksissa koehenkilöt ovat usein hoidon piirissä tai saattavat kärsiä mielenterveydellisistä ongelmista ja voivat tarvita tukea päivittäisessä arjessaan. Vaikka tällaiset henkilöt voisivat tarjota tutkimuksen kannalta hyödyllistä tietoa, on pohdittava, onko moraalisesti oikein pyytää heitä osallistumaan tutkimukseen. Koehenkilöiden elämäntilanteet ovat usein vaikeita, eikä tutkija halua hankaloittaa niitä entisestään. (Mäkinen 2006: 112 – 113.) Edellä mainituista syistä käsittelemme tässä opinnäytetyössä kaksoisdiagnoosipotilaiden sitouttamista kuntoutukseensa toimintaterapeuttien näkökulmasta potilaiden näkemysten sijasta. Pidämme tärkeänä potilaan oman mielipiteen ja kokemuksen kuulemista, mutta jätimme sen nyt fokuksemme ulkopuolelle eettisistä syistä sekä opinnäytetyöhön käytössämme olleista rajallisista aika- ja resursseistamme johtuen. Kuten aiemmissa luvuissa olemme kuvanneet, kaksoisdiagnoosipotilaiden problematiikka on hyvin monimuotoista ja laaja-alaista ja vaikuttaa vahvasti motivaatiotason mataluuteen. Potilaita tutkiessamme olisimme mahdollisesti törmänneet riskiin, ettemme olisi saaneet lainkaan informanteja. Myös tutkimusluvan saaminen olisi todennäköisesti ollut hitaampi ja epävarmempi prosessi.

## 5 Tulokset

Ensimmäisenä käsittelemme toiminnan terapeuttiseen käyttöön liittyvät tulokset. Toiminnan terapeuttisen käytön tulosten jäsentelyssä on sovellettu Piercen (2003) Toiminnan terapeuttisen voiman mallia. Toisena esittelemme toimintaterapeutin työtettä kuvaavat tulokset, jotka on luokiteltu Finlayn (2004) Suhdetaitoihin sekä Terapeuttisen harkinnan tyyleihin. Lopuksi kuvaamme potilaan sitoutumiseen liittyviä tekijöitä, joita nousi esille haastatteluaineistosta. Potilaan sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä avaamme Kielhofnerin (2008) Inhimillisen toiminnan mallin yksilöön liittyvien käsitteiden avulla.

### 5.1 Sitouttamista edistävä toiminnan terapeuttinen käyttö

Seuraavat tulokset käsittelevät kaksoisdiagnoosipotilaiden toimintaterapiassa toimiviksi osoittautuneita toiminnan muotoja ja toiminnan strukturointia. Tämän aineiston osan luokittelun apuna käytimme Doris Piercen Toiminnan terapeuttisen voiman mallia ja sen osa-alueita: ainutlaatuisuus, vetoavuus ja täsmällisyys.

#### 5.1.1 Ainutlaatuisuus

Ainutlaatuisuuden osa-alue koostuu fyysisestä, ajallisesta ja sosiokulttuurisesta ympäristöstä. Ainutlaatuisuus kuvaa sitä, miten aika, paikka ja sosiaaliset olosuhteet, joissa toiminta tapahtuu, muovaavat toiminnasta saatavaa kokemusta. (Pierce 2003: 136.)

Toimintaterapeuttien tulee ymmärtää ihmiskehoa ja ympäristöjä, jotta interventioiden *fyysisen ympäristökontekstin* suunnittelu edistäisi intervention positiivista vaikutusta. Tulee huomioida, missä terapia tapahtuu ja millaiset olosuhteet ympäristössä on, ja että käytettävien välineiden tulee olla ulottuvilla. Myös yksilön tilalle antamalla sosiaalisella merkityksellä on tärkeä rooli intervention onnistumisen kannalta. (Pierce 2003: 155.) Osa haastatelluista toimintaterapeuteista oli sitä mieltä, että kuntoutuksen tulisi olla enemmän poliklinikalta pois kohdistuvaa ja potilaan omiin, autenttisiin ympäristöihin ja niissä tehtäviin toimintoihin suuntautuvaa.



Tärkeänä huomiona haastatteluaineistosta nousi myös keino sitouttaa potilaita rakentamalla toimintoja ja velvollisuuksia hoitotahon ulkopuolisiin ympäristöihin ja haastaa potilaita tutustumaan ympäristöihin toiminnan avulla. Näin muodostuu jatkumo kuntoutustaholta potilaan omaan arkeen ja onnistuessaan tämä mahdollistaa potilaan itsenäisen toimintaan osallistumisen uusissa ympäristöissä.

Kuten jokaisella toiminnallisella kokemuksella on tietty muoto, jokaisella inhimillisellä kokemuksella tekemisestä on yksilöllinen, *ajallinen* rytmensä (Pierce 2003: 170). Haastateltujen toimintaterapeuttien kokemuksen mukaan ryhmätilanteen kesto, toiminnan rakenne ja tauottaminen tulee huomioida suhteessa potilaan pitkäjänteisyyteen ja (fyysiseen) toimintakykyyn. Ajan varaaminen palautteen antamiselle ja tilanteen purkamiselle on oleellista kaksoisdiagnoosipotilaiden toimintaterapiassa. Tärkeää on pitää mielessä se, että kaksoisdiagnoosipotilaiden terapiaprosessit ovat usein pitkiä ja monen vuoden kestoisia.

Toiminnalla on vahva *sosiokulttuurinen* ulottuvuus, jota ei voi vähätellä tähdättäessä tehokkaaseen interventioon. Kuuluminen tiettyihin sosiaalisiin ryhmiin vaikuttaa toimintaan ja identiteettiin. Tavoitteet ja unelmat ovat myös osa identiteettiä. Muovaamme identiteettiämme sitoutumalla tiettyihin toimintoihin ja olemalla osallistumatta toisiin. (Pierce 2003: 198 – 199.) Monia kertoja haastatteluaineistosta nousi esille kokemusasiantuntijoiden eli vertaisohjaajien merkitys kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen sitouttamiselle. Vertaisohjaajat jakavat samankaltaisen toiminnallisen historian ja identiteetin kuin potilas, mikä luo uskottavuutta ja luottamusta. Vertaisohjaajien kautta kaksoisdiagnoosipotilas voi nähdä positiivisen esimerkin muutoksen mahdollisuudesta ja saada siten toivoa omaan tilanteeseensa. Haastateltujen toimintaterapeuttien mielestä vertaisohjaajia tulisi ottaa nykyistä enemmän ja aktiivisempaan rooliin mukaan kaikkien toimintaan suunnittelusta ohjaustyöhön ja toiminnan toteutukseen.

Haastatteluaineistosta nousi esille myös, että ympäristö voi joissain tapauksissa olla syy potilaan sitoutumattomuudelle. Ongelmia luo se, ettei mielenterveys- ja päihdepalveluja saa samasta paikasta, eivätkä eri hoito- ja kuntoutustahot tee riittävästi yhteistyötä. Esimerkiksi niissä tapauksissa, joissa potilas on lääkinnyt mielenterveydellisiä oireitaan päihteillä, hän jää kokonaan Kelan kustantamien mielenterveyspalveluiden ulkopuolelle. Tällöin potilas ohjataan päihdepalveluihin, jolloin mielenterveyden ongelmat jäävät vähemmälle huomiolle. Myös ikä voi olla este palveluiden piiriin pääsemiselle.

Lisäksi sitoutumisen ongelmia voi aiheuttaa se, että päihteettömyys on useimmiten hoidon ja kuntoutuksen piiriin pääsyn edellytys ja potilaan vaaditaan tavoittelevan päihdeettömyyttä. Joidenkin potilaiden kohdalla päihdeettömyys on kokonaan ulkopuolelta saneltu tavoite, jota he eivät halua tai kykene saavuttamaan. Osa haastatelluista toimintaterapeuteista toi esille, että palveluiden pääseminen tulisi tehdä potilaalle helpommaksi ja uudenlaisia, matalan kynnyksen palveluja tulisi kehittää.

Erilaisuus ja erilaisuuden kanssa työskentely on merkittävä osa toimintaterapiainterventioita. Se, miten toiminta tyypillisesti koetaan, vaihtelee kulttuurista toiseen. Kulttuurien välillä on myös merkittäviä eroja vuorovaikutustyyliissä, sukupuolten välisissä suhteissa, ja eri-ikäisten välisissä suhteissa. Kulttuuritaustan lisäksi myös perhetaustan arvoilla, luokalla ja maantieteellisellä sijainnilla on merkitystä. Luokka määräytyy sosioekonomisen taustan kautta. On tärkeää tunnistaa myös elämäntyyliin liittyvää vaihtelevuutta, joihin lukeutuvat esimerkiksi potilaan siviilisääty, seksuaalinen suuntautuminen ja perhetyyppi. (Pierce 2003: 203.) Aineistosta nousi esille ilmiö, jossa päihdekulttuurilla on taipumus siirtyä ryhmiin. Kaksoisdiagnoosipotilaiden ryhmiä suunniteltaessa on huomioitava potilaan ryhmäkokemukset päihdemaailmassa ja muistettava, että potilaalle voi olla outoa osallistua ryhmään päihdeettömänä. Joidenkin haastateltujen toimintaterapeuttien mukaan ryhmäperiaatteet ja -merkitykset ovat jo vanhentuneita.

Piercen (2003) mukaan toimintaa on osattava käsitteellistää potilaan näkökulmasta. On ajateltava sitä, mitä potilas näkee ja tuntee ja mihin hän tarttuu terapeutisessa toiminnassa sekä toiminnallisissa tavoitteissa. On varottava omien arvojen ja taustan vaikutusta interventioita suunniteltaessa niille potilaille, joiden tausta poikkeaa terapeutin omasta. Toimintaterapeutin on pyrittävä ymmärtämään erilaista elämäntyyliä elävän potilaan toiminnallisia kokemuksia ja perinteitä. On epäeettistä sallia omien arvojen vaikuttaa terapian laatuun. Kompetentti terapia vaatii terapeutilta elämäntyylien erilaisuuden arvostamista, toiminnan ymmärtämistä, ja perusymmärryksen hankkimista potilaan elämäntyylistä. Toimintaterapeutin tulee pyrkiä oppimaan potilaalta tämän elämäntyylistä ja käyttää sopivia ja tehokkaita vuorovaikutustaitoja. (Pierce 2003: 210.)

Myös haastatteluiden perusteella esille nousi vahva viesti siitä, että sitouttaakseen kaksoisdiagnoosipotilasta toimintaterapiaan, on terapeutin pyrittävä ymmärtämään potilaan kokemusta ja näkemystä maailmasta. Ymmärryksen saavuttamiseksi on kyettävä olemaan aidosti läsnä ja kuuntelemaan potilasta. Potilaan kulttuuri ja näkemysmaailma

voi olla niin kaukana terapeutin todellisuudesta, ettei ymmärrys synny kuin olemalla vuorovaikutuksessa ja oppimalla potilaalta hänen elämästään.

Toimintaterapeutin on huomioitava sosiaalinen konteksti terapian suunnittelussa. Toimintaterapeutti harkitsee terapiaa suunnitellessaan, minkä tasoista vuorovaikutusta vaativa toiminta parhaiten edistää potilaan tavoitteiden saavuttamista. Toiminta voi olla joko yksin tehtävää, rinnakkaistoimintaa tai jaettua toimintaa. Potilaan tilanne voi parantua tai heiketä riippuen valitusta sosiaalisesta kontekstista, esimerkiksi vertaisryhmässä. (Pierce 2003: 208.) Aineistosta ilmeni, että on oleellista panostaa yksilötyökentelyyn ennen ryhmiä ja rakentaa luottamusta ensin yksilöterapiassa. Ryhmään tulisi siirtyä vasta yksilöterapian jälkeen, kun toimintaterapeutilla on jokaisen ryhmäläisen luottamus. Varteenotettavana huomiona aineistosta nousi esiin se, että ryhmä voi olla kooltaan pieni, esimerkiksi vain kahden tai kolmen potilaan ja toimintaterapeutin ryhmä.

### 5.1.2 Täsmällisyys

Täsmällisyyden ulottuvuuteen sisältyvät terapeutin suunnittelutaidot, tavoitteiden asetelu ja toiminnan soveltuvuus (Pierce 2003: 294). Seuraavaksi perehdymme terapeutin suunnittelutaitoihin ja terapian suunnitteluprosessiin.

Piercen (2003) mukaan toimintaterapian suunnittelu vaatii jatkuvaa luovuutta. Toimintaterapeutin on kyettävä muuttamaan suunnitelmaa vaihtelevissa tilanteissa. Suunnitteluprosessi koostuu seitsemästä vaiheesta, jotka ovat: motivoituminen, tiedonkeruu, tavoitteiden määrittely, ideointi, idean valinta, intervention toteutus ja arviointi. (Pierce 2003: 265.)

*Motivoitumisen vaiheeseen* sisältyy se, että prosessin alkuvaiheessa toimintaterapeutti tekee ajatustyötä ja tunnistaa sekä kehittää motivaatiota itsessään. Näin toimintaterapeutti itse sitoutuu projektiin ja pystyy ylläpitämään innostusta ja työpanostaan alusta loppuun, vaikeuksista huolimatta. Terapeutin on pohdittava henkilökohtaisia syitä ja voimavaroja kuntoutustyönsä takana. (Pierce 2003: 265 – 266.) Motivaatiiovaihetta kuvaavana ilmiönä haastatteluaineistosta nousi esille se, että toimintaterapeutin sitoutuminen potilaaseen on yhtä tärkeää kuin potilaan sitoutuminen toimintaterapeuttiin.

*Tiedonkeruun vaiheessa* toimintaterapeutti kokoaa kaiken saatavilla olevan tiedon projektista ja katsoo sitä uusin silmin. (Pierce 2003: 267.) Tiedonkeruuvaihetta kuvaavana

asioina haastatellut toimintaterapeutit kertoivat pohjatyon tekemisen olevan tärkeää. Pohjatyöhön sisältyvät esimerkiksi potilastietoihin ja arviointeihin tutustuminen.

*Tavoitteiden määrittelyssä* toimintaterapeutti tai tiimi työskentelee selventääkseen projektin tarkoitusta. Lopulta valitaan sopivin lähestymistapa. (Pierce 2003: 267 – 268.) Haastatellut toimintaterapeutit painottivat yksilöllisten pienten, selkeiden tavoitteiden luomista jokaisen potilaan kohdalla. Lisäksi moniammatillisen yhteistyön sekä monitoimijaverkoston yhteistyön merkitystä kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutuksessa korostettiin. Kaksoisdiagnoosipotilaan kuntoutuksessa on äärimmäisen tärkeää, että potilaan asioiden parissa työskentelevien ammattihenkilöiden verkosto tekee mahdollisimman tiivistä yhteistyötä. Verkoston työnjaon tulisi olla selkeä, yhteisten tavoitteiden kirkkaita ja yhteydenpidon eri tahojen välillä säännöllistä. Sitouttamisen kannalta moniammatillinen yhteistyö toimii varsinkin silloin, kun työskennellään työparina. Usein kaksoisdiagnoosipotilas saapuu tapaamaan jompaakumpaa moniammatillisesta työparista, jolloin toinenkin asiantuntija voi tulla tervehtimään potilasta ja muistuttamaan heidän tapamisistaan. Haastateltujen toimintaterapeuttien näkemysten mukaan kaksoisdiagnoosipotilaat hyötyvät kuntoutuksessaan tutuista, luotettavista kontakteista, joihin voi rohkeasti olla yhteydessä pulmatilanteissa.

*Ideointivaiheessa* luodaan useita ideoita ja ratkaisuja interventio-ongelmaan. Näin löydetään useita mahdollisuuksia vastata samaan ongelmaan, eikä juututa yhteen tapaan toimia. (Pierce 2003: 268.) Haastatellut toimintaterapeutit muistuttivat huomioimaan toimintaa suunniteltaessa aina potilaan yksilölliset tarpeet, kiinnostuksen kohteet sekä voimavarat.

Lopulta *valitaan idea* huolellisesti projektin ja intervention toteutukseen. Ideaa valittaessa tulee olla määritelmä halutusta lopputuloksesta. (Pierce 2003: 269.) Osa haastatelluista toimintaterapeuteista painotti toimintakyvyn arviointiin perustuvaa toiminnan suunnittelua. Lisäksi aineistosta ilmeni, että ryhmiä suunniteltaessa kokoamiseen on hyvä käyttää aikaa ja huomioitava dynamiikka, osallistujien määrä, toimintakyky ja tavoitteet. Ohjaajien määrä on suhteutettava ryhmäläisiin ja ohjauksen tarpeeseen, sillä usein kaksoisdiagnoosipotilaat vaativat paljon ohjausresursseja.

*Intervention toteutus* sisältää sekä valitun idean yksityiskohtaisen suunnittelun että sen käyttöönoton. Projektin toteuttamiseen liittyy varautuminen odottamattomiin olosuhteisiin, joita tulee eteen väistämättä tosielämässä. (Pierce 2003: 269.) Intervention toteu-

tukseen liittyen aineistosta nousi esiin toiminnan porrastaminen riittävän haasteelliseksi. Toiminta tulisi mukauttaa aina potilaan taitotasolle soveltuvaksi, ei koskaan liian helpoksi, mutta ei myöskään liian vaikeaksi.

Kaikkien kaksoisdiagnoosipotilaiden ja heistä koostuvien ryhmien kohdalla on tärkeää sopia yhteiset säännöt ja rajat, joiden rikkomista seuraavat käytännöt ovat selkeät. Toimintaterapeutin tehtävänä on tarvittaessa rajata potilaita ja luoda toimintatilanteisiin selkeät struktuurit. Kaiken käytettävän toiminnan tulisi aina olla tavoitteellista ja sisältää selkeitä tehtäviä. Materiaalin tulee olla loogista. Toimintaterapeuttien mielestä kaikki päätökset kannattaa perustella potilaalle. Tavoitteen saavuttamista edistää asioiden ja toimintojen jatkuva toistaminen ja vahvistaminen sekä muistutteleminen.

Lisäksi suunnitteluprosessiin sisältyy *arviointivaihe*, jossa tutkitaan huolellisesti projektin merkityksellisyyttä ja kohtaamista tavoitteiden kanssa. Arviointiin voi liittyä odottamattomia uusia näkemyksiä ja opitun asian tarkastelua. Oppiminen ja uudet näkemykset voivat liittyä esimerkiksi valittuun intervention lähestymistapaan tai kohdattuihin ongelmiin. (Pierce 2003: 270.) Aineistosta ei noussut vastauksia tähän otsikkoon liittyen.

### 5.1.3 Vetoavuus

Vetoavuuden luominen terapeutiseen toimintaan vaatii ymmärrystä potilaan toimintamieltymyksistä, nykyisestä ja menneestä toimintaan osallistumisesta sekä tämänhetkisestä energiatasosta ja elämän haasteista. Tämä näkökulma yksilöstä yhdistetään hänen tavoitteisiinsa, jotta voidaan luoda juuri hänelle suunniteltu toimintakokemus, joka on vetovoimainen ja terapeutti ja sekoittaa juuri sopivassa suhteessa tuotteliaisuutta, mielihyvää ja vahvistavuutta. Tuotteliaisuus, mielihyvä ja vahvistavuus eivät siis ole yksiselitteisiä kategorioita, joihin toimintaa voidaan luokitella, vaan piirteitä, jotka sekoittuvat toiminnan muodoissa. Toiminnan kokemus on aina subjektiivinen ja eri henkilöt liittävät eri piirteitä toimintaan. (Pierce 2003: 40, 119.)

Kun on saatu käsitys siitä, viehättävätkö potilasta eniten mielihyvän, tuotteliaisuuden vai vahvistavuuden piirteet terapeutisessa kokemuksessa, on jo luotu perusta vetovoimaiselle, silti tehokkaalle, toimintaterapialle. Tämä toimii lähtökohtana terapeutin toiminnan valinnassa ja välineenä käytetään terapeutin tietoa ja kokemusta tyypillisistä toiminnan muodoista luotaessa mukaansatempaavia terapeutin toimintoja. (Pierce

2003: 120.) Toimintaterapeutit korostivat vastauksissaan toiminnan valitsemisen olevan aina yksilökysymys. Valittavan toiminnan tulisi olla lähtöisin potilaan omista kiinnostuksenkohteista. Potilaan oma motivaatio toiminnan tekemistä kohtaan on edellytys toiminnan onnistumiselle. Toimintaterapeutin tulisi ennen toiminnan valitsemista kartoittaa, mikä on potilaan tarve toiminnalle ja yhteistyölle. Mitä enemmän potilaalla on mahdollisuuksia itse vaikuttaa toiminnan valitsemiseen, sitä todennäköisemmin hän haluaa osallistua toimintaan.

Olemme luokitelleet alla olevat toiminnan muodot (1) *tuotteliaisuuden*, (2) *mielihyvän ja* (3) *vahvistavuuden* ulottuvuuksiin, mutta luonnollisesti toiminnan muodot voidaan luokitella myös muulla tavalla, tulkitseehan jokainen toimintaa omasta näkökulmastaan. Olemme valinneet joitakin yhdistäviä tekijöitä, joiden perusteella olemme sijoittaneet toiminnan muotoja tiettyihin kategorioihin. Esimerkiksi kotielämän toiminnot on sijoitettu tuotteliaisuuteen, sillä arjen toimintojen tekemisestä saadaan usein konkreettinen lopputulos tai palkkio, vaikkapa siistin kodin muodossa. Siisteys voi toki tuottaa mielihyvää tai myös tarjota puitteet vahvistavuudelle. Olemme kuitenkin päätyneet sijoittamaan kyseisen toiminnan ensisijaisesti tuotteliaisuuteen.

Ihmisille, jotka nauttivat (1) *tuotteliaisuudesta*, kokemuksen lopputulos on erittäin tärkeä. Tavoite, jota kohti ponnistellaan, on oltava kristallin kirkas. Koko toimintatilanne tulee pitää haastavana. Jokaisen intervention aikana asetetaan pieniä välitavoitteita, joita kohti potilas työskentelee. (Pierce 2003: 121.) Toimintaterapeuttien mukaan kaikessa tälle potilasryhmälle valitussa toiminnassa tulisi olla selkeä tavoite ja tehtävä. Keskeisenä tekijänä aineistosta nousi myös toiminnasta saatavan lopputuloksen tai palkinnon merkitys monille kaksoisdiagnoosipotilaille. Lopputulos voi olla vaikkapa taideteos, ruoka tai toiminnasta saatu hyöty tai ilo. Kaksoisdiagnoosipotilaat ovat usein aiemmassa elämässään tottuneet siihen, että ”hyvät asiat tulevat ulkoa päin”, mistä johtuen konkreettisten asioiden saaminen on heille olennaista. Kuntoutuksen alkuvaiheessa potilas ei ehkä pysty käsittämään, mikä voi verbaalissa kontaktissa olla lopputulos tai palkinto, kun taas toiminta antaa välittömän palautteen ja konkreettisen tuloksen, jonka saa itselleen.

Haastateltujen toimintaterapeuttien mukaan konkreettinen arjen toiminta ja kotielämän toiminnot nousevat keskiöön tämän potilasryhmän kanssa. Toiminnan tulisi olla mahdollisimman lähellä potilaan sen hetkistä arkea ja se voi liittyä esimerkiksi potilaalle ajankohtaiseen arjen ongelmaan ja siihen liittyvien toimintojen harjoitteluun.

Aineistossa toistui usein toiminnan käyttäminen vuorovaikutuksen välineenä. Toimintaterapeuttien kokemusten mukaan yhteys ja vuorovaikutus kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa eivät synny pelkästään sanallisella tasolla. Toimintaa tehtäessä tilanteen ahdistus ja paineisuustaso usein vähenee ja toimintaterapeutti ja potilas pääsevät lähemmäs tasavertaisuutta, jolloin toiminnan lomassa vuorovaikutusta voi alkaa syntyä. Monilla potilailla ei ole taitoja tai valmiuksia, joita verbaalinen hoitokontakti edellyttää ja siksi toimintaterapia on heidän kohdallaan tärkeää. Toimintaterapiassa voi harjoitella vuorovaikutustaitoja, jotta potilas voi myöhemmin siirtyä keskusteluun perustuvan kuntoutuksen pariin. Toimintaterapeutit ovat käyttäneet muun muassa kuvaa, piirtämistä ja kirjoittamista vuorovaikutusta edistävinä ja tukevinä toiminnan muotoina. Esimerkiksi potilaan tunteita ja ajatuksia voi jäsentää kirjoittamalla niitä yhdessä paperille tai jos puheyhteyttä ei löydy toimintaterapeutti voi tukea potilasta tekemään valintoja kirjaamalla vaihtoehdot selkeästi näkyville.

Hyvin oleellisena toiminnan kautta saatavana tuloksena aineistossa mainittiin toimintatilanteissa tapahtuva toimintakyvyn arviointi. Toiminnan kautta voi nousta esille syitä sitoutumisen vaikeuksiin. Osallistumisen ongelmien taustalta voi löytyä esimerkiksi hahmotushäiriöitä, pelkoja tai harhaisuutta.

Mitä enemmän (2) *mielihyvää* potilas saa terapiastaan, sitä motivoituneempi hän on jatkamaan sitä (Pierce 2003: 123). Vapaa-aikaan sisältyy laaja kirjo toiminnan muotoja, joista valita suunniteltaessa vetovoimaista toimintaa potilaalle. Harrastukset, käsityöt, urheilu, taide, tanssi, musiikki, viihde, matkailu ynnä muut ovat kaikki varteenotettavia vaihtoehtoja. Mahdollisuudet ovat lähes loputtomat. (Pierce 2003: 124.) Toimintaterapeutit mainitsivat runsaasti erilaisia vapaa-ajan toiminnan muotoja kuten urheilun, pelit, luovat toiminnan muodot ja tutustumiskäynnit ja ilmaistapahtumat kaupungilla. Toimintaterapeuttien mukaan kaksoisdiagnoosipotilaiden mielestä suosituimpia toiminnan muotoja ovat usein olleet tavallisten, arjen asioiden tekeminen yhdessä ja vapaamuotoinen yhdessäolo. Aineistosta ilmeni kaksoisdiagnoosipotilaiden kaipuu yhteisöllisyyteen ja yhdessä tekemiseen.

Kemiallisten ja toiminnallisten riippuvuuksien tapauksessa mielihyvää käytetään pyrkimällä kehittämään toiminnallisia kokemuksia, jotka tuottavat riittävästi nautintoa potilaalle, jotta hän voi korvata vaarallisen käyttäytymisen. Se vaatii vahvaa vuorovaikutusta potilaan kanssa ja potilaan sitoutumista kehittämään toiminnallisia mieltymyksiä,

jotka ovat tarpeeksi palkitsevia haastamaan addiktoivan käyttäytymisen paikan potilaan toiminnassa. Nämä lähestymistavat sopivat parhaiten terapeuteille, joilla on vahva toimintaan perustuva ote työssään, ympäristössä, joka tukee potilaan pitkäaikaista sitoutumista sekä sosiaalisessa ryhmässä, joka tukee potilasta tekemään muutoksia elämäntyyliinsä. (Pierce 2003: 127.) Toimintaterapeuttien kokemusten mukaan toimintaa tulee rakentaa ensin päihteiden rinnalle ja hitaasti korvaamaan päihteet. Kuntoutusprosessissaan potilas voi joutua katkaisemaan suhteensa koko sosiaaliseen verkostoonsa ja luopumaan entisistä arjen rutiineista ja ympäristöistä. Uusi toiminta ja uudet rutiinit voivat edistää kuntoutusta.

(3) *Vahvistava* toiminta on energiatason ja mielenterveyden ylläpitämisen kannalta tärkeää. Vahvistava toiminta, kuten nukkuminen ja syöminen, noudattaa fysiologisesti säädeltyä rytmää. Syöminen ja juominen ovat tuttuja ja tärkeitä toiminnan muotoja lähes jokaiselle. Koska ne ovat niin keskeisiä ja yleisesti arvostettuja, ne ovat myös voimakkaita intervention alueita. (Pierce 2003: 98, 128.) Aineistosta nousi esille useassa eri yhteydessä ruoanlaitto ja syöminen. Ruoanlaitto ja syöminen voivat toimia vahvistavina kokemuksina, sillä ne täyttävät perustarpeita ja ovat kaikille välttämättömiä. Ruoanlaiton avulla voidaan tarkastella myös potilaan toiminnallista historiaa, sillä lähes jokainen on joskus osallistunut ruoanlaittoon ja ruoanlaitto palauttaa mieleen perheen ja suvun tapoja ja tottumuksia, joista voidaan luontevasti keskustella toiminnan yhteydessä.

Hiljaiset, keskittymistä vaativat käsityöt ja harrastukset tarjoavat useita mahdollisuuksia interventioon. Taidon ja haasteen kohdatessa, potilailla on taipumus kokea flow-tila, mikä tarjoaa nautinnollisen paon arjen huolista ja vamman tai sairauden kanssa elämisen paineista. Kyseiset toiminnan muodot voivat sopia henkilöille, jotka ovat esimerkiksi vaikeasti masentuneita ja joiden energiataso on alhainen tai joilla ei ole kykyä sitoutua vaativiin intervention muotoihin. (Pierce: 129.) Toimintaterapeuttien kokemusten mukaan esimerkiksi piirtäminen ja kollaasityöt voivat toimia tehokkaina toiminnan muotoina kaksoisdiagnoosipotilaiden terapiassa. Potilas voi piirtää ja kertoa sen jälkeen kuvastaan. Kollaasitöitä voi rakentaa esimerkiksi ajankäytön, menneen, nykyisyyden tai tulevaisuuden tarkastelun ympärille. Aineistosta nousi esille ilmiö, jossa toimintaan keskittyminen voi lievittää oireita ja koostaa. Esimerkiksi äänten kuuleminen voi vähentyä ja siten toiminta voi rauhoittaa potilaan oloa.

Koska monet ihmiset pitävät luontoa vahvistavana, luontoa voi käyttää interventioissa vetoavuutta parannettaessa. Tämä toimii potilaiden kanssa, jotka ovat osoittaneet naut-



tivansa luonnosta. (Pierce 2003: 129.) Aineistosta nousi muutamia kokemuksia luonnon tuomisesta terapiaan esimerkiksi sienestyksen, marjastuksen ja puutarhanhoidon kautta, jotka mahdollistavat myös tuotteliaisuuden ja konkreettisen palkinnon saamisen. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla luontoon liittyvissä interventioissa on erittäin tärkeää ottaa turvallisuustekijät ja sosiokulttuurinen konteksti huomioon ja tiedostaa joidenkin kasvien ja sienten päihdyttävät ominaisuudet.

## 5.2 Sitouttamista edistävä toimintaterapeutin työote

Alla olevat tulokset liittyvät toimintaterapeutin työotteeseen. Selvitämme haastateltujen toimintaterapeuttien käyttämiä viitekehyksiä ja koulutuksia sekä kaksoisdiagnoosipotilaiden sitouttamista edistäviä terapeuttisen harkinnan tyyliä ja suhdetaitoja. Luokitelimme tämän aineistonosan terapeuttisen harkinnan tyylien ja Finlayn (2004) Suhdetaitojen avulla.

### 5.2.1 Viitekehykset ja lisäkoulutus

Haastateltujen toimintaterapeuttien työtettä ohjaa yksi tai useampi teoreettinen malli tai viitekehys. Aineistosta nousivat esille useimmin Inhimillisen toiminnan malli sekä kognitiivinen viitekehys. Toimintaterapeuttien mukaan kognitiivinen viitekehys on selkeästi strukturoitu ja monille päihdepotilaille sopiva lähestymistapa, jonka kautta potilas voi tarkastella omaa toimintaansa, tapahtumia, ajatuksia, tunteita, syitä ja seurauksia. Muita aineistossa esiintyneitä viitekehyksiä olivat esimerkiksi psykodynaaminen viitekehys, jota tunnistettiin käytettävän varsinkin vuorovaikutuksen tukena. Kehityksellinen viitekehys taas on toiminut silloin, kun toimintaterapeutti on pohtinut potilaan kehitystehtäviä, joita on voinut jäädä täyttämättä potilaan elämän rakentuessa päihteiden käytön ympärille.

Lisäksi esille tuotiin psykofyysinen viitekehys, jossa kehoon ja mieleen vaikuttamalla sekä niitä hyödyntäen tarjotaan potilaalle välineitä edistää omaa toimintakykyään. Psykofyysisen viitekehyksen mukainen psykosomatiikan ymmärrys voi olla hyödyksi kohdattaessa kehollisesti reagoivia potilaita. Myös konstrukttiivinen, eri lähestymistapoja yhdistelevä näkökulma nousi esille aineistosta. Osa toimintaterapeuteista oli sitä mieltä, että harkinnan taustalla saattaa vaikuttaa useita eri viitekehyksiä, joita he eivät kuitenkaan tietoisesti tunnista käyttävänsä.

Haastatelluilla toimintaterapeuteilla oli kokemusta erilaisista lisäkoulutuksista, jotka voivat osaltaan hyödyttää kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentelyä. Esimerkiksi tietoisuustaidot eli Mindfulness-, neuropsykiatrinen ohjaaja- sekä kognitiivisen psykoterapian perustaidot -koulutukset mainittiin aineistossa. Lisäksi toimintaterapeutit olivat käyneet koulutuksia liittyen väkivaltatyöskentelyyn sekä traumatisoituneiden henkilöiden kohtaamiseen. Koska kaksoisdiagnoosipotilailla saattaa esiintyä esimerkiksi raajavammoja ja tarttuvia infektioita, koettiin somaattisen problematiikan ymmärtäminen potilaan toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden kartoittamisen kannalta hyödylliseksi. Toimintaterapeutit kokivat tarvetta myös pitkäjänteiselle, konkreettiseen asiakastyöhön integroituvalla koulutuksella, jonka sisältönä olisi käytännön menetelmien ja työskentelytapojen harjoittelu.

### 5.2.2 Suhdetaidot

Terapeutin on saatava potilaan luottamus puolelleen ja herätettävä innostusta terapiaa kohtaan. Varmistaakseen terapian tarkoituksenmukaisuuden potilaalle, on terapeutin sitoutettava potilas terapiaansa. (Finlay 2004: 137.) Jokaisessa suhteessa on yksilölliset piirteensä, eikä terapisuhde ole poikkeus. Toimintaterapeutti ja potilas neuvottelevat yhdessä millainen suhde sopii tilanteeseen ja tarpeisiin. Silti on joitakin käyttäytymismalleja, asenteita, taitoja ja ominaisuuksia, jotka voivat auttaa toimintaterapeuttia parantamaan positiivista terapisuhdetta, mikä mahdollistaa potilaan kasvun. (Finlay 2004: 142.)

*Aktiivinen kuuntelu* edellyttää pyrkimistä samalle taajuudelle potilaan kanssa – yritystä kuulla ja suodattaa, mitä toinen ihminen sanoo. Se vaatii aitoa kiinnostusta potilasta kohtaan ja pyrkimystä ymmärtämään jotain heidän kokemuksistaan. (Finlay 2004: 143.) Aktiiviseen kuunteluun liittyen toimintaterapeutit toivat esille, että toimintaterapeutin on oltava aidosti kiinnostunut potilaasta ja tämän toimintakyvystä. Tällöin toimintaterapeutin kiinnostus voi herättää kiinnostusta ja innostusta myös potilaassa. Toimintaterapeutti pyrkii potilaansa kanssa keskustelemaan vuorovaikutukseen, ja muistaa myös perustella potilaalle miksi kuntoutus ja terapia ovat juuri hänelle tärkeitä ja miksi niihin kannattaa sitoutua. Toimintaterapeutti ei tuomitse potilaan esille tuomia asioita, vaan pyrkii pitämään yllä myönteistä, sallivaa ilmapiiriä, jossa asioista voidaan puhua niiden oikeilla nimillä. Toimintaterapeutti avaa käyttämiään käsitteitä potilaalle varmistaakseen että kumpikin osapuoli ymmärtää, mistä asiasta keskustelua käydään.

*Empatian osoittaminen* on pyrkimystä ymmärtää toisen ihmisen maailmaa tunnetasolla. Empatiaan osoittamiseen liittyy terapeutin kehonkielen käyttö, sanat ja teot. (Finlay 2004: 144.) Haastatellut toimintaterapeutit mainitsivat useaan otteeseen, että terapeutin ja potilaan välisen kommunikoinnin tulisi olla sävyltään myönteistä ja sallivaa. Terapeutin tulisi luoda terapiatilanteeseen ilmapiiri, jossa potilas uskaltaa puhua rehellisesti ja avoimesti. Potilasta ei tuomita, vaan hänen kanssa haetaan yhdessä keinoja toimintamallien muuttamiseksi ja pohditaan miten epäonnistumisista voidaan selvittää ja mitä niistä voi oppia.

*Välittäminen* sisältää välittämisen teot ja tunnetason välittämisen toisesta ihmisestä. Välittämistä osoitetaan pyrittäessä vastaamaan yksilön erityisiin tarpeisiin, mieltymyksiin ja olosuhteisiin. (Finlay 2004: 144.) Toimintaterapeuttien mukaan oma sinnikkyys on keino osoittaa välittämistä. Toimintaterapeutti ei päästä potilasta helpolla, vaan "roikkuu tässä kuin takiainen" hakeutuen aktiivisesti vuorovaikutukseen. Toimintaterapeutin tulee jatkuvasti muistuttaa potilasta muutoksen mahdollisuudesta. Terapeutin oma usko kuntoutumiseen pitää olla vahva, jotta sama tunne voi välittyä potilaalle. Potilaalle tulee selvittää, että terapia etenee hänen ehdoillaan ja yhdessä asetettuja tavoitteita kohti. On tärkeää, että toimintaterapeutti osoittaa välittämistään osallistumalla toimintaan yhdessä potilaan kanssa. Toimintaterapeutti voi yhteisen tekemisen ja toimintaan osallistumisen kautta rohkaista potilasta ja antaa tälle myönteistä palautetta. Yhdessä tekeminen voi siis motivoida potilasta.

*Kunnioituksen osoittaminen* on sitä, että aidosti pidetään toista ihmistä arvossa. Se tarkoittaa toisen ihmisen identiteetin, omanarvontunnon, yksityisyyden ja tunteiden arvostamista. Kunnioitusta osoitetaan tiedostamalla toisen ihmisen ainutlaatuisuus ja näkökulma, uskomalla hänen kykynsä valita ja arvostamalla heidän valintojaan. Kunnioitus sisältää myös toisen kulttuurin ja uskonnollisten näkemysten arvostamisen riippumatta terapeutin omasta elämänkatsomuksesta. (Finlay 2004: 144.) Haastatteluai-  
neistosta nousi esille, että terapeutit pitivät tärkeänä potilaan omien lähtökohtien ja tahdon huomioimista. Toimintaterapeutti voi olla saatavilla, mutta potilas tekee itse päätöksen, haluaako hän hyödyntää palveluja. Vastuu päätöksen tekemisestä annetaan potilaalle. Näin potilaalle osoitetaan että hänen määräämisoikeuttaan ja hänen tekemiään valintoja arvostetaan. Toimintaterapeutin tulee olla valmis "nojautumaan" potilaan ymmärrykseen ja asiantuntijuuteen, sekä tarvittaessa myös rohkaista potilasta tekemään itse valintoja.

*Reflektointi ja tietoisuus itsestä* tarkoittavat tietoisena olemista omista vahvuuksistaan, heikkouksistaan, rajoituksistaan ja kyvyistään. Jotta itseä olisi mahdollista käyttää terapeuttisena välineenä, toimintaterapeutin on kyettävä ymmärtämään omat tavoitteensa, tarpeensa ja mahdolliset jumiutumispisteensä. On kyettävä analysoimaan omien tunteiden ja transferenssien sekä oman käyttäytymisen vaikutusta muihin. Lisäksi on kriittisesti arvioitava oman ammatillisen voiman käyttöä ja väärinkäyttöä. (Finlay 2004: 147.) Haastatteluista ilmeni, että toimintaterapeutin on hyvin tärkeää muistaa huolehtia myös itsestään ja omasta hyvinvoinnistaan. On myös tiedostettava omat arvonsa ja tietoisesti välttää niiden esille tuomista terapiatilanteissa.

*Turvallisuuden ylläpitäminen* tarkoittaa potilaan emotionaalisen ja fyysisen turvallisuuden ylläpitämistä vuorovaikutuksen avulla. Esimerkiksi rauhallisena pysyminen potilaan ollessa levoton voi toimia myös potilasta rauhoittavasti. Toimintaterapeutin taitona on osoittaa vahvuutta, hyväksyntää ja hiljaista itsevarmuutta. (Finlay 2004: 145.) Haastattelijien toimintaterapeuttien mukaan potilaan kuuntelun ja aidon läsnäolon kautta toimintaterapeutti huolehtii, ettei omalla toiminnallaan aja potilasta stressaavaan tilanteeseen, jonka seurauksena potilas saattaisi käyttäytyä arvaamattomasti tai retkahtaa käyttämään päihteitä. Toimintaterapeutti kykenee asettamaan potilaalle turvalliset rajat ja pitämään niistä kiinni. Toimintaterapeutti myös osaa arvioida, koska tilanteesta olisi turvallisinta vetäytyä.

Keinoja aidon *lämmön osoittamiseen* ovat muun muassa katse, äänensävy, käden kosketus ja halaus. Lämpöä osoitetaan spontaanisti, ehkä leikkisästikin huumorin keinoin. (Finlay 2004: 145.) Toimintaterapeuttien kokemusten mukaan joskus on paikallaan haastaa potilasta ja jopa provosoinnin kautta motivoida toimimaan. Edellä mainittu lähestymistapa toimii silloin, kun terapiasuhteeseen on jo muodostunut tuttuuden ja luottamuksen ilmapiiri. Rempseän, luonnollisen ja rohkean vuorovaikutuksen kautta toimintaterapeutti voi osoittaa lämpöä. Tällöin potilas kohdataan samanvertaisena ihmisenä eikä vain potilaana.

Toimintaterapeutti *mahdollistaa ja voimaannuttaa* tekemällä yhteistyötä potilaan kanssa uskomalla ja kunnioittamalla potilaan voimavaroihin parantaa itsensä. Mahdollistamalla potilaan kasvua ja itsenäisyyttä voidaan auttaa potilasta tuntemaan itsensä voimaantuneeksi. Mahdollistaminen ja voimaannuttaminen syntyy hyväksymällä toisen ihmisen kokemuksen voima ja tämän kokema subjektiivinen totuus. Toimintaterapeutin rooliin

kuuluu olla tukematta liikaa ja rohkaista potilasta tekemään enemmän ja paremmin. Mahdollistaminen ja voimaannuttaminen tapahtuu rakentavan palautteen antamisen, tutkailun, ehdotusten ja ohjeiden tarjoamisen kautta. (Finlay 2004: 145.)

Aineistosta nousi esille, että toimintaterapeutin on tärkeää luoda potilaaseen uskoa ja pitää jatkuvasti muutoksen mahdollisuutta esillä. Toimintaterapeutti antaa palautetta potilaan toiminnasta nostoen esiin voimavaroja ja osoittaen, missä toimintakyvyn ongelmat näkyvät. Toimintaterapeutti mahdollistaa tilanteita ja välineitä, joiden kautta potilas pääsee tarkastelemaan omaa toimijuuttaan sekä kehittämään omaa toiminnallista identiteettiään. Pienenkin onnistuneen intervention kautta voidaan saada potilas kiinnittymään itselleen tärkeään toimintaan ja toimintaterapian kautta potilas saattaa löytää itsestään yllättäviä voimavaroja. Myös valintatilanteiden luominen ja potilaan vastuuttaminen omien päätösten tekoon on tärkeää.

Taito *selventää merkityksiä* sisältää kyvyn heijastaa toisia sanoja käyttäen se, mitä potilas on sanonut ja tarkastaa, onko itse ymmärtänyt, mitä potilas on tarkoittanut kertoa. Merkitysten selventäminen osoittaa potilaalle, että toimintaterapeutti on kuunnellut ja antaa potilaalle mahdollisuuden selventää omia ajatuksiaan ja tunteitaan. (Finlay 2004: 146.) Toimintaterapeuttien haastatteluissa mainittiin potilaan esille tuomien asioiden "palauttamisen" tärkeys ja asioiden toistamisen merkitys. Toimintaterapeutti palauttaa potilaan puhetta kertomalla potilaalle, miten hän oli potilaan kertoman ymmärtänyt. Tätä kutsuttiin haastatteluissa myös peilaamiseksi. Haastateltujen toimintaterapeuttien mukaan toimintaterapeutin on myös hyvä peilata terapian tavoitteita potilaan itse asettamiin muutostoiveisiin ja tälle tärkeisiin asioihin. Tätä kautta toimintaterapeutti pystyy perustelevaan potilaalle miksi ja miten terapia auttaa potilaan tilanteessa.

*Toivon ja luottamuksen herättäminen* on kykyä tarjota potilaalle toivoa ja mahdollistaa tätä ajattelemaan itsestään positiivisemmin sekä olemaan luottavaisempi itseään kohtaan. Usein tämä tarkoittaa potilaan rohkaisemista näkemään asiat, itsensä ja tulevaisuutensa erilaisella tavalla. (Finlay 2004: 146.) Haastatteluaineistosta nousi toistuvasti esille toimintaterapeutin rooli "toivon kantajana". Toimintaterapeutin tehtävänä on luoda potilaaseen toivoa ja uskoa, sekä pitää toivoa yllä. Toimintaterapeutti rohkaisee potilasta uskaltamaan ja pitää muutoksen mahdollisuutta jatkuvasti esillä. Toimintaterapeutti kertoo potilaalle, että elämä on joskus selviytymistä eivätkä kaikki ihmiset parane, mutta monien asioiden kanssa voi oppia elämään. Toimintaterapeutin tehtävä on rohkaista

potilasta yrittämään ja ylittämään omat odotuksensa sekä saamaan elämässään onnistumisen kokemuksia.

### 5.2.3 Terapeuttinen harkinta

Toimintaterapeutti käyttää *prosessuaalista harkintaa* pohtiessaan potilaan sairautta tai vammaa ja päättäessään millaisiin toimenpiteisiin interventiossa ryhdytään potilaan toiminnallisen suoriutumisen ongelmien korjaamiseksi (Mattingly – Hayes Fleming 1993: 121). Haastatellut toimintaterapeutit kuvasivat kaksoisdiagnoosipotilaiden pääasiallisten ongelmien olevan konkreettisia ja arjen toiminnan tasolla. Toimintaterapeutin tehtävä on tunnistaa nämä ongelmat ja auttaa potilasta toimintakokonaisuuksien hahmottamisessa. Toimintaterapeutti pyrkii positiivisesti vaikuttamaan potilaan päivittäisen elämän sujumiseen sekä tukee tätä sellaisten välineiden ja menetelmien löytämisessä, joiden avulla potilas pystyy itse auttamaan itseään ja selviämään arjestaan. Toimintaterapeutin tulee myös kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskennellessään olla valppaana tunnistamaan potilaan päihtymys ja olla valmistautunut tilanteeseen siten, että tietää miten siinä tulee toimia.

*Vuorovaikutteinen harkinta* tapahtuu toimintaterapeutin ja potilaan tavatessa toisensa kasvokkain. Tätä terapeuttisen harkinnan muotoa voidaan käyttää esimerkiksi silloin, kun halutaan paremmin ymmärtää yksilöä, hänen tarpeitaan ja kiinnostuksen kohteitaan ja hänen terapiaan liittyviä tuntemuksiaan. Lisäksi toimintaterapeutti voi vuorovaikutteisen harkinnan kautta oppia ymmärtämään potilaan kokemusta vammastaan tai sairaudestaan potilaan näkökulmasta. (Mattingly – Hayes Fleming 1993: 121 – 122.)

Kaikista terapeuttisen harkinnan muodoista eniten dataa haastatteluista saatiin vuorovaikutteiseen harkintaan liittyen. Haastatteluaineistosta nousi esille, että terapiasuhteessa on kyse molemminpuolisesta luottamuksellisesta ja turvallisesta kumppanuudesta. Mahdollisimman luonnollisen vuorovaikutussuhteen luomiseen liittyy aiemmin esiteltyjen suhdetaitojen käyttö. Esimerkiksi aktiivinen kuuntelu, empatian osoittaminen, lämpö sekä reflektointi ja tietoisuus itsestä edesauttavat kaikki hyvän vuorovaikutussuhteen muodostumista. Haastatellut toimintaterapeutit mainitsivat, että toimintaterapeutilla tulee olla kykyä aistia potilaan olotilaa ja tuntemuksia, sekä taitoa tulkita millainen vuorovaikutustyyli mihinkin terapiasuhteeseen ja -tilanteeseen sopii. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa toimii joskus melko ”rempsakka” ja rohkea vuorovaikutus, jollaiseen potilaat ovat ehkä jo aiemmassa kulttuurikontekstissaan tottuneet. Toimintaterapeutin

peutti voi myös ottaa terapiasuhteessa turvallisen aikuisen roolin, jollaista potilas ei välttämättä ole koskaan kohdannut esimerkiksi menneisyyden ihmissuhteiden ollessa pääasiassa turvattomia ja epävakaita.

Terapiasuhteen muodostamisen mainittiin olevan kuin kesyttämistä, joka vaatii toimintaterapeutilta sitkeyttä, pitkäjänteisyyttä ja joskus myös "hellää manipulointia" sekä lahjontaa. Toimintaterapeutti painottaa potilaalle, että on tämän puolella ja haluaa auttaa. Lisäksi toimintaterapeutin on joskus siedettävä muun työryhmän odotuksia tehokkuudesta, varsinkin silloin kun edistys ei toimintaterapiassa tapahdukaan nopeasti. Toimintaterapeutti ei saa luovuttaa liian varhain, vaan terapiasuhteelle sekä potilaan toimintakyvyn kohentumiselle on annettava aikaa kehittyä.

Haastateltujen toimintaterapeuttien mukaan onnistunut vuorovaikutussuhde on tärkeä lähtökohta potilaan sitoutumiselle ja motivoitumiselle. Vuorovaikutussuhteessa toimintaterapeutti pyrkii tasavertaisuuteen potilaan kanssa. Toimintaterapeutin on tärkeää korostaa potilaan asiantuntijuutta osallistamalla tämä yhteistyön suunnitteluun ja tavoitteiden asetteluun. Yhteistyön yhteydessä toimintaterapeutti perustelee potilaalle mitä hyötyä kuntoutuksesta, osallistumisesta ja sitoutumisesta tälle on. Myös toimintaterapeutin ja potilaan yhteisillä toiminnallisilla kokemuksilla on tärkeä rooli potilaan sitoutumisen kannalta, sillä vuorovaikutus alkaa jaetusta havainnosta. Potilaan kanssa jaetun kokemuksen kautta toimintaterapeutti voi kertoa potilaalle tekemistään havainnoista, minkä myötä potilas saa vahvistusta onnistumisen tunteilleen. Toimintaterapeutti motivoi potilasta tuomalla esiin tämän voimavaroja sekä pieniäkin onnistumisia. Palautteen antamisella on tärkeä rooli potilaan sitouttamisessa sekä toiminnallisen identiteetin rakentumisessa.

*Konditionaalinen harkinta* ottaa laajemmin huomioon yksilön ja hänen ongelmansa liittäen ne sosiaaliseen ja ajalliseen kontekstiin. Konditionaalista harkintaa käyttäessään toimintaterapeutti ajattelee olosuhteita kokonaisvaltaisesti ja kuvittelee, miten olosuhteet voisivat muuttua ja miten muutos voidaan saavuttaa. (Mattingly – Hayes Fleming 1993: 133.) Haastatteluaineisto osoitti, että konditionaalinen harkinta sisältää samankaltaisia piirteitä kuin Piercen Toiminnan terapeuttisen voiman mallin ainutlaatuisuuden ulottuvuuteen kuuluva sosiokulttuurinen ympäristö. Kuten aiemmin olemme jo tuoneet esille, sosiokulttuuristen tekijöiden huomiointi on kaksoisdiagnoosipotilaiden toimintaterapiasta hyvin oleellista.

Toimintaterapeutit toivat esille, että on tärkeää perehtyä potilaaseen ja hänen tilanteeseensa huolellisesti etukäteen. Toimintaterapeutin tulisi selvittää aina ennen potilaan tapaamista potilaan viimeisimmät kuulumiset. Toimintaterapeutin on huomioitava potilaan erityistarpeet, arvot sekä tämänhetkinen kunto ja motivaatio. On myös kohdattava se kulttuurinen ympäristö, jossa potilas elää sekä pyrkiä ymmärtämään potilaan ajatusmaailmaa. Osa toimintaterapeuteista oli sitä mieltä, että potilas on ensin motivoitava päihteettömyyteen ja vasta sitten kuntoutukseen. Aineistosta ilmeni toisaalta, että toimintaterapeutin on suhtauduttava realistisesti potilaan tilanteeseen ja pohdittava, missä määrin esimerkiksi täyden päihteettömyyden tavoittelemisen on mahdollista. Potilaan tilanteen todellinen laita paljastuu toimintaterapeutille, kun asioista rohkaistaan puhumaan niiden oikeilla nimillä. Toimintaterapeutti tuo esille erilaisia keinoja muutoksen saavuttamiseksi sekä pohtii jatkoehdotuksia, esimerkiksi ehdottamalla vaihtoehtoista toimintaa riippuvuuden tilalle. Toimintaterapeutti tuo esille potilaan voimavaroja ja yhdessä potilaan kanssa pohtii tulevaisuuden rakentamista.

*Narratiivista harkintaa* käyttäessään toimintaterapeutti pohtii potilaan elämäntarinaa. tarinat auttavat muovaamaan käytännön päätöksiä. Tarinoiden avulla toimintaterapeutti voi ymmärtää, mitä potilaalle on tapahtunut ja tapahtumat voidaan sijoittaa ajalliseen kontekstiin. Tämän kautta on mahdollista suunnitella, mitkä voisivat olla sopivia seuraavia askelia potilaan tarinassa. (Mattingly – Hayes Fleming 1993: 239.) Haastatteluaineistosta nousi muutamia kertoja esiin toiminnallisen historian kartoitus, jonka käytön toimintaterapeutit kokivat hyödyllisenä muun muassa siksi, että sen kautta toimintaterapeutti ja potilas pääsevät samalle viivalle ja yhteinen suunta hahmottuu. Lisäksi todettiin, että toiminnallisen historian hahmottaminen narraation kautta voi olla potilaalle merkityksellinen ja eheyttävä kokemus, koska yleensä heidän menneisyytensä voi olla hyvinkin sekava ja pirstaleinen. Myös muu työryhmä voi hyötyä potilaan toiminnallisen historian kartoituksesta. Muidenkin työntekijöiden on helpompi luoda suhde potilaaseen, kun on olemassa henkilökohtaista tietoa, jonka avulla suhteen rakennus on mahdollista aloittaa. Haastatteluissa hyväksi havaittiin toiminnallista historiaa kartoitava haastattelu Ophi II (Occupational history interview).

*Pragmaattisessa harkinnassa* sosiokulttuurinen konteksti, olosuhteiden ja ympäristön rajoitukset sekä toimintaterapeutin omat elämäkokemukset vaikuttavat päätöksentekoon (Schell – Cervero 1993 teoksessa Finlay 2004: 211). Haastatellut toimintaterapeutit toivat esille, että joskus potilasta motivoidessaan he joutuvat tietyissä tilanteissa vetoamaan yhteisiin sopimuksiin. Potilaalla on velvoite toimia tietyllä tavalla, koska näin



on sovittu. Motivoinnin keinona voi joskus käyttää myös vetoamista taloudellisiin tekijöihin, kuten siihen, että osallistumalla kuntoutukseen potilas saa tiettyjä rahallisia tukia. Toimintaterapeutin on huomioitava, että terapiassa tehdyt ratkaisut eivät välttämättä avaudu muulle työryhmälle, minkä vuoksi perustelut myös työryhmän suuntaan ovat monesti paikallaan. Aineistossa mainittiin myös, että lähettävän tahon käsitys potilaan toimintaterapiatarpeesta voi olla epärealistinen. Toimintaterapeutin on tällöin tunnistettava tämä ja tuotava esille että potilas tarvitsisi ensin jotakin muuta hoitoa jotta terapiassa voitaisiin koskaan päästä eteenpäin. Lisäksi potilaiden tavoittaminen voi joskus olla haastavaa, koska kaikilla ei välttämättä ole omaa puhelinta tai asuntoa, joista heidät vaivattomasti tavoitaisi.

*Ennakoivaa harkintaa* käyttäessään toimintaterapeutti kuvittelee erilaisia tulevaisuuden skenaarioita, punnitsee vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia ennakoidessaan eri interventioiden vaikutuksia (Hagedorn 1997 teoksessa Finlay 2004: 211). Pitämällä yllä muutoksen mahdollisuutta toimintaterapeutti luo samalla potilaalle vaihtoehtoisia tulevaisuuden näkymiä, joita kohti tavoitella. Toimintaterapeutti perustelee potilaalle, miksi asioihin ja toimintaan sitoutuminen, sekä oman osuutensa hoitaminen omassa kuntoutuksessa on tärkeää potilaan tulevaisuuden näkymien kannalta. Perehtymällä potilaan tilanteeseen ja taustatietoihin, toimintaterapeutti luo pohjaa tulevaisuuden skenaarioiden suunnittelemiselle ja samalla ennakoii mitä tulevassa terapiasuhteessa saattaa kaan olla edessä.

### 5.3 Potilaan sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

Koimme tutkimuksen teemoittelua pohtiessamme, että vaikka lähtökohtaisesti olemme kiinnostuneita toimintaterapeuttien työotteesta ja työskentelytavoista kaksoisdiagnoosipotilaiden parissa, emme voi olla huomioimatta itse potilaita. Jotta toimintaterapeutti voi omalla työskentelyllään sitouttaa potilasta kuntoutukseen, on hänen tiedettävä mitkä tekijät juuri tässä potilasryhmässä vaikuttavat toimintaan sitoutumiseen.

Seuraavat tulokset valottavat, millä osa-alueella haastateltujen toimintaterapeuttien näkökulmasta kuntoutukseen sitoutumisen ongelmat kaksoisdiagnoosipotilailla piilevät. Potilaan sitoutumiseen vaikuttavat tekijät luokittelimme Inhimillisen toiminnan mallin ihmistä sekä tämän toiminnallisen identiteetin rakentumista koskevien osa-alueiden mukaan.

### 5.3.1 Tahto, tottumus ja suorituskyky

*Tahdolla* tarkoitetaan toimintaan motivoitumista, ja sen osa-alueita ovat henkilökohtainen vaikuttaminen – eli yksilön hahmotus siitä, millaisia tuloksia hänen tekemisellään voi olla – arvot ja mielenkiinnon kohteet (Kielhofner 2008: 12 – 20, 35). Tahtoon liittyvänä tekijänä aineistossa esiintyi potilaan oman motivaation välttämättömyys kuntoutumisen kannalta. Myös tavoitteiden asettelussa on haastateltujen toimintaterapeuttien mukaan otettava huomioon potilaan oma tahto. Haastateltujen toimintaterapeuttien mukaan potilas on halukas toimimaan ja sitoutumaan toimintaan silloin, kun toiminta on valittu niin, että se on potilaalle mielekästä ja vetoavaa. Kun toiminta on riittävän mielekästä, potilas usein osallistuu siihen, vaikka hänen kuntonsa olisi heikko.

*Tottumus* on prosessi, jossa toiminta jäsennellään toimintamalleiksi tai rutiineiksi tietyssä ajallisessa, fyysisessä ja sosiokulttuurisessa kontekstissa. Tottumuksen osa-alueita ovat tavat ja roolit sekä näiden punoutuminen toisiinsa. (Kielhofner 2008: 16 – 18.) Haastatteluaineistosta nousi esille, että kaksoisdiagnoosipotilailla ilmenee monesti ongelmia normaalin arjen pyörittämiseen liittyvissä rutiineissa; potilaan arki on usein kaoottinen ja jäsennyksen tarpeessa. Terapiassa ja kuntoutuksessa ylipäänsä on tärkeää muistaa lähteä liikkeelle arjen perusasioista, tarvehierarkian pohjalta. Rutiinien rakentamisen, esimerkiksi säännöllisten tapaamisten, kautta myös potilaan sitoutuminen toimintaterapiaan sekä omaan kuntoutukseen voi kasvaa.

*Suorituskyky* käsittää fyysiset ja henkiset taidot/kyvyt, jotka ovat onnistuneen toiminnallisen suoriutumisen perustana. Suorituskykyä voidaan tarkastella sekä subjektiivisesti että objektiivisesti, unohtamatta ympäristötekijöiden vaikutusta. Subjektiivinen näkökulma on yksilön oma sisäinen kokemus omasta suorituskyvystään. Objektiivisesta näkökulmasta tarkasteltuna suorituskyky taas on yksilön ulkoapäin arvioituja fyysisiä ja psyykkisiä tekijöitä. (Kielhofner 2008: 18 – 20.) Haastateltujen toimintaterapeuttien näkemysten mukaan potilaan sitoutumiseen saattaa vaikuttaa sairauden negatiiviset oireet, kuten aloitekyvyttömyys. Potilaalla saattaa olla taustalla myös diagnosoimatta jääneitä kehityksellisiä häiriöitä, kuten oppimisvaikeuksia, tarkkaavaisuushäiriöitä sekä vuorovaikutuksen pulmia. Potilaan toiminnan ohjaus, kognitiivinen toiminta, itsensä ilmaiseminen ja vuorovaikutustilanteiden ymmärtäminen saattaa olla puutteellista, mikä luo joskus suuriakin haasteita sitoutumiselle.

Myös muistiongelmät vaikuttavat sitoutumiseen; potilas ei esimerkiksi välttämättä muista mitä viime tapaamisella on sovittu tai tehty. Joidenkin haastateltujen toimintaterapeuttien mukaan potilaan sitoutuminen on todennäköisempää silloin, kun hänen vointinsa on tasaisempi, kun taas aktiivinen päihteiden käyttö heikentää sitä. Sitoutuakseen johonkin potilaan tulisi ymmärtää ja sisäistää miksi hänen kannattaa käydä esimerkiksi terapiassa; mitä hyötyä siitä on hänelle. Potilaan kognitiiviset pulmat voivat hankaloittaa tämän ymmärryksen syntymistä. Sitoutumista estäviä tekijöitä ovat yhteisen käsityksen puute toimintaterapian ja kuntoutuksen tavoitteista ja yhteistyön merkityksestä.

### 5.3.2 Toiminnallinen identiteetti

Toiminnallinen identiteetti on henkilön käsitys siitä kuka hän on ja millaiseksi toimijaksi hän haluaisi tulla (Kielhofner 2008: 106 – 108). Toiminnalliseen identiteettiin liittyen haastatellut toimintaterapeutit mainitsivat, että toiminnan kautta potilas löytää taitojaan ja saa onnistumisen kokemuksia, mikä kehittää hänen toiminnallista identiteettiään. Monilla kaksoisdiagnoosipotilailla toiminnallinen identiteetti on kehittymätön, eikä kokemusta arjen toimintojen tekemisestä ja esimerkiksi harrastuksiin osallistumisesta ole kertynyt, sillä koko aikuisikä on voinut kulua päihteiden vaikutuksen alaisena. Toimintakyvyn arvioinnin kautta potilas voi löytää itsestään uudenlaista kyvykkyyttä ja oivaltaa toimintakyvyssään vahvuuksia, joita ei ole ennen huomionnut; myönteisiä, vahvoja puolia.

## 6 Yhteenveto

Tässä opinnäytetyössä käsitelimme kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen sitouttamista toimintaterapeuttien näkökulmasta. Työn tilasi Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan, psykiatrian tulosyksikköön ja Peijaksen psykoosiklinikkaan kuuluva Kuntoutuspoliklinikka. Kuntoutuspoliklinikalla työskentelevät toimintaterapeutit toivoivat saavansa opinnäytetyömme kautta välineitä kaksoisdiagnoosipotilaiden sitouttamiseen liittyen.

Tiedonkeruun menetelmänä käytimme teemahaastattelua. Toteutimme kolme täsmäryhmähaastattelua yhteensä seitsemälle, kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen osallistuvalla tai aiemmin siihen osallistuneella toimintaterapeutilla. Toimintaterapeutit työskentelevät tai olivat aiemmin työskennelleet mielenterveys- ja/tai päihdepalveluissa. Litteroimme haastatteluaineiston.

Muodostimme haastattelujen teemat olemassa oleviin teorioihin perustuen. Kyseiset teoriat olivat Piercen (2003) Toiminnan terapeuttisen voiman malli, Finlayn (2004) Terapeutin suhdetaidot, eri tekijöiden (muun muassa Mattingly ja Hayes Fleming 1993) terapeuttisen harkinnan tyylit sekä Kielhofnerin (2008) Inhimillisen toiminnan malli. Haastatteluideoja oli kolme, ja ne olivat: toimintaterapeutin työote, potilaan sitoutuminen kuntoutukseen sekä toiminnan terapeuttinen käyttö.

Aineiston analyysimenetelmänä käytimme teoriaohjaavaa sisällön analyysiä. Ensin luokittelimme haastatteluaineiston ennalta määriteltyjen yläluokkien alle, minkä jälkeen luokittelimme aineistoa edelleen alaluokkiin. Tämän jälkeen teimme pelkistyksen ja raportoimme tulokset.

Tavoitteenamme oli selvittää millainen terapeuttinen toiminta sitouttaa kaksoisdiagnoosipotilasta omaan kuntoutukseensa toimintaterapeuttien näkökulmasta, ja miten toimintaterapeutti voi omalla työotteellaan sitouttaa kaksoisdiagnoosipotilasta kuntoutukseensa. Tulokset osoittivat että toimintaterapian keskittyminen potilaalle tärkeisiin arjen toimintoihin sekä kuntoutustyön suuntautuminen potilaan omaan, luonnolliseen ympäristöön, vaikuttavat myönteisesti kuntoutukseen sitoutumiseen. Myös yhteisölliset, vapaa-ajan harrastukset sekä erilaiset luovat toiminnanmuodot ovat toimineet kuntoutukseen sitouttamisen välineinä. Keskeistä on tarjota potilaalle konkreettista toimintaa

päihteiden käytön tilalle tai rinnalle. Tarjotun toiminnan tulisi aina sisältää selkeitä, tavoitteellisia tehtäviä. Toiminnan tulisi olla selkeästi strukturoitua ja porrastettua siten, että se tarjoaa potilaalle tarpeeksi haastetta. Toiminnasta saatava konkreettinen lopputulos tai palkinto voi toimia motivoivana tekijänä.

Luottamuksen rakentamisella ja potilaan motivoinnilla yhteisen toiminnan kautta on suuri merkitys kuntoutuksessa. On tärkeää kasvattaa potilaan luottamusta ensin yksilöterapiassa ja siirtyä vasta sen jälkeen ryhmäterapian pariin. Kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla vuorovaikutteinen terapeuttinen harkinta on vahvassa roolissa. Toimintaterapeutti voi edistää kaksoisdiagnoosipotilaan kuntoutukseen sitouttamista esimerkiksi vuorovaikutustaitojen harjoittelun muodossa, minkä myötä potilas pystyy myöhemmin osallistumaan enemmän verbaalikontaktia vaativiin kuntoutusmuotoihin.

Vertaistuki nousi haastatteluaineistosta esille hyvin merkittävänä tekijänä kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutuksessa. Vertaisohjaajien kokemusasiantuntijuutta pitäisi hyödyntää enemmän osallistamalla heitä kuntoutuksen suunnitteluun sekä käytännön ohjaustyöhön. Terapiasuhdetta luotaessa ja toimintaa suunniteltaessa on otettava huomioon erityisesti sosiokulttuuriset tekijät, potilaan toiminnallinen historia sekä turvallisuuden liittyvät asiat.

## 7 Pohdinta

Tässä opinnäytetyössä keräsimme tietoa kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen sitouttamista edistävistä toimintaterapeutin työotteesta sekä toiminnan terapeuttisesta käytöstä. Opinnäytetyöprosessimme kesti yli vuoden ja sisälsi useita vaiheita, mikä mahdollisti monenlaista oppimista ja aiheen syvällistä tarkastelua.

Päädyimme tekemään opinnäytetyötä yhdessä, koska olimme molemmat kiinnostuneita mielenterveys- ja päihdekuntoutuksesta. Tutkimuksen alkumetreillä olimme jo arvalleet sitä, mitä tutkimustulokset saattavat pitää sisällään. Jossain määrin tulokset olivat odotustemme kaltaisia, mutta pitivät sisällään myös yllättäviä ilmiöitä, joista emme olleet aiemmin tietoisia. Pyrimme analysoimaan aineistoa objektiivisesti ja välttämään omien odotustemme vaikutuksen näkymistä tuloksissa. Aineiston pelkistys- ja analyysivaiheen yritimme tehdä mahdollisimman huolellisesti, ja valitsemamme menetelmän vaiheet sekä valintaperusteet pyrimme tekemään näkyviksi raportissamme.

Pyrimme esittelemään tutkimuksen kohteen ja tarkoituksen selkeästi jo heti raportin alkumetreiltä lähtien. Prosessin aikana oli hetkiä, jolloin suuren aineistomäärän keskellä ja sitä karsiessamme pysähdyimme pohtimaan, mitkä olivatkaan tutkimuskysymyksemme ja vastaako kokoamamme aineisto varmasti niihin. Aineistomeren äärellä oli suuri riski kadottaa tutkielman punainen lanka, mutta koimme että yhteisen pohdinnan kautta onnistuimme säilyttämään läpi prosessin käsityksen opinnäytetyön tarkoitukselta.

Otantamme oli suhteellisen pieni, seitsemän informanttia, ja tulokset perustuvat haastateltujen toimintaterapeuttien subjektiivisiin näkemyksiin ja kokemuksiin. Heidän kertomansa asiat ovat yhteydessä heidän taustoihinsa sekä työkonteksteihinsa. Tutkimuksemme tulokset ovat pieni pala aiheesta, mistä johtuen tuloksista ei voida vetää suuria ja yleistettäviä johtopäätöksiä. Toisaalta tietojemme mukaan Suomessa on melko marginaalinen ryhmä kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskenteleviä toimintaterapeutteja. Siihen nähden tutkimuksemme otannon suuruus on hyvä.

Saamamme tulokset voivat palvella tätä pientä ryhmää toimintaterapeutteja, joille tämä työ oli tilattu. Tutkimuksemme vahvisti teorioissa jo olemassa olevaa tietoa, mutta toi esille myös muutaman vähemmän esillä olleen ilmiön. Varsinkin potilaan omaan ympä-

ristöön suuntautuminen sekä vertaisohjaajien osallistaminen koko kuntoutusprosessiin ovat tällaisia asioita. Työssä tuli esiin muutamia selkeitä toimintaperiaatteita, kuten ryhmäterapiaan siirtyminen vasta yksilöterapian jälkeen sekä konkreettisten, toiminnasta saatavien palkintojen mahdollistaminen potilaalle. Nämä esille tulleet asiat eivät silti toimi sellaisenaan suoraviivaisina ohjeistuksina, vaan jokaisen toimintaterapeutin on pohdittava oman potilaansa kohdalla toimivatko nämä keinot juuri hänen tilanteessaan.

Opinnäytetyöprosessin aikana ilmeni, että haastatellut toimintaterapeutit ovat halukkaita hyödyntämään tuloksia muun muassa uusien työntekijöiden perehdyttämiseen sekä heidän toimenkuvansa selkiyttämiseen. Meiltä pyydettiin myös yksittäistä haastattelua äänitettäväksi työntekijöiden perehdyttämistarkoitukseen. Opinnäytetyömme voikin olla avuksi sellaisille toimintaterapeuteille, jotka ovat aloittamassa työskentelyään kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa, eikä potilasryhmä ole heille entuudestaan tuttu. Toki suosittelemme toimintaterapeutteja etsimään myös laajempaa, näyttöön perustuvaa tutkimustietoa, mutta tämä opinnäytetyö voi toimia aihepiiriin ensimmäistä kertaa tutustuttaessa ajatusten ja ideoiden herättelijänä.

Opinnäytetyön kautta opimme ymmärtämään kaksoisdiagnoosia ilmiönä sekä hahmotamaan mielenterveys- ja päihdeongelmia ylipäänsä aiempaa monipuolisemmalla tavalla. Nyt samanaikaisesti esiintyvät mielenterveys- ja päihdeongelmat näyttävät meille laajemmasta näkökulmasta ja opimme, että riippuvuudet voivat olla luonteeltaan myös muita kuin päihderiippuvuuksia. Myös toiminnalliset riippuvuudet on tärkeää ottaa huomioon. Opimme lisäksi kiinnittämään huomiota entistä enemmän vuorovaikutukseen terapiatyössä sekä potilaan sosiokulttuuriseen ympäristöön.

Sisäistimme koulutuksen aikana käsiteltyjä teorioita, jotka aiemmin tuntuivat vielä hajanaiselta kokonaisuudelta. Osaamme nyt aiempaa paremmin kiinnittää huomiota terapeutin harkintaan ja suhdetaitoihin, kun saimme opinnäytetyön kautta liittää ne käytännön esimerkkeihin toimintaterapeuttien työssä. Myös Piercen Toiminnan terapeutin voiman malli selkiytyi ja avautui uudella tavalla ja hyödynnämme sen periaatteita varmasti työelämässä.

Keskeisimpiä oppimiskokemuksiamme opinnäytetyön aikana oli toiminnan terapeutin käytön syvälinen pohdinta. Opinnäytetyön loppumetreillä oivalsimme, että ilmaisut *terapeuttisen toiminnan käyttö* ja *toiminnan terapeuttinen käyttö*, eivät välttämättä tarkoita samaa asiaa. Jatkossa aiomme suosia jälkimmäisenä mainittua ilmaisua. Koem-

me, että toiminnan terapeutin käyttö sisältää käsitteenä terapeutin toiminnan käyttöä paremmin ajatuksen siitä, että mikä tahansa toiminta voi olla terapeutista ja sisältää terapeutisia elementtejä, kun toimintaterapeutti osaa käyttää asiantuntemustaan toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa.

Avainasia on se, kuinka toimintaterapeutti osaa kuunnella ja huomioida potilaan toimintakykyä, ympäristön olosuhteita, tarpeita, merkityksiä ja mielenkiinnonkohteita ja sen perusteella yhteistyössä potilaan kanssa valita tilanteeseen sopivaa toimintaa. Toiminnan käyttöön liittyy kaikkien edellä mainittujen tekijöiden tarkkailu, toiminnan soveltaminen ja porrastaminen sekä oman itsen terapeutin käyttö. Toimintaterapeutti siis käyttää toimintaa tarkoituksenmukaisella tavalla, mikä tekee siitä terapeutista.

Ilmaisu terapeutin toiminnan käyttö taas näkemyksemme mukaan tarkoittaa jo valmiiksi terapeutiksi määriteltyjä toiminnan muotoja, joihin sisältyy valmiita oletuksia jonkin toiminnan terapeutista vaikutuksesta yksilöön. Terapeutin toiminta viittaa mielestämme ulkoa tuotuun toimintaan, joka yleisesti voidaan mieltää terapeutiseksi, mutta joka ei ehkä sisällä yksilöllistä suunnitteluprosessia ja potilaan näkemyksen sekä merkitysten kuuntelua. Opinnäytetyön kautta vahvistui ajatus siitä, ettei ole olemassa toiminnan muotoja, jotka yksiselitteisesti olisivat terapeutisia kaikille ihmisille. Toiminnan kokemus ja toiminnalle annetut merkitykset ovat aina subjektiivisia.

Edellä mainittujen asioiden lisäksi opinnäytetyöprosessin kautta saimme eväitä pitkäjänteisen projektityöskentelyn toteuttamiseen. Lisäksi pääsimme vahvistamaan tiedonhakutaitojamme sekä kartuttamaan kokemustamme haastattelujen tekemisestä. Koimme, että haastattelujen tekemisen myötä aineistomme heräsi eloon ja työmme tarkoitus kirkastui meille itsellemme yhä selkeämmäksi. Aineiston luokittelu oli intensiivinen ja hyödyllinen opinnäytetyön vaihe, jonka kautta pääsimme vielä kertaalleen ennen valmistumista uppoutumaan valittuihin toimintaterapian teorioihin. Prosessin edetessä työskentelimme sekä yhdessä että itsenäisesti. Työmäärän pyrimme jakamaan tasaisesti, toki huomioiden kummankin sen hetkiset voimavarat ja resurssit. Pohtimalla keskenämme ääneen opinnäytetyöprosessin aikana esille nousseita ilmiöitä, syvensimme omaa ymmärrystämme aiheesta sekä rakensimme ammatillista identiteettiämme.

Alun perin tarkoituksenamme oli erotella esihaastattelu muusta aineistosta. Jätimme tämän vaiheen kuitenkin tekemättä, sillä lopulta emme pitäneet haastatteluaineistojen



erottelua enää tarkoituksenmukaisena. Esihaastattelussa tuli ilmi varteenotettavia asioita, jotka halusimme koota toimeksiantajallemme työskentelevien toimintaterapeuttien saataville osana muita tuloksia. Esihaastattelussa käytetyt kysymykset eivät eronneet suuresti muissa haastatteluissa käytetystä haastattelurungosta. Ne asiat, joita haastattelurunkoon lisättiin esihaastattelun yhteydessä, käsiteltiin myös esihaastattelussa. Puolestaan ne kysymykset, jotka esihaastattelun jälkeen poistettiin, eivät alun perinkään olleet tutkimuskysymysten kannalta oleellisia.

Esihaastattelusta saadun aineiston esittely muun aineiston yhteydessä oli myös eettisesti toimivampi ratkaisu. Jos esihaastattelun vastaukset olisi esitetty erillään muista, olisivat toimeksiantajalla työskentelevien toimintaterapeuttien mielipiteet olleet tunnistettavissa. Miinuksena esihaastattelun tulosten esittämisessä osana muita tuloksia oli se, että esihaastatteluun osallistuneilla toimintaterapeuteilla oli vähemmän kokemusta kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutuksesta kuin muilla informanteilla, millä saattoi olla vaikutusta tuloksiin.

Olisimme voineet aloittaa haasteltavien etsimisen varhaisemmassa vaiheessa. TOInettiin laadimme viestin jo huhtikuussa, mutta yhteydenotot ja tiedustelut organisaatioille ja toimintaterapeuteille teimme vasta elokuussa. Haastattelut toteutettiin syyskuussa. Jos olisimme aloittaneet yhteydenotot jo keväällä tai kesällä, olisimme mahdollisesti saaneet enemmän informantteja ja laajemmalla maantieteelliseltä alueelta. Nyt kaikki haastateltavat olivat pääkaupunkiseudulla työskenteleviä. Aineistosta olisi voinut tulla rikkaampi ja laajemmalle alueelle yleistettävämpi, mikäli olisimme saaneet informantteja myös muista kaupungeista.

Meillä oli ongelmana löytää riittävästi tutkimustietoa kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutuksesta. Toteutimme suurimman osan tiedonhausta syksyllä 2011 ja keväällä 2012, jolloin kirjoitimme kirjallisuuskatsauksen ja teoreettiset lähtökohdat tätä raporttia varten. Jälkeenpäin ajatellen olisimme voineet toteuttaa enemmän tiedonhakua myöhemmissäkin vaiheissa, esimerkiksi kesällä. Tekemiemme hakujen jälkeen on voinut ilmestyä lisää tietoa aiheestamme.

Opinnäytetyöprosessimme alkuvaiheessa aiheenamme oli kaksoisdiagnoosipotilaiden toiminnalliset ryhmät. Luovuimme tästä aiheesta, koska epäilimme, ettei tällaisia ryhmiä eikä niitä ohjaavia toimintaterapeutteja välttämättä löytyisi. Lisäksi suhtauduimme

kriittisesti siihen, että pelkästään kaksoisdiagnoosipotilaille suunnatun ryhmän kautta potilaat voisivat saada paremman toimintakyvyn sijaan päihdemyönteisiä kontakteja.

Aihetta pohdittuamme tulimme siihen tulokseen, että suurimpana pulmana tämän potilasryhmän kohdalla on heidän sitouttamisensa, sillä eritoten sitoutumisen puute vaikutti olevan se ydinsyy, joka tekee kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntouttamisesta haastavaa. Luovuimme ryhmäfokuksesta, sillä pidimme tärkeänä sitoutumista ja sitouttamista riippumatta siitä, järjestetäänkö potilaalle yksilö- vai ryhmämuotoista kuntoutusta. Tämän opinnäytetyöprosessin myötä huomasimme saaneemme vastauksia myös alkuperäiseen aiheeseemme. Haastattelujen kautta nousi esiin joitakin käytännön keinoja ryhmien järjestämiseen. Toisaalta opinnäytetyömme vahvisti omaa epäilystämme päihdekulttuurin siirtymisestä ryhmiin. Koimme siis saaneemme opinnäytetyömme kautta sitä tietoa, josta olimme tämän prosessin alussa kiinnostuneita.

Haastatteluissa esiintyi paljon ympäristöön ja palveluverkoston toimintaan liittyvää kritiikkiä. Sitoutumisen ja sitouttamisen ongelmien osasyynä nostettiin esiin palveluverkoston sisäinen heikko yhteistyö. Aiheesta on jo aiemmin tehty sosiaalialan opinnäytetyö Palveluiden välisessä kuilussa (Kauhanen 2007). Toimijoiden yhteistyö ja palveluiden järjestäminen ovat laaja kokonaisuus, jossa varmasti riittäisi aihetta tulevien opinnäytetöiden tekijöille, mutta joka ehkäpä jää toimintaterapian fokuksen ulkopuolelle.

Sen sijaan toimintaterapian opinnäytetyön aiheena voisi olla kaksoisdiagnoosipotilaiden oma näkökulma sitoutumisen ja motivoitumisen ongelmiin. Emme itse työssämme käsitelleet potilaiden näkökulmaa osin aiemmin raportissa esittämistämme eettisistä syistä ja osin aikaresursseistamme johtuen. Opinnäytetyömme aihe ehti muuttua matkan varrella ja idea potilaiden omasta näkökulmasta tuli vasta sellaisessa vaiheessa, ettemme olisi enää ehtineet toteuttaa tutkielmaa käytettävissä olleilla aikaresursseillamme. Potilaiden oman näkökulman lisäksi vertaisohjaajuus tai kokemusasiantuntijuus sekä kotiin suuntautuva kaksoisdiagnoosipotilaiden toimintaterapia voisivat olla hedelmällisiä opinnäytetyön aiheita.

Saimme haastattelujen kautta jonkin verran kritiikkiä terminologiaan liittyen. Osa toimintaterapeuteista oli sitä mieltä, että ilmaus kaksoisdiagnoosi on vanhentunut ja sanaa samanaikaissairastavuus ehdotettiin korvaavaksi termiksi. Löysimme myös kirjallisuudesta kaksoisdiagnoosi-ilmausta kritisoivaa tietoa, joissa käsitteen tilalle tarjottiin termiä mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys. Mikään edellä mainituista käsit-

teistä ei kuitenkaan ole virallinen termi käsittelemällemme ilmiölle. Yleisenä kehittämisehdotuksemme on uuden, kuvaavamman käsitteen muodostaminen kaksoisdiagnoosin, mielenterveys- päihdeongelmien yhteisesiintyvyyden ja samanaikaissairastavuuden tilalle.

Kaksoisdiagnoosi tai mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys on monisyinen ilmiö, jossa riittää opittavaa ja tutkittavaa niin opinnäytetöiden tekijöille kuin ammattitutkijoillekin. Odotamme, että tulevaisuudessa ilmiötä tehtäisiin tunnettavammaksi ja kuntoutuksen käytäntöjä vakiintuneemmiksi. Toivomme, että tämän opinnäytetyön kautta otimme yhden pienen askeleen kohti kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen sitouttamisen edistämistä.

## Lähteet

- Aalto, Mauri 2009: Kaksoisdiagnoosi. Päihdelinkki. Verkkodokumentti.  
<<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/145-kaksoisdiagnoosi>>. Luettu 25.3.2012.
- Bamberg, Jarkko – Jokinen, Pekka – Laine, Markus (toim.) 2007: Tapaustutkimuksen taito.
- Eskola, Riitta 2005: Intuitiivinen kumppanuus sitouttaa pitkään hoitoon. Lääkärilehti. Julkaistu 1.4.2005. Verkkodokumentti.  
<[http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news\\_id=2638/type=1](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=2638/type=1)>. Luettu 16.10.2012.
- Finlay, Linda 2004: The Practice of Psychosocial Occupational Therapy. Third Edition. Nelson Thornes.
- Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä, Leila – Rusi-Pyykönen, Mari 2011: Toiminnan Voimaa – Toimintaterapia käytännössä. Edita. Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2009: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press. Helsinki.
- Hodgson S. – Lloyd C. – Schmid T. 2001: The leisure participation of clients with a dual diagnosis. British Journal of Occupational Therapy (BR J OCCUP THER), 2001 Oct; 64(10): 487 – 92.
- Holmberg, Jan 2010: Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Edita Prima oy. Helsinki.
- Härkäpää, Kristiina – Järvikoski, Aila 2011: Kuntoutuksen perusteet. WSOYpro Oy. Helsinki.
- Inkinen, Maria – Partanen, Airi – Sutinen, Tiina 2000: Päihdehoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Juva, Kati – Hublin, Christer – Kalska, Hely – Korkeila, Jyrki – Sainio, Markku – Tani, Pekka – Vataja, Risto (toim.) 2011: Kliininen Neuropsykiatria. Otavan kirjapaino oy. Keuruu.
- Kauhanen, Reetta 2007: Palveluiden välisessä kuilussa. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali ja terveysala. Sosiaalialan koulutusohjelma.
- Kielhofner, Gary 2008: Model of Human Occupation: Theory and Application. Fourth Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mattingly, Cheryl – Hayes Fleming, Maureen 1993: Clinical Reasoning – Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice. F.A. Davis Company. Philadelphia.
- Mäkinen, Olli 2006: Tutkimusetiikan ABC. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Pierce, Doris, E. 2003: Occupation by Design: Building Therapeutic Power. F.A. Davis Company.

Pitkälä, Kaisu – Savikko, Niina – Routasalo, Pirkko 2005: Geriatrisen Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke – Kuntoutuspolun solmukohtia. Vanhustyön Keskusliitto.

Päihdelinkki 2008: Motivoiva haastattelu. Julkaistu 12.02.2008. Verkkodokumentti. <<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/motivoiva-haastattelu>>. Luettu 16.10.2012.

Sarajärvi, Anneli – Tuomi, Jouni 2003: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma – Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Verkkodokumentti <<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>>. Luettu 28.3.2012.

Tolmunen, Tommi – Veijalainen, Ari 2010: Mekään ei tiedetä mitä tapahtuu näille muille ihmisille jotka eivät ole motivoituneita” – päihdeongelmainen mielenterveysasiakas Vantaan psykiatrian poliklinikoiden sairaanhoitajien näkökulmasta. Opinnäyte. Sosionomi AMK, rikosseuraamusala. Laurea Ammattikorkeakoulu. Vantaa.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. 1.3.2002. Verkkodokumentti. <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/luku2.htm>>. Luettu 28.3.2012.

**TOInet -ilmoitus**

5.4.2012

Hei!

Työskenteletkö/oletko työskennellyt kaksoisdiagnoosipotilaiden/-asiakkaiden parissa? Satutko tietämään jonkun toimintaterapeutin, joka työskentelee tämän asiakasryhmän parissa?

Olemme kaksi viimeisen vuoden toimintaterapeuttiopiskelijaa Metropolia AMK:sta. Teemme opinnäytetyötä aiheesta kaksoisdiagnoosipotilaan kuntoutuksen sitouttaminen. Tarkoituksenamme on selvittää, miten toiminnan ja toimintaterapeutin työskentelyn kautta voidaan edistää kaksoisdiagnoosipotilaan sitouttamista omaan kuntoutukseen.

Aiomme kerätä aiheesta tietoa haastattelemalla kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskenteleviä toimintaterapeutteja ja nyt etsimme haastateltavia. Menetelmänä käytämme teemahaastattelua ja ensisijaisesti pyrimme tekemään ryhmähaastatteluja. Haastattelut ajoittuvat touko-syyskuun välille. Haastattelun kesto on noin 1-2 tuntia.

Olisimme hyvin kiitollisia kaikista yhteydenotoista!

Kysymykset ja yhteydenotot:

Viivi Mattila tai Jenni Herold

## **Yhteydenottoviesti organisaatioille**

13.8.2012

Hei!

Työskenteleekö teidän yksikössänne toimintaterapeutteja ja hoidetaanko teillä kaksoisdiagnoosipotilaita (mielenterveyden häiriö + päihderiippuvuus)?

Olemme kaksi toimintaterapeuttiopiskelijaa Metropolia ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta Kaksoisdiagnoosipotilaan kuntoutukseen sitouttaminen. Keräämme tietoa haastattelemalla kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskenteleviä toimintaterapeutteja.

Etsimme tietoa kaksoisdiagnoosipotilaiden sitouttamisen ongelmista ja haemme vastausta kysymykseen millainen terapeutin toiminta edistää kaksoisdiagnoosipotilaiden sitouttamista kuntoutukseensa

Mikäli yksikössänne on töissä toimintaterapeutteja ja heillä on kokemusta kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutuksesta, pyydämme saada heidän yhteystietonsa, jotta voisimme pyytää heitä haastateltaviksi.

Kiitos!

Yst. terv.

toimintaterapeuttiopiskelijat

Viivi Mattila ja Jenni Herold

**Yhteydenottoviesti toimintaterapeuteille**

13.8.2012

Hei!

Olemme kaksi toimintaterapeuttiopiskelijaa Metropolia ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta Kaksoisdiagnoosipotilaan kuntoutukseen sitouttaminen. Keräämme tietoa kaksoisdiagnoosipotilaiden sitouttamisen ongelmista ja haemme vastausta kysymykseen millainen terapeuttinen toiminta edistää kaksoisdiagnoosipotilaiden sitouttamista kuntoutukseensa. Keräämme tietoa haastattelemalla kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskenteleviä toimintaterapeutteja ja pyytäisimme saada haastatella teitä opinnäytetyötämme varten.

Haastattelun kesto on 1-2 tuntia ja se toteutetaan yksilö- tai ryhmämuotoisesti syyskuun aikana.

Mikäli suostutte haastateltavaksi, otattehan pian yhteyttä. Voitte ehdottaa teille parhaiten sopivaa ajankohtaa haastattelulle.

Kiitos!

Ystävällisin terveisin  
toimintaterapeuttiopiskelijat  
Viivi Mattila ja Jenni Herold



## Haastattelurunko

### Taustatiedot:

- Valmistumisvuosi? Työkokemus valmistumisen jälkeen?
- Kuinka paljon teillä on kokemusta kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentelemisestä?
- Mitä nykyiseen työhönne kuuluu?
- Terapiasuhteen kesto suurin piirtein (nyt tai aiemmassa työssä)?
- Millaisessa tiimissä työskentelette (tai työskentelitte silloin kun teillä oli kaksoisdiagnoosipotilaita)?

### Teema 1: Toimintaterapeutin terapeuttinen harkinta

- Minkälaisia keinoja käytätte terapiasuhteen muodostamiseksi?
  - Millaisilla tavoilla käytännössä motivoitte potilasta osallistumaan terapiaan/kuntoutukseen/yksittäiseen toimintatilanteeseen?
- Millaisia haasteita olette kohdanneet kaksoisdiagnoosipotilaan motivoimisessa?
  - Millaista lisäkoulutusta olette saaneet tai haluaisitte saada liittyen kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentelyyn?
- Millaista viitekehystä tai vuorovaikutustapaa käytätte työssänne?
- Muuta teemaan liittyvää? Sana vapaa.

### Teema 2: Potilaan sitoutuminen kuntoutukseen

- Millaista on yhteistyö kaksoisdiagnoosipotilaan kanssa?
- Millaiset tekijät vaikuttavat kaksoisdiagnoosipotilaiden sitoutumiseen?
- Mikä on toimintaterapian merkitys kaksoisdiagnoosipotilaan kuntoutuksessa ja siihen sitoutumisessa?
- Muuta teemaan liittyvää? Sana vapaa.

### Teema 3: Toiminnan terapeuttinen käyttö

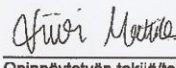

- Millaisia toiminnan muotoja olette käyttäneet kaksoisdiagnoosipotilaiden toimintaterapiassa?
  - Millaiset toiminnan muodot ovat nousseet erityisen toimiviksi ja potilaan sitouttamista edistäväksi? Mistä arvelette johtuvan että juuri kyseiset toiminnan muodot ovat edistäneet sitouttamista?
- Millaisia hyviä ja huonoja puolia löydätte kaksoisdiagnoosipotilaiden yksilö- ja ryhmämuotoisesta toimintaterapiasta?
- Millaisia tekijöitä otatte huomioon järjestäessänne terapeuttista toimintaa kaksoisdiagnoosipotilaille?
- Muuta teemaan liittyvää? Sana vapaa.

## HYKS - tutkimuslupa

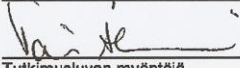
HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI

## OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Herold, Jenni ja Mattila, Viivi	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta toimintaterapeuttiopiskelijat SG09S1, valmistuminen 12/2012.	
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm	
	Kotiosoite	
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Metropolia AMK	
Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Sofianlehdonkatu 5 B, Helsinki		
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Kajja Kekäläinen, lehtori: kajja.kekalainen@metropolia.fi, p. [redacted] Ulla Vehkaperä, lehtori: ulla.vehkaperä@metropolia.fi,	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitelyssä muodossa Ohjaajamme ovat hyväksyneet opinnäytetyömme tutkimussuunnitelman.	
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Lemola, Leena / osastonhoitaja	
	Työpaikan osoite Vernissakatu 3, 5. krs, 01300 Vantaa PL 316, 00029 HUS	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm leena.lemola@hus.fi	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Psykiatrian tulosyksikköön, Peijaksen psykoosiklinikkaan kuuluva kuntoutuspoliikklinikka	
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Kaksoisdiagnoosipotilaan kuntoutukseen sitouttaminen	
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Haastatelimme HUS/psykiatrian kuntoutuspoliikklinikan toimintaterapeutteja. Haemme lisäselvitystä siihen, millaisia haasteita heillä on ollut kaksoisdiagnoosipotilaiden kuntoutukseen sitouttamisessa. Käytämme hyödyksi saatua aineistoa rakentaessamme varsinaista ryhmähaastattelurunkoa muissa organisaatioissa työskentelevien toimintaterapeuttien haastatteluihin	
	Asiasanat (max 5 kpl) <b>kaksoisdiagnoosi, sitouttaminen, sitoutuminen, kuntoutus, terapeutin toiminta</b>	
Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä? Kuntoutus, toiminaterapia
Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?		Arvioitu aloituspvm. 8.5.2012
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoidtoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue		Arvioitu päättymispvm. 28.11.2012.
		<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kliiniset Oyt <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintätekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 3hlö/kuntoutuspoliklinikka 2-3hlö
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot <b>Mahdollisesti muut psykiatrian poliklinikoita poliklinikat Etelä-Suomessa. Lisäksi avosektorin /kolmannen sektorin psykiatrian tai päihdepalvelujen toimipisteet, joissa toimintaterapeuttien asiakkaina on kaksoisdiagnoosipotilaita.</b>		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:ille? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välittömän soveltuvuusarvo toimintaan, mihin Kuntoutuspoliklinikan toimintaterapeuteille yleisesti hyödynnettävää tietoa toiminnanmuodoista ja toimintaterapeutin hyödynnettävissä olevista strategioista, jotka edistävät kaksoisdiagnoosipotilaan sitouttamista omaan kuntoutukseensa. <input type="checkbox"/> Ei välittömää sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 27.04.2012  Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvennys Viivi Mattia ja Jenni Herold		Päiväys 8.5.2012  HUS:n vastuhenkilö nimenselvennys LEENA LEMOLA, OTH

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

<b>LOMAKE-PÄÄTÖS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	Vainis H <sup>o</sup> lähetetään luvun myöntäjälle p HUS-vastuhenkilöksi
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
Tutkimusluvan alkamispäivä 8.5.2012	Tutkimusluvan päättymispäivä 31.12.2012
Päiväys Helsinki 14.5.2012  Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys	Päiväys  Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvennys
Taina Ala-nikkola johtava ylläpitäjä	