



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tea Pauliina Niemi

PSYKIATRIAN KOTIKUNTOUTUS-
TYÖRYHMÄN TOIMINTA-AJATUS JA
VAIKUTTAUVUUSMITTARI

Sosiaali- ja terveysala ylempi AMK- tutkinto

2013

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Pauliina Niemi
Opinnäytetyön nimi	Psykiatrian kotikuntoutustyöryhmän toiminta-ajatus ja vaikuttavuusmittari
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	72+2 Liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli luoda toiminta-ajatus dokumentti ja asiakaslähtöinen elämänlaatuun pohjautuva hoidon vaikuttavuusmittari psykiatrian kotikuntoutustyöryhmälle. Tutkimusote oli laadullinen ja keskeiset tutkimusmenetelmät olivat aineistolähtöinen sisällönanalyysi sekä fokusryhmähaastattelut. Opinnäytetyö oli kehitystehtävätyyppinen ja siinä on myös toimintatutkimuksellisia piirteitä.

Fokusryhmähaastatteluilla kerättiin tietoa toiminta-ajatusdokumenttia varten, sisällönanalyysillä luotiin ydinteemat joiden avulla työryhmän käyttämät hoitotyön menetelmät luokiteltiin. Hoitotyön menetelmien vaikuttavuutta asiakkaan elämänlaatuun voidaan mitata tässä opinnäytetyössä kehitetyllä mittarilla. Mittarilla on myös muita käyttötarkoituksia. Keskeistä mittarin käytössä on asiakaslähtöisyys.

Toiminta-ajatusdokumenttia käytetään työryhmän esitteenä sekä ohjenuorana työn kehittämisessä, dokumentin ja mittarin päivittämiseen ja edelleen kehittämiseen voidaan käyttää tässä työssä kehitettyä ryhmätyömallia.

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Sosiaali- ja terveysala, ylempi ammattikorkeakoulututkinto

ABSTRACT

Author	Pauliina Niemi
Title	The Mission of a Psychiatric Home Care Rehabilitation Team and a Meter to Measure the Effectiveness of the Work
Year	2013
Language	Finnish
Pages	72+2 Appendices
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

The aim of this study was to create a mission and client-oriented meter that is based on the quality of life, to measure the impact of the treatment to a psychiatric home care rehabilitation team. The study is qualitative and the essential research methods were data-oriented content analysis and focus group interviews. The study is a development assignment with some features of practice-based research.

The focus group interviews were used to gather information for the mission document. The core themes were created with the help of the content analysis and the psychiatric nursing care methods used by the group were again classified by the essential themes. The effectiveness of the nursing care methods on the quality of life of the client can be measured with the meter that has been developed in this study. The meter can also be used for other purposes and it is client-oriented.

The document, where the mission has been written, is used as a brochure about the team and as a guideline in developing work. The team work model developed in this thesis can be used when updating the document and further developing the meter.

Keywords The quality of life- cards, the quality of the life of a psychiatric rehabilitation patient, mission, client-centered effectiveness meter.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	8
2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TAVOITTEET.....	10
2.1 Kotikuntoutustyöryhmän toimintaperiaatteet	10
2.2 Kotikuntoutustyöryhmän taustaa	11
2.3 Kotikuntoutustyöryhmän toiminnan tavoitteita.....	12
2.4 Kehittämistehtävän tavoitteet	13
2.4.1 Kotikuntoutusryhmän toiminta-ajatuksen laatiminen.....	14
2.4.2 Asiakaslähtöisen vaikuttavuusmittarin kehittäminen	15
3. MIELENTERVEYSPALVELUT JA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN HOITO SUOMESSA	19
3.1 Mielenterveyspalvelut Suomessa	20
3.1.1 Avohoitopalveluiden kehittäminen.....	21
3.1.2 Kehityshaasteita Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian yksikössä	22
3.2 Psykoosit.....	23
3.2.1 Psykoosi ja siihen sairastuminen	24
3.2.3 Skitsofrenia ja sen vaikutus kognitiivisiin toimintoihin	25
3.2.4 Skitsoaffektiivinen häiriö.....	26
3.2.5 Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	26
3.3 Mielenterveyskuntoutus	27
3.3.1 Mielenterveyskuntoutuja.....	28
3.3.2 Mielenterveyskuntoutujan elämänlaatu	29
3.3.3 Mielenterveyden häiriöiden vaikutus elämänlaatuun	30
3.3.4 Elämänlaadun huomioiminen hoitotyössä ja sen arvioimisessa	31
3.3.5 Hoitotyön vaikuttavuuden arviointi	32
3.3.6 Mielenterveyskuntoutujan elämänlaadun mittaaminen	33
4. TOIMINTA-AJATUS.....	35
4.1 Hyvän toiminta-ajatuksen keskeiset ominaisuudet	35

4.2	Toiminta-ajatuksen tehtävät	36
4.3	Kotikuntoutustyöryhmän toiminta-ajatuksen erityispiirteitä.....	38
5.	TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTOT	39
5.1	Aineiston keruu	40
5.1.1	Asiakirja-aineisto	41
5.1.2	Fokusryhmähaastattelu	43
5.2	Aineiston analyysi	45
5.2.1	Asiakirja-analyysi	45
5.2.2	Sisällönanalyysi ja fokusryhmähaastattelu toimintatutkimuksen palveluksessa.....	49
6.	TULOKSET	50
6.1	Ydinteemat	50
6.2	Toiminta-ajatuksen luominen.....	52
6.2.1	Hiljaisen tiedon muuttaminen näkyväksi, ryhmähaastattelun ja havainnoinnin keinoin.....	52
6.2.2	Mikä ja millainen toiminta-ajatus dokumentti?	54
6.2.3	Raakaversio ja tietosisällön kehittäminen.....	56
6.2.4	Hoitotyön menetelmien kartoittaminen ja ryhmittely ydinteemojen mukaan.....	58
6.2.5	Toiminta-ajatuksen ja elämänlaatukorttien esittely	60
6.3	Asiakaslähtöinen vaikuttavuusmittari	62
6.3.1.	Korttien käyttäminen hoitomenetelmän vaikuttavuuden arvioinnissa	63
6.3.2	Korttien käyttäminen elämänlaadun arvioinnissa.....	63
6.2.6	Toiminta-ajatusdokumentti	64
7.	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTAA	66
7.1	Kehitystehtävän anti käytännön työhön	66
7.2	Kehitystehtävä vaikutus työryhmään	68
7.3	Tutkimuksen validiteetti	69
7.4	Tutkimuksen eettisyys ja metodologisten valintojen arviointia	70
	LÄHTEET.....	73
	LIITEET.....	77

LIITE 1. Käytetyt kuntoutusmenetelmät	77
LIITE 2. Elämänlaatukortit ja niiden käyttäminen hoitotyössä.....	80

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Opinnäyteyön prosessikaavio	s.18
Kuvio2. Mielenterveyspalvelut Suomessa, sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemänä.	s.21
Kuvio 3. Vaasan sairaanhoitopiirin avohoitomuotojen kehittämisstrategian ydin kotikuntoutustyöryhmän toiminta-ajatuksen kannalta.	s. 23
Taulukko 1. Strategian ja toiminta-ajatuksen tärkeimmät ominaisuudet Grantin mukaan. (Grant 2008, 5-17.)	s.37
Kuvio 4. Toiminta-ajatuksen taustateorioiden porrastus.	s.43
Taulukko 2. Esimerkki sisällönanalyysin kahdesta viimeisestä vaiheesta.	s.48
Taulukko 3. Lopulliset ydinteemat, toiminta-ajatus teorioista johdettujen kysymysten mukaan jaoteltuina.	s.51
Kuvio 5. Toiminta-ajatusdokumentti	s.65
Kuvio 7. Elämänlaatukortit .	Liite 2
Kuvio 8. Elämälaatukorttien prototyyppi kirjaamisen osalta	Liite 2

1 JOHDANTO

WHO määrittelee terveyden täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Määritelmää on myöhemmin kehitetty korostamalla terveyden dynaamisuutta ja henkisyttä. Terveys on kokonaisuus joka muuttuu ja johon vaikuttavat sairaudet ja fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, mutta etenkin ihmisen omat kokemukset ja hänen arvonsa ja asenteensa. Mielenterveyden määrittelemisen terveydestä erilliseksi käsitteeksi onkin kyseenalaista. Perusteltua se on silloin kun nimenomaan halutaan korostaa muita kuin puhtaasti fyysisen (mikäli sellaisia onkaan) terveyden ulottuvuuksia. Hyvinvoinnin edistäminen, mielisairauksien ehkäiseminen ja niistä kärsivien ihmisten hoitaminen ja kuntouttaminen ovat WHO:n mukaan kiinteästi yhteydessä mielenterveyden käsitteeseen. (Nordling & Toivio 2009, 308–310.)

Ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä, sanonta, joka on saanut painoarvoa ympäri maailman kun viimeaikoina on alettu kiinnittää huomiota mielenterveyden ja etenkin sen heikkenemisen merkitykseen, yksilöiden lisäksi, kansantaloudellisessa mielessä. Suomessa on myös ensimmäistä kertaa tehty kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Tämä kertoo siitä, että näiden asioiden tärkeyteen on alettu kiinnittää aiempaa enemmän huomiota yhteiskunnassamme. Kansallinen suunnitelmamme tuli tarpeen myös kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä. Se seuraa WHO:n ja Euroopan unionin määrittelemiä päälinjauksia.

Mielenterveysongelmien ja etenkin vakavien psykoosisairauksien esiintyvyys on pysynyt aikalailla ennallaan pitkään. Kuitenkin päihde- ja mielenterveysongelmien esiintyminen yhdessä tai niiden kertyminen samalle ihmiselle on lisääntynyt viime vuosina. Työkyvyttömyyden syynä on yhä useammin mielenterveys- tai päihdeongelma tai molemmat yhdessä. Suunnitelmassa todetaan, että erillään olevien mielenterveys- ja päihdepalveluiden pitäisi olla helpommin asiakkaiden saatavilla. Etenkin ihmisten, jotka kärsivät useista ongelmista, on vaikea löytää pirstaleisesta ja hajanaisesta palveluverkostosta tarvitsemansa apu. Avohoitoa ei ole kehitetty riittävästi, ja toisaalta laitoshoidon kulut ovat suhteettoman suuret. Asi-

akkaan aseman vahvistaminen ja häntä paremmin palvelevien avohoitotoimintojen kehittäminen ovat suunnitelman keskeisiä teemoja. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma yhdessä WHO:n ja Euroopan Unionin linjauksien kanssa ovat olennainen osa tämän opinnäytetyön teoreettista taustaa. (STM 2009,3.)

Opinnäytetyöni pohjautuu käytännön työstä nousseeseen tarpeeseen saada näyttöön ja teoreettiseen tietoon perustuvia työkaluja, joiden avulla kehittää hoitotyötä. Opinnäytetyöni ensimmäisessä osassa laadin teoreettiseen tietoon ja käytännön toimintaan perustuvan dokumentin, joka sisältää toiminta-ajatuksen ja tiivistetyn kuvauksen yleisimmin käyttämistämme hoito- ja kuntoutustyön menetelmistä, psykiatriselle kotikuntoutustyöryhmälle, (jossa itse työskentelen yhtenä neljästä hoitajasta). Toimintasuunnitelman teoreettinen viitekehyksen muodostuu osin edellä mainituista Euroopan Unionin terveysohjelmasta, sekä Suomen kansallisesta mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta.

Toisessa osassa käytin laatimaani toiminta-ajatusdokumenttia apuna vaikuttavuusmittarin kehittämisessä. Laadin asiakkaan elämänlaatua mittaavan ja asemaa vahvistavan, kyseisen kotikuntoutustyöryhmän käyttöön soveltuvan hoitotyön vaikuttavuusmittarin. Näiden työkalujen avulla kehitetään kotikuntoutustyöryhmän toimintaa sekä teoreettiseen tietoon ja näyttöön perustuvaksi että myös vaikuttavuudeltaan mitattavaksi ja asiakaslähtöisemmäksi.

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TAVOITTEET

Tämä opinnäytetyö pohjautuu työn tekijän työssä esiin tulleisiin kehitystarpeisiin. Tekijä työskentelee sairaanhoitajana Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikön kotikuntoutustyöryhmässä, joka toimii osana psykiatrian kuntoutusosastoa 6. Osaston toiminnan tavoitteena on parantaa potilaan toimintakykyä, psyykkisesti, fyysisesti ja sosiaalisesti niin, että potilas on mahdollisimman itsenäinen ja hänellä on turvallinen olo kotiutuessaan.

Kotikuntoutustyöryhmän työ limittyy osittain osastolla tehtävän hoitotyön kanssa, toisaalta välillä työ on täysin itsenäistä ja erillistä osastosta. Hoidon- ja kuntoutuksen tarpeet ja siten myös hoitomenetelmät ovat osittain hyvinkin erilaisia kotona ja sairaalassa. Seuraavassa kuvataan lyhyesti kyseisen osaston ja kotikuntoutusryhmän toimintaperiaatteita.

2.1 Kotikuntoutustyöryhmän toimintaperiaatteet

Kotikuntoutusryhmällä oli vuoden 2011 tammikuussa 47 asiakasta, asiakkaat on jaettu kahden hoitajaparin kesken. Kotikuntoutustyötä tehdään välillä yksin ja välillä pareittain. Koko ryhmä yhdessä keskustelee viikoittain asiakkaiden tilanteesta ja myös lääkäri tavataan viikoittain. Hänen kanssaan keskustellaan paljon lääkahoitoon liittyvistä asioista, mahdollisista uusista asiakkaista ja nykyisten senhetkistä ongelmista, avuntarpeesta ja muusta ajankohtaisesta. Lääkäri seuraa potilaitten vointia, uusii reseptit, hän kirjoittaa tarvittavat lääkärintodistukset ja hoitaa kaikki psykiatriin tehtävät asiakkaitten osalta.

Tarvittaessa lääkäri voi myös tavata kotikuntoutuksen asiakkaita henkilökohtaisesti, tämän monet asiakkaat kokevat hyvin tärkeäksi. Kuitenkin pääasiassa hoitajat välittävät ryhmän asiakkaitten kysymyksiä ja heidän vointiinsa liittyviä asioita lääkärille, sekä käyvät läpi asiakkaitten vointia ja mahdollisia muutoksia kuntoutuksessa ja hoidossa yleensä. Tarvittaessa ryhmän asiakkaat pääsevät osastohoitoon ilman lähetettä kotikuntoutusryhmän lääkärin suosittelemana.

Suurin osa asiakkaista (29) sairastaa skitsofreniaa. He ovat sairastaneet sitä jo useita vuosia ja sairauteen on liittynyt useita psykoosijaksoja ja he ovat olleet use-

asti sairaalahoidossa. Toiseksi yleisin diagnoosi ryhmän asiakkailta on skitsoafektiivinen häiriö. Muutama asiakasta sairastaa kaksisuuntaista mielialahäiriötä, uusiutuvaa depressiota tai sekamuotoista ahdistus ja masennustilaa (tammikuussa 2012). Kotikuntoutustyöryhmä onkin suunnattu psykoositasoista sairautta sairastaville, paljon apua, tukea ja ohjausta tarvitseville ihmisille. Tarkoituksena on auttaa nimenomaan niitä ihmisiä, jotka eivät ilman jatkuvaa ja laajamittaista tukea voisi asua muualla kuin sairaalassa.

Pääasiallisesti kotikuntoutustyö tapahtuu sananmukaisesti asiakkaitten kodeissa ja heidän lähipiirissään. Asiakasta voidaan tavata toki osastollakin tai periaatteessa missä tahansa hänen tarpeensa mukaan. Kaikilla hoitajilla on myös jatkuvasti puhelin mukana, ja asiakkaita kannustetaan ottamaan yhteyttä tarvittaessa. Osa soittaakin usein ja osa harvemmin. Puhelin on kuitenkin sekä asiakkaiden, että hoitajien näkökulmasta tärkeä työkalu. Tällä hetkellä ryhmä työskentelee maanantaista perjantaihin virka-aikana, muina aikoina asiakkaat voivat jättää viestin puhelinvastaajaan tai soittaa jollekin sairaalan osastolle, mikäli vointi tai asia sitä vaatii.

2.2 Kotikuntoutustyöryhmän taustaa

Kotikuntoutustyöryhmä on osa psykiatrisen kuntoutusosaston toimintaa. Osastolla toteutetaan yksilöllisten kuntoutussuunnitelmien ja omahoitajaryhmätyön avulla porrastettua kuntoutus- ja hoitotyötä. Osasto on niin sanottu viikko-osasto eli se on avoinna maanantaista perjantaihin ja suljettuna viikonloput.

Tärkeä osa osaston tarjoamia palveluita ovat lyhyet kuntoutusjaksot joille monet potilaista tulevat kotiutumisensa jälkeen. Jotkut käyvät kuntoutusjaksolla vain kerran, osa muutaman kerran ja osa säännöllisesti vuosienkin ajan. Kuntoutusjaksojen tiheys pyritään sovittamaan potilaan tarpeen mukaan. Jaksoilla on tarkoitus ylläpitää, tukea ja parantaa potilaan vointia ja auttaa häntä kuntoutumaan mahdollisimman hyvin. Asioita joissa potilas kuitenkin voi tarvita apua vielä kotiutumisen jälkeen pitkäänkin voivat olla muun muassa lääkehoito, unirytmä, päihteettömyyteen tukeminen, mielekäs tekeminen päivisin, sosiaaliset suhteet ja sairauden oireiden hallinta ja niiden kanssa eläminen.

Kotikuntoutustyöryhmän potilaista kahdeksan käy säännöllisesti osastolla 6 kuntoutusjaksoilla. Kotikuntoutuksen potilaat pääsevät myös tarvittaessa (voinnin huonontuessa niin paljon, että sairaalahoito on tarpeen tai esim. isojen lääkemuutosten yhteydessä) nopeasti ja ilman lähetettä sairaalahoitoon sovittuaan asiasta kotikuntoutuksen hoitajan ja lääkärin kanssa. Kuntoutusosasto on jaettu kahteen erilliseen osaan, jotka ovat 6B, nimeltään turvapuoli, jossa potilas saa enemmän apua ja ohjausta toimissaan ja 6A, vastuupuoli, jossa potilas kuntoutumisen edetessä ottaa enemmän vastuuta tavoitteena mahdollisimman hyvä psyykkinen vointi ja itsenäisyys.

Osaston käytössä on myös harjoitusasuntoja, joissa itsenäistä asumista voi harjoitella, niissä voi myös asua viikonloppuisin osaston ollessa suljettuna. Potilaan voinnin sitä edellyttäessä hän voi siirtyä viikonlopuksi jollekin muulle osastolle. Tavoite kuitenkin on, että potilaat olisivat kotonaan viikonlopun. Hoitajaksojen pituus kuntoutusosastolla vaihtelevat muutamista päivistä kuukausiin.

Osa potilaista tarvitsee vielä sairaalahoidon jälkeenkin ympärivuorokautista apua ja tukea ja voi muuttaa osastohoidon päätyttyä kuntoutuskotiin tai palvelutaloon, osa lähtee kotiin kotikuntoutustyöryhmän tukemana ja osa kotiutuu täysin itsenäisesti. Jokaiselle pyritään järjestämään tarjolla olevista vaihtoehdoista hänelle sopivin avohoidon tukimuoto, jotta saavutettu vointi pysyisi ja välttyttäisiin mahdollisimman pitkään voinnin huononemiselta.

2.3 Kotikuntoutustyöryhmän toiminnan tavoitteita

Työryhmä koostuu kolmesta sairaanhoitajasta, mielenterveyshoitajasta sekä osastonhoitajasta ja lääkäristä. Kyseessä on kuntoutuspainotteista, mielenterveysavohoitotyötä tekevä ryhmä. Ryhmän toiminta alkoi pienimuotoisena projektina vuonna 2003. Tuolloin kaksi hoitajaa teki osastotyön lisäksi kaksi päivää viikossa kotikäyntejä osastoltamme kotiutuneiden potilaiden luokse. Keskeisenä tavoitteena oli löytää keinoja joilla estettäisiin joidenkin potilaiden usein toistuva kotiutumisen jälkeen nopeasti tapahtuvat psyykkisen voinnin huononemiset tiheään toistuvat sairaalahoitajaksot eli niin sanottu pyöröovisyndrooma. Samalla pyrittiin

tukemaan ja ylläpitämään potilaan vointia ja jatkaa osastollamme tehtyä kuntoutustyötä potilaan kotona.

Toinen perusajatus oli luoda eräänlainen turvallinen jatkumo osaston kuntouttavalle toiminnalle ja näin paitsi lyhentää sairaalahoitajaksojen pituutta myös mahdollistaa sellaisten potilaiden kotiutuminen, jotka eivät siihen ilman tukea ja apua pystyneet tai halunneet. Perusajatus on yhä sama, mutta toiminta on laajentunut ja kotikuntoutukseen potilaita tulee sairaalamme eri yksiköistä. Avun- ja palveluiden tarve potilailla on yksilöllinen ja moninainen, kuten myös käytettävät hoitotyön auttamis- ja ohjauskeinot.

Usein edetään hyvinkin kokeilevalla ja luovalla otteella. Välillä toimitaan taas tukeutuen tiukasti taustaosaston toimintaperiaatteisiin ja hoitofilosofiaan. Jatkuva työn kehittäminen niin, että potilaat hyötyisivät siitä, on ryhmän tärkeimpiä tavoitteita. Tähän kehittämistarpeeseen perustuu opinnäytetyöni. Kyseessä on siis osittain kehittämistyö tyyppinen opinnäytetyö, jossa on tarkoituksena vastata käytännön kehittämistarpeeseen tieteelliseen näyttöön ja teoriaan perustuvin keinoin.

2.4 Kehittämistehtävän tavoitteet

Kotikuntoutustyöryhmässä pyritään kehittämään hoidon laatua, vaikuttavuutta ja asiakaslähtöisyyttä käytännön työn, koulutusten, keskustelujen ja ammatillisen vuorovaikutuksen avulla. Työmuoto on melko uusi ja koko Suomessakin vasta kehittymisvaiheessa, joten työmenetelmät kehittyvät ja muuttuvat jatkuvasti. Työryhmässä pyritään aktiivisesti etsimään asiakaslähtöisesti uusia hoitotyön keinoja, palvelumuotoja ja yhteistyökumppaneita.

Ryhmässä pidetään hyvin tärkeänä myös sitä, että vaikuttavat ja tehokkaat, asiakkaan elämänlaatua kohottavat hoitomenetelmät säilyvät ja niiden vaikuttavuus dokumentoidaan. Työryhmän jäsenet ovatkin siksi tuoneet esiin tarpeen saada toimintaa tukemaan kirjallista materiaalia, sellaista materiaalia jossa kuvataan toiminnan tavoitteet ja keskeiset hoitomenetelmät. Tarvitaan tiivistä ja selkeää, informatiivista materiaalia, sekä annettavaksi asiakkaille, että käytettäväksi työryhmässä ohjaamassa toimintaa ja työmuotojen kehittämistä.

Asiakkaan kannalta tärkeä osa hoitotyötä on tiedon antaminen siinä muodossa, että asiakas ymmärtää sen ja hyötyy siitä. Psykiatriset potilaat halusivat enemmän tietoa sairaudestaan ja tieto voi parantaa heidän elämänlaatuaan, potilaat uskovat että tiedon kautta heidän läheisensä suhtautuvat positiivisemmin heihin ja itse sairauteen. Lisäksi he kokevat toimintakykynsä paranevan kun saavat tietoa sairaudestaan, hoitomenetelmistä ja oikeuksistaan. (Hotti 2004)

Asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuuden ja laadun mittaaminen ovat vahvasti esillä myös Vaasan sairaanhoitopiirin strategiassa. Näihin seikkoihin perustuen **tässä opinnäytetyössä kehittämistehtävinä ovat toiminta-ajatuksen sekä asiakas-keskeisen vaikuttavuusmittarin laatiminen kotikuntoutusryhmän käyttöön.**

2.4.1 Kotikuntoutusryhmän toiminta-ajatuksen laatiminen

Tiiviissä työryhmässä ja käytännön työssä on vähitellen kehittynyt toimintamenetelmät sekä kotikuntoutusryhmälle yhtenäiset arvo- ja teoriaperusteet, mutta niitä ei ole koottu yhtenäiseen kirjalliseen muotoon. Tästä puutteesta ja käytännön työssä esiin nousseesta tarpeesta, kumpusi ensimmäinen opinnäytetyön tutkimustehtävä. **Ensimmäisenä tutkimustehtävänä tässä opinnäytetyössä oli määritellä kotikuntoutustyöryhmän hoitotyön periaatteet eli toiminta-ajatus, sekä luoda tästä kirjallinen dokumentti.** Dokumenttia voitaisiin käyttää kerrottaessa työmuodosta yhteistyökumppaneille, potilaille, heidän omaisilleen ja muille toiminnasta kiinnostuneille henkilöille. Toiminta-ajatus sinällään on eräänlainen työryhmän kivijalka, alusta päivittäisen työn ja hoitotyön laadun kehittämiseksi.

Varsinaisen toiminta-ajatuksen laatiminen aloitettiin ydinteemoihin ja toiminta-ajatuksen teoriaan tutustumalla. Kappaleessa 5 esiteltyjen suositusten ja strategioiden perusteella löydettyjen ydinteemojen pohjalta aloitettiin kotikuntoutustyöryhmässä keskustelu toiminta-ajatuksista. Ryhmän jäsenten mielipiteet kerättiin siis ryhmäkeskustelun ja osallistuvan havainnoinnin keinoin. Keskustelut alustettiin muutamalla kysymyksellä ja esittämällä opinnäytetyön senhetkinen tuotos, keskustelusta kirjattiin ylös ajatukset ja mielipiteet ja muokattiin vähitellen muotoutuvaa toiminta-ajatusta ydinteemojen ja ryhmäkeskustelun pohjalta, kuitenkin

niin että säilytettiin tiukka yhteys strategioihin ja suosituksiin. (Tuomi & Sarajärvi.2002. 40–43, 84.)

Osallistuva havainnointi yhdistettynä ryhmäkeskusteluun sopi luontevaksi tutkimusmenetelmäksi, sillä kyseessä oli ryhmä jossa itsekkin työskentelen sairaanhoitajana. Opinnäytetyö sisältää tältä osin toimintatutkimuksellisia piirteitä paitsi aktiivisen osallistumiseni vuoksi, myös siksi, että opinnäytetyön avulla pyritään parantamaan käytäntöjä, sekä ymmärtämään niitä työryhmässä entistä paremmin ja syvällisemmin. (Metsämuuronen 2009, 235–237.)

2.4.2 Asiakaslähtöisen vaikuttavuusmittarin kehittäminen

Psykiatrisessa kuntoutustyössä mietitään usein, mikä olisi paras auttamismenetelmä kenenkin potilaan kohdalla ja juuri kyseisessä asiassa. Valmista näyttöön perustuvaa psykiatrisen hoitotyön mallia, joka palvelisi jokaista, kotikuntoutustyöryhmän potilasta, tuskin on olemassa. Tämän opinnäytetyön avulla **kartoitettiin työryhmän käyttämät keskeisimmät kuntoutusmenetelmät sekä luotiin mittari, jonka tarkoituksena on mitata näiden menetelmien vaikuttavuutta asiakkaan elämänlaatuun.**

Työryhmä arvioi asiakkaittensa vointia jokaisella kotikäynnillä ja mahdollisilla muillakin tapaamisilla. Asiakkaan omaa mielipidettä voinnista ja elämänlaadustaan kysyttiin ja kuunneltiin. Mitään varsinaista vaikuttavuusmittaria työryhmällä ei ollut käytössä ja usein pohdittiin vaikuttiko hoitotyö positiivisesti vai negatiivisesti potilaan elämänlaatuun vai eikö kenties mitenkään. Hoidon vaikuttavuuden arviointi tapahtui vahvasti ulkopäin. Hoitajat arvioivat sairauden aiheuttamia vaikutuksia potilaan hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Toki asiakkaat vaihtelevissa määrin itse arvioivat elämäntilannettaan ja vointiaan myös ja heitä siihen kannustettiin. Ryhmässä kuitenkin toivottiin asiakkaan oman arvion vahvempaa esiin tulemistä.

Kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä vointia käytiin seikkaperäisestikin läpi: lääkehoitoa, mielialaa, sairauden oireita, käytännön toimia, kuntoutuksen tavoitteita ja menetelmiä joilla niihin pyritään sekä asiakkaan voimavaroja ja hänen ajatuksiaan

nykyhetkestä ja tulevaisuudesta. Apuna käytettiin osastolla ja työryhmässä kehitettyä kuntoutussuunnitelma kaavaketta, joka varsin laajasti pyrkii luomaan kuvan kokonaistilanteesta. Asiakkaiden on silti usein vaikea esittää arvioitaan kuntoutumisestaan tai toiveita elämäänsä liittyen. Mielenterveydenhäiriöt joista he kärsivät vaikuttavat usein kognitiivisiin kykyihin, ja omien ajatusten sanallinen ilmaisu voi olla vaikeaa. Tällaisten pohdintojen sekä sairaalassa tehtävän laadunkehittämisen ja potilasturvallisuuden työn takia on työryhmässä usein todettu, että tarvittaisiin jokin juuri meille sopiva hoidon vaikuttavuuden mittari, jonka avulla voisimme ohjata ja kehittää työtämme asiakaslähtöisesti.

On olemassa monenlaisia hyviäkin mittareita hoito- ja kuntoutustyössä käytettäväksi, mutta avohoidossa toimiva, kotikäyntejä tekevä työryhmä tarvitsee työmenetelmät ja asiakkaiden terveystilanteen huomioivaa, helppo- ja nopeakäyttöistä mittaria. Asiakaslähtöisyys ja eettiset kysymykset (esim. ettei potilaan vointi huonon mittarin käytön takia) asettavat omat erityisvaatimuksensa mittarille.

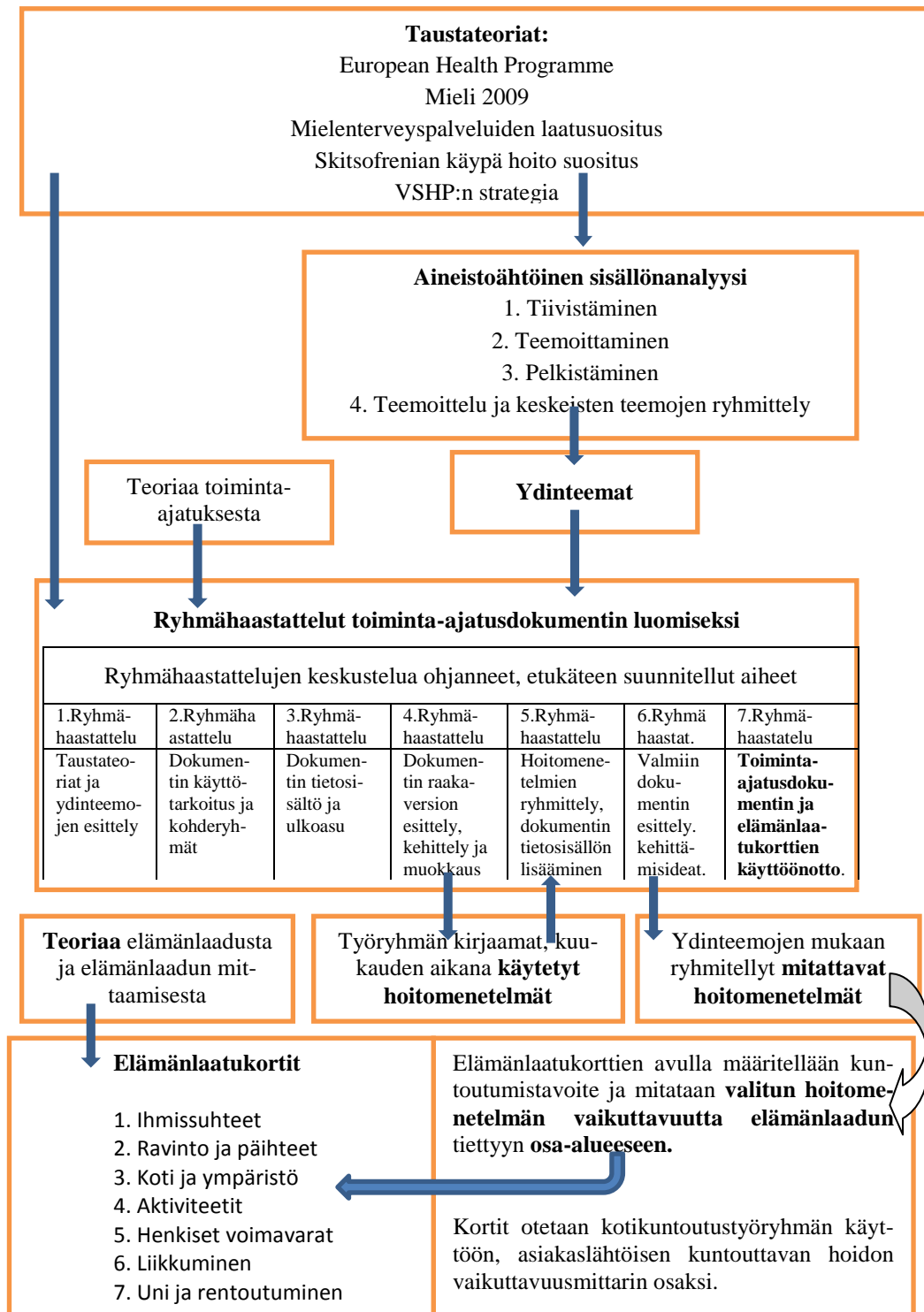
Useat seikat vaikuttavat siihen, ettei tässä työryhmässä voida käyttää kovin laajaa, monimutkaista, aikaa ja paljon vaikeidenkin asioiden pohdintaa vaativaa mittaria. Työmuoto jo sinällään on sellainen (pääasiassa kotikäyntejä) ettei mittarin käyttö voi olla kovin aikaa vievää ja asiakkaiden vointi asettaa vaatimuksensa mittarille. Mittarin suunnittelu vastaamaan ryhmän erityistarpeita säästää aikaa ja on edellytys onnistuneelle mittarille. (Aaltola & Valli 2007, 135–137.)

Tämä mittarin tarve on taustana opinnäytetyöni toiselle tutkimustehtävälle. Mittari jota työryhmä voi käyttää työn laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseen ja työmuotojen sekä auttamismenetelmien kehittämiseen. Opinnäytetyön toisena tutkimustehtävänä ja tavoitteena on tuottaa mittarin prototyyppi, jota sitten työryhmän käytännön työssä myöhemmin testataan, muokataan, käytetään ja kehitetään edelleen. Tavoitteena helppo- ja nopeakäyttöinen mittari, jolla voidaan mitata työmme vaikuttavuutta asiakaslähtöisesti.

Opinnäytetyön ensimmäisen osan teoriatausta ja työryhmän toiminta-ajatuksen selkeä kuvaaminen on edellytyksenä tällaisen mittarin luomiselle. Vaikka opinnäytetyö siis ainakin suunnitteluvaiheessa jakautui kahteen osaan, ovat nämä kiin-

teässä yhteydessä toisiinsa. Laaditussa toiminta-ajatusdokumentissa määriteltiin ryhmän hoitotyön keskeisten tavoitteiden lisäksi tärkeimmät ryhmän käyttämät kuntoutus- ja hoitomenetelmät, joilla pyritään laaja-alaisesti vastaamaan asiakkaan eri elämänalueilla ilmeneviin ongelmiin ja kuntoutustarpeisiin ja siten parantaa asiakkaan elämänlaatua.

Mittarilla taas mitataan näiden hoitomenetelmien vaikuttavuutta kyseiseen elämänalueeseen tiettyinä aikana ja sitä kautta arvioidaan hoitomenetelmän ja kotikuntoutuksen vaikuttavuutta asiakkaan elämänlaatuun. Mittarin ja toiminta-ajatuksen luomista sekä niiden välistä yhteyttä kuvataan opinnäytetyön prosessikaaviossa, kuviossa 1.



Kuvio 1. Opinnäytteen prosessikaavio.

3. MIELENTERVEYSPALVELUT JA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN HOITO SUOMESSA

Suomen kansalaisilla on perustuslaillinen oikeus sosiaali- ja terveyspalveluihin, terveydentilasta ja asuinpaikastaan riippumatta. Kuntien tehtäväksi määriteltyjä mielenterveyspalveluita ohjaavat käytännössä myös laki yksityisestä terveydenhuollosta (L 9.2.1990/152) ja laki yksityisten sosiaalipalveluiden valvonnasta (L 22.7.2011/922) sekä työterveyslaki (L 21.12.2001/1383). (L 14.12.1990/1116.)

Mielenterveys on laissa määritelty hyvin laajaksi yksilön toimintakyvyn, psyykkisen voinnin ja sosiaalisen ympäristön sisältäväksi kokonaisuudeksi. Mielenterveyslaki käsittää ennaltaehkäisevän työn, mielenterveyden häiriöidenhoitamisen, mutta myös elinolosuhteiden kehittämisen mielenterveyttä tukeviksi. Laissa painotetaan avopalveluiden asemaa ja sitä, että niitä käytettäisiin ensisijaisesti. (L 14.12.1990/1116.)

Avohoidon kehittäminen Suomessa on edennyt hyvinkin erilailla eri paikkakunnilla. Laajemmin ajateltuna laitoshoitopaikkojen (Suomessa lähinnä psykiatristen sairaaloiden sairaansijojen) vähentäminen on lähes maailmanlaajuinen ilmiö. Nämä hoitopaikat pyritään korvaamaan toimivalla, monipuolisella, joustavalla ja riittävällä avohoidolla. Pyrkimys avohoitopainotteisuuteen alkoi laajasti maailmalla jo 1970-luvulla, meillä Suomessa todenteolla vasta 1990-luvulla. (Lehtinen & Taipale 2005.)

Samoihin aikoihin erikoissairaanhoidolain (Erikoissairaahoitolaki/1991) tullessa voimaan 1991, psykiatristen palveluiden järjestäminen sisältyi muun erikoissairaanhoidon järjestämiseen. Hyvin pian tämän jälkeen 1993 valtioneuvoston päätöksen johdosta, siirtyi myös mielenterveyspalveluiden järjestämisvastuu kunnille. Suomessa kuten muuallakin Euroopassa 1990-luvun alkupuolella sairaalapaikkoja vähennettiin rajusti ja oli tarkoitus siirtää vapautuvat resurssit avohoitoon, kuitenkin avohoidon kehittämistoiminta ja siihen resursointi lähti käyntiin oikeastaan vasta 90-luvun lopulla. Edelleen on tavoitteena vahvistaa ja kehittää avohoitoa ja

vähentää sekä lyhentää sairaalahoitajaksoja. (Nordling & Toivio 2009, 310; Tuori 2011.)

3.1 Mielenterveyspalvelut Suomessa

Kunnat siis vastaavat mielenterveyspalveluiden järjestämisestä asukkailleen, kuten muidenkin sosiaali- ja terveyspalveluiden. Palvelut kunta voi tuottaa itse tai ostaa ne muualta, kuten esimerkiksi sairaanhoitopiireiltä tai yksityisiltä palveluntarjoajilta. Valtakunnallisen tason suunnittelu kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle samoin kuin terveyspalveluiden valvonta. (Tuori 2011,1-2.)

Periaatteessa tarjottavien palveluiden jako on selkeää, kuten seuraavasta kuvioista 2 voidaan nähdä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Kuntien tarjoamat palvelut vaihtelevat kuitenkin suuresti, usein avohoitopalveluita (johon kotikuntoutusryhmäkin sijoittuu) tarjoavat psykiatriset poliklinikat, mielenterveyskeskukset ja perusterveydenhuollossa terveyskeskukset. Erilaisia palveluita ostetaan myös yksityisiltä toimijoilta; yleisimmin erilasia asumispalveluita ja kuntouttavaa päivätoimintaa. Osittain on käynyt niin, että kun sairaansijoja on vähennetty ja hoitoaikoja rajusti lyhennetty, on osa potilaista siirtynyt sairaalasta tuettujen asumispalveluiden piiriin eikä itsenäiseen asumiseen kuten tavoite on alun perin useimmiten ollut. (Tuori 2011, 1-3.)

Ympäri vuorokautisia mielenterveyspalveluja tarjoavat Suomessa lähinnä sairaalat. Vaihtoehtoja niille ei juuri vielä ole. Ohjattua mielekästä päivätoimintaa on myös Suomessa aivan liian vähän, vaikka se olisi erittäin tärkeää kuntoutumisen kannalta. Tutkimusten mukaan liikkuvat mielenterveyspalvelut ja avohoitoyksiköt eli kehittyneet ja monipuoliset avohoitopalvelut ovat yhteydessä alentuneeseen itsemurhakuolleisuuteen. (Wahlbeck K, 2009. Mieli 2009; 12–13.)

Monipuoliset ja asiakaslähtöiset avopalvelut vähentävät ulkomaisten tutkimusten mukaan myös mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten tekemiä henkirikoksia. Rakennemuutos sairaaloista avohoitoon on siis tutkimusten valossa oikeasuuntainen. Suomessa tarvitaan kuitenkin enemmän ympärivuorokauden toimivia kotiin vietäviä työryhmäpohjaisia avohoitopalveluita jotta sairaansijoja sairaalois-

sa voidaan vähentää. Toki tarvitaan myös sairaalahoitoa, mutta suuri osa sairaaloiden sitomista resursseista tulisi suunnata avohoitoon. Tällainen uudistus tukee asiakaskeskeisyyttä ja asiakkaiden osallisuutta hoidossa. (Wahlbeck K, 2009. *Mieli* 2009; 12–13.)



Kuvio 2. Mielenterveyspalvelut Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemänä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

3.1.1 Avohoitopalveluiden kehittäminen

Sairaalahoitopaikat ovat vähentyneet Suomessa rajusti; 1980-luvulla paikkoja oli noin 20000 ja nyt 2010-luvulla enää noin 4000. Hoitoajat ovat myös lyhentyneet merkittävästi. Sairaala on nykyään paikka, jossa ollaan hoidossa vain silloin, kun muut palvelut ovat todella riittämättömät ja kotiutuminen tapahtuu huomattavasti nopeammin kuin vielä vuosikymmen sitten. (Tuori 2011.)

Vapautuneiden resurssien siirtyminen avohoitoon on kuitenkin tapahtunut hyvin vajavaisesti ja hitaasti. Erilaisten projektien ja kehittämistoiminnan avulla on saatu avohoidon kehittäminen käyntiin 1990-luvun loppupuolelta alkaen. Paljon on kuitenkin vielä tehtävä, jotta avohoidon palvelut olisivat riittävät. Eri kuntien tarjoamat palvelut vaihtelevat suuresti ja näin eri puolilla Suomea asuvat mielenter-

veyspalveluita tarvitsevat ihmiset ovat hyvin eriarvoisessa asemassa. (Harjajärvi, Pirkola, Wahlbeck 2006, 18–21; Tuori 2011.)

3.1.2 Kehityshaasteita Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian yksikössä

Psykiatrisen sairaanhoidon tilanne Vaasan sairaanhoitopiirissä 2000-luvulla noudatteli pitkälti valtakunnallisia suuntauksia. Laitoshoitopainotteisuus on yhä vahvaa ja hoitajaksot jopa pidempiä kuin muualla maassa. Perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut ovat olleet kunnissa vähäisiä ja riittämättömiä, mikä on johdannut siihen että erikoissairaanhoidossa on hoidettu paljon myös lievemmistä mielenterveyden häiriöistä kärsiviä henkilöitä. (Kautto, Tuohimäki, Kerätär, Vesimäki, Ivars & Pitkänen 2012, 5.)

Tultaessa 2010-luvulle alkoivat kunnat sairaanhoitopiirin alueella valmistella mielenterveysstrategioitaan, mikä osaltaan selkeyttää hoidon porrastusta ja luo mahdollisuuksia uudenlaiseen yhteistyö- ja konsultaatiotoimintaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Hoidon painopistettä pyritään nyt siirtämään perusterveydenhuollon suuntaan ja erikoissairaanhoidon tehtäväksi jäisi vaikeista mielenterveydenhäiriöistä kärsivien potilaiden auttaminen. (Kautto 2012, 10–11.)

Vuonna 2012 Vaasan sairaanhoitopiirissä luotiin strategia avohoitomuotojen kehittämiseksi. Tavoitteena on se, että hoidon ytimenä olisivat monipuolinen, asiakaslähtöiset ja laadukkaat avohoitopalvelut. Strategian toteuttamiseen ja hoitotyön kehittämiseen on kannustettu aktiivisesti mukaan koko psykiatrian yksikön henkilökuntaa. (Kautto 2012, 12.) Kotikuntoutustyöryhmä on yksi avokuntoutustyön muoto ja täten ryhmää kehitetään edellisessä luvussa esitetyn strategian mukaan. Tässä opinnäytetyössä luotavaa toiminta-ajatusdokumenttia tullaan käyttämään parempien verkostojen luomiseksi ja sen avulla palvelut esitellään asiakkaalle. Asiakaskeskeisyyden vahvistamiseksi käytetään jatkossa kotikuntoutustyöryhmän työssä opinnäytetyössä kehitettyä hoidon vaikuttavuusmittaria.

Kuviossa 3 esitetään tiivistetysti edellä mainitusta strategiasta ne asiat, jotka vaikuttavat olennaisesti myös kotikuntoutustyöryhmän kehittämistyöhön, ja joiden

toteuttamisessa työryhmässä voidaan käyttää apuna tässä opinnäytetyössä tuotettua toiminta-ajatusdokumenttia sekä vaikuttavuusmittaria. (Kautto 2012, 5–12.)



Kuvio 3. Vaasan sairaanhoitopiirin avohoitomuotojen kehittämisstrategian ydin kotikuntoutustyöryhmän toiminta-ajatuksen kannalta. (Kautto 2012).

3.2 Psykoosit

Psykoosi on nimitys mielenterveyden häiriöille, jossa ihmisen todellisuudentaju ei toimi tavanomaiseen tapaan. Sairastuneen henkilön voi olla vaikea erottaa omia ajatuksiaan ja todellisuutta. Yleensä psykoosin kesto vaihtelee päivistä joihinkin kuukausiin. Jotkut ihmiset sairastuvat elämänsä aikana psykoosin vain kerran, kun taas toisille psykoosisairauksille on ominaista psykoosijaksojen uusiutuminen. (Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskus 2009.)

Nykykäsityksen mukaan psykoosisairauksiin sairastumiseen vaikuttavat yksilön biologinen alttius ja stressitekijät. Stressi tässä yhteydessä voi olla joko ulkoista tai sisäistä (esim. elämäntilannemuutokset, ihmissuhdetekijät, huumeiden tai alkoholin käyttö). Psykoosiin sairastumiseen tarvitaan siis useita tekijöitä ja sairauden laukaiseva stressitekijä ylittää yksilön kyvyn hallita ja kestää stressiä. Psykoosiin sairastuu Suomessa nuorista aikuisista noin 3 prosenttia, ja koko väestötämme skitsofreniaa sairastaa 0,5 % - 1.5 %. Kyse on siis paitsi inhimillisen kärsimyksen myös kansantalouden kannalta merkittävistä sairauksista. (Duodecim 2001, 40–57; Laitinen 2006, 6.)

3.2.1 Psykoosi ja siihen sairastuminen

Psykoosissa ihminen on usein peloissaan, ahdistunut, levoton ja koko hänen elämänsä on hälytystilassa. Vainoharhat, pelot, aistiharhat ja erilaiset väärät tulkinnat todellisuudesta hallitsevat ja psykoosiin sairastunut ihminen ei itse useinkaan tiedä sairastuneensa. Skitsofrenia on vaikein psykoosisairaus, mutta myös skitsoaffektiiiviseen häiriöön, harhaluuloisuushäiriöön, masennukseen ja kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön voi kuulua psykoottisia oireita. Psykoosi voi aiheutua myös elimellisestä syystä (esim. aivokasvain) tai kemiallisen muutoksen aiheuttamana, kuten alkoholipsykoosi tai huumausainepsykoosi. Tässä opinnäytetyössä psykoosilla tarkoitetaan, ellei muuta mainita, nimenomaan mielenterveyden häiriöihin liittyviä psykoositiloja. (Terveyskirjasto.)

Psykoosia sairastavan ihmisen käytös voi tuntua muista ihmisistä kummalliselta ja oudolta, sillä se noudattelee sairastuneen logiikkaa ja ajatuksia. Hän voi olla ärtynyt, peloissaan, epäluuloinen ja hänen puheensa ja kognitiiviset toimintonsa voivat muuttua. Oxfordin sanakirja määrittelee psykoosin lyhyesti niin, että psykoosi on vakava henkinen häiriötila jossa ajatukset ja tunteet ovat häiriintyneet ja heikentyneet että yhteys ulkoiseen todellisuuteen katoaa. Psykoosiin ja psykoosisairauksiin liittyy yhä paljon ennakkoluuloja ja pelkoja, mikä on omiaan lisäämään sairastuneiden tuskaa, masennusta ja stigmatisoitumista. Tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen sairauksista voi hälventää pelkoja ja ennakkoluuloja. (Berg 2006,6; Oxford Dictionary 2012.)

3.2.3 Skitsofrenia ja sen vaikutus kognitiivisiin toimintoihin

Skitsofrenia on hyvin monimuotoinen sairaus, se ilmenee eri ihmisillä hyvinkin erilaisilla. Koska se vaikuttaa ihmisen ajatteluun, se voi vaikuttaa periaatteessa kaikkiin elämänalueisiin. Ajatuskulun häiriöt voivat vaikeuttaa uuden oppimista, ja opitun soveltaminen uudessa ympäristössä voi olla mahdotonta. Asioiden suunnittelu voi olla vaikeaa, ja etenkin aloitekyky on usein heikko. Arkistenkin asioiden suorittaminen saattaa vaatia todella paljon harjoittelemista ja suuria ponnistuksia ja mahdollisesti apua ja ohjausta ulkopuolisilta. (Berg 2006, 3–7.)

Usein ulkopuolinen ihminen saattaa tulkita laiskuudeksi sen, mikä todellisuudessa on sairauden ja sen oireiden kanssa kamppailua ja kognitiivisten häiriöiden aiheuttamaa hankaluutta jokapäiväisissä toimissa. Skitsofreniaa sairastava ihminen voi sairastaa myös depressiota tai mieliala voi olla alentunut. Hoidossa tulee aina myös huomioida ja arvioida mahdollinen kohonnut itsemurhariski. Olennaisena osana skitsofreniaan liittyy aina kognitiivisia häiriöitä, jotka yleensä ovat pitkäkestoisia. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei asioista voisi selviytyä, mutta se vaatii usein pitkääkin kuntoutumisprosessia. Usein sairauteen liittyy sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä, joka saattaa heikentää työssä ja arkielämässä pärjäämistä. (Berg 2006, 3–7; Honkonen, Saarinen, Salokangas 1999; 25, 43–51.)

Usein sairastunut ihminen tulkitsee väärin muiden ihmisten käyttäytymistä, ilmeitä, eleitä tai puhetta ja hänen empatiakykynsä voi myös olla heikentynyt. Tämän-
tapaiset hankaluudet vuorovaikutussuhteissa, mutta myös pelot ja esimerkiksi sairauden aiheuttamat vainoamisen tunteet tai seuraamisen tai uhan tunteet aiheuttavat usein eristäytymistä muista ihmisistä. Tämä on seikka joka vaikeuttaa hoitoon hakeutumista ja siihen sitoutumista yhdessä sairautentunnottomuuden kanssa. Sairaus on hyvin erilainen eri vaiheissa ja eri ihmisillä. Sairastuneella voi olla pitkiäkin täysin oireettomia kausia, ja muistettava on, ettei mikään edellä kuvattu oire yksinään tarkoita sitä, että ihminen sairastaa skitsofreniaa ja myös se, että jokainen ihminen, ja näin ollen myös psyykkinen sairaus, on erilainen. (Berg 2006, 7–8; Malt, 2012.)

3.2.4 Skitsoaffektiivinen häiriö

Skitsoaffektiivisestä häiriöstä kärsivällä ihmisellä on psykoottisten oireiden lisäksi vakavia mielialahäiriöitä erillisenä jaksena ilman mielialaoireita. Psykoottiset häiriöt vaihtelevat yksilökohtaisesti. Oireena voi olla esimerkiksi aistiharhoja, vainoharhoja tai rajuja irrationaalisia pelkoja. Mieliala voi olla joko masentunut tai epänormaalin kohonnut (maaninen). Mikäli nämä mielialat vaihtelevat (masennus ja mania) puhutaan skitsoaffektiivisen häiriön kaksisuuntaisesta muodosta. Sairastuminen skitsoaffektiiviseen häiriöön on jonkin verran harvinaisempaa kuin skitsofreniaan sairastuminen. (Huttunen 2009.)

3.2.5 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä vaihtelevat maaniset ja depressiiviset jaksot, joiden välillä voi olla pitkiäkin oireettomia jaksoja. Maanisessa vaiheessa ihminen voi olla ylipirteä, vauhdikas, puhelias ja ylienerginen, unentarve vähenee ja käytös voi olla harkitsematonta. Henkilö voi tuntea olonsa mahtavaksi ja hyväksi tai ärtymiseksi ja levottomaksi. Hänellä voi olla suuruusharhoja ja kuvitelmia omasta kaikkivoipaisuudestaan, hän voi aiheuttaa vaaraa tai haittaa itselleen ja muillekin täysin pelottomalla käytöksellään. Itsesuojeluvaisto ei aina toimi kunnolla ja riskit ovat sen mukaiset. Mikäli oireet ovat lieväästeisempiä kuin varsinaisessa maniasa, puhutaan hypomaniavaiheesta. (Fahlén 2010, 8–28.)

Depressiivisissä vaiheissa voi esiintyä kaikkia masennuksen oireita, väsymystä ja ruokahalun muutoksia. Masennusjaksot ovat usein lyhyempiä kuin niin sanotussa tavallisessa masennuksessa, mutta ne voivat olla hyvinkin rajuja. Sairauden jaksot voivat olla myös masennuksen ja manian sekamuotoja, oirekuvaltaan hyvinkin nopeasti vaihtelevia. Psykoottisia oireita ja jaksoja voi esiintyä sekä maanisessa että depressiivisessä sairauden vaiheessa. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön eli maanisdepressiivisyyteen sairastuu noin 1 % väestöstä. (Fahlén 2010, 8–28; Duodecim 2008, 16–29.)

3.3 Mielensterveyskuntoutus

Mielensterveyskuntoutuksen käsitteen sisältö vaihtelee suuresti eri asiayhteyksissä. Usein kuntoutuksen käsitteissä painotetaan mahdollista työllistymistä ja taloudellisia näkökulmia. Kuntoutuksen tavoitteena on yleensä parantaa sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, yhteiskunnallisia osallistumismahdollisuuksia ja työelämässä selviytymistä. Usein kuntoutumisen yleisinä tavoitteina nähdään mahdollisimman itsenäinen selviytyminen elämän eri osa-alueilla. Keskeistä kuntoutumisen onnistumiselle on asiakkaan osallisuuden ja aktiivisuuden korostaminen. Jokaisen kuntoutujan kohdalla on kyseessä yksilöllinen ja ainutlaatuinen prosessi joka elää ja kehittyy asiakkaan tarpeen mukaan. (STM 2013).

Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmässä korostuvat kuntoutumisen eri osapuolet ja sillä tarkoitetaan monialaista kuntoutuspalveluiden pakettia. Lähtökohtana kuntoutustarpeen arvioinnille ja kuntoutuksen suunnitteluna on yksilöllisistä kuntoutujista. Eri alojen ammattilaiset toimivat ihannetilanteessa kuntoutusprosessissa tukijoina ja motivaattoreina. Tässä määritelmässä korostuva hyvä yhteistyösuhde nähdään myös tässä opinnäytetyössä keskeisenä kuntoutumisen tekijänä. Samoin kuntoutuksen eri osa-tekijät kuten, ihmissuhteet, työ ja perhe ovat mukana tämän opinnäytetyön elämänlaatu käsitteessä. (STM 2007:13.)

Tässä työssä mielensterveyskuntoutus nähdään laajana eri elämänalueisiin vaikuttavana kuntoutuksena. WHO:n määritelmää noudatellen tavoitteena on vähentää sairauden aiheuttamaa negatiivista vaikutusta ja pyrkiä mahdollisimman hyvään sosiaaliseen integraatioon ja elämänlaatuun sairaudesta huolimatta. (WHO 2012). Hyvä mielensterveys vaikuttaa positiivisesti kaikkiin elämänlaadun osatekijöihin ja on olennainen osa yksilön hyvää toimintakykyä ja elämän mielekkyyttä. Tässä opinnäytetyössä korostuu myös se, että hyvää mielensterveyttä voi olla huolimatta mielensterveyden häiriöistä. Mielensterveyden tukeminen ja vahvuuksien löytäminen mahdollisista häiriöistä huolimatta on tärkeä osa kuntoutusta. (Lindblom 2012.)

3.3.1 Mielenterveyskuntoutuja

Tässä opinnäytetyössä kuntoutujalla tarkoitetaan henkilöä, joka on kärsinyt vakavasta mielenterveydenhäiriöstä ja pyrkii saavuttamaan mahdollisimman hyvän elämänlaadun häiriöistä huolimatta. Kuntoutuja nähdään tässä työssä tilanteensa parhaana asiantuntijana suhteessa kuntoutumisen tavoitteisiin ja elämänlaatuun yllensä. Eri alojen ammattilaiset auttavat häntä löytämään keinoja oman kuntoutumisensa tueksi ja pyrkivät kannustamaan, löytämään voimavaroja ja ylläpitämään toivoa.

Se, että kuntoutuja nähdään tässä opinnäytetyössä tärkeimpänä kuntoutumisen arvioijana, ei sulje pois hoitohenkilökunnan osuutta arvioinnissa. Päinvastoin pyritään uudenaiseen vuoropuheluun, jossa ei kuitenkaan ulkoapäin määritellä yksilön kuntoutumistarvetta tai sen toteutumista. Kuntoutumistavoitteiden määrittelyminen on kuntoutujan motivaation ja mielekkyyden kannalta tärkeää ja kuntoutuja on ehdottomasti tärkein henkilö arvioitaessa tulosta.

Tämä ei tarkoita sitä, että henkilö jatkuvasti pyrkisi kuntoutumaan ja tekisi määrätietoisesti työtä saavuttaakseen tavoitteeseensa. Kuitenkin hän itse on keskiössä, määrittelee tavoitteitaan ja toiveitaan, arvioi voimavaransa ja pitää yllä toivoa. Kaikissa näissä asioissa hoitaja on apuna ja tukena. Hoitaja tarjoaa keinoja ja vaihtoehtoja, ohjaa ja auttaa eteenpäin kuntoutumisen polulla. Kuntoutuja valitsee itse sen minne on menossa, mitä reittiä ja millä keinoin. (Koskisuus 2004, 2226.) Tässä opinnäytetyössä korostetaan myös kuntoutujan osallisuutta hoitotyön vaikuttavuuden arvioijana eli kuntoutuja itse arvioi eri toimenpiteiden vaikutusta elämänlaatuunsa. Osallistettuna kuntoutukseen hänen arvionsa on arvokas ja tärkeä, vaikka se ei olisi sama kuin tilannetta ulkopuolelta arvioivien henkilöiden. Kyseessä on hänen kuntoutumisensa ja hänen elämänlaatunsa, jota juuri hän osaa arvioida.

Mielenterveyskuntoutujan itsemääräämisoikeuden ylikorostaminen voi kuitenkin johtaa myös siihen, että mikään ei muutu ainakaan parempaan suuntaan, vaan itsemääräämisen sijaan yksinäisyys ja passiivisuus valtaavat kuntoutujan elämän. Mielenterveyskuntoutuja tarvitsee välillä paljonkin ohjausta, apua ja tukea. Mielenter-

veyskuntoutuja pyrkii yleensä mahdollisimman suuren itsenäisyyteen, mutta tarvitsee siihen muita ihmisiä. Kuntoutustyö vaativimpia haasteita onkin se, miten auttaa kuntoutujaa itsenäistymään, ylläpitämään toivoa paremmasta, tekemättä häntä riippuvaiseksi avusta, palveluista tai häntä kuntoutumaan auttavista henkilöistä. Jari Koskisuus kiteyttää tämän teoksessaan ”Eri teitä perille. Mitä mielen-terveyskuntoutus on”, seuraavasti, ” Toivo on kuntoutumisen kannalta välttämätöntä, mutta se ei yksinään riitä. Koska pelkkä toivo paremmasta ei johda muutokseen, rinnalle tarvitaan keinoja ja tapoja tehdä toivo eläväksi.” (Koskisuus 2012, 50–53.)

3.3.2 Mielen-terveyskuntoutujan elämänlaatu

Elämänlaadulle ei ole olemassa vain yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, vaan määritelmät sisältävät aina subjektiivisia painotuseroja. Elämänlaatua on tutkittu paljon eri puolilla maailma ja eri asiayhteyksissä. Terveysteen liittyvää elämänlaatu- tutkimustakin on tehty jo 1950-luvulta asti, mutta silti edelleen on vaikea löytää yhtä määritelmää tai yhtä mittaria, joka olisi ylitse muiden ja sopisi joka tilanteeseen. Nykyään useimmat tutkijat ovat sitä mieltä, että elämänlaatu koostuu objektiivisesti mitattavista hyvän elämänlaadun osioista ja lisäksi olennainen osa elämänlaatua rakentuu yksilön oman subjektiivisen kokemuksen varaan, jonka mittaaminen on haastavampaa. Tutkija Lennart Nordenfelt korostaakin elämänlaadun määrittelyssä sitä, että kukin ihminen on itse paras määrittelemään elämänlaatunsa ja hänen tulisi olla tilanteen, lopullinen määräävä arvioija. Hän tuo tutkimukseensa esille myös sen, että elämänlaadun osa-alueiden painoarvo vaihtelee yksilöllisesti ja edelleen muuttuu eri elämäntilanteissa. (Nordenfelt 2004, 150–158).

Elämänlaatu käsitteen määrittelemisen on vaikeaa juuri siksi, että se on hyvin subjektiivinen ja samankin ihmisen kohdalla muuntuva käsite. Elämänlaatua on määritelty sadoin eri tavoin. Määritelmä on aina arvokysymys ja sisältää eettisiä valintoja ja painotuksia. Tässä opinnäytetyössä elämänlaatu on eräänlainen yläkäsite ja sen perusmääritelmänä käytetään WHO:n määritelmää jossa elämänlaatu määritellään yksilön käsitykseksi elämäntilanteestaan, hänen kulttuurinen ympä-

ristönsä ja arvomaailmansa huomioiden. suhteessa kunkin yksilön tavoitteisiin, odotuksiin ja huoliin. (Orley 1996, 5-6.)

Elämänlaadun arvioiminen on vaikeaa, koska usein myös yksilön subjektiivinen arvio omasta elämänlaadustaan poikkeaa muiden ihmisten arviosta. Elämänlaatu käsitteenä laajimmillaan sisältää sen kaiken hyvän mitä ihmisen elämässä on, ja niinpä toimivan ja luotettavan mittarin laatiminen on vaikeaa. Elämänlaatu, vaikuttavan ja hyvän hoidon mittarina korostuu psykiatriassa, sillä sairauden vaikutukset yltyvät useille elämänalueille, ellei jopa kaikille ja lisäksi saattaa merkittävästi vaikuttaa myös potilaan läheisten elämänlaatuun. Joka tapauksessa mielen-terveyden häiriöt vaikuttavat lähes poikkeuksetta ja mittarista riippumatta elämänlaatuun negatiivisesti. Pitkäaikaiset häiriöt, kuten skitsofrenia, masennus ja ahdistuneisuushäiriöt heikentävät elämänlaatua merkittävästi ja laaja-alaisesti, samaan tapaan kuin vakavimmat pitkäaikaiset somaattiset sairaudet. (Saarni & Pirkola 2010.)

3.3.3 Mielen-terveyden häiriöiden vaikutus elämänlaatuun

Psykkisten sairauksien oireista masennus ja yleensäkin mielialaoireet, sekä ahdistus vaikuttavat Saarnin ja Pirkolan tekemän katsauksen mukaan eniten potilaitten elämänlaatuun. Näitä oireita tulisi aina pyrkiä hoitamaan mahdollisimman hyvin riippumatta potilaan sairaudesta. Skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä juuri masennus (jota usein esiintyy psykoosivaiheen jälkeen) huononsi elämänlaatua. Kuitenkin kokonaisuutena skitsofreniaa sairastavien elämänlaatu oli heidän oman arvionsa mukaan parempi kuin läheisten arvioimana. On tärkeää muistaa, että skitsofrenia on hyvin monimuotoinen ja taudinkuvaltaan paljon vaihteleva sairaus. Näin ollen sen vaikutus yksilön elämänlaatuun eri aikoina ja eri ihmisillä vaihtelee suuresti. (Saarni & Pirkola 2010).

Hyvin konkreettisen kuvan siitä, kuinka rajusti mielen-terveydenhäiriöt vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin, antaa tutkimustieto siitä, että skitsofreniaa sairastavien kuolleisuus on kaksin tai jopa kolminkertainen. Nuorissa ikäluokissa ylikuolleisuus on suurinta ja arvioidaan että jopa 5 % skitsofreniaan sairastuneista päätyy itsemurhaan. Lisäksi liitännäissairaudet, kuten diabetes ja sydän- sekä verisuoni-

sairaudet, masennus ja päihdeongelmat, ovat yleisiä skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä. Sydän- ja verisuonitaudeista johtuvat kuolemat ovat skitsofreniapotilailla kaksi kertaa yleisempiä kuin muilla. (Käypä hoito 2013). Näin ollen on luonnollista, että niin sanottu terveyteen liittyvä elämänlaatu on skitsofrenian ja sen liitännäissairauksien takia usein heikentynyt rajustikin.

Skitsofrenia vaikuttaa myös siihen sairastuneen ihmisen läheisten elämään ja elämänlaatuun. Sairaudella on negatiivisia vaikutuksia paitsi henkisesti, myös sosiaalisesti ja taloudellisesti sairastuneen henkilön perheeseen. Mielenterveyden häiriöihin liittyvä stigmatisoituminen ja siihen liittyvä häpeä vaikuttavat läheisten elämänlaatuun. Sairauden pitkäkestoisuus ja se, ettei sen kulku ole aina ennustettavissa aiheuttavat pelkoa ja stressiä läheisissäkin. (Noreen & Gail 2005)

3.3.4 Elämänlaadun huomioiminen hoitotyössä ja sen arvioimisessa

Uudistetussa skitsofrenian Käypä hoitosuosituksessa painotetaan hoidossa elämänlaadun parantamiseen liittyviä hoito- ja kuntoutusmenetelmiä. Oireettomuus ei niinkään ole tavoitteena, vaan enemmänkin mahdollisimman hyvä oireiden hallinta ja elämänlaatu. Hoito tulisi olla potilaan elämäntilanteeseen sopivaa ja vastata hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa. Hoidossa olisi huomioitava koko potilaan elinympäristö ja läheiset ihmiset, koska sairaus saattaa alentaa myös läheisten elämänlaatua. Elämänlaatu ja sen mittaaminen on yksi keino arvioida ja kehittää hoitoa, ja sitä tulisi suositusten mukaan käyttää kliinisessä hoitotyössä yhdessä muiden hoidon laadun ja vaikuttavuuden arviointimenetelmien kanssa. (Käypä hoito 2012; Saarni & Pirkola 2010).

Pitkänen (2011) on väitöskirjassaan tutkinut skitsofreniaa sairastavien potilaiden elämänlaadun parantamista psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Hänen tekemänsä kirjallisuuskatsauksen mukaan ei ole olemassa yhtä ehdottomasti parasta tapaa mitata elämänlaatua, kuitenkin sen mittaaminen on hyvin tärkeää ja sen avulla voidaan ja tulisi kehittää psykiatrista hoitotyötä. Hän toteaa että potilaiden elämänlaatu oli selkeästi alentunut seuraavilla elämän osa-alueilla: henkilökohtaiset

psykologiset ja fyysiset ominaisuudet, itsenäisyys, sosiaaliset suhteet ja ympäristö.

Pitkäsén tutkimuksessa potilaat pitivät tärkeimpinä elämänlaatunsa osa-alueina terveyttä (80 % potilaista arvosti terveyden tärkeimmäksi), perhettä, vapaa-ajan aktiviteetteja, työtä ja opiskelua sekä sosiaalisia suhteita. Pitkäsén mukaan jo hoidon suunnitteluvaiheessa tulisi elämänlaadun arvioinnin olla keskeinen tekijä hoitomenetelmiä valitessa. Tärkeitä ovat myös keskustelu potilaan ja tämän läheisten kanssa. Elämänlaadun arviointi ja siinä tapahtuvien muutosten mittaaminen tulisi olla tärkeä osa hoitoprosessia. Hoitajilla tulisi olla aikaa ja enemmän tietoa siitä, kuinka sairaus vaikuttaa potilaan elämänlaatuun ja millä keinoin sitä voidaan parantaa. (Pitkänen. 2010, 31, 44–50.) (Pitkänen. 2011, 8-12.)

3.3.5 Hoitotyön vaikuttavuuden arviointi

Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä hoitotyö hyvin laajassa merkityksessä; hoitotyön käsite sisältää psykiatrasta hoitotyötä (sekä akuuttityötä että kuntouttavaa) samoin kuin ohjausta ja neuvontaa, ennaltaehkäisevää hoitotyötä, fyysisen hyvinvoinnin tukemista, perhe- ja verkostotyötä, lääkehoidon toteuttamista ja monia muita asioita. Käsitteellä hoitotyö kuvataan tässä työssä kaikkea sitä työtä, jota hoitaja yhdessä asiakkaan kanssa tekee tämän kokonaisvaltaisen voiminnan parantamiseksi tai ylläpitämiseksi.

Kaikilla terveydenhuollon toimilla onkin juuri tämä yhteinen päämäärä: terveyden parantaminen tai sen heikkenemisen hidastaminen. Puhuttaessa hoidon vaikuttavuudesta tarkoitetaan yleensä sitä, miten hyvin tämä tavoite saavutetaan. Hoidon vaikuttavuutta tarkastellaan yleensä suhteessa muihin vaihtoehtoihin, ja usein verrataan eri menetelmien vaikuttavuutta jonkin tietyn vaivan tai sairauden parantamiseen. Saatua tietoa käytetään vaikkapa resurssien jakamiseen tai mahdollisimman tehokkaan menetelmän valitsemiseksi hoitosuositukseen. (Mäkelä 2007.)

Tässä työssä keskitytään kuitenkin mittaamaan yksittäisen, saman asiakkaan kohdalla eri hoitotyön menetelmien vaikuttavuutta eri asioihin ihmisen elämässä ja sitä kautta elämänlaatuun. Asiakkaan subjektiivinen arvio ei siis kerro tässä työssä

luotavan mittarin avulla sitä miten hyvin tai huonosti jokin menetelmä tehoaa eli vaikuttaa yleisesti, vaan nimenomaisen asiakkaan kohdalla ja nimenomaisena hetkenä.

Vaikuttavuutta tutkittaessa nykyään lähestytään asiaa yleensä voimavarakeskeisesti, eikä niinkään mitata ongelmia, vajauksia toiminnassa tai sairauden aiheuttamia hankaluuksia. (Mäkelä 2007.) Tässä opinnäytetyössä luotu mittari, elämänlaatukortit, ovat myös resurssikeskeiset ja niiden avulla paitsi mitataan hoitotyön vaikuttavuutta, pyritään löytämään myös uusia voimavaroja.

3.3.6 Mielenterveyskuntoutujan elämänlaadun mittaaminen

Usein kuntoutumiseen liittyvissä vaikuttavuusmittauksissa keskitytään toimintakyvyn mittaamiseen, myös tässä opinnäytetyössä elämänlaatu on yhteydessä asiakkaan kykyyn toimia omassa kotiympäristössään ja hänelle tärkeiden ihmisten keskuudessa. Mielenterveyden häiriöt heikentävät usein laaja-alaisestikin ihmisen toimintakykyä, niin kognitiiviset kuin sosiaaliset taidot saattavat heikentyä. Mielenterveyskuntoutujan subjektiivinen arvio toimintakyvystään eroaa usein jopa huomattavasti hoitajien, lääkäreiden tai vaikkapa omaisten arviossa. (Tuisku, Melartin & Vuokko 2011.)

Terveystieteidenhuollossa on käytössä ja tarjolla useita satoja erilaisia mittareita jotka liittyvät elämänlaatuun. Usein ne ovat aikaa vieviä ja vaativat keskittymistä sekä vähintään kohtalaisia kognitiivisia taitoja. Tästä syystä olemassa olevat elämänlaatumittarit eivät useinkaan sovellu kotikuntoutustyöryhmän asiakkaille.

Yleisesti kuntoutuksen tavoitteena psykiatriassa on saada psykoosijaksot estetyksi tai hoidetuksi niin, että potilaalla on mahdollisimman vähän oireita. Lisäksi pyritään siihen, että potilaan toimintakyky säilyisi mahdollisimman hyvänä (Lähteenlahti 2008). Tässä opinnäytetyössä laaditulla mittarilla asiakas itse määrittelee tason johon kuntoutumisessaan pyrkii, elämän eri osa-alueilla erikseen. Kuntoutustavoitetta voi myös muuttaa helposti tilanteen ja voinnin mukaan. Tavoitteena on aidosti asiakaslähtöinen kuntoutumisprosessi.

Tanskalaisessa asiakaslähtöisessä (BIKVA, Brugeringdragelse i kvalitetsvurdering eli asiakkaiden osallisuus laadunvarmistajana) on valjastettu nimenomaan asiakkaan näkemykset ja kokemukset kehittämistyön palvelukseen. Asiakas pyrittään osallistamaan arviointiin niin, että he määrittelevät omin sanoin saamiaan palveluita. Tavoitteena on jatkuva vuoropuhelu jossa tapahtuu kehitystä ja arviointia seuraa todellinen toiminta. Johtavan ajatuksena mallissa on se, että asiakkaiden kiinnostuksen kohteita, kykyjä ja valmiuksia sekä arvopainotuksia kunnioitetaan. Tämä malli on kehitetty sosiaalityöhön ja sen lopullisena tavoitteena on tuoda asiakkaalla oleva olennainen tieto julkisen sektorin toimintaan. prosessi on oppimislähtöinen ja sen on tarkoitus vaikuttaa menetelmien kehittämiseen. (Krogstrup 2004,3, 7-14.)

Tästä BIKVA- mallista tämän opinnäytetyöntekijä sai ajatuksen kuntoutujasta oman elämänsä parhaana asiantuntijan ja mahdollisuudesta hänen kauttaan saada tietoa hoitomenetelmien vaikuttavuudesta juuri hänen valitsemiensa tavoitteiden kohdalla. Kukapa muu voisi arvioida tilannetta paremmin kuin kuntoutuja itse.

4. TOIMINTA-AJATUS

Toiminta-ajatuksessa kuvataan toiminnan tavoitetilä. Tavoite on hyvä paloitella pienemmiksi osatavoitteiksi, joiden avulla voidaan käsitteellistää tärkeimmät toiminnot. tällöin toiminta-ajatus ei ainoastaan kerro mitä tavoitellaan, vaan se myös viitoittaa reitin kohti tavoitetta. (Ljung, Nilsson & Olsson 2007, 321–323.). Koska kotikuntoutuksen toiminta-ajatusdokumenttia käytetään myös ryhmän ulkopuoliseen tiedon antamiseen, on tärkeää että siinä kuvataan toiminnan tavoitteen lisäksi keinot ja menetelmät joita käytetään tavoitteisiin pääsemiseksi.

Toiminta-ajatusta laadittaessa on mietittävä ja analysoitava asiakkaiden tarpeita ja toiveita. Toiminta-ympäristö ja käytännön mahdollisuudet tulee luonnollisesti huomioida samoin kuin voimavarat joiden avulla tavoitteeseen pyritään. Pienen työryhmän toiminta- suunnitelmassa on tärkeää huomioida ryhmän henkilökunnan vahvuudet ja mahdollisuudet, unohtamatta rajoitteita. Haasteellista on saada toimintasuunnitelmasta tarpeeksi tavoitteellinen ja kuitenkin realistisesti mahdollinen.

4.1 Hyvän toiminta-ajatuksen keskeiset ominaisuudet

Toiminta-ajatus kertoo mihin toiminnalla pyritään, millaisia palveluita tarjotaan, miten kyseiset palvelut tuotetaan ja kenelle. Perinteinen liike-elämän vastine toiminta-ajatukselle on liike-idea joka yksinkertaisimmillaan vastaakin kysymyksiin: mitä myydään, kenelle ja miten. Samat asiat periaatteessa muodostavat toiminta-ajatuksenkin ytimen (Markkinointisuunnitelma 2013). Vastattaessa edellä mainittuihin kysymyksiin huomioidaan asiakasta. Asiakas on tärkeä ja keskiössä. Asiakaskeskeisyyden takia juuri näihin kysymyksiin etsittiin tässä opinnäytetyössä vastausta taustateorioista. Asiakaskeskeisyys haluttiin myös vahvasti näkyviin toimintasuunnitelmassa ja se on keskeisessä asemassa myös kotikuntoutustyöryhmän taustaorganisaation, Vaasan sairaanhoitopiirin strategiassa. (Vaasan sairaanhoitopiirin strategia 2009–2012.)

Hyvä toiminta-ajatus on selkeä ja niin ajaton, että se on voimassa pitkään, jopa koko toiminnan ajan. Se kertoo mitä tehdään ja miksi, sekä mihin tarpeeseen toiminnalla vastataan. Toiminta-ajatus voi sisältää myös arvoperustan, ja sen tärkeimpiä tehtäviä on ohjata toimintaa ja kannustaa ja innostaa kohti tavoitteita. Se kertoo motivoivalla tavalla organisaation olemassaolon syyn ja edellytykset. (Opetushallitus. Etälukio 2013.)

4.2 Toiminta-ajatuksen tehtävät

Toiminta-ajatus (business idea) on liiketalouden puolella hyvin tärkeä ja keskeinen käsite, joka voidaan määritellä vaikkapa seuraavasti: Toiminta-ajatus on se perusoivallus, jolle yritys rakentaa toimintansa. Toiminta-ajatus ilmaisee yrityksen tarkoituksen ja kertoo miksi kyseinen yritys on markkinoilla. Toiminta-ajatukselta selviää, mitkä ovat yrityksen päätuotteet ja -palvelut, ketä yritys palvelee ja mitä tarpeita se tyydyttää. (Taloussanakirja 2013.)

Liiketoiminnassa yrityksen strategia ja siihen sisältyvä toiminta-ajatus ovat myös johtamisen ja toiminnan ohjaamisen tärkeimpiä työkaluja. Hyvän strategian ja toiminta-ajatuksen avulla johdetaan ja ohjataan yrityksen toimintaa kohti tavoitteita. Grantin (2008) mukaan hyvällä strategialla on niin merkittävä osuus menestymisessä, että se korvaa jopa yrityksen mahdollisia puutteita, vaikkapa resursseissa tai lahjakkuudessa olevia vajauksia. Hyvän strategian avulla siis Grantin mukaan vähän heikompikin voi voittaa vahvemman, tyhmempi älykkäämmän, tai lahjattomampi huippulahjakkaan. (Grant 2008, 3–7.) Strategian tärkeimmät osa-tekijät esitetään taulukossa 1. Hoitoalalla resurssit eivät ainakaan lisäänty vaikka palveluiden kysyntä kasvaa, hyvä strategia ja sen käyttäminen toiminnan ohjauksessa, johtamisessa ja etenkin jokapäiväisen hoitotyön ohjenuorana voisi auttaa laadun ja tehokkuuden tavoitteiden suuntaan.

Taulukko 1. Strategian ja toiminta-ajatuksen tärkeimmät ominaisuudet Grantin mukaan. (Grant 2008, 5–17.)

Strategia				
Suunnitelma, menetelmät ja toiminta joiden avulla saavutetaan määritelty tavoite.				
Yksinkertaiset johdonmukaiset pitkälle ajanjaksolle tehdyt tavoitteet. Esitettävä selkeästi ja niille on omistauduttava.	Tehokas toteutus. Paraskin strategia on hyödytön ellei sitä toteuteta tehokkaasti ja määrätietoisesti	Toimintaympäristön syvälinen ja hyvä analysointi ja ymmärtäminen. Oma toiminta-alue ja menestymisen edellytykset on tunnettava läpikotaisin ja tilannetta seurattava.	Voimavarojen objektiivinen arviointi ja vahvuuksien löytäminen ja käyttäminen. Heikkoudet huomioidaan ja suojaudutaan.	Johtamisessa hyvä päätöksentekokyky ja energiaa niiden toteuttamiseen. Työntekijöiden omistautumisen arvostaminen.

Toiminta-ajatus ja strategiatyö hoitoalalla ei ole itsestäänselvyys, vaikka ne voisivat olla todella tärkeitä suunnannäyttäjiä ja toiminta-ajatusta luodessa voidaan oppia paljon omasta toiminnasta ja kehittää uusia toimintamuotoja sekä ohjata toimintaa. Uudistumisen ja innovaatioiden merkitys hoitoalalla on juuri nyt hyvin tärkeä, ja yhtenä apuvälineenä voidaan käyttää toiminta-ajatusta, jota päivitetään tarvittaessa. Tuolloin joudutaan aina pohtimaan toiminnan tärkeimpiä kysymyksiä.

Kosunen toteaa (2007), että oppiminen ja uuden tiedon luominen ovat yhteydessä yrityksen innovointiin ja uudistumiseen. Hänen tutkimuksensa tukee myös Grantin (2008) korostamaa strategista etua joka saavutetaan kun yrityksen ulkoinen toimintakenttä ja asiakkaiden tarpeet tunnetaan hyvin. (Kosunen 2007).

4.3 Kotikuntoutustyöryhmän toiminta-ajatuksen erityispiirteitä

Kotikuntoutustyöryhmän toiminta-ajatuksen tulee olla selkeä ja kuitenkin tarpeeksi yksityiskohtainen, jotta asiaan perehtymätönkin henkilö saa kuvan ryhmän toimintamenetelmistä ja työn tavoitteista. Tarkoituksena on nimittäin käyttää kyseistä dokumenttia eräänlaisena käyntikorttina toimintaa esiteltäessä mahdollisille uusille asiakkaille ja yhteistyökumppaneille. Asiakkaiden erilaisuus ja kuntoutustarpeiden suuret yksilölliset vaihtelut asettavat omat haasteensa dokumentille.

Toiminta-ajatus luotiin koko ryhmän yhteistyönä ja sen taustana käytettiin teoriaa, mutta myös käytännön työssä kerättiin tietoa hoitomenetelmistä. Lisäksi ryhmäkeskusteluissa pyrittiin saaman työryhmän tärkeimmät arvot ja tavoitteet esiin. Tavoitteena oli luoda pienelle työryhmälle toiminta-ajatus, joka tuo esiin ryhmän hoitotyön ytimen ja kuvaa tarjottuja palveluita. Tavoitteena on myös selkeyttää työryhmän tavoitteita ja saada ryhmätyö toimimaan entistä paremmin ja selkeiden yhdessä valittujen keinojen kautta kohti yhteistä tavoitetta.

Haasteena oli saada toiminta-ajatukseseen mahtumaan toiminnan ydin selkeästi muotoiltuna ja kuitenkin niin, ettei se ole liian jähmeä. Parhaimmillaan toiminta-ajatus saa organisaatiossa työskentelevät kehittymään ja kehittämään toimintaa oikeaan suuntaan, samalla kun he kokevat työnsä merkitykselliseksi ja tietävät mihin kaikella toiminnalla pyritään. (Mälkiä 2008.)

5. TUTKIMUSMENETELMÄT JA AINEISTOT

Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa (toiminta-ajatuksen laatiminen) edettiin kvalitatiiviselle tutkimukselle yleiseen tapaan aineistolähtöisesti. Laadullisen tutkimuksen yksi ydinominaisuksistahan on pyrkiä selvittämään jonkin asian tai ilmiön luonnetta ja ominaisuuksia ja tässä tutkimuksessa edettiin suurille ihmis-määrille laadituista strategioista ja suunnitelmista pienehkön työryhmän toiminta-ajatusta kohti. Laadullisen tutkimuksen objektiivisuus lähtee siitä, että tutkija ei sekoita omia uskomuksiaan, asenteitaan ja arvojaan tutkimukseen. Sen sijaan yrittää ymmärtää haastateltavan henkilön näkökulmia ja ilmaisuja. Tutkija perehtyy ja pyrkii vuorovaikutukseen tutkittavan kohteen kanssa. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämiseen ja tulkintaan läpi koko tutkimusprosessin, aineistoa pyritään järjestämään, jäsentämään ja ymmärtämään. Teoria on laadullisen tutkimuksen aineiston lukemisen, tulkinnan ja analysoivan ajattelun lähtökohtana. (Web center for social Research methods 2006.)

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin nimenomaan selvittämään kotikuntoutustyöryhmän työn luonnetta, tarkoitusta, tavoitteita, toimintamenetelmiä ja vaikuttavuutta. Tavoitteena oli pitää potilaiden elämänlaatu yläkäsitteenä, joka on toiminta-ajatuksenkin ydin. Elämänlaatu yläkäsitteenä mahdollisti sen, että tältä teoriataus-talta voitiin kehittää vaikuttavuusmittari, jossa elämänlaatu on mittaamisen ydin-kohde. (Widerberg, 2002, 15–19, 33–36).

Opinnäytetyö on kehitystehtävyyppinen ja suorassa yhteydessä käytännön työhön, siksi lähestymistapa on vahvasti toimintatutkimuksellinen. Toimintatutkimuksen tavoitteena ei ole ainoastaan tutkiminen ja tutkimustulosten tuottaminen vaan myös aito toiminnan kehittäminen. Toimintatutkimuksen alkuperäisenä päämääränä on ollut tutkia sosiaalista toimintaa ja se soveltuu hyvin myös psykiatrisen hoitotyön kehittämiseen, sillä vuorovaikutus ja ihmisten yhteistoiminta muodostavat päivittäisen hoitotyön ytimen. (Aaltola & Valli 2007, 196- 200.)

Eräs toimintatutkimuksen keskeinen ominaisuus on nostaa ajatukset ja hiljainen tieto esiin, muodostaa keskustelun, ajattelun ja kielellisen jäsentelyn avulla teorioita käytännön palvelukseen. Teorioita joita edelleen käytännössä pohdinnan, tietoisesta keskustelun ja vuorovaikutuksen kautta kehitetään ja edelleen niiden avulla kehitetään toimintaa. Toimintatutkimuksen mahdollistama omasta toiminnasta ja sen tarkoituksesta ja vaikutuksista tietoiseksi tuleminen; ajattelun ja kielen keinoin, palveli hyvin opinnäytetyön tutkimustehtäviä. (Aaltola & Valli 2007, 198-205.)

Vaikuttavuusmittaria laadittaessa pyrittiin ratkaisemaan käytännön kehitystehtävää ja tutkimus oli mitä suurimmassa määrin tilanteeseen sidottua ja itseään tarkkailevaa. Pyrittiin myös löytämään uusia näkökulmia kotikuntoutusryhmän työskentelyyn ja opinnäytetyössä on mahdollisuus subjektiiviselle ja impressionistisellekin lähestymistavalle. Tämä lähestymistapa painottui osiossa, jossa laadittiin vaikuttavuusmittaria. (Metsämuuronen 2009, 234–238.)

5.1 Aineiston keruu

Toiminta-ajatusta laadittaessa aloitettiin sisällönanalyysimenetelmin ja teemoitettiin sekä pelkistettiin taustateoria asiakirjat. Sitten asiakirjoista saadulle aineistolle esitettiin kysymyksiä joiden vastauksina saatiin ydinteemoja toiminta-ajatuksen laatimiseen. Seuraavaksi esiteltiin ydinteemat työryhmälle ja fokusryhmähaastattelun keinoin kerättiin ideoita ja mielipiteitä teemoista ja kehitteillä olevasta dokumentista. Ryhmähaastattelujen välillä kirjoitettiin puhtaaksi haastattelussa tehdyt muistiinpanot ja työstettiin toiminta-ajatusdokumenttia näiden perusteella.

Ryhmähaastattelut aloitettiin niin, että keskusteltiin lyhyesti edellisen tapaamisen ydinajatuksista ja esiteltiin dokumentin senhetkinen versio sekä jatkettiin pohdintaa dokumentin+ kehittämiseksi. Tämän opinnäytetyöntekijä on yleensä osa työryhmää mutta nyt painottui osaltaan tutkijan rooli ja tutkijan aseman vahvistamiseksi myös havainnointi oli olennainen osa aineistonkeruumenetelmän tätä vaihetta. Osallistuva havainnointi soveltui opinnäytetyöhön, koska kyseessä on pieni työryhmä ja tutkimustehtävät ovat nousseet juuri tämän työryhmän käytännön tarpeista. Ryhmän jäsenet ovat kotikuntoutustyön asiantuntijoita ja tuntevat ryhmän

ja asiakkaiden tarpeet, ryhmä on tietoinen tulevista keskusteluista ja motivoitunut niihin. (Metsämuuronen 2009, 256–59; Tuomi & Sarajärvi 84–85, 95–101.)

Toiminta-ajatus laadittiin niin, että se on tavoitteiltaan samansuuntainen kuin kotikuntoutustyöryhmän taustaosaston toimintasuunnitelma ja Vaasan keskussairaalan strategia. Seuraavalla tasolla se linkittyy valtakunnallisiin suosituksiin ja lopulta Euroopan terveysohjelmaan. Nämä taustateoriat valittiin sisällönanalyysin materiaaliksi koska ne ovat laaja-alaisia ja mielenterveys nähdään niissä osana hyvinvointia sekä elämänlaatua. Mittaria laadittaessa oli tärkeää, että taustateorioissa on huomioitu kaikki elämänlaadut tekijät, ei ainoastaan mielenterveyttä ja sen häiriöitä.

5.1.1 Asiakirja-aineisto

Tässä opinnäytetyössä laadittu toiminta-ajatus ja samassa dokumentissa kuvatut hoito- ja kuntoutusmenetelmät perustuvat täten paitsi ryhmän käytännön työssä hankkimaan kokemukseen ja hiljaiseen tietoon, myös teoreettiseen näyttöön jossa elämän ja terveyden eri osa-alueet on huomioitu. Hiljaisen tiedon muuntaminen kirjalliseen muotoon vaati useita menetelmiä joista lisää myöhemmin. Teoriat valittiin niin, että yleisemmältä ja koko Eurooppaa koskevalta tasolta edettiin kohti yksityiskohtaisempaa sairaanhoitopiirin strategiaa.

Euroopan terveysohjelma, joka on yleisluontoisin teorioista, ei korosta erityisesti mielenterveyttä irrallisena asiana, vaan keskittyy ihmisen sosiaaliseen hyvinvointiin, terveyteen, ennaltaehkäisyyn ja tiedonjakamiseen. Ohjelma muodostaa katto-teorian, jonka alle muut tässä käytetyt teoriat mahtuvat hyvin. Ne täsmentävät ja tarkentavat Euroopan terveysohjelman tavoitteita sekä tulevat lähemmäksi käytännön hoitotyötä.

Mukana taustateorioissa on myös yksi valtakunnallinen käypä hoito- suositus (ryhmän asiakkaitten yleisimmästä sairaudesta, skitsofreniasta), jotta toiminta-ajatusdokumentissa esitetyt hoito- ja kuntoutusmenetelmät perustuvat myös tämänhetkiseen tieteelliseen näyttöön ja valtakunnallisiin suosituksiin. Aluksi valittiin Euroopan vihreä kirja- niminen dokumentti teorioihin, se vaihdettiin yllä mai-

nittuun skitsofrenian käypä hoito suositukseen ensinnäkin siksi, että kyseinen dokumentti lähinnä määrittä Euroopan Unionin yhteisen mielenterveysstrategian tarvetta, tuomalla esiin ongelmia ja epäkohtia, kirja ei niinkään kuvannut eikä määrittänyt laadukasta tai vaikuttavaa hoitoa.

Käypä hoito- suositus taas linjaa näyttöön perustuvat hoito- ja kuntoutusmenetelmät sekä kuvaa psykoosisairauden hoidon edellytyksiä ja tavoitteita. Kuntoutuksellinen näkökulma on myös vahvasti mukana tässä suosituksessa ja tämä opinäytetyö toteutettiin psykiatrian kuntoutusyksikössä.

Seuraavassa luettelo sekä kuvio 4, jossa kuvataan taustateorioita joita tässä opinäytetyössä käytettiin sisällönanalyysin lähdeaineistona toiminta-ajatuksen laatimista varten.

- **Mielenterveyspalveluiden laatusuositus**
(Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantarayhmä. STM 2001, 9.)
- **Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, yhteiset linjaukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi**
(Mielenterveys - ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. STM 2009:3.)
- **Euroopan unionin terveysohjelma** (European Health Programme 2008–2013 Together for Health.)
- **Skitsofrenian käypä hoito suositus, 2008.** (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä.)
- **Vaasan sairaanhoitopiirin strategia 2009–2012**



Kuvio 4. Toiminta-ajatuksen taustateorioiden porrastus.

5.1.2 Fokusryhmähaastattelu

Laadittaessa toiminta-ajatusta toteutettiin kotikuntoutustyöryhmässä asiasta fokusryhmähaastatteluja joista kirjattiin ydin muistiin. Näiden dokumenttien pohjalta opinnäytetyöntekijä muokkasi ryhmähaastattelujen välillä toiminta-ajatusdokumenttia. Opinnäytetyöntekijä oli itse mukana haastatteluissa, eli tämä osa toteutettiin myös osallistuvan havainnoinnin keinoja avuksi käyttäen.

Kirjallisissa haastattelumuistiinpanoissa on paitsi ryhmän jäsenten esittämiä ajatuksia ja mielipiteitä, myös havaintoja haastattelutilanteesta. Haastatteluista tehtyjä havaintoja käytettiin hyväksi muokattaessa taustamateriaalia ja kysymyksiä seuraavaan haastatteluun. Toiminta-ajatusta kohti edettiin vähitellen ja kukin tapaaminen suunniteltiin etukäteen, koska kyseessä on haastattelu, vaikka se tässä työssä etenikin hyvin keskustelumaisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 42–43.)

Haastatteluun osallistujia yhdisti moni asia. Opinnäytetyön kannalta tärkein tietenkin se, että kaikki haastatteluihin osallistuneet työskentelevät kotikuntoutustyö-

ryhmässä. Keskustelun aiheet olivat kaikille tuttuja entuudestaan työn ja kokemuksen kautta. Kyseessä on siis fokusryhmähaastattelu. Usein fokusryhmähaastatteluissa on kaksi haastattelijaa, mutta tässä tapauksessa vain yksi. Tutkimustehävien ohjaamat kysymykset ja keskustelun aiheet laadittiin tämän takia etukäteen. Haastattelu- muistiinpanoihin siis kerättiin aktiivisesti myös havaintoja esimerkiksi siitä, mitkä asiat herättivät paljon keskustelua, mitä oli vaikea ymmärtää tai miten ryhmä ja sen jäsenet tilanteeseen suhtautuivat. Fokusryhmähaastatteluissa usein toinen haastattelijaa tarkkailee ja toinen ohjaa keskustelua välillä. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 115–116.) Koska tässä opinnäytetyössä käytettävissä oli vain yksi haastattelijaa, luotettavuuden parantamiseksi keskustelun ohjaamiseen käytettiin myös kirjallista materiaalia, johon oli koottu opinnäytetyöstä asioita joita kyseisellä kerralla käsiteltiin. Materiaali jäi osallistujille ja siihen kannustettiin tutustumaa ja syventymään myös tapaamisten (ryhmähaastattelujen) välillä.

Fokusryhmähaastattelun avulla voidaan tutkia ryhmän jäsenten asenteita, ajatuksia, mielipiteitä ja käsityksiä jostakin tietyistä asiasta ja havainnoimalla tilannetta tutkijavoit saada kuvan siitä kuinka tieto ja ideat jossakin kontekstissa kehittyvät ja miten niitä käytetään. Fokusryhmähaastattelua on usein käytetty silloin kun aihe on herkkä, henkilökohtainen tai muutoin arkaluontoinen, opinnäytetyössä se antoi metodina mahdollisuuden rehellisten ajatusten esiintuomiseen ja vaikeistakin asioista keskustelemiseen. Tavoitteena se, että kaikki ryhmän jäsenet saivat äänensä kuuluville rohkeasti. (Wibeck 2000, 7–20.)

Jokaiseen ryhmäkeskusteluun laadittiin ennalta muutaman keskustelua ohjaavan kysymys ja tarvittaessa tehtiin lisäkysymyksiä keskustelun edetessä. Kysymykset ja keskustelun ydin kirjattiin (Tuomi & Sarajärvi 2003, 83–86.) Pyrittiin tilanteeseen joka on mahdollisimman lähellä työryhmän normaaleja keskustelutilanteita, jotta saataisiin mahdollisimman aidot ja rehelliset mielipiteet kysymyksiin. Keskusteluja ei nauhoitettu juuri tästä samasta syystä. Opinnäytetyön tekijä pyrki olemaan ohjaamatta mielipiteitä ja olemaan enemmän kuuntelija, havainnoija ja kirjaaja kuin aktiivinen keskustelija. Osallistuvan havainnoinnin haasteena oli se, että vaikka tämän työn tekijä osallistui ja oli vuorovaikutuksessa tutkimuksen tä-

män vaiheen tiedonantajien kanssa, ei kuitenkaan haluttu vaikuttaa liikaa keskustelun kulkuun ja näin saatuun havaintomateriaaliin (Tuomi & Sarajärvi 2003, 83–86.) Toisaalta kysymyksillä ohjattiin sitä, millaista tietoa haluttiin ja myös tutkimuksen tekijä loi taustaa toiminta-ajatuksella esittelemällä työn taustateoriat, niiden valintaperusteet ja sisällönanalyysin tulokset.

Koska tavoitteena oli luoda dokumentti, (toiminta-ajatuksesta) joka todella otettaisiin työryhmän käyttöön, on luonnollista, että koko ryhmä voi osallistua sen muokkaamiseen. Kuitenkin keskustelutapaamisissa oli käytännön syistä (keskustelut tehdään normaalin työajan lomassa, vaikkakin niille varataan etukäteen aikaa) eri kerroilla osin eri henkilöt paikalla. Vaikuttavuusmittarin raaka-versio rakentui toiminta-ajatuksen pohjalta ja sen koekäyttö, testaaminen käytännössä ja kehittäminen jää toteutettavaksi kotikuntoutusryhmässä myöhemmin, jolloin voidaan halutessa käyttää samantyyppistä ohjattua keskustelua yhtenä muotona kerättyä tietoa ja mielipiteitä mittarin kehittämiseksi.

5.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin teemoittamista, jonka avulla etsittiin vaiheittain keskeiset teemat ja käsitteet taustateorioista toiminta-ajatuksen laatimista varten. Menetelmän avulla voidaan laajoistakin taustateorioista asteittain löytää keskeiset teemat. Teemoittamisessa voidaan pitää aineiston ja teorian yhteys tiukkana ja se oli tässä opinnäytetyössä tarpeen, koska tavoitteena toiminta-ajatukselle on teorialähtöisyyden lisäksi se, että se soveltuu hyvin käytännön työhön ja on olennaisena osana ohjaamassa vaikuttavuusmittarin luomista. (Widerberg, 2002, 143–150.) Seuraavassa kuvataan vaiheittain teemoittelun eteneminen tässä opinnäytetyössä.

5.2.1 Asiakirja-analyysi

Vaihe1. Taustateoriat luettiin useaan kertaan, alleviivaten ydinajatuksat. Sitten poimittiin alleviivatut asiat lyhyinä, silti asiayhteyden säilyttävinä kappaleina tai lauseina (ks. Janhonen & Nikkonen 2001, 25.) Edettiin teoria kerrallaan, siinä jär-

jestyksessä kun ne on edellisessä kappaleessa esitetty (esimerkki opinnäytetyöstä kursivilla).

”Skitsofrenian hoidossa keskeistä on erilaisten hoitojen yhdistäminen siten, että ne muodostavat potilaan elämäntilanteeseen soveltuvan ja toipumista edistävän kokonaisuuden, joka vastaa hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa.”

Vaihe2. Tiivistetyt asiat luettiin läpi ja pitkistä kappaleista alleviivattiin tärkeimmät asiat, mikäli kappaletta ei voinut lyhentää asiayhteyden säilymisen takia. Asiakirja kerrallaan ydinasiat poimittiin mahdollisimman lyhyinä, mutta kuitenkin asiayhteyden säilyttävinä suorina lainauksina. Tässä vaiheessa analyysiyksikkö on lause, lauseita tai joissain tapauksissa jopa kappale (ajatuskokonaisuus). Analyysiyksiköt käytiin uudelleen läpi ja mikäli mahdollista niitä tiivistettiin, jotta saatiin mahdollisimman ytimekkäitä ja selkeitä ilmaisuja, teemoja, kuitenkin niin että ydinajatukset säilyvät.

”Elämäntilanteeseen soveltuva ja toipumista edistävä kokonaisuus”.

”Vastaa yksilöllisiin tarpeisiin”

Vaihe 3. Teemoittamisen lisäksi materiaalia pelkistettiin (ja muokattiin samalla toiminta-ajatuksen suuntaan, muuttamatta teemojen sisältöä) esittämällä sille kysymyksiä jotka liittyvät tutkimustehtävään, tässä siis toiminta- ajatukseen. (Seitamaa-Hakkarainen, Tuomi & Sarajärvi 2003, 94–101). Kysymykset on johdettu opinnäytetyössä esitellyistä teorioista jotka kuvaavat sitä mihin kysymyksiin hyvä toiminta-ajatus antaa vastauksen. Käytetyt kysymykset olivat seuraavat:

1. Minkälaisia mielenterveyspalveluita tuotamme?

”Elämäntilanteeseen soveltuva ja toipumista edistävä kokonaisuus”.

”Vastaa yksilöllisiin tarpeisiin”

2. Mitä palveluita (teorioiden mukaan) tarvitaan?

3. Kenelle palvelumme on tarkoitettu?

4. Miten ja millä keinoin voimme palvelut tuottaa?

Aineistosta saadut vastaukset sijoitettiin suoraan kunkin kysymyksen alle ja seuraavaksi etsittiin yhteneväisyyksiä joiden mukaan analyysiyksiköt ryhmiteltiin. Ryhmille annettiin niitä kuvaavat työnimet ryhmittelyä ohjaamaan. Edelleen analyysiyksiköt pidettiin kuitenkin kysymysten mukaan lajiteltuna. Yhden kysymyksen alle syntyi siis useita ryhmiä. (Ensimmäisen kysymyksen alle syntyi viisi ryhmää ja muiden neljä.) mainittakoon, että kolmanteen kysymykseen ei saatu vastauksia sisällönanalyysin keinoin, mutta siihen palattiin ryhmähaastatteluissa.

Toiminta-ajatuksen kysymyksiin haettiin siis vastaukset tässä vaiheessa ainoastaan taustateorioista, joten vastaukset kuvasivat tavoitetilaa joka perustuu näihin teorioihin, suosituksiin ja laatuksiteereihin. Saadut vastaukset jaettiin ryhmiin keskeisen sisällön ja ajatuksen mukaan ja nämä teemaryhmät nimettiin (esim. asiakaskeskeisyys, yksilöllisyys, itsemäärääminen) siltä osin kun niissä oli selkeästi yhteisiä nimittäjiä. (Seitamaa-Hakkarainen 2012; Janhonen & Nikkonen 2001.23–29).

Vaihe 4. Luokat käytiin uudelleen läpi ja teemoja yhdistettiin edelleen sekä tarvittaessa nimettiin teemaryhmät uudelleen, kunnes lopulta esiin nousivat ydinteemat (niitä ei voinut enää yhdistellä, eikä niille löytynyt yhteistä nimeä). Teemojen taustana olevat ilmaisut pidettiin alkuperäisessä muodossa, jotta ne voidaan jäljittää aina alkuperäiseen taustateoriaan asti. (Seitamaa-Hakkarainen 2012; Janhonen & Nikkonen 2001, 23–29). Seuraavassa, taulukossa 2, on esimerkki sisällönanalyysin vaiheista kolme ja neljä erään teemaryhmän kohdalta. (Tämä ryhmä on yksi alaryhmistä joka antaa vastauksen kysymykseen, Minkälaisia palveluita tuotamme?).

Taulukko 2. Esimerkki sisällönanalyysin kahdesta viimeisestä vaiheesta.

Tiivistetty vastaus	Teema	Ydinteema
Elämäntilanteeseen soveltuva ja toipumista edistävä kokonaisuus	Toipumista edistävä	Toivoa ja ihmisarvoa kunnioittava Elämänlaatua parantava
Ylläpidetään toivoa ja luottamusta vaikeuksista selviämiseen ja kuntoutumiseen	Toivoa ylläpitävä	
The reduction of health inequalities	Terveyserojen kaventaminen	
Social and environmental determinants	Sosiaaliset-ja ympäristötekijät	
Healthy life years	Elämänlaatu	
Parantaa psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua	Elämänlaatu	
Asiakkaan kieli ja kulttuuritausta	Kunnioittava	
Ihmisarvon kunnioittaminen	Kunnioittava	

Tällä tavoin käsiteltiin jokainen analyysiyksikkö. Työ tehtiin käsin kirjaamalla kaikki analyysiyksiköiden vaiheet, jolloin ydinteemojen alle sijoittuvat käsitteet ja niiden alkuperä on jäljitettävissä. Lopullisia ydinteemoja on 22 ja ne esitellään myöhemmin tässä opinnäytetyössä tulokset kappaleessa. Ydinteemat ja dokumentti, josta selviää mistä ne on johdettu, sekä käytetty toiminta-ajatuksen määritelmä esiteltiin ensimmäisen fokusryhmähaastattelun alussa työryhmälle ja niiden pohjalta aloitettiin ensimmäinen toiminta-ajatusta kokoava haastattelu.

5.2.2 Sisällönanalyysi ja fokusryhmähaastattelu toimintatutkimuksen palveluksessa

Opinnäytetyön perustana oleva teoreettisen aineiston sisällön analysointi ja teemoittaminen olivat tarpeen, jotta voitiin laatia näyttöön ja tieteelliseen tietoon perustuvan toiminta-ajatus. Teemoittaminen ja aineiston pelkistäminen mahdollistivat sen, että ehdotus ja teorit pystyttiin tuomaan tiivistetyssä muodossa työryhmän keskustelun pohjaksi. Tässä opinnäytetyön vaiheessa toimintatutkimuksellinen ote vahvistuu ja reflektiivisyys, joka on ominaista toimintatutkimukselle, antoi mahdollisuuden haastatteluissa palata aiempiin haastatteluihin sekä kehittää yhdessä työmme teoreettista taustaa ja sitä kautta käytännön työtämme. Tällainen spiraalimaisuus on myös eräs toimintatutkimuksen vahvuuksista, myös siinä mielessä että se antaa tilaa luovuudelle ja uuden keksimiselle. Tässä opinnäytetyössä pyrittiin siihen, että työn tulokset ovat avoimia edelleen kehittymään ja saamaan uusia versoja, työryhmän käytännön työssä. (Heikkinen, Huttunen & Moilanen 1999,32–39.)

6. TULOKSET

Tässä luvussa tutkimustulokset esitetään siinä järjestyksessä jossa ne työn edessä valmistuivat. Tässä opinnäytetyössä oli vahva kehittämistehtävä painotus. Kehittämistehtävän tulokset eli produktit, toiminta-ajatusdokumentti ja hoidon vaikuttavuuden mittari (elämänlaatukortit) sekä niiden taustalla oleva valmistumisprosessi esitetään lyhyesti myös tässä luvussa. Näiden tuloksien käyttöä, käyttömahdollisuuksia ja soveltamismahdollisuuksia pohditaan tarkemmin luvussa seitsemän.

Ryhmätyömuotoa, joka syntyi opinnäytetyön tuloksena, kuvataan kappaleessa seitsemän. Työmuoto ei ollut alkuperäisen kehitystehtävän tavoite, vaan se syntyi ikään kuin ryhmätyöskentelyn ja opinnäytetyön yhdistämisen sivutuotteena. Koska työryhmässä voidaan tätä mallia kuitenkin jatkossakin käyttää nimenomaan kehitystehtävän varsinaisten produktien edelleen kehittämiseen ja arvioimiseen, esitellään työmuoto tässä opinnäytetyössä.

6.1 Ydinteemat

Seuraavat ydinteemat saatiin tulokseksi taustateorioista, sisällönanalyysin, teemotittelun ja pelkistämisen keinoin. Nämä ydinteemat, alla esitetyssä muodossaan olivat ensimmäisen ryhmähaastattelun taustamateriaalina ja keskustelun pohjana. Ne herättivät paljon keskustelua, ja työryhmän työskentelyä sekä asiakkaiden hoidon tarvetta peilattiin niihin. Ne ydinteemoista, jotka vastaavat kysymykseen mitä palveluita tarvitaan, valittiin ryhmähaastatteluissa mukaan lopulliseen toiminta-ajatusdokumenttiin. Niiden mukaan lajiteltiin ryhmän käyttämät hoitotyön menetelmät, tämä luokittelu esitetään taulukossa 3.

Taulukko 3. Lopulliset ydinteemat, toiminta-ajatus teorioista johdettujen kysymysten mukaan jaoteltuina.

Minkälaisia palveluita tuotetaan?	Miten palvelut toteutetaan? Millä keinoin?	Mitä palveluita tarvitaan?
Asiakaslähtöisiä	Moniammattillisesti	Ennaltaehkäisyä
Laadukkaita	joustavasti ja yhteistyöhön perustuen.	Neuvonta- ja ohjaus palveluita
Informatiivisia	Asiakkaan asemaa vahvistamalla.	Tukea antavia palveluita.
Suunniteltuja	Pitkäjänteinen hoitosuhde	Jatkuvuutta ja turvallisuutta rakentavia palveluita.
Toivoa ja ihmisarvoa kunnioittavia.	Terapiat	Tarpeenmukaisia ja suunnitelmallisia.
Osallistavia	Kokonaisvaltainen, psykososiaalinen kuntoutus.	Palveluohjausta
Voimavaralähtöisiä	Vertaistuki	
Yhteisöllisyyttä tukevia.	Hoidon tarpeen ohjaama yhteistyö.	
Oireiden hallintaa tukevia.		

Yhteen toiminta-ajatuksen kannalta keskeiseen kysymykseen ei saatu vastausta sisällönanalyysillä. Kysymys kuuluu: Kenelle palvelumme on tarkoitettu? Tähän saatiin kuitenkin vastaus työryhmältä ryhmähaastatteluissa. Ydinteemat löytyivät siis kolmeen neljästä kysymyksestä. Kaikkia ydinteemoja käytettiin ryhmähaastatteluissa, mutta vain ne jotka vastaavat kysymykseen, mitä palveluita tarvitaan on kirjattuna lopullisessa toiminta-ajatusdokumentissa hoitomenetelmiä ryhmittävinä yläkäsitteinä.

Ydinteemoja käytettiin siis toiminta-ajatusdokumentin sekä hoidon vaikuttavuusmittarin luomiseen. Niitä voidaan käyttää myös myöhemmin kotikuntoutustyö-

ryhmän työn kehittämisessä. Ydinteemat vastaavat kysymyksiin: minkälaisia, miten ja mitä palveluita tulisi tuottaa, jotta ne olisivat tässä opinnäytetyössä käytettyjen taustateorioiden (eli strategioiden ja hoitosuosituksen) mukaisia.

6.2 Toiminta-ajatuksen luominen

Ryhmähaastattelujen avulla luotiin toiminta-ajatusdokumentti kotikuntoutustyöryhmälle. Ryhmähaastatteluja oli seitsemän ja ne olivat kestoltaan vaihtelevia. Lyhyin haastattelu kesti 25 minuuttia ja pisin (ensimmäinen haastattelu) lähes kaksi tuntia. Loput viisi haastattelua kestivät noin 45 minuuttia. Yhteensä siis varsinaisiin haastatteluihin käytettiin aikaa 5 tuntia. Mainittakoon, että haastatteluihin liittyvistä asioista keskusteltiin työryhmässä jonkin verran myös haastattelujen ulkopuolella, päivittäisen työn lomassa. Tähän myös kannustettiin, jotta tämän opinnäytetyön tuotos palvelisi mahdollisimman hyvin käytännön hoitotyötä.

Haastattelija ohjasi keskustelua taustateorioista saadun tiedon avulla ja kertoi myös aina miten dokumentin luominen etenee, sekä pyysi kommentteja dokumentin kehittämiseksi. Haastattelija toi toistuvasti esiin sen miten toiminta-ajatusdokumentti ja hoidon vaikuttavuusmittari liittyvät toisiinsa, sekä miten ja mitä ryhmähaastatteluista saatua tietoa käytetään niiden luomiseen.

Seuraavaksi kuvataan haastatteluiden kulkua, eniten keskustelua herättäneitä asioita ja joitakin muita havaintoja joita opinnäytetyöntekijä kirjasi muistiin haastattelujen kuluessa. Ryhmä haastattelujen aineisto esitetään (kehysten sisällä) tiivistettynä, haastattelut esitetään aikajärjestyksessä ensimmäisenä pidetystä aloittaen. Otsikkona haastattelun aihe ja alla lihavoituna haastattelua ohjaavat kysymykset sekä keskeiset teemat, seuraavana yhteenveto ryhmähaastattelun tuloksista. Kurssiivilla on lisätty mukaan joitakin suoria lainauksia ryhmähaastattelusta.

6.2.1 Hiljaisen tiedon muuttaminen näkyväksi, ryhmähaastattelun ja havainnoinnin keinoin.

Ensimmäisen haastattelun alussa opinnäytetyön tekijä kertoi miten ydinteemat oli tuotettu ja teemat käytiin läpi yksitellen. Aluksi monet ydinteemoista tuntuivat ryhmän jäsenten mielestä jotenkin kaukaisilta käytännön työhön nähden, mutta

keskustelun edetessä ryhmässä syntyi ajatus siitä, että ehkä näiden teemojen avulla voitaisiin jotenkin ytimekkäästi laajemmin kuvata ryhmän tekemää hyvinkin monenlaista hoitotyötä.

Paljon keskustelua heräsi siitä, millainen olisi hyvä toiminta-ajatusdokumentti. Yhtä mieltä ryhmässä oltiin siitä, että sen tulee olla selkeä, mutta myös tarkasti kuvata juuri tämän työryhmän hoitotyön erityispiirteitä. Kaikki ryhmän jäsenet myös kokivat, että toiminta-ajatusdokumenttia tarvitaan, jotta voidaan kertoa ja tiedottaa ryhmän toiminnasta uusille asiakkaille ja heidän läheisilleen. Yhteistyökumppaneille ja perehdytykseen kaivattiin ryhmässä myös kirjallista materiaalia ja sovittiin että pyritään luomaan dokumentista mahdollisimman monikäyttöinen.

Ammatillisen tiedon ja taidon saaminen esille ja dokumentoiduksi esitteeseen olikin fokusryhmähaastatteluiden tavoite. Kotikuntoutustyöryhmässä hoitajat usein kokivat, etteivät aina osaa pukea sanoiksi tai nimetä kaikkia käyttämiään hoitotyön menetelmiä ja tässä kohdin päätettiin tukeutua ydinteemoihin. Se, miten kaikki käytännön hoitotyön menetelmät ja niin sanottu hiljainen tieto saataisiin kartoitettua ja kuvattua lyhyesti ydinteemojen avulla, oli vielä epäselvää.

Toiminta-ajatus käsite ei ollut kaikille ryhmän jäsenille tuttu ja siitä keskusteltiin ja pohdittiin millaisia toiminta-ajatuksia eri yrityksillä ja yhteisöllä voisi olla. Sovittiin, että ryhmän jäsenet pohtivat millaisen toiminta-ajatusdokumentin haluisivat ja mitä asioita siinä tulisi olla. Ryhmähaastattelussa kaikki jäsenet olivat alusta asti aktiivisia ja tuntuivat kokevan asian tärkeäksi.

Ydinteemoissa oli muutamia, jotka herättivät paljon pohdintaa ja jakoivat mielipiteitä, kun haastattelija kysyi voisiko niillä kuvata ryhmän tekemää hoitotyötä. Yhteisöllisyys ja toivoa kunnioittava olivat ydinteemoja, joista keskusteltiin pitkään. Pohdittiin mitä ne mahtavat tarkoittaa ja miten ne mahdollisesti liittyvät kuntouttavaan psykiatriseen hoitotyöhön, ja mitä ne tarkoittavat juuri tämän työryhmän työn ja asiakkaiden kohdalla.

Ensimmäisessä ryhmähaastattelussa käytettiin paljon aikaa keskusteluun, joka liittyi siihen mitä kukin ryhmän jäsen ajattelee kustakin ydinteemasta. Toiminta-

ajatuksen rakentaminen tuntui ryhmästä hyvin tarpeelliselta, mutta melko hajanaiselta ja sekavaltakin tehtävältä. Sovittiin, että voidaan ennen seuraavaa haastattelua tutustua erilaisten yritysten ja yhteisöjen toiminta-ajatuksiin.

TAUSTATEORIAT JA YDINTEEMAT

(ensimmäinen ryhmähaastattelu)

Taustateoriat esiteltiin ja ydinteemat käytiin yksitellen läpi.

Mitä ajatuksia ydinteemat herättävät suhteessa työryhmän työhön?

Minkälainen on hyvä toiminta-ajatus?

- Seuraavat ydinteemat koettiin tärkeinä ja ne herättivät keskustelua: **toivo ja sen kunnioittaminen, informatiivisuus, ennaltaehkäisevä työ, neuvonta- ja ohjauspalvelut sekä yhteisöllisyys.**

”Kyllä se esite tietysti ensisijaisesti on meidän tuleville potilaille, mutta olis hyvä jos muutkin tietäis vähä mikä ryhmä tää oikein on ”

”Toivon kunnioittaminen on oikeesti aika hieno ..., ja sitähan me yritetään, potilaan toiveita kuunnella ja haaveita...ja tukea toteuttamaan”

6.2.2 Mikä ja millainen toiminta-ajatus dokumentti?

Ryhmähaastattelun aluksi jo tuli selkeästi esiin, että tulevasta toiminta-ajatusdokumentista haluttiin konkreettinen, helppolukuinen ja sen pitäisi palvella monenlaisia ihmisiä. Haluttiin dokumentti, jossa on paljon tietoa ja samalla se ei saisi olla liian raskaslukuinen.

Kuntoutus ja kuntoutuminen herättivät paljon keskustelua. Samoin pohdittiin sitä, mitkä seikat määrittävät nimenomaan kotikuntoutustyöryhmän asiakkaita, ja miten yhteistyötä eri tahojen (omaiset, perusterveydenhuolto ja oman sairaalan osastojen ja yksiköiden henkilökunta) kanssa voitaisiin kehittää. Kuntoutus ja yleis-

simmin käytettävät hoitomenetelmät haluttiin vahvasti esiin dokumenttiin, sillä ne ovat kyseisen työryhmän erityisosaamisaluetta.

Edellisessä keskustelussa esiin noussut hiljaisen tiedon näkyväksi tekeminen puhutti edelleen. Haastatteliija toi keskustelun pohjaksi myös seuraavan tekstin. Hiljainen tieto voidaan hankkia tekemällä, aistimalla ja harjaantumalla. Yhdessä tekeminen auttaa siirtämään hiljaista tietoa eteenpäin. Työryhmillä on usein kirjoittamattomia sääntöjä ja ohjeita ja niitä voi olla vaikea edes pukea sanoiksi. Hiljainen tieto voi löytyä ja tulla esiin tutkimalla, vaikkakin sitä on edelleen vaikea pukea sanoiksi. (Vilkkä 2006, 32–34).

Keskusteltiin siitä, mitä eri hoitomenetelmiä käytetään ja ryhmän jäsenet luettelivat seuraavia mielestään yleisiä ja tärkeitä hoitomenetelmiä: lääkehoidon ohjaus ja toteutus, hyvän vuorokausirytmien ja päiväohjelman etsiminen, osallistaminen, voimavarojen etsiminen, palveluohjaus, psyykkisen- ja muun voinnin seuranta, oireidenhallintaan ohjaaminen, tukea ja ohjeita antavia puhelut, psykoedukaatio ja yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilöiden sekä asiakkaan läheisten kanssa.

Toimintaan sisältyvän tiedon esiin saaminen ja sanalliseen muotoon saattaminen on usein vaikeaa ja jotenkin ulkopäin tilannetta tutkailevaa. Nyt tarvittaisiin kuitenkin työryhmän toimintaa sisältä ulospäin muille avaavaa ja tekoja sanoiksi pukevaa toiminnan sanallista kuvaamista, jotta dokumentista tulisi sellainen kuin ryhmässä toivotaan. Hiljainen tieto löytyy yleensä eläen, oppimalla ja havainnoimalla. Nyt työryhmää kannustetaan ennen seuraavaa ryhmähaastattelua havainnoimaan omaa ja muidenkin työryhmän jäsenten työtä. (Vilkkä 2006, 35–36).

Sovittiin, että opinnäytetyön tekijä tekee ensimmäisen version teoriaosuuden sekä näiden ryhmäkeskustelujen perusteella, tuo dokumentin ”raakaversio” ryhmälle ja sitten arvioidaan sitä edelleen kehittämistä varten. Tämä ryhmähaastattelu, samoin kuin seuraava, jouduttiin suorittamaan kahdessa osassa ja siksi prosessikaaviossa näkyy 7 haastattelua, vaikkakin tietosisältö on koottu viiteen osioon.

TOIMINTA-AJATUSDOKUMENTIN KÄYTTÖTAR- KOITUS JA KOHDERYHMÄ

(toinen ryhmähaastattelu)

Ajatuksia ja toiveita liittyen dokumenttiin?

Miksi kotikuntoutustyöryhmä on olemassa?

Mitä hoito- ja kuntoutusmenetelmiä ryhmässä käytetään?

- Ryhmän ydintehtävä on tukea asiakkaittensa kotona pärjäämistä ja hyvinvointia, mahdollistaa lyhyemmät ja oikea-aikaiset sairaala-
hoitajaksot sekä kuntoutumisen jatkuminen kotona.
- Määritelmä asiakkaista: psykoositasoista sairautta sairastavia, pal-
jon apua ja tukea tarvitsevia henkilöitä, (Vaasan keskussairaalan
psykiatrian yksiköstä).

”... ja ei liian hankalia sanoja siihen esitteeseen...selkeetä”

*” ai mitäs mä ny oikein tein kun homma meni niin hyvin?...joo
tai sitten ihan päin seiniä...mut mitäs sitten kun muka tekee sa-
malla lailla toisessa tilanteessa eikä se toimikkaan*

6.2.3 Raakaversio ja tietosisällön kehittäminen

Esiteltiin dokumentin luonnos, pohdittiin kysymystä mikä on tämän ryhmän pe-
rustehtävä ja toiminnan ydin. Mikä erottaa työryhmän muista kotiin vietävistä
palveluista? Keskustelua syntyi myös siitä toteuttaako ryhmä kaikkia sille kuulu-
via tehtäviä ja toisaalta tehdäänkö asioita jotka oikeastaan kuuluisivat jollekulle
muulle. Aihe ei ollut yksiselitteinen ja monia erilaisia mielipiteitä oli siitä, kuinka
kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön tulisi pyrkiä, yhteinen tavoite oli kuitenkin selkeä:
Asiakkaan hyvä elämänlaatu.

Tärkeimpinä asioina työssään hoitajat pitivät sitä, että ollaan tavoitettavissa ja tar-
vittaessa pystytään tekemään nopeasti ennalta suunnittelemaniakin kotikäynte-
jä jos asiakkaan vointi sitä edellyttää. Joustava ja toimiva yhteistyö hoitavan lää-
kärin kanssa koettiin elinehdoksi ryhmän toiminnalle. Työryhmän tärkeimmiksi

tavoitteiksi nousi asiakkaan elämänlaadun parantaminen tai ylläpitäminen, sairaalahoitojaksojen väheneminen ja lyheneminen sekä toisaalta se, että asiakas pääsee nopeasti ja helposti tarvittaessa sairaalahoitoon (ilman lähetettä).

Opinnäytetyöntekijä kysyi haluttiinko toiminta-ajatusdokumenttiin arvoja jotka kuvaavat toiminnan perustaa. Pitkän keskustelun jälkeen päädyttiin siihen, että pyritään kuvaamaan ryhmän työmenetelmiä ja ydintoimintaa niin selkeästi, että arvot näkyvät vaikka niitä ei erillisinä luetella.

Keskusteltiin paljon sanavalinnoista, ja haastatteli ja ehdotti eri vaihtoehtoja ja ryhmässä valittiin ne, jotka parhaiten sopivat tarkoitukseen. Ei ollut helppoa löytää kuvailevia ja konkreettisia sanoja, mutta opinnäytetyöntekijä vielä muokkasi tekstiä haastatteluun pohjautuen ja uusi versio arvioitaisiin seuraavassa ryhmähaastattelussa. Asiakas sana oli ryhmän mielestä parempi kuin potilas- sana, koska on avohoidosta ja kotona asuvista ihmisistä kysymys. Asiakas sana tuntui jotenkin oudolta, mutta sitä haluttiin kuitenkin ryhtyä käyttämään.

Opinnäytetyöntekijä huomioi, että tässä alkoi ikään kuin opinnäytetyön sivutuotteenä muotoutua työryhmälle luonteva tapa työstää asioita tavoitteellisesti mutta kuitenkin vapaamuotoisesti, uusille ideoille ja luovuudelle sopivalla pelikentällä, jossa palautetta ideoille saatiin nopeasti ja avoimesti. Arvioimalla osittain strukturoitua ryhmähaastattelua opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä arvioi tutkija samalla sen edellytyksiä toimia jatkossa kyseisen työryhmän työn kehittämisen menetelmänä.

Yhtenä kehittämistoiminnan arvioinnin tehtävänä onkin suunnata ja ohjata kehittämisprosessia. Toteutusta arvioidaan ja näin toimintatavat voivat muuttua. Mahdollisen uuden työtavan löytyminen ja sen mallinnus mahdollistavat monitahoisen ja elävänkin työprosessin tiivistämisen toimivaksi käytännöksi. Tällaiset käytännöt ovat eräänlaisia kuvauksia ja samalla tuotteita jotka voivat olla käytettävissä ja siirrettävissä, vaikka toki uusien työmallien juurruttaminen on oma prosessinsa. (Toikko & Rantanen 2009,56-63.)

DOKUMENTIN RAAKAVERIO JA TIETOSISÄLLÖN KEHITTÄMINEN, (kolmas ja neljäs ryhmähaastattelu)

Mitä konkreettisia asioita työryhmän työstä dokumenttiin?

Mikä on juuri tämän työryhmän olemassaolon syy?

- Hoitomenetelmät esiin, auttavat ymmärtämään mistä ryhmän käytännön työssä on kysymys, jos menetelmät on ei kirjata arvoja.
- Sovittiin, että **työryhmän hoitajat kirjaavat kuukauden ajan käyttämiään kuntoutus-, hoito- ja auttamismenetelmiä.**
- Joustavuus, asiakkaan tarpeen mukainen, kuntouttava kotiin tuotava tuki ja apu.
- Pitkäaikaiset hoitosuhteet, luottamus.
- *”Pyrimme tukemaan asiakkaan kuntoutumista kokonaisvaltaisesti... on jotenkin liikaa....ja saisi olla konkreettisemmin sanottu ”*
- *”Joustavuus ja se, että saa tarvittaessa enemmänki apua, se on se ydinjuttu”*

6.2.4 Hoitotyön menetelmien kartoittaminen ja ryhmittely ydinteemojen mukaan

Koska ryhmähaastatteluissa tuli selkeästi esiin ryhmän toive siitä, että toiminta-ajatusdokumentissa kuvattaisiin ryhmän käyttämiä hoito- ja kuntoutusmenetelmiä, päätettiin niitä kirjata ylös. Tällä aineistonkeruutavalla, pyrittiin täydentämään ryhmähaastatteluilla kerättyä aineistoa.

Kaikki työryhmän hoitajat kirjasivat ylös (haastattelijan pyynnöstä) kuukauden pituisella ajanjaksolla käyttämiään hoitotyön menetelmiä. Tämä tapahtui normaalin työn lomassa. Tarkoituksena oli kuvata työryhmän tekemää mielenterveyskuntoutustyötä selkeästi ja käytännön tasolla, sekä tutkia löytyikö todellisuudessa käytetyille menetelmille niitä kuvaavat ydinteemat taustateorioista.

Ydinteemat löytyivät ja niiden mukainen hoitotyön menetelmien ryhmittely suoritettiin. Kerättyjä menetelmiä kuvaavien teemojen löytyminen osaltaan antaa näyttöä siitä että ryhmän työ noudattelee ajankohtaisia suosituksia ja strategioita.

Lisäksi tätä teemojen mukaista ryhmittelyä käytettiin, kun luotiin toiminta-ajatusdokumenttiin ryhmän toimintamenetelmiä kuvaava kaavio. Kaavio on esitettynä seuraavassa luvussa toiminta-ajatusdokumentin osana. Kaaviossa ovat mukana ne viisi ydinteemaa yläkäsittein jotka valittiin ryhmittämään kotikuntoutusryhmän työmuotoja.

Käytetyt hoitotyön menetelmät koottiin yhteen ja käytiin ryhmässä läpi viidennellä haastattelukerralla. Kootut menetelmät ryhmiteltiin, päällekkäisyydet poistettiin ja ryhmät nimettiin taustateorioiden ydinteemoista lähtöisin olevaa yläkäsitettä käyttäen (LIITE 1). Liitteessä 1 esitetään kerätyt hoitotyön menetelmät ja ryhmittely ydinteemojen mukaan (ydinteemat numeroitu yhdestä neljään ja jokaisen hoitomenetelmän jälkeen mainitaan numero joka kuvaa mihin ryhmään menetelmä kuuluu).

Ryhmittely perustui ydinteemoihin, jotka sisällönanalyysivaiheessa saatiin vastaukseksi kysymykseen ”Mitä palveluita tarvitaan?”. Kysymys valittiin siksi, että haluttiin toiminta-ajatuksessa kuvata konkreettisesti sitä, mitä ryhmä käytännössä tekee kun pyritään tuottamaan palveluita jota kulloinkin tarvitaan asiakkaan kuntoutumisen edistämiseksi.

Toiminta- ajatusdokumenttia ja käytännön työtä varten osaa ydinkäsitteistä muokattiin hieman, seuraavassa ensin lyhyt muoto ja suluissa yläkäsitteen nimi sellaisena kuin se alun perin oli taustateorioista johdettuna.

1. Ennaltaehkäisy (Ennaltaehkäisy)
2. Neuvonta- ja ohjaus (Neuvonta- ja ohjauspalvelut)
3. Tukeminen (Tukea antavat palvelut)
4. Palveluohjaus (Palveluohjaus)

5. Jatkuvuus ja turvallisuus (Jatkuvuutta ja turvallisuutta rakentavat palvelut)

Nämä hoitotyön menetelmiä kuvaavat ydinteemat, sekä osa käytetyistä menetelmistä kirjattiin toiminta-ajatusdokumenttiin kuvaamaan selkeällä ja konkreettisella tavalla työryhmän toimintaa ja sitä, että ryhmän työ on näyttöön perustuvaa sekä tässä opinnäytetyössä käytettyihin teorioihin tukeutuvaa. Ydinteemat ja niiden mukainen hoitotyön menetelmien ryhmittely on esitetty taulukossa toiminta-ajatusdokumentin yhteydessä. Taulukon ylärivin ydinteemat ovat siis niitä jotka nousivat kuvamaan parhaiten ja kattavimmin kotikuntoutusryhmän työmuotoja. Ylärivissä on lihavoidulla ydinteema ja alla joitakin selventäviä esimerkkejä työryhmän käytännön hoitotyöstä.

HOITOMENETELMÄT YDINTEEMOJEN MUKAAN (viides ryhmähaastattelu)

Käytiin läpi työryhmän keräämät hoitotyönmenetelmät.

Ryhmittely seuraavien ydinteemojen mukaan:

Ennaltaehkäisy, neuvonta- ja ohjaus, tukeminen, palveluohjaus sekä jatkuvuus ja turvallisuus

- Keskustelua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyöstä ja työnjaosta.
- Yhteistyön parantaminen eri työyksiköiden välillä.
- Asiakaskeskeisyys ja hoidon kokonaisvaltaisuus, mitä ne oikeasti tarkoittavat ja juuri tämän ryhmän kohdalla?

”Kyllähän noi menetelmät kuvaa aika hyvin meidän työtä, aika paljon liittyy lääkehoitoon...”

6.2.5 Toiminta-ajatuksen ja elämänlaatukorttien esittely

Toiminta-ajatusdokumentin sisältö käytiin läpi työryhmässä ja todettiin, että siihen on lisättävä jonkinlainen taulukko, lista tai kuvio jossa kuvataan hoitomene-

telmiä. Opinnäytetyöntekijä muokkaa taulukon ydinteemojen pohjalta, sovittiin käytettävän edellisessä luvussa esiteltyä jakoa ydinteemojen mukaan.

Elämänlaatukorteista keskusteltiin ja opinnäytetyöntekijä kertoi korttien käyttömahdollisuuksista. Opinnäytetyöntekijä toimittaa varsinaiset korttien prototyypit työryhmän käyttöön kuukauden kuluessa ja niiden testaaminen aloitetaan. Mietittiin myös korttien yhdistämistä osaksi muita mittareita. Työryhmässä pidettiin tärkeänä korttien nopeakäyttöisyyttä ja sitä, että kysytään asiakkaan mielipidettä.

Pohdittiin mahdollisuutta käyttää tämän opinnäytetyön kuluessa muotoutunutta ryhmätyömenetelmää myös korttien jatkokehittämisessä ja arvioinnissa sekä mahdollisesti toiminta-ajatuksen päivittämisessä. Toiminta-ajatusdokumentti sisällytettiin työryhmän perehdytyskansioon ja annettiin myös osastonhoitajalle johon nyt käyttöön, vaikka ulkoasultaan lopullinen versio jossa on henkilökunnan yhteystiedot ja sairaalan logot ei vielä ole käytettävissä.

TOIMINTA-AJATUSDOKUMENTIN ESITTELY JA ELÄMÄNLAATUKORTTIEN ESITTELY JA KÄYTTÖÖNOTTO
(kuudes ja seitsemäs ryhmähaastattelu)

Sovitetaan korttien käyttöohjeistuksesta ja testaamisesta.

Käyttö - ja kehitysmahdollisuuksien pohtimista.

Esiteltiin yhteys elämänlaatukortteihin ja hoidon vaikuttavuuden mittaamiseen.

- Lisätään kaavio kuntoutusmenetelmistä ja muokataan ulkoasua.
- Elämänlaatukorttien ja mittarin jatkokehittämisessä voitaisiin käyttää opinnäytetyönaikana muodostunutta ryhmätyömuotoa jonka perusta ryhmähaastattelussa.

”Tulee käyttöä ja tarvetta on jo tälle esitteelle”

6.3 Asiakaslähtöinen vaikuttavuusmittari

Tässä opinnäytetyössä kehitetyn asiakaslähtöisen kuntouttavan hoidon vaikuttavuusmittarin perustana käytettiin Suomen mielenterveys seuran ”Hyvinvoivan mielen karttaa”. Kartta koostuu elämän eri osa-alueista, kartan lähtökohtana on ajatus ihmisestä fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena ja henkisen kokonaisuutena. Näin elämänlaatu kuvataan hyvinkin yksinkertaisesti ja silti kattavasti. (Suomen mielenterveysseura 2012.) Tämän kartan pohjalta luotiin kortit joita voidaan käyttää paitsi osana vaikuttavuusmittaria myös monin muin tavoin aktivoimassa ja heittävässä keskustelua kuntoutuksellisessa hoitotyössä.

Yksi kortteista luotiin käyttäen taustateorian Skitsofrenian käypä hoito- suositusta ja korostaen asiakkaan keskeistä osaa ja omaa vastuuta. Kuten nimikin jo kertoo, muiden korttien pohjana oleva ”hyvinvoivan mielen kartta” on vahvasti ennaltaehkäisyä kuvaava ja painottava, mutta tarvittiin lisäksi kortti jolla mitata jo olemassa olevan sairauden hoitoa (lääkehoitoa ym.). Kyseinen kortti on nimeltään ”Tiedot ja taidot itsehoidossa”.

Itsehoitoa painottava kortti otettiin mukaan, koska suurin osa kotikuntoutustyöryhmän asiakkaista sairastaa skitsofreniaa, ja kortti muokattiin niin, että tarvittaessa se palvelee muidenkin sairauksien itsehoidon arvioimista. Kotikuntoutustyöryhmän hoitajien käyttämissä työmenetelmissä oli tämän opinnäytetyön mukaan paljon lääkehoitoon liittyvää hoitotyötä. Tämäkin seikka puolsi kyseisen kortin lisäämistä muiden korttien joukkoon.

Joitakin kartan osa-alueiden nimiä on muokattu ja niiden sisältö on tiivistetty hyvin lyhyeen muotoon, jotta ne palvelisivat paremmin käytännön kuntoutustyössä hyvin myös niitä ihmisiä joilla sairautensa takia on ongelmia keskittymisessä tai muissa kognitiivisissa toiminnoissa.

Kortteihin voidaan myös kirjata asiakkaan omia kyseiseen alueeseen vaikuttavia kriteerejä ja tavoitteita jotta kortit ne saadaan vastaamaan yksilöllisiä tarpeita. Korttien taakse voi kirjata kerätä kyseisen asiakkaan kohdalla toimiviksi todettuja menetelmiä tavoitteisiin pääsemiseksi. Menetelmät on siten helppo tarkistaa kor-

tista ja ottaa tarvittaessa uudelleen käyttöön. Työryhmä joka kortteja käyttää sopii keskenään tarkemmin kirjaamisesta ja korttien käyttämisestä. Opinnäytetyöntekijä laatii kortteihin kirjallisen ohjeistuksen niiden käyttömahdollisuuksista ja kortteja on tarkoitus käytännön työssä testata ja kehittää edelleen.

6.3.1. Korttien käyttäminen hoitomenetelmän vaikuttavuuden arvioinnissa

Yksilöllistä kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä ja määriteltäessä kuntoutustavoitteita asiakas valitsee yhden tai useampia elämänlaadun osa-alueita, joihin pyritään saamaan parannusta kuntoutusmenetelmillä (esimerkiksi joku niistä jotka on kuvattu tässä työssä luodun toiminta-ajatus dokumentin kaaviossa). Sovitun ajanjakson (esimerkiksi kaksi kuukautta) jälkeen arvioidaan näillä elämänlaadun osa-alueilla tapahtuneet mahdolliset muutokset, ja samalla arvioidaan siis kyseisten kuntoutusmenetelmien vaikuttavuutta kyseisen asiakkaan kohdalla juuri tällä mitatulla elämänlaadun osa-alueella. Näin kortteja voidaan käyttää apuna kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä ja hoitomenetelmiä arvioitaessa.

Korttien avulla asiakas voi määrittellä myös elämänlaadun osa-alueiden senhetkisen tärkeysjärjestyksen juuri hänen kohdallaan. Asiakas itse asettaa oman muutos tai kuntoutumistavoitteen kyseiselle osa-alueelle ja sovitun ajanjakson kuluttua itse arvioi toteutuvatko tavoitteet.

Hoitohenkilökunta on mukana arvioinnissa ja auttaa asiakasta löytämään juuri hänelle sopivat hoitomenetelmät. Hoitomenetelmän vaikuttavuuden arviointi palvelee asiakkaan lisäksi myös työryhmää, työmenetelmien kehittämisessä. Korttien käytöstä vaikuttavuusmittarina kerrotaan tarkemmin liitteessä 2.

6.3.2 Korttien käyttäminen elämänlaadun arvioinnissa

Korttien avulla voidaan myös tehdä kokonaisarvio elämänlaadusta käymällä jokainen kortti läpi vuorollaan ja arvioimalla osa alueet. Näin saadaan kuva kokonaistilanteesta ja löydetään suurimmassa kuntoutustarpeessa olevat alueet. Tällainen mittaus voi olla tarpeen esimerkiksi silloin, kun asiakas tulee kotikuntoutusryhmän asiakkaaksi ja uudelleen vaikkapa puolen vuoden kuluttua. Kortteihin jätettiin tila heti otsikon alapuolelle tätä arviota varten.

Pitkäsen (2011) väitöstutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavien potilaiden kokemaa elämänlaatua on tärkeää arvioida toistuvasti hoidon aikana. Tieto potilaan elämänlaadusta auttaa hoitajia ymmärtämään potilaan näkökulmaa ja mahdollistaa yksilöllisen, potilaslähtöisen hoidon.

Elämänlaatukorttien avulla löytyy näin myös asiakkaan vahvuudet ja ne elämänalueet joihin hän on tyytyväinen. Näiden voimavarojen löytyminen on tärkeää kuntoutustyössä, jotta motivaatio säilyy. Lopulliset käyttötavat muokkautunevat työryhmän käytännön työssä, ja kortit ovat helposti edelleen muokattavissa käytännön tarpeiden mukaan.

Korttien avulla asiakas voi konkreettisesti arvioida sitä, mikä alue on juuri nyt tärkeä hänen elämänlaatunsa kannalta ja mihin hän haluaa muutosta. Asiakas ottaa vastuun ja valitsee ja hoitajat pyrkivät tarjoamaan keinoja kuntoutumiseen. Mikäli asiakkaan oma arvio on suuressa ristiriidassa hoitohenkilökunnan mielipiteen kanssa, keskustellaan asiasta mutta asiakas on aina se joka tekee lopullisen arvion.

Tämä vaikuttavuusmittaus on tulevaisuudessa osana kotikuntoutustyöryhmässä kehitettävää laajempaa vaikuttavuusmittaria. Mittarin testaaminen ja mahdollinen käyttöönotto sekä edelleen kehittäminen tapahtuu tämän opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

6.2.6 Toiminta-ajatusdokumentti

Toiminta-ajatusdokumentin lopullinen ulkoasu poikkeaa jonkun verran tässä esitetystä.(ks.kuvio7) Dokumentti muokattiin ulkoasultaan noudattamaan Vaasan keskussairaalan ohjeita (logo yms.). Seuraavalla sivulla esitetään dokumentti sellaisena kun kotikuntoutustyöryhmä sen hyväksyi, sisällöltään lopullisena versiona.

Tekstiosan lisänä on kaavio, jonka tarkoituksena on kuvata konkreettisesti ryhmän tekemää hoitotyötä. Kaavion ylärivissä on lihavoidulla ydinteema ja alla joitakin selventäviä esimerkkejä (työryhmän kirjaamista) käytännön hoitotyön menetelmistä.

Kotikuntoutustyöryhmä

Kotikuntoutustyöryhmä on Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikön kuntoutusosaston (osasto 6) avohoitotoimintaa. Kotikuntoutustyöryhmän asiakkaaksi voi hakeutua Vaasan keskussairaalan psykiatrian yksikön osastoilta tai poliklinikalta (lähete tarvitaan).

Työryhmän tarkoituksena on turvata asiakkaan kotiutuminen sairaalasta. Pyrimme siihen, että asiakkaan psyykinen kuntoutuminen jatkuu kotona sairaalahoidon jälkeen. Tavoitteena on asiakkaan mahdollisimman itsenäinen ja hyvä elämä. Teemme kotikäyntejä, joten yleensä toimimme asiakkaan kodissa ja hänen sosiaalisessa ympäristössään.

Teemme yhteistyötä asiakkaalle tärkeiden ihmisten kanssa (perhe, perusterveydenhuollon henkilökunta, sosiaalipalveluiden henkilökunta jne.). Hoitosuhteen kesto määräytyy yksilöllisen tarpeen mukaan, samoin kuin tapaamistemme tiheys. Yhteistyö perustuu yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan. Asiakkaan tavoitteet ja voimavarat ohjaavat kuntoutumista kohti hänelle mahdollisimman hyvää elämänlaatua. Keskeisiä toimintamenetelmiämme seuraavassa kaaviossa:

Ennaltaehkäisy	Neuvonta ja ohjaus	Tuki	Palveluohjaus	Jatkuvuus ja turvallisuus
Ylläpidetään psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia. Tuetaan kuntoutumista kotona.	Hyvään vuorokausirytmiiin ohjaaminen. Lääkehoidon toteutus, ohjaus ja seuranta. Mielekkään päiväohjelman etsiminen. Terveystenhoito.	Kotikäynnit ja puhelinkeskustelut Apua ja tukea oireidenhallintaan. Psyykkisen voimien seuranta ja tukeminen. Lääkäri mukana työryhmän toiminnassa.	Yhteyshenkilönä eri tahoihin. Tutustuminen yhdessä muihin sosiaali- ja terveystalveluihin.	Saattaen uuden palveluiden piiriin. Pieni työryhmä, tutut hoitajat ja tarvittaessa pitkätkin hoitosuhteet.

Kuvio 5. Kotikuntoutustyöryhmän toiminta-ajatusdokumentti.

7. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTAA

Tämän kehitystehtävän tavoitteena oli tuottaa toiminta-ajatusdokumentti ja luoda asiakaskeskeinen vaikuttavuusmittari kotikuntoutusryhmälle. Toiminta-ajatusdokumentti valmistui ja se otetaan käyttöön. Dokumenttia käytetään alkupe-
räisen suunnitelman mukaan eli sen avulla jaetaan tietoa ryhmän toiminnasta tule-
ville asiakkaille, heidän läheisilleen sekä muille ryhmän yhteistyökumppaneille.
Tämän lisäksi dokumentti otetaan käyttöön työhön perehdyttämisessä. Tavoitteet
dokumentin osalta siis saavutettiin.

Opinnäytetyöntekijä ehdottaa, että dokumentti päivitetään työryhmässä tarpeen
mukaan, käyttäen tämän opinnäytetyön sivutuotteena syntynyttä ryhmätyömen-
telmää, joka siis perustuu fokusryhmähaastattelun keinoihin mutta on muokattu
niin, että kuka tahansa ryhmän jäsenistä voi toimia haastattelijana tai paremmin-
kin tässä keskustelun ohjaajana. Kaikki ryhmän jäsenet voivat kirjata etukäteen
ylös yhteiseen vihkoon asioita jotka halutaan otettavan esiin tai jotka halutaan an-
taa tiedoksi muille ryhmän jäsenille.

Kehitystehtävän tuotoksena syntyivät myös elämänlaatukortit, joilla voidaan mita-
ta hoitotyön vaikuttavuutta yksilön elämänlaatuun. Elämänlaatukortit tulevat ole-
maan osa myöhemmin kehitettävää laajempaa vaikuttavuusmittaria. Elämänlaatu-
kortit ovat itsenäisesti käytettävissä, itse asiassa useammallakin tapaa kuin alkupe-
räinen tavoite oli.

7.1 Kehitystehtävän anti käytännön työhön

Pitkänen (2010) korostaa elämänlaadun huomioimista ja sen mittaamisen tärkeyttä
mielenterveyden hoidossa. Skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä on Pitkäsen mu-
kaan selkeästi alentunut elämänlaatu. Tämä sama havainto sai opinnäytetyön teki-
jän kiinnostumaan elämänlaadun mittaamisesta. Pitkäsen mukaan elämänlaatua
voidaan parantaa eri hoitomenetelmillä, mutta hoitohenkilökunnan tulisi saada
tietoa ja keinoja hoitomenetelmien vaikuttavuuden mittaamiseksi ja kehittämisek-

si. Tässä työssä kehitetyt kortit on suunniteltu niin, että niitä voi käyttää ja tarvittaessa helposti muokata, erilaisissa ympäristöissä.

Elämänlaatua käsitteenä on yritetty määritellä monin tavoin jo useiden vuosikymmenien ajan. Käsite on kuitenkin niin subjektiivinen ja vahvasti arvolatautunut, että on mahdotonta antaa yhtä yleispätevää määritelmää. Elämänlaatukortit luotiin niin, että jokaisen asiakkaan voi itse arvottaa elämänlaadun eri osa-alueita haluamallaan tavalla. Se, että korttien avulla voidaan käsitellä pieniä elämänlaadun osatekijöitä kerralla, mahdollistaa ajankäytöllisesti niiden käytön kotikäyntien yhteydessä.

Korttien avulla testataan käytännön työssä paitsi vaikuttavuuden mittaamista, myös korttien käyttämistä keskustelussa ja kuntoutustarpeen määrittelyssä apuna. Skitsofreniaa sairastavien ihmisten kognitiiviset kyvyt ovat usein heikentyneet ja saattaa olla hankalaa kuvata kuntoutumistavoitteitaan. Korttien avulla on ehkä helpompi löytää alueet joissa apua ja tukea tarvitaan. Toivottavasti asiakkaan aktiivinen rooli elämänlaatunsa subjektiivisena arvioijana auttaa häntä saamaan otteen omasta kuntoutumisestaan ja mahdollisesti parantaa hoitomyöntyvyyttä niilläkin asiakkailta joilla on vaikeuksia motivoitua hoitamaan itseään.

Toisaalta voi olla, että osa korteista on joillekin asiakkaille liian suppeita tai muutoin sopimattomia. Jatkotutkimusaiheena tai kehitystehtävänä voisikin olla korttien testaaminen ja kehittäminen, sekä niiden yhdistäminen osaksi laajempaa mittaria.

Asiakaskeskeisyys oli korttien laatimista johtanut ajatus. On olemassa moniakin hyviä toimintakyvyn mittareita ja elämänlaatumittareita, mutta nämä luotiin nimenomaan tälle kotikuntoutuksen asiakasryhmälle. Korttien suunnittelussa oli suuri apu siitä, että opinnäytetyöntekijä on pitkään työskennellyt juuri näiden asiakkaiden parissa. Toisaalta taas ilman mitään ennakkotietoja ja asiakkaiden tuntemusta olisi voitu saavuttaa ennakkokäsityksistä vapaa tulos.

Yksi skitsofrenian mukanaan tuomista ongelmista on kognitiivisen eli älyllisen toimintakyvyn heikkeneminen. Tämä aiheuttaa vaikeuksia selviytyä arkipäivän

perusaskareista, kuten henkilökohtaisesta hygieniasta, ruuanlaitosta, siivoamisesta tai asioiden hoitamisesta. Skitsofrenian hoidossa tärkeintä on sairastuneen toimintakyvyn tukeminen, mikä parantaa myös elämänlaatua. Sairaus ei ole este työssäkäynnille, avioliitolle tai lasten hankkimiselle. On kuitenkin kiistaton tosiasia, että skitsofreniaa tai mitä tahansa pitkäaikaissairautta sairastavan ihmisen elämänlaatu heikkenee sairaudesta johtuen, joten työkaluja kuntoutustyöhön tarvitaan. Toivotavasti näiden korttien avulla voidaan tehdä parempaa kuntouttavaa psykiatrista hoitotyötä, mutta ennen kaikkea toivon niiden auttavan kuntoutujia saamaan otetta elämästään ja kykyä muuttaa elämäänsä haluamaansa suuntaan.

7.2 Kehitystehtävä vaikutus työryhmään

Laadullisessa tutkimuksella tuotettu tieto saattaa parhaimmillaan toimia ponnahduslautana oivalluksille, uusille sovelluksille ja ideoille. Tiedon avulla voidaan kehittää uusia toimintatapoja ja arvioida vanhaa. (Ronkainen, ym. 2011,153). Tämä opinnäytetyö tuotti uusia toimintatapoja (elämänlaatukorttien eri käyttömahdollisuudet) kotikuntoutustyöryhmälle, uusien käytäntöjen taustalla on myös vanhan arviointi ja sen pohtiminen mihin pyritään.

Työryhmälle syntyi kuin vahingossa tämän opinnäytetyön prosessin aikana myös mahdollinen uusi työn kehittämisen ja arvioinnin menetelmä. Ryhmätyöskentelymalli, jonka avulla voidaan periaatteessa ryhmänä kehittää ja pohtia kaikkea työhön liittyvää, mutta ensimmäinen suunniteltu tämän mallin mukainen prosessi on elämänlaatukorttien testaaminen ja kehittäminen.

Työskentelymalli syntyi, kun yhdistettiin työryhmän ja kauan käyttämät ”viikkokokoukset” ja ryhmähaastattelu. Ryhmän jäsen voi tuoda pohdittavan asian esiin tässä opinnäytetyössä käytetyn ryhmähaastattelun tapaan, ja kirjaamalla keskeiset asiat ja toimenpiteet edetään kohti seuraavaa sovittua tapaamista. Tapaamisten välillä kootaan kokemuksia, mielipiteitä ja teoriaakin kyseisestä asiasta, joka tuodaan seuraavan ryhmätapaamiseen keskustelun pohjaksi ja arvioitavaksi. Toimintamalli tuntuu sopivan erityisesti tällaiselle ryhmälle, jossa päivittäinen työ tehdään hyvinkin itsenäisesti ja koko ryhmä työskentelee yhdessä vain hyvin harvoin. Se tarjoaa mahdollisuuden esittää uusia yhteisiä työmenetelmiä ja arvioida

jo käytössä olevia ja sitä kautta auttaa kehittämään työtapoja sekä löytämään yhteiset linjaukset ja tavoitteet työlle.

7.3 Tutkimuksen validiteetti

Opinnäytetyöntekijä valitsi teorian ydinteemojen lähteeksi ja valinta vaikutti luonnollisesti siihen, mitä ydinteemoja saatiin tai ei saatu tulokseksi. Tässä vaiheessa omat arvot ja asenteet sekä tieto kyseisen työryhmän toimintatavoista ja asiakkaisista luonnollisesti vaikuttivat valintoihin. Opinnäytetyöntekijä yritti minimoida tätä valitsemalla hyvinkin erilaisia aineistoja sisällönanalyysin kohteeksi. Uudentyyppistä lähestymistapaa saatiin työhön valitsemalla hyvinvointiin ja elämänlaadun tavoitteisiin keskittyviä aineistoja, eikä niinkään hoito- ja lääketieteellisiä sairauksien hoitamiseen keskittyviä tekstejä.

Kaikkeen ihmisten tekemään tutkimukseen sisältyy henkilökohtaisia valintoja, täydellinen objektiivisuus ei ollut tässä opinnäytetyössä edes tavoitteena. Opinnäytetyöntekijä pyrki olemaan vaikuttamatta liikaa ryhmähaastattelujen kulkuun ja kestoon ja kannusti kaikkia osallistujia avoimeen keskusteluun. Laadullisen tutkimuksen validiteetin kannalta onkin ratkaisevan tärkeää tunnistaa omat valintansa ja tehdä ne näkyväksi (Ronkainen ym. 135–137).

Tässä opinnäytetyössä on pyritty koko prosessin ajan huolellisuuteen ja tehdyt valinnat on perusteltu avoimesti. Opinnäytetyön tekijä piti kirjaa havainnoistaan ja ajatuksistaan koko prosessin ajan, tästä oli apua raportoinnissa, se auttoi kuvaamaan monivaiheista tutkimusprosessia niin, että se toivottavasti avautuu lukijalle. (Varto, 2005. 183–184.)

Opinnäytetyöntekijä oli tarkoituksellisesti myös aktiivinen osallistuja kautta prosessin joka on toimintatutkimukselle ominaista ja se mahdollisti tässä tapauksessa sen, että tutkimustulosten käyttäminen ja kehittäminen jatkuu käytännössä opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Ryhmähaastatteluvaiheessa pyrittiin altistamaan sisällönanalyysin tulos ryhmän mielipiteille ja ajatuksille ja varmistamaan että opinnäytetyössä saatua tietoa käytettiin ryhmän ymmärtämällä ja hyväksymällä tavalla.

Ryhmän osallistumisella parannettiin luotettavuutta siinä mielessä, että tutkija ei enää yksin vaikuttanut siihen miten ydinteemoja käytettiin dokumentin luomisessa. Ydinteemat olivat ryhmähaastattelujen pohjana ja ryhmähaastatteluja taas käytettiin tutkimusmenetelmänä, jonka avulla luotiin toiminta-ajatusdokumentti, opinnäytetyön ensimmäinen varsinainen produkti, tuotos.

Luotettavuutta saattaa heikentää opinnäytetyöntekijän kokemattomuus tutkijana sekä osallistuminen aktiivisesti kaikkiin tiedonkeruun vaiheisiin, myös ryhmähaastatteluihin. Toisaalta tämä voidaan nähdä osana toimintatutkimuksen prosessia käynnistää kehitystä ja silloin kyseinen tutkimusote voi parantaa luotettavuutta juuri kehitystehtävän näkökulmasta. Opinnäytetyöntekijällä on lähes kymmenen vuoden työkokemus kyseisessä ryhmässä, joka helpotti kehitystehtävän tavoitteiden ymmärtämistä.

7.4 Tutkimuksen eettisyys ja metodologisten valintojen arviointia

Opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt läpi työn noudattamaan huolellisuutta ja kuvaamaan rehellisesti ja tarkasti kaikki opinnäytetyön vaiheet. Tiedonhankintamenetelmien valinnassa eettisyys oli tärkein valintaperuste. Lähdemateriaali on pyritty merkitsemään tarkasti ja erotettu opinnäytetyön tekijän luomasta tekstistä.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi valikoitui tutkimusmenetelmäksi pitkän harkinnan jälkeen, lähinnä eettisin perusteluin. Aluksi suunniteltiin työryhmän asiakkaiden haastattelemista yhdeksi aineistonkeruumenetelmäksi, mutta ajatuksesta luovuttiin koska kyseessä on melko pieni asiakasryhmä ja hyvin henkilökohtaiset haastattelu aiheet, joten anonymiteetti olisi saattanut rikkoutua. Työryhmän asiakkaiden vointi olisi voinut myös huonontua, tai asiakkaan raskas elämäntilanne hankaloitua entisestään mikäli he olisivat olleet haastateltavina tai muutoin aineistonkeruun välittöminä kohteina tutkimuksessa.

Terveystieteiden ala asettaa omat erityisvaateensa hyvälle tutkimusetiikalle, ja tätä työtä tehtäessä näihin valintoihin törmättiin jo suunnitteluvaiheessa. Hankala eettinen ongelma oli se, olisiko ollut oikeutettua haastatella työryhmän asiakkaita. Aluksi se tuntui mainiolta tavalta saada asiakkaiden ääni kuuluviin, mutta mitä

enemmän opinnäytetyöntekijä asiaa pohti, sitä pahemmalta tuntui ajatus jonkin asiakkaan voinnin huonontumisesta tai hoitosuhteen rikkoutumisesta. Lopulta päätös oli helppo ja jälkeensäkin se tuntuu yhä ainoalta oikealta ratkaisulta. Sanoaankin, että ihmisten spontaanit tunnereaktiot ovat usein hyviä tiennäyttäjää eettisissä kysymyksissä. (Mäkinen 2006, 111–113.)

Yksi tärkeimmistä syistä asiakashaastatteluista luopumiseen oli se, että opinnäytetyöntekijä epäili haastattelujen mahdollisesti heikentävän hoitosuhteiden laatua ja asiakkaiden luottamusta jatkossa. Työryhmän fokusryhmähaastattelulla pyrittiin sen sijaan tuomaan käytännön ääni ja tarpeet esiin ja tietoa elämänlaadusta ja mielenterveytyksen tavoitteista haettiin teoriasta.

Opinnäytetyön perustana oleva teoreettisen aineiston sisällön analysointi ja teemoittaminen olivat tarpeen jotta voitiin laatia näyttöön ja tieteelliseen tietoon perustuva toiminta-ajatus. Teemoittaminen ja aineiston pelkistäminen mahdollistivat sen, että ehdotus ja teoriat pystyttiin tuomaan tiivistetyssä muodossa työryhmän keskustelun pohjaksi.

Ryhmähaastattelut olivat monessakin mielessä hyvä menetelmä toiminta-ajatusdokumentin luomiseksi. Pieni työryhmä saattoi osallistua siihen kokonaisuudessaan ja kaikki osallistuivat keskusteluun ja kertoivat mielipiteitään. Ryhmän jäsenistä suurin osa on työskennellyt ryhmässä useita vuosia joten vankka käytännön kokemus työstä saatiin käyttöön. Toisaalta ydinteemat herättivät keskustelua ihan uusistakin asioista ja näkökulmista. Toiminta-ajatuksen luominen taas sai ryhmän pohtimaan tärkeitä kysymyksiä, jotka arjen työssä välillä unohtuvat vaikka ovat työn laadun ja kehittämisen kannalta tärkeitä.

Koko kotikuntoutustyöryhmä kertoi avoimesti ajatuksiaan, antoi aikaansa sekä osallistui aktiivisesti opinnäytetyön rakentamiseen, suurkiitos siitä heille. Toivotavasti nyt ryhmän jäsenet ja ennen kaikkea työryhmän asiakkaat hyötyvät ja hyödyntävät myös tämän opinnäytetyön tuloksia.

7.5 Jatkotutkimusaiheita

Psykiatrinen avohoito on vahvassa kehittymisen vaiheessa juuri nyt ja kiinnostavia tutkimusaiheita on paljon. Tärkeää olisi tutkia kehittyvätkö psykiatriset hoitotyön menetelmät aidosti asiakaskeskeisimmiksi ja kunnioitetaanko asiakkaan mielipiteitä ja toiveita. Miten paljon asiakas saa oikeasti valita ja vaikuttaa hoitomenetelmiinsä ja kuinka paljon vaikuttaa se missä päin Suomea asiakas asuu.

Tämän opinnäytetyön tulosten kannalta olisi kiinnostavaa tutkia miten asiakkaat ottavat vastaan uudenlaisen tavan määritellä hoidon tarvettaan ja arvioida hoitomenetelmien vaikuttavuutta elämänlaatukorttien avulla. Ehdottomasti opinnäytetyöntekijä haluaisi myös tutkimuksellista näyttöä siitä, paraneeko hoitotyön laatu ja sitä kautta asiakkaiden elämänlaatu, tässä opinnäytetyössä kehitettyjen elämänlaatukorttien avulla.

LÄHTEET

Aaltola, J & Valli, R. 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Juva. PS-kustannus.

European Health Programme 2008-2013 Together for Health. Viitattu 20.1.2012.http://ec.europa.eu/health/ph_programme/documents/prog_booklet_en.pdf

Fahlén, T. 2010. Bibolär sjukdom. Solna. GlaxoSmithKline AB.

Grant, M. 2008. Contemporary strategy analysis. United Kingdom. TJ international

Heikman P, Katila H, Kuoppasalmi K. Toimintakyvyn mittaus-menetelmät psykiatriassa. Viitattu 13.5.2013. http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=tmk00018&p_haku=toimintakyvyn

Heikkinen H, Huttunen R & Moilanen P. 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva. WSOY.

Honkonen T, Saarinen S, Salokangas R K.1999. Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland II: discharged patients and their psychosocial functioning. PubMed. Viitattu.6.1.2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10478788>

Hotti, A. 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää ? Tutkimus skitsofreniaan sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeesta. Turun yliopisto. Viitattu 5.12.2011. <http://kirjasto.utu.fi/julkaisupalvelut/verkkojulkaisut/2004/C212.pdf>

Janhonen, S & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä.2001. Juva.

Kosunen, T.2007. Organisaation strateginen kyvykkyys uudistumiseen. Pro gradu Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppatieteellinen tiedekunta, Johtaminen ja kansainvälinen liiketoiminta, Tietojohdaminen.

Käypä hoito 2008. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 14.1.2012.<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076>

Kautto M, Tuohimäki C, Kerätär M, Vesimäki G, Ivars B & Pitkänen C. 2012. Vaasan sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikkaryhmä. Psykiatrisen avohoidon strategia vuosille 2012- 2018.

Krogstrup G.2004. Asiakaslähtöinen arviointi BIKVA-malli. Hyvät käytännöt menetelmä-käsikirja. Stakes. Helsinki.

(922/2011)Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 1.10.2011.

Ljung J, Nilsson P & Olsson U. 2007. Företag och marknad. Pozkal. Studentlitteratur.

Lönqvist J & Suvisaari J , 2009. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 3.2.2012.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00066

Malt, U. 2012. Schizofreni. Store medisinske leksikon (SML). Store norske leksikon. Viitattu 12.12.2011. http://snl.no/.sml_artikkel/schizofreni

Markkinointisuunnitelma. Opetushallitus 2013. Viitattu 9.5.2013.
<http://www03.edu.fi/oppimateriaalit/markkinointisuunnitelma/pages/markkinointistrategia.htm>

Mielenterveyslaki, 2013. Finlex. Viitattu 10.5.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Lehtinen, V & Taipale, V. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Suomalaisen terveys. 2005. Duodecim. Viitattu 13.4.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4p. Jyväskylä. Gummerrus.

Mäkela M. Toimintakyky. Hoitojen vaikuttavuuden arviointi. Viitattu 16.5.2013.
http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti?p_artikkeli=tmk00018&p_haku=toimintakyky

Mälkiä, M. 2008. Strateginen johtaminen. Helsingin yliopisto, Johtamisen sivuainekokonaisuus. Viitattu 20.4.2012.
<http://www.valt.helsinki.fi/vol/opiskelu/opas/0809/jos2/0sa3.pdf>

Nordenfelt, L. 2004 Livskvalitet och hälsa-teori och kritik. Viitattu 4.1.2012.
<http://swepub.kb.se/bib/swepub:oai:DiVA.org:liu-10345>

Nordling, E & Toivio, T. 2009. Mielenterveyden psykologia. Tampere. Edita Publishing.

Oxford dictionary. Viitattu 20.1.2012.
<http://oxforddictionaries.com/definition/psychosis?q=psychosis>

Psykoottisten häiriöiden ryhmäterapia työkirja. 2009. Helsingin terveystieteiden keskus.

Seitamaa-Hakkarainen, P (2012). Academia.edu. Kvalitatiivinen sisällön analyysi. Viitattu 23.2.2012.
http://helsinki.academia.edu/PiritaSeitamaaHakkarainen/Papers/592612/Kvalitatiivinen_sisallon_analyysi

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Helsinki Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Sosiaali- ja terveystalvet. Viitattu 11.3.2013. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalvet/kuntoutus

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Viitattu 30.5.2012.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalvet/terveystalvet/perusterveydenhuolto/mielenterveyspalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Viitattu 28.5.2012.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystalvet/terveystalvet/perusterveydenhuolto/mielenterveyspalvelut

STM 2009:3. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015.

Suomen mielenterveysseura. Suunnista hyvinvointisi rasteille. Viitattu 16.9.2012.
http://www.mielenterveysseura.fi/files/71/suunnista_hyvinvointisi_rasteille.pdf

Toikko T & Rantanen T 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen Yliopistopaino Oy.

Tuisku K, Melartin T & Vuokko A 2011. Mielenterveysongelmiin liittyvä toimintakyvyn arviointi. Viitattu 12.5.2013.
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2012/01/12/suositus_mielenterveysongelmiin_liittyva_toimintakyvyn_arviointi_1.pdf

Opetushallitus. Etälukio 2013. <http://www2.edu.fi/yrittajyysvayla/?page=220>.

Orley, J. Programme on Mental Health. World Health Organization CH-1211 Geneva 27, Switzerland. Viitattu 20.1.2012.
http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf

Web center for social research methods. Qualitative measures Viitattu 9.5.2013.
<http://www.socialresearchmethods.net/kb/qual.php>

Ronkainen S, Pehkonen L, Lindblom-Ylänne S & Paavilainen E. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki. WSOYpro Oy. 2011.

The Online Living with Schizophrenia: A Family Perspective. Viitattu 9.5.2013.
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPericals/OJIN/TableofContents/Volume102005/No1Jan05/HirshArticle/LivingwithSchizophrenia.html>

Tuomi Jouni & Sarajärvi A nneli 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerrus.

Vaasan sairaanhoitopiirin strategia 2009–2012. Viitattu 10.11.2012.
<http://www.vaasankeskussairaala.fi>

Wahlbeck, K.2009. Mieli 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

WHO . Mental health.Viitattu 12.8.2012.
http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Wibeck, V. Fokusgrupper, om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Lund. Studentlitteratur.

Widerberg,Karin 2002.Kvalitativ forskning i praktiken. Lund. Studentlitteratur.

Saarni SI et al. Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. The British Journal of Psychiatry (2010)197, 386–394.
<http://bjp.rcpsych.org/content/197/5/386.full.pdf+html>

Skitsofrenia. Käypä hoito suositus. Duodecim.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076>

Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä.2008. Viitattu 30. 3. 2012.
http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050#s4htp://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00066 Psykoosi pähkinänkuoressa.

LIITEET

LIITE 1. Käytetyt kuntoutusmenetelmät

Mitä kuntoutusmenetelmiä olette käyttäneet (pyydetty kirjaamaan muistiin kauden ajalta)?

Ryhmän nro (ydinteemojen mukaan lajiteltuna). Ne ydinteemat jotka vastasivat kysymykseen: Mitä palveluita tarvitaan?

1. Ennaltaehkäisy
2. Neuvonta- ja ohjauspalvelut
3. Tukea antavia palveluita
4. Palveluohjausta

Ohjausta aktiviteetteihin	2,
Ravintoneuvontaa.	1,
Liikuntaneuvontaa.	1,
Kaupassa asioinnin harjoittelemista.	2
Kuuntelemista.	3
Asiakkaan hyvien puolien esiin tuomista.	3
Lääkehoitoa. ohjaamista ja auttamista siinä.	2
Muistuttamista eri asioista.	2
Psyykkisen voinnin seuranta.	3
Varomerkkien pohtimista ja niiden omaseurantaan aktivoimista.	3
Monenlaista ennaltaehkäisyä.	1
Psyykkisten oireiden hallintakeinojen pohtimista ja harjoittelemista.	2

Järjestetään asiakkaalle intervallihoitoa tarvittaessa.	3
Autetaan dosetin jaossa ja annetaan injektio-lääkitystä.	2
Ohjataan erilaisiin ruoka-apupaikkoihin.	4
Järjestettiin syysretki.	3
Lääkehoitoon liittyen:	
Ohjaamista, muistuttamista ja seurantaa.	2
Tiedonantamista ja motivointia.	2
Vaikutusten seuraamista ja mahdollisten sivuvaikutusten seurantaa.	3
Reseptien seuraamista ja niiden käytössä ohjaamista ja niiden uusimista.	2
Tarvittaessa konsultoitu lääkäriä	3
Laboratoriokokeisiin ohjaamista, muistuttamista ja seurantaa.	1
Kaikkea hygienian hoitoon liittyvää ohjausta ja muistuttamista	2
Vaatehuoltoon myös.	2
Vaateostoksilla ohjaamista.	2
Vuorokausirytmiiin liittyen:	2
Tiedonantoa säännöllisyyden merkityksestä.	1
Viikko-ohjelmaan tukemista.	3
Mahdolliset lääkitysasiat liittyen vuorokausirytmiiin.	2
Annettu ohjeita ruokailu, juomat, herätyskello jne.	2
Unipäiväkirjan käyttöön ohjaamista.	2
Kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin motivointi ja niihin tutustuminen.	4
Viikko-ohjelman sujumisen seuraaminen ja ohjaus.	2
Kontaktit asiakkaan omaisiin (asiakkaan luvalla).	3
Yhteistapaamiset-avoin kommunikaatio.	3
Taloudelliset asiat :	2
Perusohjausta ja ohjataan eteenpäin – sosiaalihoitajalle.	4

Tarvittaessa järjestetään edunvalvontaa.	2
Ollaan yhteydessä edunvalvojaan asiakkaan pyynnöstä hänen puolestaan.	3
Ostoksilla ja hankinnoissa apuna.	2

LIITE 2.

(salainen)