

PEREHDYTYSKANSIO MIELENTERVEYSKUNTOUTU-
JIEN KANSSA TYÖSKENTELEVILLE UUSILLE TYÖNTE-
KIJÖILLE JA OPISKELIJOILLE ARKIPÄIVÄ/JOKKAKO-
DISSA

Zhuravleva Anastasiia

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2019

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyö
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Anastasiia Zhuravleva	Vuosi	2019
Ohjaaja(t)	Pipsa Vilen		
Toimeksiantaja	Coronaria Arkipäivä/Jokkakoti		
Työn nimi	Perehdytyskansio	mielenterveyskuntoutujien	
	kanssa työskenteleville uusille työntekijöille ja opiskelijoille	Arkipäivä/Jokkakodissa	
Sivu- ja liitesivumäärä	50 + 2		

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia perehdytyskansio Arkipäivä/Jokkakodin kuntoutusyksikölle uusille työntekijöille sekä opiskelijoille perehdyttämisen tueksi. Kuntoutuskoti Coronaria Arkipäivä/Jokkakoti on yksityinen kuntoutuskoti mielenterveyskuntoutujille, joka sijaitsee Torniossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että hyvän perehdyttämisen avulla uusi työntekijä pystyy saamaan kokonaisvaltaisen kuvan yksiköstä ja sen toimintatavoista. Perehdytyskansio suunniteltiin toimeksiantajan toiveiden pohjalta.

Perehdytyskansio toteutettiin paperisena ja sähköisenä versiona. Valmis perehdytyskansio esitettiin toimeksiantajalle. Toimeksiantaja oli tyytyväinen perehdytyskansioon ja aikoo hyödyntää sitä osana uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdytystä. Perehdytyskansio otettiin käyttöön yksikössä marraskuussa 2018.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään perehdyttämistä, mielenterveyttä käsitteenä, mielenterveystyötä koskevaa lainsäädäntöä, mielenterveyskuntoutusta, yhteisöhoitoa ja mielenterveyden häiriöitä. Teoriatietoa hyödynsin perehdytyskansiossa. Lopuksi tarkastelen opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita, toteutusta, arviointia sekä pohdintaa.

Avainsanat mielenterveys, mielenterveyskuntoutus, perehdytys, perehdytyskansio

School of Northern Well-being and
Services
Degree Programme in Nursing
Bachelor of Health Care

Author	Anastasiia Zhuravleva	Year	2019
Supervisor	Pipsa Vilen		
Commissioned by	Coronaria Arkipäivä/Jokkakoti		
Subject of thesis	Orientation folder for new employees and students working with mental health rehabilitators in Arkipäivä/Jokkakoti		
Number of pages	50 + 2		

The purpose of this thesis was to prepare an orientation folder for the new employees and the students for the orientation training of the Arkipäivä /Jokkakoti rehabilitation unit. Rehabilitation Home Coronaria Arkipäivä /Jokkakoti is a private rehabilitation home for mental health rehabilitatees located in Tornio. The aim of the thesis is to enable a new employee to get a comprehensive picture of the unit and its operating methods through good orientation. The orientation folder was designed based on the wishes of the commissioner.

The orientation folder was implemented as a paper and an electronic version. The completed folder was presented to the commissioner. The commissioner was satisfied with the folder and intends to use it as part of the orientation of new employees and students. The folder was launched to use in November 2018.

The theoretical part of the thesis deals with orientation, the concept of mental health, legislation on mental health work, mental health rehabilitation, community care and mental disorders. Theoretical knowledge was also introduced in the orientation folder. Finally, the purpose and objectives of the thesis, its implementation, evaluation and reflection are discussed.

Key words
orientation folder

mental health, mental health rehabilitation, orientation,

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 PEREHDYTTÄMINEN	7
3 MIELENTERVEYS KÄSITTEENÄ	10
4 MIELENTERVEYTTÄ KOSKEVA LAINSÄÄDÄNTÖ	12
5 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS	14
6 YHTEISÖHOITO.....	17
7 MASENNUS	19
7.1 Kulku ja ennuste	19
7.2 Oireet.....	20
7.3 Toimintakyky.....	21
7.4 Hoito	22
8 KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ	24
8.1 Sairauden vaiheet.....	24
8.2 Hoito	26
9 SKITSOFRENIA	27
9.1 Oireet.....	27
9.2 Kulku ja ennuste	29
9.3 Hoito ja kuntoutus	30
10 PROJEKTI	34
10.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet	34
10.2 Prosessikuvaus.....	35
10.3 Rajaus.....	39
10.4 Arviointi	40
10.5 Eettisyys ja luotettavuus	41
11 POHDINTA	43
LÄHTEET.....	45
LIITTEET	50

1 JOHDANTO

Uusia työntekijöitä tulee organisaatioihin entisten työntekijöiden siirtyessä toisiin työpaikkoihin tai muille paikkakunnille sekä jäädessä eläkkeelle tai äitiyslomille (Surakka 2009, 72). Uusi työpaikka luo kouluttamisen ja valmentamisen tarpeen. Uuden työn alkuvaiheessa tapahtuvaa kehittämistä kutsutaan perehdyttämiseksi. Perehdyttäminen vaatii aikaa ja henkilöresursseja, sitä suunnitellaan ja sen avuksi laaditaan perehdyttämisohjelmia. (Kupias & Peltola 2009, 9.) Perehdyttämisen tarkoituksena on tutustuttaa tulokas organisaation toimintatapoihin, työtehtäviin, työolosuhteisiin, työympäristöön ja työtovereihin sekä sopeuttaa hänet uuteen työyhteisöön (Kjelin & Kuusisto 2003, 15; Surakka 2009, 72).

Tämän projektin tehtävänä oli päivittää perehdytyskansiota ja parantaa perehdytysprosessia sekä perehdytyksen laatua yksikössä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia perehdytyskansio Arkipäivä/Jokkakodin kuntoutusyksikölle uusille työntekijöille sekä opiskelijoille perehdyttämisen tueksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että hyvän perehdyttämisen avulla uusi työntekijä pystyy saamaan kokonaisvaltaisen kuvan yksiköstä ja sen toimintatavoista.

Aiheen perehdytyskansiosta sain Arkipäivä/Jokkakodin palveluesimieheltä ollessani harjoittelussa kyseisessä yksikössä. Uusi perehdytyskansio oli tarpeellinen yksikölle, koska yrityksen omistaja vaihtui joulukuussa 2016 ja vanhan perehdytyskansion tiedot vaativat päivitystä. Opinnäytetyön toteutustapa on projekti, jonka tuloksena on konkreettinen tuotos eli perehdytyskansio. Tein perehdytyskansion paperisena ja sähköisenä versiona, jotta sen päivittäminen olisi helpompaa.

Kuntoutuskoti Coronaria Arkipäivä/Jokkakoti on yksityinen kuntoutuskoti mielen-terveyskuntoutujille, joka toimii yhteisöhoidon ja kuntouttavan työotteen periaatteella. Kuntoutuskodin tavoitteina on ylläpitää asukkaiden toimintakykyä, lisätä sosiaalista kanssakäymistä ja oppia hallitsemaan elämää itsenäisemmin.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Arkipäivä/Jokkakodin työyhteisön kanssa. Perehdytyskansio suunniteltiin toimeksiantajan toiveiden pohjalta ja sen tulee olla selkeä, ytimekäs sekä ajantasainen. Perehdytyskansioon ei haluttu konkreettisia käytännön työohjeita, vaan sen tulisi antaa lukijalle yleisen kuvan yksiköstä. Perehdytyskansion tarkoituksena on toimia helposti saatavilla olevana apuvälineenä, joka helpottaa perehdyttäjän työtä sekä nopeuttaa uuden työntekijän tutustumista ja sopeutumista työpaikkaan.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsittelen perehdyttämistä, mielenterveyttä käsitteenä, mielenterveystyötä koskevaa lainsäädäntöä, mielenterveyskuntoutusta, yhteisöhoitoa. Lisäksi käyn läpi kolme yleistä mielenterveyden häiriötä kuntoutuskodissa asuvilla mielenterveyskuntoutujilla, jotka ovat masennustilat, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja skitsofrenia. Lopuksi tarkastelen opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita, toteutusta, arviointia sekä pohdintaa.

2 PEREHDYTTÄMINEN

Perehdyttäminen sisältää niitä toimenpiteitä, joiden avulla uusi työntekijä oppii tuntemaan työpaikkansa, sen toimintaperiaatteet, kollegat, työnsä ja siihen liittyvät odotukset (Hämäläinen & Kangas 2007, 2). Perehdyttämisellä luodaan pohja, jonka avulla uusi työntekijä suuntaa organisaatiossa (Kjelin & Kuusisto 2003, 14). Hyvä perehdyttäminen käsittää sekä erilaiset toimintatavat, jotka helpottavat työssä alkamista, että tulokkaan taitojen kehittämisen ja varsinaisen ohjauksen työtehtävään sekä työpaikkaan. Perehdyttämisprosessin aikana huomioidaan uuden työntekijän osaaminen ja pyritään hyödyntämään sitä. Tulokkaan pitää saada kaikkia niitä tietoja ja taitoja, joilla hän pääsee hyvin työn alkuun. (Kupias & Peltola 2009,19.)

Perehdytyksen avulla annetaan kokonaiskuva organisaatiosta ja sen toiminnasta sekä työyksikön työstä. Hyvä perehdys edistää uuden työntekijän paineensietokykyä, suoriutumista hyvin tehtävistään ja viihtymistä työssä. Perehdytyksellä ehkäistään myös työtehtävissä mahdollisesti tapahtuvia virheitä. (Surakka 2009, 77.) Perehdyttämisen päätavoitteena on antaa tulokkaalle perusvalmiudet työn suorittamiseen ja tällä lailla nopeuttaa uuden työntekijän tulo työyhteisön tuottavaksi jäseneksi. Perehdyttämisen avulla voidaan luoda myönteistä asennoitumista työyhteisöä ja työtä kohtaan sekä sitouttaa uutta työntekijää työyhteisöön. Toisena tavoitteena on uuden työntekijän motivaation ylläpito suhtautumalla positiivisesti häntä kohtaan ja osoittamalla organisaation vahvuudet. (Kjelin & Kuusisto 2003, 46; Hämäläinen & Kangas 2007, 4; Hokkanen, Mäkelä & Taatila 2008, 62.) Myönteinen ensivaikutelma, ystävällinen kohtelu sekä riittävä opastus motivoivat uutta työntekijää tekemään parhaansa (Hämäläinen & Kangas 2007, 4). Työntekijä omalla aktiivisuudella pystyy vaikuttamaan perehdyttämisen onnistumiseen. Hyvässä perehdytyksessä uusi työntekijä saa aktiivisen roolin, jossa hän pystyy asettamaan itselleen tavoitteita ja suunnittelemaan itse perehdyttämistään. (Kjelin & Kuusisto 2003, 173, 186, 197.)

Perehdyttämistä ohjaa lainsäädäntö, jossa on kiinnitetty erityisesti huomiota työnantajan vastuuseen opastaa työntekijä työhönsä. Perehdyttämistä ohjaavia lakeja ovat työturvallisuuslaki, työsopimuslaki ja laki yhteistoiminnasta yrityksessä.

(Kupias & Peltola 2009, 20.) Työturvallisuuslain (2002) mukaan työntajan tulee perehdyttää uusi työntekijä riittävästi työhön, työolosuhteisiin, työ- ja tuotantomenetelmiin, käytettäviin työvälineisiin ja niiden oikeaan käyttöön sekä turvallisiin työtapoihin. Työntekijää opastetaan sekä hänelle on annettava riittävät tiedot työn haittojen ja vaarojen estämiseksi. (Työturvallisuuslaki 738/2002 2:14 §.) Työsopimuslaki velvoittaa työntajaa huolehtimaan siitä, että työntekijä suoriutuu työstään myös yrityksen toimintaa, tehtävää työtä tai työmenetelmiä muutettaessa tai kehitettäessä. Työnantajan tulee pyrkiä edistämään työntekijän mahdollisuuksia kehittyä työssään, jotta työntekijällä on mahdollisuus edetä työurallaan. (Työsopimuslaki 55/2001 2:1 §.) Laki yhteisötoiminnasta yrityksessä velvoittaa työntajaa ratkaisemaan perehdytykseen ja työhönottoon kuuluvat asiat yhdessä henkilöstöryhmän edustajien kanssa. Laki määrää neuvottelemaan, kun tapahtumassa on henkilöstön asemaan vaikuttavia muutoksia, hankintoja tai järjestelyjä. (Laki yhteisötoiminnasta yrityksessä 334/2007 33§.)

Perehdyttäminen koskee kaikkia uusia työntekijöitä, joihin kuuluvat nuoret, kokeneet ja organisaatioon palanneet entiset työntekijät sekä kesätyöntekijät, vuokra-työntekijät ja yhteisökumppanit (Kjelin & Kuusisto 2003, 166; Surakka 2009, 77). Esimies on vastuussa perehdyttämisen suorittamisesta ja käytännön organisoinnista. Perehdyttäjäksi tulisi valita kokenut työntekijä, jolla on motivaatiota perehdyttämiseen, perusymmärrystä aikuisen oppimisesta sekä kykyä olla vuorovaikutuksessa uusien ihmisten kanssa. On tärkeää myös, että muut työyhteisön jäsenet antavat tarvittaessa tuen uudelle työntekijälle, sekä osallistuvat perehdyttämiseen luontevasti. (Kjelin & Kuusisto 2003, 186; Kupias & Peltola 2009, 19; Surakka 2009, 72-73.) Perehdyttämisen muita työvälineitä ovat henkilökohtaisen ohjauksen lisäksi kirjalliset ohjeismateriaalit, toimintakertomukset, henkilöstölehdet, video- ja DVD-ohjelmat sekä internet ja muut sähköiset oppaat (Hämäläinen & Kangas 2007, 2; Surakka 2009, 73).

Ohjeismateriaali säästää perehdyttämiseen tarvittavaa aikaa ja siitä on myös paljon hyötyä. Ohjeismateriaalit ovat esimerkiksi Tervetuloa taloon-opas, perehdytyskansio tai turvallisuusohjeet. Uusi työntekijä voi tutustua asioihin itsenäisesti jo ennen työn aloittamista sekä myöhemmin kerratakseen asioita. Ohjeismateriaali tukee asioiden mieleen painamista ja muistamista. Työsuhteen alussa uusi

työntekijä saa paljon uutta tietoa, siksi hänen on helpompi omaksua asiat, jos hän on pystynyt tutustumaan etukäteen oheismateriaaliin. (Hämäläinen & Kangas 2007, 7,10.)

Perehdytyskansiota suunniteltaessa tulee kiinnittää huomiota siihen, millaisen kuvan se antaa työpaikasta. Säännöt ja kontrolli voivat antaa negatiivisen vaikutelman ja samalla lisäävät uuden työntekijän jännitystä. Positiiviseen vaikutelmaan liittyviä teemoja ovat esimerkiksi arvot, asiakkaat ja yhteistyö. Perehdytyskansion tulee olla helppolukuinen, sisältää vain olennaisia asioita sekä olla helposti päivitettävissä. (Kjelin & Kuusisto 2003, 211–212.) Perehdytysmateriaali olevan sähköisessä versiossa on helpompi päivittää (Surakka 2009, 74).

3 MIELENTERVEYS KÄSITTEENÄ

Mielenterveydellä tarkoitetaan hyvinvoinnin tilaa, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä ja pystyy sopeutumaan elämän stressitilanteisiin, sekä kykenee työskentelemään tuottavasti ja antamaan oman panoksensa yhteiskunnalle. Mielenterveyttä nähdään myös psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana, jota kaiken aikaa sekä käytämme että keräämme ja jonka avulla ohjaamme elämäämme. (Lehtonen & Lönnqvist 2014,30.) Mielenterveyteen vaikuttavat yksilölliset, sosiaaliset, yhteiskunnan rakenteelliset, kulttuuriset ja biologiset tekijät (THL 2018a).

Mielenterveys ei ole pysyvä tila, vaan se muuttuu jatkuvasti elämän aikana. Hyvän mielen terveyden tunnusmerkkejä ovat kyky ja halu vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin, toisista välittäminen ja rakkaus. Yhtä tärkeitä on myös kyky työntekoon, ahdistuksen riittävä hallinta, psyykinen kimmoisuus ja kyky suojautua haitallisilta tekijöiltä vaikeissa olosuhteissa. (Lehtonen & Lönnqvist 2014, 32.)

Ihmisellä on sekä mielen terveyttä suojaavia että myös sitä vaarantavia tekijöitä. Näillä tekijöillä on vaikutus mielen terveyden asteeseen ja ihmisen reaktioon vastaan tuleviin elämän muutoksiin ja kriiseihin. Mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa hyvä terveys ja itsetunto, ongelmaratkaisutaidot, oppimiskyky, sosiaalinen tuki, turvallinen elinympäristö sekä työ ja toimeentulo. Mielenterveysongelmien riski pienenee sen mukaan, kuinka paljon yksilöllä on mielen terveyttä suojaavia tekijöitä. (Hietaharju & Nuutila 2016, 11.)

Mielenterveyttä vaarantavilla tekijöillä on puolestaan heikentävä vaikutus yksilön hyvinvointiin ja terveyteen, sillä ne lisäävät riskiä sairastua mielen terveysongelmaan. Mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä ovat sairaudet, huonot ihmissuhteet, eristäytyneisyys, kiusaaminen, päihteiden käyttö, työttömyys. Ihminen pystyy vaikuttamaan mielen terveyteensä lisäämällä suojaavia ja poistamalla vaarantavia tekijöitä. Mielenterveyden kannalta on tärkeää pitää arjesta kiinni, rentoutua ja syödä terveellisesti. Lisäksi liikunta, mielekkäiden asioiden tekeminen ja sosiaaliset kontaktit vaikuttavat positiivisesti mielen terveyteen. (Hietaharju & Nuutila 2016, 12.)

Mielenterveyden häiriöstä puhutaan silloin, kun ihmisen mieliala, tunteet, ajatukset tai käytös haittaavat toimintakykyä, ihmissuhteita tai aiheuttavat kärsimystä. Vakava mielenterveyden häiriö voi lamauttaa henkilön lähes kokonaan ja eristää hänet sosiaalisista suhteista ja yhteiskunnan toiminnoista. (Hietaharju & Nuutila 2016, 30; Huttunen 2017.) Mielenterveyden häiriö aiheutuu useiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Tyypillisesti mikä tahansa stressitekijä voi laukaista häiriön, jonka puhkeamiselle muut tekijät ovat jo aiemmin muodostaneet pohjaa. (THL 2018b.)

Mielenterveyden ongelmat ilmenevät kaikilla ihmisillä eri tavalla. Usein vaikeudet ovat kuitenkin päivittäiset, painavat mieltä ja uhkaavat henkistä hyvinvointia. Psykkisille häiriöille ovat tyypillisiä tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen oireet. Mielenterveyden häiriöt yleensä hoidetaan sekä psykoterapialla että moneenlaisilla lääkkeillä. (Huttunen 2017b.) Suomalaisten yleisimmät mielenterveyden häiriöt ovat ahdistuneisuushäiriöt, persoonallisuushäiriöt, päihderiippuvuus, mielialahäiriöt, skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt (Hietaharju & Nuutila 2016, 30).

Mielenterveyden edistäminen on toiminta, joka vahvistaa mielenterveyttä ja lisää suojaavia tekijöitä. Mielenterveyden edistämisen avulla voidaan ehkäistä mielenterveyden häiriöitä. Mielenterveyttä voidaan edistää yksilötasolla esimerkiksi vahvistamalla itsetuntoa ja elämänhallintaa. Yhteisötasolla vahvistetaan yleensä sosiaalista tukea ja sosiaalista osallisuutta, sekä lisätään lähiympäristöjen turvallisuutta. Taloudellinen toimeentulon turvaaminen ja yhteiskunnallisten päätösten teko kuuluvat puolestaan mielenterveyden edistämiseen rakenteisella tasolla. (THL 2014.) Mielenterveyttä edistetään myös erilaisten mielenterveyspalvelujen avulla. Mielenterveyspalvelujen tarkoituksena on ehkäistä, lievittää tai hoitaa mielenterveyshäiriöitä ja niiden seurauksia. (THL 2018c.)

4 MIELENTERVEYSTYÖTÄ KOSKEVAA LAINSÄÄDÄNTÖ

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveystyön valtakunnallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan mielenterveystyön tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä ja minimoida mielen-terveyteen kohdistuvia vaaroja. Mielenterveystyö muodostuu mielenterveyttä edistävästä työstä ja mielen-terveyden häiriöiden ehkäisystä sekä mielen-terveys- palveluista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Mielenterveystyöstä säädetään muun muassa Suomen perustuslaissa (731/1999), mielen-terveyslaissa (1116/1990), terveydenhuoltolaissa (1386/2010). Perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella on oikeus riittäviin sosi- aali- ja terveyspalveluihin (Suomen perustuslaki 731/1999). Mielenterveyslaki ja terveydenhuoltolaki velvoittavat kunnat järjestämään mielen-terveyspalvelut sisäl- löltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin alueella esiintyvä tarve edellyttää. (Mie- lenterveyslaki 1116/1990 1:3 §; Terveydenhuoltolaki 3:27 §).

Potilaslain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoi- toon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytet- tävissä. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioi- tetaan. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin kaikki tarpeelliset tiedot hoidon turvaamiseksi. Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. Salassapitovelvollisuus säilyy palvelussuhteen tai tehtä- vän päättymisen jälkeen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2:3 §, 4:12,13 §.)

Mielenterveyspalveluihin kuuluu ohjaus, neuvonta, tarpeenmukainen psykososi- aalinen tuki sekä mielen-terveyden häiriöiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. Avo- palvelut sekä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat hoidossa pääasi- allisia. Kunnan sosiaalihuolto järjestää mielen-terveyskuntoutujille asumispalve- luita, kotipalveluita ja kuntouttavaa työtoimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.) Yksityiset palvelutuottajat tuottavat myös nykyisin merkittävässä määrin

mielenterveys- ja päihdepalveluita sekä asumispalveluita (Lönngqvist, Moring & Vuorilehto 2014, 759). Järjestettäessä asumispalveluja ja kuntouttavia palveluja tavoitteena on kuntoutujan toimintakyvyn säilyminen tai paraneminen ja sen myötä kuntoutujan siirtyminen itsenäisempään asumiseen (THL 2018c).

Sosiaalihuoltolaissa säädetään, miten ja mitä sosiaalipalveluja kunnan on tuotettava. Sosiaalihuoltolain mukaan sosiaalihuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.) Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetuissa laissa määritellään asiakkaan asemaa ja oikeuksia hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000).

Yksityisten sosiaalipalvelujen lain tarkoituksena on varmistaa, että yksityisiä sosiaalipalveluja käyttävän asiakkaan oikeus laadultaan hyviin sosiaalipalveluihin toteutuu. Lakia sovelletaan yksityisten sosiaalipalvelujen tuottamiseen, toteuttamiseen ja valvontaan, jollei lailla toisin määrätä. (Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011.)

Laissa terveydenhuollon (559/1994) ja sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015) määritellään, ketkä voivat toimia terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöstönä. Niiden tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen laatua. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015.)

5 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS

Kuntoutus on tavoitteellista toimintaa, joka perustuu kokonaisnäkemykseen kuntoutujan tilanteesta (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2003, 30). Ihminen on psyko-fyysis-sosiaalinen olento, minkä vuoksi kuntoutukseen liittyy fyysisen ja psyykkisen suorituskyvyn lisäksi myös hankalammin määriteltävät asiat kuten sosiaalisen osallisuuden kokeminen sekä elinvoiman, motivaation ja kiinnostuksen uudelleenlöytäminen. (Riikonen 2008, 158.)

Mielenterveysongelmat liittyvät monin tavoin sosiaaliseen syrjäytymiseen ja sen uhkaan. Sosiaaliset ongelmat voivat ilmetä esimerkiksi torjutuksi ja kiusatuksi tulemisena, eristäytymisenä, sosiaalisina pelkoina, passiivisuutena sekä rohkeuden ja aloitteellisuuden vähenemisenä. Tämän vuoksi kuntoutuksessa korostetaan yhä enemmän sosiaalista osallisuutta sekä innostuksen ja motivaation etsimistä. (Riikonen 2008, 158.)

Kuntoutuksessa pyritään vahvistamaan ihmisen omatoimisuutta ja tukemaan arkielämässä itsenäisesti suoriutumista (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2003, 30). Kuntoutuksen edellytyksenä on, että kuntoutuja oppisi kokemaan, tiedostamaan ja kuntouttamaan itseään suhteessa toisiin ihmisiin. Kuntoutuminen nähdään pääasiassa psykologisena tai psyykkisenä tapahtumana, koska kyseessä on ihmisen sisäinen muutos. Kuntoutumisessa kuntoutuja ottaa pieniä askeleita päivittäin omien tavoitteiden eteen. (Rissanen 2007, 79, 82–83.)

Kuntoutuksessa ihminen nähdään yhteisön jäsenenä, jolloin kuntoutus kohdistuu myös yksilön sosiaalisiin rooleihin ja tehtäviin. Kuntoutuksen tavoitteena on, että yksilö pystyisi toimimaan merkityksellisesti hänen itse valitsemisensa tärkeissä rooleissa ja ympäristöissä. (Koskisu 2004, 18–19.) Mielenterveyskuntoutuksessa yhteisöllisyydellä tuetaan kuntoutumisen prosessia. Ohjaavan kuntoutuksen lisäksi yhteisöissä tarjotaan vertaistoimintaa ja vertaistukea. (Kanerva, Kukanen, Oittinen, Schubert & Seuri 2013, 105; Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 315.)

Mielenterveyskuntoutus ymmärretään myös prosessina kuntoutujan ja kuntoutuspalvelun välillä, johon kuuluu tiettyjä vaiheita (Koskisuus 2004, 139). Kuntoutuksenvaiheet jaetaan kuntoutustarpeiden ja voimavarojen kartoitukseen, kuntoutussuunnitelman laadintaan, toteutukseen ja arviointiin. (Kanerva ym. 2013, 105.) On tärkeää aloittaa mielenterveyskuntoutus mahdollisimman nopeasti sairauden akuuttivaiheen jälkeen, joka parantaa huomattavasti kuntoutumisen onnistumisen mahdollisuuksia. Mielenterveyskuntoutuksen järjestämisestä vastaa moniammatillinen verkosto, johon kuuluu julkisia, yksityisiä ja kolmannen sektorin toimijoita. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 301–302.) Kuntoutus voidaan toteuttaa yksilökuntoutuksena, ryhmämuotoisesti, laitoksessa tai avohoidossa tai molempien yhdistelmänä (Moilanen & Pylkkänen 2008, 171).

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen mukaan (2001) jokaiselle potilaalle tulee laatia kirjallinen kuntoutussuunnitelma yhdessä kuntouttajan kanssa tai tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Hoitosuunnitelmassa asetetaan konkreettisia tavoitteita kuntoutumisen etenemisen edellyttämiseksi sekä päätetään hoidosta. Kaikessa hoidossa tulee käyttää kuntouttavaa työtä. (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 21–23.) Kuntouttavalla tai kuntoutumista tukevalla työotteella viitataan yleensä työntekijän toimintatapoihin, jotka edistävät asiakkaan omatoimisuutta ja elämänhallintaa. Kuntouttavassa työotteessa korostuu yhdessä tekeminen puolesta tekemisen sijaan. Asiakkaalle annetaan mahdollisuus tehdä itse omat valintansa arkeen liittyvissä asioissa. Apua ja ohjausta on aina annettava asiakkaan pyytäessä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.)

Hoidon ja kuntoutuksen erottaminen toisistaan mielenterveyshoitotyössä on vaikeaa. Hoidon päätavoitteena on lievittää sairauden oireita. Hoidon suunnittelu pohjautuu psykiatriseen diagnoosiin ja sen mukaan laaditaan hoitosuunnitelma, sekä päätetään muista hoitokeinoista muun muassa lääkehoidosta ja psykoterapiasta. Kuntoutuksen tavoitteena on parantaa yksilön elämänlaatua ja selviytymistä sairauden oireista huolimatta ja niiden kanssa. Kuntoutukseen kuuluu erityisesti mielekkään toiminnan ja riittävän sosiaalisen tuen varmistaminen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 237.)

Kuntoutuja on itse vastuussa omasta kuntoutumisesta. Kuntoutumista tukevat kuntoutujan omat verkostot, perhe, toiset kuntoutujat ja ystävät. Mielenterveyskuntoutuksessa keskeistä on kuntoutujalähtöisyys, jolloin kuntouttajan omat tavoitteet ohjaavat prosessia. Kuntoutustyöntekijä kuuntelee, auttaa sekä tukee kuntoutujaa löytämään tavoitteita ja erilaisia keinoja. Toivon merkitys on kuntoutujille olennainen. Joskus kuntoutustyöntekijän usko kuntoutumisen mahdollisuuteen, on tärkeämpää kuin se, että hän tietää täsmälleen, miten kuntoutujaa pitäisi auttaa. (Koskisuus 2004, 22, 25, 139.) Työntekijän pitäisi pystyä oivaltamaan ihmisen vahvuudet ja kertomaan tilanne hänelle jo siinä vaiheessa, kun toivoa eikä edistymistä ole vielä tapahtunut (Rissanen 2007, 93).

6 YHTEISÖHOITO

Yhteisöhoidolla tarkoitetaan yhteisön tietoista käyttämistä hoidollisten, kuntoutuksellisten ja kasvatuksellisten tavoitteiden pääsemiseen. Yhteisöhoito käsitteenä sisältää fyysisen ja sosiaalisen ympäristön sekä terapeutilliset, kuntoutukselliset ja kasvatukselliset periaatteet. (Murto 1997, 13; Punkanen 2001, 61.)

Yhteisöhoidon perustana on ihmiskäsitys, jonka mukaan ihminen elää ja kehittyy vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Yhteisöhoidossa jäsenet ovat aktiivisia osanottajia ja he päättävät eri asioista demokraattisesti. Muilta yhteisön jäseniltä saama vertaistuki opettaa vastuun ottamista ja selviytymistä arjen askareista. Yhteisöhoitoa voidaan soveltaa eri potilasryhmiin, muun muassa psykiatriin potilaisiin, päihderiippuvaisiin ja psyykkisesti kehitysvammaisiin. (Punkanen 2001, 61; Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 250.)

Yhteisöhoidon keskeiset periaatteet ovat sallivuus, yhteisöllisyys, empaattisuus, avoimuus, tasa-arvoisuus ja demokraattisuus. Sallivuus on yhteisön toisten jäsenten erilaisuuden ja tavanomaisesta poikkeavan käyttämisen hyväksymistä. Potilaille annetaan jatkuvasti palautetta käyttäytymisestään ja sen vaikutuksesta yhteisön jäseniin. Sallivassa ilmapiirissä voidaan myös kokeilla turvallisesti uudenlaisia käyttäytymistapoja. Epäonnistumiset sallitaan ja niiden kautta tapahtuu varsinainen oppiminen. (Murto 1997, 28–29; Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 251.)

Yhteisöllisyys on yksi tärkeimmistä periaatteista yhteisöhoidossa. Sen edellytyksenä on avoimuus, osallistuminen sekä kokemusten jakaminen yhteisön jäsenten kesken. (Murto 1997, 229.) Jokaisen yhteisön jäsen pyritään saamaan osallistumaan kaikkeen, mitä yhteisössä tapahtuu. Vastuut jaetaan mielekkäällä tavalla. Kuntoutuksen kannalta osallistuminen on tärkeää, koska näin potilaat oppivat myös aktiivisemmiksi myös yhteisön ulkopuolella. (Murto 1997, 29; Punkanen 2001, 63.)

Avoimuus tarkoittaa jatkuvaa, avointa ja monisuuntaista vuorovaikutusta yhteisön jäsenten välillä. Potilaita rohkaistaan keskustelemaan henkilökunnan kanssa vaikeistakin asioista. Yhdessä pyritään etsimään ristiriitoihin rakentavia ratkaisuja.

Yhteisön kehittämisen kannalta on tärkeää järjestää yhteisiä tilaisuuksia, jossa voidaan keskustella esille nousseista asioista ja tehdä päätöksiä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 251.) Demokraattisuus ja tasa-arvoisuus tarkoittavat jokaisen yhteisön jäsenen yhtäläistä oikeutta osallistua päätöksentekoon ja vaikuttaa hoitoonsa. Yhteisöhoidossa työntekijöiden asemaa ja auktoriteettia ei nosteta esiin. (Murto 1997, 29, 249; Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 251.) Yhteisöhoidon periaatteita toteutetaan erilaisissa hoidollisissa yksiköissä, kuten akuuttihoito- ja kuntoutusyhteisöissä, päivätoiminnassa ja erilaisissa asumispalveluissa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 250.)

Yhteisöhoidossa osallisuutta ja toiminnan muutosta pidetään edellytyksenä elämäntavan ja ajattelun muutokselle. Konkreettinen tekeminen ja jatkuva toiminta voivat vain muuttaa potilaan elämää. Muutos tapahtuu aina sosiaalisessa ympäristössä ja yhteisöhoidossa käytetään tietoisesti koko yhteisöä muutosta edistävänä tekijänä. Todellinen muutos tapahtuu vasta silloin, kun ihminen on valmis ottamaan vastuuta omasta toiminnasta ja vähitellen koko yhteisöstä. Vastuun ottaminen voidaan opetella avointen tilanteiden ja tapahtumien tutkimisen sekä arvioinnin kautta. Konfliktin esiin noustessa asia otetaan yhdessä tarkasteluun esimerkiksi yhteisellä kokouksella. Yhdessä pyritään etsimään ratkaisua ja mennä tilanteesta eteenpäin. Tärkeintä on, että jokaisella on mahdollisuus nostaa asioita esiin yhteiseen käsittelyyn. (Ikonen, Kallio & Ruisniemi 2012, 105–106.)

Henkilökunnan tärkein tehtävä on ylläpitää yhteisön rakenteita ja ohjata toimintaa (Ikonen ym. 2012, 104). Yhteisöllinen toiminta edellyttää työntekijöiltä joustavuutta ja sopeutuvuutta, sekä samalla myös riittävää napakkuutta puuttua asioihin. Toiminnan arviointi ja sen kehittäminen tapahtuu jatkuvasti. Hoitoa suunnitellaan erilaisissa tilanteissa, muun muassa hoitopalavereissa ja raporteilla. (Punkanen 2001, 65.) Yhteisöhoidossa luovutaan perinteisten roolien merkeistä, kuten työpuvusta ja ammatillisista tunnuksista. Yhteisöhoidon periaatteita käytetään erilaisissa hoidollisissa yksiköissä, kuten päivätoiminnassa, asumispalveluissa, akuuttihoito- ja kuntoutusyhteisössä (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 250–251). Yhteisöhoidon avulla potilaiden sosiaalinen toimintakyky ja adaptaatiokyky kasvaa, kommunikaatiokyky paranee, aktiviteetti lisääntyy, itsetunto ja itsesäätelykyky kohoaa (Punkanen 2001, 65).

7 MASENNUS

Masennustilat eli depressiot ovat oireyhtymiä, jotka luokitellaan mielialahäiriöiden alaryhmäksi. Depressio on monitekijäinen, herkästi uusiutuva sairaus, joka saa usein alkunsa kriisistä, loukkauksesta, pettymyksestä tai vaikeasta uupumuksesta. (Heiskanen, Holi, Huttunen, Kampman & Tuulari 2017, 10.) Hetkellinen masentunut mieliala tai suru on ihmisen normaali reaktio erilaisiin menetyksiin tai pettymyksiin. Depressiossa ohimenevän tunteen sijasta on kyse mielialan muutoksesta ja siihen liittyvistä oireista, jotka voivat kestää yhtäjaksoisesti viikkoja, kuukausia ja jopa vuosia. (Huttunen 2016.)

Masennustilojen kehittymiseen vaikuttaa monet tekijät kuten perinnöllinen ja hankittu biologinen alttius sekä altistavat persoonallisuuden piirteet. Kielteiset elämänmuutokset, joskus kronobiologiset häiriöt, aivosairaudet, hormonaaliset muutokset, päihteiden käyttö, erilaiset mielenterveyden häiriöt ja pitkäaikainen somaattinen sairaus voivat myös laukaista masennustilan. (Isometsä & Karlsson 2017, 50; Heiskanen ym. 2017, 10, 14.)

7.1 Kulku ja ennuste

Masennustila diagnosoidaan neljän masennustilan tyypillisten oireiden perusteella, jotka ovat esiintyneet yhtä aikaa vähintään kahden viikon ajan. Depressio jaetaan yleisen vaikeusasteen mukaan lievään, keskivaikeaan, vaikeaan ja psykoottiseen. (Käypä hoito -suositus 2016.) Masennustilan vaikeusasteella on suora vaikutus ennusteeseen. Vaikeasta masennustilasta toipuminen on yleensä pitkäkestoinen prosessi. Potilaan ennusteen ja toipumisen arvioinnin kannalta on tärkeää depression vaikeuden systemaattinen ja toistuvainen arviointi oireasteikon avulla. (Isometsä 2014a, 268.) Masennustilan vaikeusaste voidaan arvioida diagnostisen haastattelun avulla sekä käyttäen erilaisia oireasteikkoja, joita ovat DEPS, BDI, Hamiltonin sekä Montgomery-Åsbergin masennusasteikko. (Isometsä 2017a, 40).

Masennustilat alkavat usein lievien esioireiden ilmaantumisesta, joiden pituus vaihtelee muutamasta viikosta kuukauteen. Tavallisimpia esioireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys, väsymys ja ahdistuneisuus. Esioireet pahe-nevat vähitellen ja masennusoireyhtymä saavuttaa huippunsa vasta esivaiheen jälkeen. Toistuvista masennustiloista kärsivät potilaat osaavat usein tunnistaa masennuksen esioireet ja hakeutuvat hoitoon ennen masennustilan varsinaista kehittymistä. Oireiden lievittyessä alkaa masennustilan toipumisvaihe. Toipumi-nen on täydellinen, kun kaikki oireet ovat hävinneet. Masennustilan jälkeen voi joskus esiintyä jälkioireita, jotka yleensä heikentävät toimintakykyä ja hidastavat työelämään paluuta. (Isometsä 2014a, 268.)

7.2 Oireet

Masennustilan keskeisiä oireita ovat mielialan lasku, väsymys, mielenkiinnon me-netys, keskittymisvaikeudet, unettomuus, ruokahaluttomuus, alentunut itsetuotta-mus, huono itsetunto, syyllisyyden tunteet sekä itsemurhaan liittyvät ajatukset. (Isometsä 2014a, 247–248.) Masennustila vaikeuttaa ihmissuhteita, tulevaisuu-den mielikuvia, työtä ja erityisesti arkielämää (Kiiltomäki, Noppari & Pesonen 2007, 197).

Masentuneen ihmisen käsitys itsestä on usein aliarvioiva. Nykyhetkisten ongel-mien ratkominen tuntuu mahdottomalta, eikä tulevaisuuden näkymiä ole tai ne vaikuttavat synkiltä. Henkilö ei koe usein omaavansa voimavaroja, ja voimavarat ovat voineet vähentyä masennustilan seurauksena. Väsymys vaikeuttaa erilais-ten toimintojen aloittamista ja vaikuttaa myös keskittymiskykyyn. Arkipäiväiset pienetkin päätökset saattavat tuntua suurilta ja hankalilta. Ajatukset voivat koh-distua vahvasti kuolemaan. (Kiiltomäki, Noppari & Pesonen 2007, 198.)

Pitkittyneessä masennustilassa henkilö voi luopua hyvinvointia ylläpitävistä toi-minnoista, itsestä huolehtimisesta sekä sosiaalisista suhteista. Motivaation ja mielenkiinnon menetys voivat johtaa tehtävistä vetäytymiseen ja luovuttamiseen sekä samalla väliaikaisesti heikentää aikaansaannoksia. Myös toimivat rutiinit ja käyttämättömät taidot saattavat jäädä tai unohtua. Masentuneen on haasteellista

ylläpitää tai aloittaa liikunta silloin, kun aloitekyky on heikentynyt eikä liikunta tarjoa mielihyvän kokemuksia. (Kivekäs & Tuisku 2017, 373.)

7.3 Toimintakyky

Toimintakykyä tulee arvioida, ylläpitää ja vahvistaa kaikissa sairauden vaiheissa, koska se on arjessa selviytymisen edellytys ja elämänlaadun olennainen taustatekijä. Hyvän hoidon ja kuntoutuksen tavoitteisiin nähdään kuuluvan oireiden ja kärsimyksen väheneminen, sekä toimintakyvyn ja hyvinvoinnin vahvistaminen. Terveystilan lisäksi toimintakykyyn vaikuttavat muun muassa ympäristön tarjoamat mahdollisuudet, haasteet, vaatimukset ja tuki. (Kivekäs & Tuisku 2017, 373.)

Masennustilan kesto ja vaikeusaste vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn eri elämänalueilla. Lievässä masennustilassa ihminen pystyy kohtalaisesti selviytymään arjesta. Keskivaikea masennustila vaikuttaa heikentäen potilaan toimintaa hänelle tärkeissä rooleissa. Keskivaikeassa masennustilassa työ- ja toimintakyky on huomattavasti alentunut, sekä sairauslomia tarvitaan usein. Vaikea-asteisessa ja psykoottisessa masennustilassa potilas tarvitsee yleensä sairaanhoitoa tai intensiivistä hoitoa ja tukea, koska hänen toimintakyky on heikentynyt kaikilla osa-alueilla. (Kivekäs & Tuisku 2017, 372.)

Masentuneella voi esiintyä kognitiivisen toiminnan häiriöitä, jotka vaikuttavat merkittävästi ihmisen toimintakykyyn. Kognitiiviset puutokset esiintyvät masennustilan vaikeusasteen kasvaessa ja oireilun pitkittyessä. Masennustilaan kuuluvia kognitiivisen toimintakyvyn häiriöitä ovat muun muassa keskittymis- ja päätöksentekovaikeudet, ajatuksen ja toiminnan hidastuminen, sekä toiminnanohjauksen puutokset. Toiminnanohjauksen puutokset ilmenevät vaikeuksina suunnitella tai aloittaa asioita, käyttää työmuistia ja tehdä päätöksiä. Ne vaikeuttavat erityisesti arjessa ja työssä selviytymisessä. Korkean iän sekä muiden samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden ja somaattisten sairauksien on osoitettu altistavan kognitiivisen toiminnan puutoksille masennustilojen yhteydessä. (Kivekäs & Tuisku 2017, 373.)

7.4 Hoito

Masennustilojen hoidossa voidaan käyttää biologisia, psykologisia tai potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavia menetelmiä. Depression hoitomuotojen valinta perustuu sen vaikeusasteeseen, hoitomuotojen saatavuuteen sekä potilaan omiin toiveisiin hoitonsa suhteen. Yleisimpiä hoitumuuotoja ovat lääkehoidot ja psykoterapiat. (Isometsä 2017b, 66.)

Masennustilaan sairastuneille on tärkeää saada tukea, jotta hän löytäisi toimivia alueita arkielämässään ja havaitsisi pieniä onnistumisia tai edistysaskeleita. Masentuneen oma kokemus tulee ottaa huomioon, tuolloin hänen on helppo lähteä yhteistyössä pohtimaan tilannettaan eri näkökulmista. (Kivekäs & Tuisku 2017, 372.)

Toivon herättäminen ja ylläpitäminen on keskeinen asia masennusta kokevan ihmisen hoidossa. Eri vaihtoehtojen miettiminen vaikeissa tilanteissa voi avata portteja toiveikkaampaan tulevaisuuteen. Toiveikkuuden lisääntyminen auttaa sitoutumaan paremmin elämän tavoitteisiin, sekä lisää henkilön itsesäätelyä, pysyvyyden ja selviytymisen tunnetta. Tärkeää yhteistyösuhteessa on varata potilaalle riittävästi aikaa ja luoda yhteistyösuhteesta turvallinen ja luottamuksellinen sekä tasa-arvoinen. (Kiiltomäki, Noppari & Pesonen 2007, 201–202; Kanerva ym. 2013, 207.)

Potilaan itseymmärryksen lisääntyminen antaa hänelle toivoa sekä uskoa parempaan tulevaisuuteen ja uusiin mahdollisuuksiin. Se auttaa myös löytämään uudenlaisia keinoja selvitä hankalista tilanteista. Potilaan itseymmärrys kasvattaa itsetuntoa, vapauttaa syyllisyydestä ja lisää voimaantumista. (Kanerva ym. 2013, 208.)

Omien kielteisten ajatusten tunnistaminen on myös masentuneen potilaan hoidossa tärkeää. Yleensä masentuneen ajatukset ovat vääristyneitä, siksi työntekijän tulee ohjata potilasta oppimaan uusia vaihtoehtoisia ajatuksia, jotka eivät ole niin negatiivisia potilaan elämässä. Nämä uudet rakentavat ja myönteiset ajatukset ylläpitävät hyvinvointia ja jaksamista elämässä. (Kanerva ym. 2013, 208.)

Viikko-ohjelman avulla voidaan jäsentää potilaan päivää ja kannustaa erilaisiin toimintoihin. Vuorokausirytmien normalisoituminen, sekä erilaiset liikunta-, rentoutus- ja toiminnalliset ryhmät ovat osa hoitotyön sisältöä. (Kanerva ym. 2013, 207.) Tutkimuksissa liikuntaa on tutkittu masennustilojen hoidossa joko yksinään tai yhdistettynä lääkehoitoon. Säännöllinen, etenkin ryhmämuotoinen ja ohjattu liikuntaharjoittelu voi parantaa lievän ja keskivaikean depression hoidon tulosta. (Leppämäki 2017, 197.)

8 KAKSISUUNTAINEN MIELIALAHÄIRIÖ

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on yleensä nuoruusiässä alkava pitkäaikainen mielenterveyden häiriö. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy vaihtelevasti masennus-, mania-, hypomania- tai sekamuotoisia jaksoja. (Isometsä 2014b, 222–223; Pajunen, Suominen & Valtonen 2017, 226). Sairausjaksojen välillä henkilö voi olla oireeton tai oireet ovat lievimpiä kuin varsinaisten sairausjaksojen aikana. (Pajunen, Suominen & Valtonen 2017, 226).

Perinnöllinen alttius vaikuttaa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastumiseen. Lapsuusiän traumaattiset kokemukset, erilaiset stressaavat elämäntapahtumat tai päihteiden käyttö saattavat myös laukaista sairauden kehittymisen. (Käypä hoito -suositus 2013.) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat kärsivät usein samanaikaisesti muista psykiatrisista oireyhtymistä, kuten ahdistuneisuus-, syömis- tai persoonallisuushäiriöstä sekä päihdeongelmasta. Lisäksi ruumiillisia sairauksia esiintyy enemmän kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla kuin väestöllä keskimäärin. (Pajunen, Suominen & Valtonen 2017, 226.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan kahteen alatyyppiin. Tyypin I häiriössä esiintyy masennus- ja maniajaksoja tai sekamuotoisia jaksoja. Tyypin II kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön kuuluu masennustiloja ja lieviä yliaktiivisuusjaksoja eli hypomanioita, mutta ei koskaan maanisia jaksoja. (Pajunen, Suominen & Valtonen 2017, 226.)

8.1 Sairauden vaiheet

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson oireet ovat samankaltaisia kuin tavallisessa masennustilassa. Masennusjakson oireet saattavat olla vain kestoltaan hieman lyhyempiä ja niihin liittyy useammin psykoottisia oireita, liikkeiden hidastumista tai epätavallisen masennuksen oireita, kuten painonnousua, ruokahalun lisääntymistä ja liikaunisuutta. (Isometsä 2014b, 229.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen lääkehoito poikkeaa tavallisten masennustilojen hoidosta, tämän vuoksi masennukseen sairastuneelta tiedustellaan aina maanisten ja hypomaanisten jaksojen olemassa olosta. (Suominen & Valtonen

2013). Hoito ainoastaan masennuslääkkeillä voi joskus laukaista hypomanian tai manian (Isometsä 2014b, 239).

Maniajakso alkaa usein äkillisesti ja saattaa kestää kahdesta viikosta viiteen kuu-kauteen (Käypä hoito -suositus 2013). Maniavaiheelle on tyypillistä mielialan lii-allinen kohoaminen tai ärtyisyys (Pajunen, Suominen & Valtonen 2017, 227). Maaniset oireet aiheuttavat voimakasta toimintakyvyn laskua. Manian tavallisim-mat oireet ovat puheliaisuuden lisääntyminen, unen tarpeen väheneminen, kiih-tynyt ajatustoiminta, itsetunnon kohoaminen, keskittymiskyvyttömyys, toimeliai-suuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus. (Isometsä 2014b, 236; Paju-nen, Suominen & Valtonen 2017, 227.) Aistiharhoja tai harhaluuloja voi myös esiintyä maniassa ja vaikeissa masennusjaksoissa (Käypä hoito -suositus 2013). Akuutin manian hoito tapahtuu tavallisesti psykiatrisessa sairaaloissa, koska tilan korjaantuminen vaatii aikaa ja mania voi aiheuttaa henkilölle vakavia haitallisia seuraamuksia (Isometsä 2014b, 236).

Hypomania on maniaa lievempi sairausjakso, jolle on ominaista mielialan nousu ja samanaikainen tarmon ja toimeliaisuuden lisääntyminen (Isometsä 2014b, 222). Hypomaniajakso kestää vähintään neljän vuorokauden tai usean viikon ajan (Käypä hoito -suositus 2013). Hypomania voi olla vaikeasti tunnistettavissa, koska henkilö saattaa hahmottaa hypomaanisia jaksoja omaan luonteeseensa kuuluvuksi ilmiöksi. Samanaikainen päihteiden käyttö vaikeuttaa myös hypo-manian tunnistamista. (Isometsä 2014b, 228.) Hypomanian ja erityisesti ma-niajaksojen aikana potilas voi aiheuttaa itselleen ongelmia liittyen ihmissuhteisiin, taloudellisiin asioihin ja päihteiden käyttöön (Käypä hoito -suositus 2013).

Sekamuotoisessa jaksossa hypomania, mania ja masennusoireet esiintyvät yh-täaikaisesti tai nopeasti vuorottelen. Tila on usein tuskallinen potilaalle mielialan-vaihteluiden vuoksi ja siihen liittyy suuri itsetuhoisen tekojen riski. (Isometsä 2014b, 229.)

8.2 Hoito

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon kuuluu lääkehoito, psykososiaalinen hoito ja omahoito (Suominen & Valtonen 2013). Hoito järjestetään potilaan yksilöllisten ja eri sairausvaiheiden muuttuvien hoitotarpeiden huomioiden (Käypä hoito -suositus 2013). Keskeisenä hoitomuotona on mielialaa tasaava lääkitys, joka valitaan sairausjakson mukaisesti. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoito jaetaan akuuttivaiheen hoitoon ja ylläpitohoitoon. Akuuttihoiton tavoitteena on oireettomuuden saavuttaminen. Akuuttihoiton jälkeen alkaa ylläpitohoito, jonka tavoitteena on estää uusia mielialahäiriöjaksojen syntymistä sekä varsinaisten jaksosten välisiä lievempiä oireita. (Suominen & Valtonen 2013.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön omahoidossa keskeisiä asioita ovat lääkehoidon sitoutuminen, säännöllisen vuorokausirytmien ylläpito, stressin hallinta ja päihteiden käytön välttäminen (Pajunen, Suominen & Valtonen 2017, 233). Asianmukainen lääkitys tai elämäntapamuutos voivat vähentää tai jopa kokonaan estää sairausjaksojen toistumista (Huttunen 2017a). Potilaan on hyvä oppia arvioimaan omaa käyttäytymistään, tunnistamaan ennakko-oireitaan ja toimimaan siten, etteivät oireet pääse etenemään (Kuhanen ym. 2010, 215).

Psykososiaalisen hoidon tarkoituksena on hoitoyhteistyön parantaminen, potilaan ja hänen perhejäsenten tukeminen ja sairauden itsehallintotaitojen opettaminen. Psykososiaalista hoitoa voidaan toteuttaa yksilö-, ryhmä- tai perhehoitona erilaisten terapioiden avulla, mm. psykoedukaatio, kognitiivinen ja kognitiivis-behavioraalinen hoito, perhehoito ja international and social rhythm therapy. (Oksanen 2010.)

Potilaan ja hänen läheistensä tulee myös saada riittävästi tietoa sairaudesta, sen hoidosta sekä varhaisoireista (Käypä hoito -suositus 2013). Tiedon lisäksi tarvitaan aikaa ja tukea, jotta kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastava pystyy sopeutumaan siihen, että hänellä on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö. (Pajunen, Suominen & Valtonen 2017, 232.) Kaikilla psykososiaalisilla hoitomuodoilla on merkitys siinä, että potilas mahdollisimman suuressa määrin kantaa vastuuta oman hoitonsa toteutumisesta (Isometsä 2014b, 243).

9 SKITSOFRENIA

Skitsofrenia on nuorella aikuisiällä alkava psykoosisairaudeksi luokiteltu mielen-terveyden häiriö. Psykoosisissa henkilön todellisuudentaju on heikentynyt niin, että hänen on vaikea hahmottaa toden ja epätoden välinen ero. Sairauden syy on monien tekijöiden aiheuttama ja vielä puutteellisesti tunnettu. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. (Hietala, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Lönnqvist & Suvisaari 2014, 137–138.)

Skitsofreniasta kärsivällä esiintyy usein ongelmia ihmissuhteiden ylläpitämisessä, sekä tunteiden ja ajatuksien ilmaisemisessa. Sairauden puhkeamiseen vaikuttavat sekä geneettiset että ympäristötekijät. Skitsofreniaan liittyy vallitsevan teorian mukaan sikiökehityksen aikana alkava keskushermoston kehityksellinen häiriö, jota eri ympäristötekijät ihmisen elämänkaaren vaiheissa voivat pahentaa. (Hietala ym. 2014, 137–138.)

9.1 Oireet

Skitsofrenian oireet jaetaan ennakko-oireisiin, akuuttivaiheen oireisiin ja jälkioireisiin ilmaantumisjärjestyksen mukaan. Ennakko-oireet saattavat kestää muutamasta päivästä vuosiin, ja välillä voivat kadota. Akuuttivaiheen oireet ovat yleensä positiivisia ja jälkioireisiin luokitellaan negatiiviset oireet. Oireet vaihtelevat elämänkaaren kuluessa ja ovat yksilöllisiä. (Käypä hoito -suositus 2015.)

Suurimmalla osalla sairastuneista ennen skitsofrenian toteamista ilmenee ennakko-oireita, jotka käytännössä todetaan vasta sairastumisen jälkeen. Tämä vaikeuttaa skitsofrenian ennaltaehkäisyä. Tyypillisiä alkuvaiheen ennakko-oireita ovat unihäiriöt, ahdistuneisuus, eristäytyminen, keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen, epäluuloisuus, energian ja motivaation väheneminen, psykosomaattiset oireet, oudot subjektiiviset kokemukset ajattelun, motoriikan ja havaintojen alueella sekä sosiaalisen ja ammatillisen toimintakyvyn heikkeneminen. (Hietala ym. 2014, 148.)

Positiivisilla oireilla tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen häiriintymistä (Hietala ym. 2014, 139). Positiivisiin oireisiin kuuluvat harhaluulot, aistiharhat sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus (Salokangas & Tuominen 2017). Aistiharhat eli hallusinaatiot voivat olla kuulo-, näkö-, tunto-, haju- tai makuharhat. Kuuloharhat ovat yleisimpiä aistiharhoja skitsofreniaa sairastavilla. Skitsofreniapotilas voi kuulla puhetta, keskustella äänien kanssa tai naureskella niille. Kuuloharhat saattavat aiheuttaa vaaraa potilaalle, jos hän alkaa noudattaa kuulemien äänien käskyjä. Harhaluulot ovat virheellisiä uskomuksia, josta potilas pitää itsepäisesti kiinni. Harhaluulot voivat hallita potilaan ajatuksia ja tällä tavalla hankaloittaa sosiaalista kanssakäymistä sekä käyttäytymistä. Harhaluuloista kärsivä saattaa myös kuvitella, että hänen päähänsä on pakkosyötetty vieraita ajatuksia tai että muut tietävät hänen ajatuksia. (Hietala ym. 2014, 140–143.)

Hajanainen käytös ilmenee hajanaisena motorisena tai sosiaalisena toimintana, joka estää tehtävien suorittamisen järjestelmällisesti ja suunnitelmallisesti. Henkilö voi käyttäytyä tilanteeseen nähden sopimattomasti, esimerkiksi pukeutua oudosti, puhua itsekseen julkisella paikalla tai muuttua yhtäkkiä aggressiiviseksi. Potilaan puhe saattaa olla hajanaista ja epäloogista, että jopa yksittäisten lauseiden yhtenäisyys katoaa. Vaikeasta skitsofreniasta kärsivä voi käyttää myös itse keksimiä omia sanoja. (Hietala ym. 2014, 143, 146.)

Negatiiviset oireet tarkoittavat normaalien psyykkisten toimintojen heikentymistä tai puuttumista, kuten puheen köyhtymistä, kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää, tunne-elämän latistumista ja tahdottomuutta. (Salokangas & Tuominen 2017.) Puheen köyhtyminen näkyy spontaanin puheen sisällön vähenemisenä ja puuttumisena. Skitsofreniapotilas saattaa vastata kysymyksiin lyhyesti ja puhe usein sisältää vähän informaatiota. Skitsofreniasta kärsivä on myös usein kyvytön kokemaan mielihyvää ja nauttimaan sosiaalisista suhteista. Aiemmin kiinnostavia asioita eivät tuo enää nautintoa potilaalle. (Hietala ym. 2014, 146.)

Tunneilmaisun latistumiseen on tyypillinen oire, johon liittyy kyvyttömyys ilmaista erilaisia tunnetiloja. Henkilön ilmeet eivät muutu keskusteluaiheista huolimatta, ja potilas saattaa kokea, ettei hänellä ole lainkaan tunteita. Tahdottomuus näkyy

spontaanin aktiivisuuden puuttumisena ja aloitekyvyttömyytenä. Se voi vaikeuttaa normaalien arkitoimien suorittamista, kuten pukeutumista tai itsestä huolehtimista. (Hietala ym. 2014, 143.)

Skitsofreniaan liittyy usein myös kognitiivisia toimintahäiriöitä tarkkaavaisuudessa, muistissa, toimintaohjauksessa ja tiedon prosessoinnissa (Salokangas & Tuominen 2017). Toiminnanohjauksen vaikeudet näkyvät yleensä aloitekyvyttömyytenä, suunnitelmallisuuden puutteena, sekä vaikeuksina selviytyä uusissa tilanteissa. Skitsofreniapotilailla on tavallista hankalampi tehdä päätöksiä sekä ratkaista erilaisia ongelmatilanteita. (Hietala ym. 2014, 164.) Kielellisen työmuisti-häiriön vuoksi potilaan voi olla vaikeaa ymmärtää pitkä lause loppuun saakka samansisältöisenä kuin se on aloitettu. Muistin häiriöt vaikeuttavat uuden oppimista ja vuorovaikutusta. (Tuulio-Henriksson 2014.)

Skitsofreniapotilailla havaittavat kognitiivisen toimintakyvyn puutokset ovat osa sairauden oirekuvaa. Kognitiivisen toimintakyvyn heikentymistä esiintyy usein jo ennen sairauden puhkeamista. Kognitiiviset häiriöt havaitaan joskus lapsuudessa henkilöillä, jotka sairastuvat aikuisuudessa skitsofreniaan. Kognitiivinen toimintakyky ei yleensä pahene sairauden kuluessa vaan pysyy melko samanlaisena koko sairauden ajan. Osalla skitsofreniapotilaista kognitiivinen toimintakyky voi kuitenkin kohentua lääkehoidon ja muun hoidon tasapainottumisen ansiosta ja he pysyvät palaamaan työelämään. (Tuulio-Henriksson 2014). Kognitiiviset puutokset vaikuttavat voimakkaasti työkykyyn, sosiaalisiin suhteisiin ja arkielämän askareista selviytymiseen (McGurk, McHugo, Mueser, Sitzler & Twamley 2007).

9.2 Kulku ja ennuste

Skitsofrenian kulku on usein vaihtelevaa ja riippuu monista tekijöistä muun muassa oirekuvasta, sairauden aiheuttamista kognitiivisista oireista, hoidosta, hoitomotivaatioista sekä läheisten tuesta. Taudin edetessä henkilö sopeutuu yleensä sairauteensa ja oppii käyttämään omia voimavarojaan. Skitsofrenian ennuste on yksilöllinen ja täydellinen toipuminen on harvinaista. Huonoon ennusteeseen liittyviä tekijöitä ovat muun muassa miessukupuoli, perinnöllinen alttius, negatiivisten oireiden hallitsevuus, nuoruusiässä sairastuminen, päihdeongelma,

hoidon puutteet, naimattomuus ja heikko sosiaalinen tuki. Skitsofrenian syy on tuntematon, eikä siihen ole olemassa varsinaista parantavaa hoitoa, mutta varhaisella tunnistamisella ja varhain aloitetulla lääkehoidolla pystytään parantamaan ennustetta. (Hietala ym. 2014, 148–149, 172.)

Skitsofrenia vaikuttaa ihmisen moniin eri elämäntilanteisiin. Päivittäisten asioiden ja askareiden suorittaminen voi vaikeutua silloin, kun henkilö on hyvin hajanainen. Skitsofrenian puhkeaminen nuoruusiässä vaikuttaa merkittävästi koulun käyntiin ja opiskeluun, joten ne voi jäädä kesken tai vaikeutua. Pahimmassa tapauksessa skitsofrenia voi eristää potilaan pitkiin sairaalahoitajaksoihin tai hänen omaan harhaiseen ja suljettuun maailmansa. (Rissanen 2007, 36.)

Skitsofrenia ei kuulu enää parantumattomiin sairauksiin, koska ihmisiä pystytään hoitamaan ja kuntouttamaan. Skitsofreniasta voi toipua ja päästä takaisin normaaliin arkeen, joka sisältää työ- ja perhe-elämän. Kuntoutuminen on pitkä prosessi, joka vaatii työtä, aikaa, kärsivällisyyttä ja muutosta elämän tapoihin. (Rissanen 2007, 25–26.)

9.3 Hoito ja kuntoutus

Skitsofrenian hoito perustuu luottamukselliseen, pitkäkestoiseen hoitosuhteeseen sekä säännöllisesti tarkistettavaan hoitosuunnitelmaan. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma laaditaan yhteistyössä potilaan, hänen läheistensä ja hoitavien henkilöiden kanssa. (Hietala ym. 2014, 165, 172; Käypä hoito -suositus 2015.) Skitsofrenian hoidossa keskeistä ovat lääkehoito, psykososiaalinen yksilöhoito, perheen koulutuksellinen terapia, potilaan toimintakykyä lisäävä psykososiaalinen kuntoutus ja ammatillinen kuntoutus (Käypä hoito -suositus 2015).

Hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena on oireiden poistaminen tai lievittäminen, uusien psykoosijaksojen estäminen tai niiden määrän vähentäminen sekä psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen (Hietala ym. 2014, 165, 172; Käypä hoito -suositus 2015). Kuntoutus on hyvin käytännöllistä, konkreettisia ongelmia ratkovaa sekä tulevaisuuteen suuntautuvaa (Lähteenlahti 2008,

199). Hoito ja kuntoutus perustuvat toiminnalliseen ohjelmaan ja päivittäisten elämäntapojen kontrolloimiseen. Käytännön toiminnan avulla pyritään estämään passiivisuutta, eristäytymistä ja laitostumista. Hoidon ja kuntoutuksen keskeisiä asioita ovat säännöllisyys, asioiden jatkuva kertaaminen ja ennalta suunniteltu toiminta. Kuntoutuksessa muokataan vääriä uskomuksia, etsitään normalisoivia perusteluja sekä vahvistetaan taitoja ja keinoja hallita elämää oireista huolimatta. (Hietaharju & Nuutila 2016, 95–96.)

Skitsofreniapotilaan kuntoutus tapahtuu pääasiassa avohoidossa ja sitä toteutetaan moniammatillisissa tiimeissä yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden, kunnallisten palveluiden sekä kolmannen sektorin palvelutuottajien kanssa. (Hietala ym. 2014, 138, 172.) Avohoidon kuntoutustoimintaan kuuluu toimintaa päivätoimintakeskuksissa, työsaleissa ja klubitaloissa (Tuulio-Henriksson 2012, 40).

Monet skitsofreniaa kärsivistä tarvitsevat jossain kuntoutumisen vaiheessa väliaikaisen tai pysyvän asumisen tuen (Hietala ym. 2014, 193). Kunnat järjestävät tai ostavat yksityisiltä palveluntuottajilta skitsofreniapotilaille asumispalveluita, joissa annetaan tukea potilaan tarpeiden mukaisesti. Hyvin toteutettu asumiskuntoutus parantaa psykososiaalista toimintakykyä ja ehkäisee pysyvien toiminnanvajavuuksien syntymistä. (Tuulio-Henriksson 2012, 40–41.)

Antipsykoottinen lääkitys on keskeinen osa skitsofrenian hoitoa, joka tulee aloittaa varhaisessa vaiheessa potilaan toipumisen kannalta sekä sairauden kroonistumisen ehkäisyksi (Hietala ym. 2014, 170). Lääkehoito vähentää merkittävästi psykoottisia oireita ja uusia sairausjaksoja, sekä mahdollistaa muiden hoitomuotojen toteuttamiseen. Kuntoutus on aloitettava mahdollisimman nopeasti lääkehoidon rinnalla. (Isohanni & Joukamaa 2008, 50.)

Skitsofrenian hoitoon kuuluu erilaiset psykoterapiamenetelmät kuten kognitiivis-behavioraalinen, supportiivinen ja ratkaisukeskeinen. Psykoterapian tarve arvioidaan jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti. Kognitiivis-behavioraalisen terapian ajatellaan lievittävän skitsofreniapotilaiden positiivisia ja negatiivisia oireita, mutta psykoosijaksojen estämisestä tällä terapialla ei ole luotettavaa näyttöä. (Hietala

ym. 2014, 192.) Supporttiivisessa eli tukea antavassa terapiassa skitsofreniaa sairastavaa opetetaan ymmärtämään sairautta, hoitamaan itseään ja käymään läpi menetettyihin mahdollisuuksiin liittyvää surua. Ratkaisukeskeisissä psykoterapioidissa korostuu positiivisen palautteen antaminen, konkreettisten tavoitteiden ja toimintatapojen asettaminen. (Rissanen 2007, 118–119.)

Koulutuksellisen terapian eli psykoedukaation tarkoituksena on antaa tietoa potilaalle ja hänen läheisilleen skitsofreniasta, sen hoidosta ja sairauden uusiutumiseen liittyvistä tekijöistä. Psykoedukatiivisen työskentelyn avulla opetellaan tunnistamaan psykoosijakson varhaisoireita, joiden tietäminen auttaa hallitsemaan sairautta paremmin sekä ehkäisee uusia sairausjaksoja. (Kanerva ym. 2013, 215.)

Ammatillisen kuntoutuksen muodot valitaan yksilöllisesti jokaisen kuntoutujan tavoitteiden perusteella. Yksilöllisissä tuetuissa työllistymisohjelmissa kuntoutuja siirtyy suoraan työhön, jossa häntä tukee valmennettu ammattihenkilö koko työsaolon ajan. Yksilöllinen tuettu työllistyminen edistää skitsofreniasta kärsivien työllistymistä avoimilla työmarkkinoilla. Toisena vaihtoehtona on portaittain yksinkertaisesta vaativampiin tehtäviin etenevää kuntouttavaa työtoimintaa, joka sopii suurelle osalle skitsofreniapotilaista. (Käypä hoito -suositus 2015.)

Psykososiaalista kuntoutusta toteutetaan asumisvalmennusyksiköissä, kuntoutuskodeissa ja asuntoloissa. Psykososiaalinen kuntoutus on vaiheittain etenevä ja sen tavoitteena on parantaa henkilön toiminta- ja selviytymiskykyä sekä lisätä hänen tyytyväisyyttä elämään. (Punkanen 2001, 66.) Monet tutkimukset osoittavat lääkehoidon ja psykososiaalisen kuntoutusmuotojen yhdistelmän vaikuttavan tehokkaasti skitsofrenian oireisiin ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Economou ym. 2004).

Psykososiaalisen kuntoutuksen osa-alueet muodostuvat pääsäännöllisesti hyvinkin yksinkertaisista päivittäisistä taidoista. Psykkinen sairaus aiheuttaa nopeasti toimintakyvyn heikkenemistä, ja alentunut toimintakyky vaikeuttaa selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Hygienia, pukeutumien, ruokailu, vuorovaikutus yhteisössä ja omasta lääkehoidosta huolehtiminen ovat keskeisemmät päivittäisten

harjoitusten osa-alueet psykososiaalisessa kuntoutuksessa. (Punkanen 2001, 66.)

Psykososiaalisessa kuntoutuksessa potilas on vastuussa omista teoistaan, sekä koko yhteisöstä ja sen jäsenistä. Henkilökunta antaa realistista palautetta potilaan toiminnasta ja käyttäytymisestä. Huomio kohdistuu ajankohtaiseen käyttäytymiseen eikä sairastumisen todellinen syy ole merkittävä. Henkilökunnan tulee myös tarjota potilaalle kokemuksia erilaisista tilanteista ja ympäristöistä. Psykososiaalisen kuntoutuksen vaikutus näkyy potilaan itsenäisessä elämässä, koska koko kuntoutuksen prosessin ajan tuetaan toimintoja, jotka säilyvät kuntoutuksen jälkeenkin. Tärkeintä on, että potilas ottaa itse vastuuta omasta elämästään. (Punkanen 2001, 70.)

10 PROJEKTI

Projekti tarkoittaa joukko ihmisiä ja muita resursseja, jolla on yhteinen tehtävä suoritettavana. Projektilla on selkeä tavoite tai monia tavoitteita, joiden saavutettuaan projekti päättyy. Projektissa keskitytään rajattuun aiheeseen ja määriteltyyn päätepisteeseen. (Ruuska 2012, 19.) Projektiluonteisen opinnäytetyön tarkoituksena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen tai toiminnan järjestäminen. Tuotoksena voi olla esimerkiksi opas, vihko, kansio, portfolio tai tapahtuman järjestäminen. (Airaksinen & Vilkka 2003, 9.) Projektilla on tilaaja, joka vastaanottaa lopputuloksen (Kettunen 2009, 37; Ruuska 2012, 44).

10.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Selkeiden ja realististen tavoitteiden asettaminen on tärkeää, koska ne antavat perussuunnan projektille koko sen olemassa olon ajan. Yleensä projektille asetetaan yksi päätavoite, joka tarvittaessa voi jakaa osatavoitteisiin. Projektin etenemisessä varmistetaan toiminnan suuntautumista juuri yhdessä määritellyn tavoitteen ratkaisemiseen. Projektilla saavutettujen tulosten arviointi on mahdollista toteuttaa, kun niitä vertaillaan asetettuihin tavoitteisiin. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 123–124.) Onnistuneessa projektissa päästään lopputuotteelle asetettuihin tavoitteisiin sovitun aikataulun ja kustannusten mukaisesti (Ruuska 2012, 275).

Tämän projektin tarkoituksena oli laatia perehdytyskansio Arkipäivä/Jokkakodin kuntoutusyksikölle. Perehdytyskansio suunniteltiin toimeksiantajan toiveiden pohjalta ja sen tulee olla sisällöltään selkeä, ytimekäs sekä ajantasainen. Perehdytyskansio palvelee uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämistä työpaikkaan. Tavoitteena oli, että hyvän perehdyttämisen avulla uusi työntekijä pystyy saamaan kokonaisvaltaisen kuvan yksiköstä ja sen toimintatavoista. Perehdytyskansion tarkoituksena on toimia perehdyttämisen apuvälineenä, joka helpottaa perehdyttäjän työtä sekä nopeuttaa uuden työntekijän tutustumista ja sopeutumista työpaikkaan.

10.2 Prosessikuvaus

Projektimuotoinen työskentelytapa on tavoitteellinen, tietyn ajan kestävä prosessi, jolla on omistaja. Projektityön tarkoituksena on saavuttaa jokin ennalta asetettu tavoite (Airaksinen & Vilkkä 2003, 48; Kettunen 2009, 15). Projektimaisen opinnäytetyön raporttiosuudessa kerrotaan, mitä projektissa on tehty ja millainen työprosessi on ollut, sekä millaisiin johtopäätöksiin ja tuloksiin on päädytty (Airaksinen & Vilkkä 2003, 65). Projektin lopputulos voi olla sekä konkreettinen tuote että ratkaisu johonkin ongelmaan. Projekti koostuu eri prosessin vaiheista muun muassa suunnittelusta, toteuttamisesta, päättämisestä ja arvioinnista. (Nikkilä & Paasivaara, Suhonen 2008, 121; Ruuska 2012, 20.)

Coronaria Oy on lääkäreiden vuonna 1988 perustama kotimainen terveys- ja hyvinvointipalveluihin erikoistunut kasvuyritys. Coronaria tarjoaa monipuolisia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, palveluasumisen ja kotihoidon, sekä kuntoutuksen palveluita kaikenikäisille ihmisille ympäri Suomea. Coronarian tuottamat palvelut ovat laadukkaita ja lähtevät aina asiakkaan tarpeista.

Kuntoutuskoti Coronaria Arkipäivä on Torniossa sijaitseva mielenterveyskuntoutujille tarkoitettu kuntoutuskoti, joka toimii yhteisöhoidon ja kuntouttavan työotteen periaatteella. Kuntoutuskoti Arkipäivä tarjoaa kodinomaisen ja turvallisen asuinympäristön kuntoutujille Harjukodissa ja Jokkakodissa sekä useissa tukiasunnoissa lähellä Arkipäivän toimipistettä. Kuntoutuskodin tavoitteina on ylläpitää asukkaiden toimintakykyä, lisätä sosiaalista kanssakäymistä ja oppia hallitsemaan elämää itsenäisemmin.

Aihe perehdytyskansioista sain Arkipäivä/Jokkakodin palveluesimieheltä lokakuussa 2017, ollessani mielenterveys- ja päihdehoitotyön harjoittelussa kyseisessä yksikössä. Aihe on itseä kiinnostava, ajankohtainen ja työelämälähtöinen. Uusi perehdytyskansio oli tarpeellinen yksikölle, koska yrityksen omistaja vaihtui joulukuussa 2016 ja vanhan perehdytyskansion tiedot vaativat päivitystä.

Opinnäytetyön toteutustapa oli projekti, jonka lopputuloksena on konkreettinen tuotos eli perehdytyskansio. Perehdytyskansion suunnittelussa otin huomioon

toimeksiantajan toiveet kansion sisällöstä. Arkipäivä/Jokkakodin toimintatavat olivat tulleet tutuksi minulle harjoittelun kautta, ja se jonkin verran helpotti perehdytyskansion sisällön ideoimista sekä työstämistä.

Suunnitteluvaihe käynnistyi marraskuun lopussa 2017, kun otin yhteyttä palveluesimieheen sopiakseni tapaamisen. Tapaamisella Arkipäivä/Jokkakodin henkilökunta esitti alustavan toivelistansa perehdytyskansion sisällöstä. Keskustelimme myös muista keskeisistä asioista muun muassa perehdytyskansion ulkoasusta, rajauksista ja kustannuksista. Tein perehdytyskansion paperisena ja sähköisenä versiona. Sähköinen versio mahdollistaa helpon ja nopean päivittämisen, jos jotkut kansiossa olevat asiat muuttuvat.

Toteutusvaihe käynnistyi marraskuussa 2017 opinnäytetyön suunnitelman kirjoittamisella. Helmikuussa 2018 opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin ja lähetin sen toimeksiantajalle. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen toimeksiantaja allekirjoitti toimeksiantosopimuksen. (Liite 1.) Keväällä 2018 aloin työstää opinnäytetyön teoriaosuutta sekä hieman perehdytyskansion sisältöä. Opinnäytetyön lähdemateriaalin haku ja sen hyödyntäminen jatkui koko opinnäytetyön prosessin ajan. Huhti-toukokuussa opinnäytetyön kirjoittaminen alkoi tuntua vaikealta, joten pidin kuukauden kestävän tauon.

Kesä-heinäkuussa kirjoitin perehdytyskansion sisältöä. Suunnittelin perehdytyskansion siten, että sen sisältö olisi selkeä ja informatiivinen. Päätin koota kaikki tarvittavat tiedot yhteen ja lähettää koko sisällön kerrallaan luettavaksi toimeksiantajalle. Tavoitteena oli tehdä kansioista sopivan laajuinen, jotta uusi työntekijä pystyisi tutustumaan sisältöön lyhyessä ajassa.

Perehdytyskansion sisältö valmistui elokuun alussa. Keräämäni tieto pohjautui opinnäytetyön teoreettiseen tietoon, työntekijöiltä ja oman harjoittelun kautta saatuun tietoon, sekä Coronarian nettisivulla julkaistuun materiaaliin. Lähetin perehdytyskansion alustavan version tarkistettavaksi toimeksiantajalle elokuussa 2018. Sähköpostiviestissä esitin myös pari kysymystä perehdytyskansioista.

Toimeksiantaja oli elokuussa lomalla, joten perehdytyskansion version tarkistus viivästyi. Otin yhteyttä puhelimitse syyskuussa ja sovimme tapaamisen. Tapaamisella toimeksiantaja luki perehdytyskansion läpi ja antoi palautetta sen sisällöstä. Toimeksiantajan mielestä perehdytyskansion sisältö oli selkeä ja kaikki tarvittavat tiedot tulivat hyvin esille. Tapaamisella esitin myös ulkoasultaan muokatun version toimeksiantajan tekemästä monisteesta ”Kuntoutuksen portaat Arkipäivässä”, joka tuli perehdytyskansioon. (Liite 2.) Tekijän oikeuden säilyvyyden vuoksi päätin olla muokkaamatta tekstiä. Toimeksiantaja oli tyytyväinen tulokseen ja halusi ottaa sen heti itselle käyttöön. Syyskuun alussa toimeksiantajan luvalla kävin myös ottamassa kuvia yksikön tiloista ja pihasta sekä sain henkilökunnan ottamia kuvia.

Perehdytyskansion sisällön hyväksymisen jälkeen suunnittelin sen ulkoasua. Kansiota tehdessä otin huomioon mielestäni tärkeitä asioita, joita ovat miellyttävä ulkoasu ja tekstin luettavuus. Tavoitteena oli tehdä perehdytyskansioista visuaalisesti houkutteleva, jotta uusi työntekijä haluaisi avata kansion ja lukea sitä mielenkiinnolla. Perehdytyskansion ulkoasun työstämisessä käytin apuna Adobe Photoshop ja Pages-ohjelmia sekä Microsoft Office Wordia. Perehdytyskansion sivujen väriksi valitsin yrityksen nettisivulla käytettyjä värejä. Liitin kansioon itse ottamia sekä yhden kuvan, jonka sain henkilökunnalta. Kuvat muuttivat kansion värikkäämmäksi ja mielenkiintoisemmaksi.

Tekstin fonttina perehdytyskansiossa on käytetty Arial kokona 12 ja rivivälinä 1,5, sillä se on yleinen ohje tekstien kirjoittamisessa ja mahdollistaa tekstin helppolukuisuuden. Joitakin sanoja tai väliotsikoita korostin eri fontilla, lihavoinnilla tai alleviivauksella. Pääotsikoiden värinä käytin sinistä väriä, joka sai ne erottumaan muusta tekstistä. Kansiota jätin toimeksiantajan toiveesta sisällysluettelon pois. Halusin tehdä perehdytyskansioista mahdollisimman kiinnostavan, siksi käytin yksityiskohtien suunnitteluun riittävästi aikaa.

Perehdytyskansion ulkoasun sain tehtyä kuukaudessa, jonka jälkeen lähetin valmiin perehdytyskansion toimeksiantajalle sekä ohjaavalle opettajalle kommentoitavaksi. Toimeksiantaja hyväksyi perehdytyskansion ja sovimme hänen kanssaan perehdytyskansion luovutuksen ajankohdan.

Opinnäytetyön kustannukset muodostuivat materiaali- ja matkakustannuksista. Kustannukset maksoin itse. Perehdytyskansion valmistuttua kävin ostamassa kansion, muovitaskut ja muistitikun kaupasta. Kirjallisen version perehdytyskansioista laitoin muovitaskuihin ja mappiin. Valmiin perehdytyskansion palautin toimeksiantajalle sähköisenä ja kirjallisena versiona 23.11.2018. Opinnäytetyön tarkempi prosessi on esitetty alla olevassa taulukossa. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Opinnäytetyön aikataulu.

Loka-joulukuu 2017	<ul style="list-style-type: none"> -aiheen valinta -ideapaperin hyväksyminen -toimeksiantajan tapaaminen -suunnitelman kirjoittaminen
Tammi-toukokuu 2018	<ul style="list-style-type: none"> -suunnitelman kirjoittaminen ja hyväksyminen -toimeksiantosopimuksen allekirjoittaminen - teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen -perehdytyskansion sisällön suunnitteleminen
Kesä-syyskuu 2018	<ul style="list-style-type: none"> -teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen -perehdytyskansion työstäminen -perehdytyskansion alustavan version lähettäminen toimeksiantajalle -toimeksiantajan tapaaminen -kuvien ottaminen yksiköstä -teoreettisen viitekehyksen ja perehdytyskansion viimeistely -perehdytyskansion ulkoasun työstäminen
Loka-joulukuu 2018	<ul style="list-style-type: none"> -perehdytyskansion ulkoasun viimeistely

	-perehdytyskansion valmiin version lähettäminen toimeksiantajan sähköpostiin -perehdytyskansion luovuttaminen toimeksiantajalle -palautteen kerääminen -projektin päätös ja arviointi
--	--

10.3 Rajaus

Projektin rajausvaiheessa päätetään lopputuloksien tuottavuudesta, osista ja ominaisuuksista. Projektille määrätyt ajalliset ja taloudelliset tavoitteet vaikuttavat projektin rajaukseen. Rajauksen pitää sisältää johdonmukainen kokonaisuus, joka voidaan suorittaa kohtuullisessa ajassa. (Ruuska 2012, 186–187.) Rajauksen tarkoituksena on helpottaa projektin etenemistä sekä projektipäällikön työtä (Kettunen 2009, 111).

Selkeä rajaus projektin alkuvaiheessa helpotti perhdytyskansion laatimista. Toimeksiantaja toivoi mahdollisimman selkeää, ytimekästä ja ajantasaista perhdytyskansiota. Arkipäivä/Jokkakodin henkilökunnan toiveiden mukaan perhdytyskansio sisältää seuraavat asiat: kuntoutuskoti Arkipäivä, päivä-ohjelma, kuntouttava työote, kuntoutussuunnitelma, kuntoutuksen polku, lääkehoidon toteutus, lääkäripalvelut, psykiatriset sairaudet, yhteystiedot ja salassapito- ja vaitiolovelvollisuus. Psykiatriset sairaudet rajautuvat masennukseen, kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja skitsofreniaan, koska ne ovat yleisempiä Arkipäivä/Jokkakodin mielenterveyskuntoutujilla. Lisäksi perhdytyskansioon tuli tietoa laista ja arvoista, jotka ohjaavat yksikön toimintaa.

Perhdytyskansiota laatiessa huomasin myös monet muut asiat, joista uuden työntekijän tai opiskelijan olisi hyvä saada tietoa. Lisäsin tietoa yksikön tarjoamista palveluista, ravitsemuksesta, aamukokouksesta, autosta ja avaimista. Arkipäivä/Jokkakodin henkilökunnalta sain yksikön päivä-ohjelman ja arvot. Muokasin vain niiden ulkoasua ja liitin ne perhdytyskansioon. Perhdytyskansiosta

tuli sopivan pituinen, jonka alussa esitin yleisesti yksikköä ja sen toimintaa, ja lopuksi laadin tietoa psykiatrisista sairauksista.

10.4 Arviointi

Arviointi on systemaattinen toiminta, jolla selvitetään projektin onnistumista. Arviointi toteutetaan usein projektin toteuttamis- tai päättämisvaiheessa, ja sen muodot ovat muun muassa ennakoarviointi, toiminnan aikainen arviointi tai jälkiarviointi. Arviointi voidaan myös jakaa karkeasti itsearviointiin ja ulkopuoliseen arviointiin. Itsearviointilla tarkoitetaan projektin tekijöiden oman toiminnan kriittistä arviointia. Ulkopuolista arviointia käytetään, kun halutaan saada puolueetonta näkemystä projektin vahvuuksista ja heikkouksista. Arvioinnin avulla saadaan tärkeätä tietoa projektin toteutumisesta, ongelmista ja hyvistä puolista. (Nikkilä, Paasivaara & Suhonen 2008, 140–141.)

Arvioin projektia koko prosessin ajan. Arvioinnissa kiinnitin huomiota teoreettiseen viitekehykseen, aikataulussa pysymiseen, perehdytyskansion sisältöön ja ulkoasuun. Opinnäytetyön teoriaosuus käsittelee pelkän perehdyttämisen teorian lisäksi myös muut perehdytyskansion sisällön kannalta keskeiset aiheet, kuten mielenterveys, mielenterveystyö ja sen lainsäädäntö sekä mielenterveyskuntoutus, yhteisöhoito ja psykiatriset sairaudet. Hyödynsin teoreettista tietoa perehdytyskansiossa.

Ohjauksen tarve projektin toteutusvaiheessa oli vähäistä. Harjoittelun kautta saatu kokemus ja tieto helpotti perehdytyskansion työstämistä. Toimeksiantajalle oli lähetetty projektisuunnitelma sekä perehdytyskansion sisällön versiot. Toimeksiantajan työajan säästämisen vuoksi kokosin kaikki tarvittavat tiedot yhteen ja lähetin kerrallaan kokonaisen sisällön tarkistettavaksi. Se nopeutti prosessia, näin toimeksiantaja pystyi saamaan kokonaiskuvan sisällöstä ja antoi uusia näkökulmia siihen. Projektin eri etenemisvaiheissa sain myös palautetta opinnäytetyön ohjaavalta opettajalta. Oman arvioni mukaan pääsin opinnäytetyön tavoitteisiin ja perehdytyskansio vastaa toimeksiantajan tarpeisiin.

Arkipäivä/Jokkakodin henkilökuntaan kuuluu yhteensä 4 työntekijää, joten en nähnyt tarpeelliseksi tehdä mielipidekyselyä perehdytyskansion onnistumisesta. Henkilökunnalla ei ollut mahdollisuutta antaa palautetta perehdytyskansion luovutuksen yhteydessä. Arkipäivä/Jokkakodin palveluesimieheltä sain suullista palautetta perehdytyskansioista sekä sovimme että he lähettävät minulle työyhteisöltä yhteisen palautteen sähköpostiin.

Toimeksiantajalta saatu palaute 4.12.2018:

Teoreettinen viitekehys rajattu hyvin juuri olennaisiin asioihin. Meille tärkein tuotos opinnäytetyössä oli toimiva ja yksikköön sopiva perehdytyskansio. Meillä on uusille työntekijöille Coronarian oma perehdytys osio, joka koskee yleisiä asioita. Hienoa, että saimme omaan yksikköön tarkoitetun perehdytyskansion opinnäytetyön tuloksena. Perehdytyskansio tehty huolellisesti ja otettu meidän mielipide huomioon. Voimme jatkossa hyödyntää perehdytyskansiota uusien työntekijöiden perehdytyksessä sekä opiskelijoiden perehdytyksessä. Perehdytyskansio oli selkeä ja todella kaunis, kehtaa esitellä uusille henkilöille. Perehdytyskansion ulkonäköön oli panostettu paljon, joka näkyi väreinä ja valokuvina, jotka elävöittivät kansiota. Yhteistyö sujui loistavasti.

10.5 Eettisyys ja luotettavuus

Etiikkaan liittyy kysymyksiä hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Tutkimuksen tekijän tulee tietää eettiset periaatteet ja toimia niiden mukaan (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23). Tieteellinen tutkimus voidaan pitää hyväksyttävänä ja luotettavana ja sen tulokset uskottavina silloin, kun tutkimus vastaa hyvän tieteellisen käytännön edellytyksiä. Tutkimusetiikan näkökulmasta tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, sekä tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Koko opinnäytetyön prosessin ajan toimin tieteellisiä käytäntöjä noudattaen. Toimeksiantajan kanssa on alustavasti sovittu perehdytyskansion rajauksista sekä he pääsivät vaikuttamaan sen sisältöön ja ulkoasuun. Toimeksiantajalta saatua aineistoa käytin vain perehdytyskansion suunnitteluun ja työstämiseen. Aineistoa säilytin muistitikulla ja poistin sen projektin päättämisen

jälkeen. Perehdytyskansiossa käytin itse ottamia kuvia, sekä yhden henkilökunnalta saadun kuvan, joissa ei näe henkilöiden kasvoja. Yksikön yhteystietoja ei myöskään tullut esiin perehdytyskansion julkaistavassa versiossa. Huomioin toimeksiantajan tekijän oikeudet ja viittasin hänen tekemään työhön.

Kirjallisuutta valitessa tulee käyttää lähdekritiikkiä. Lähteisiin on suhtauduttava kriittisesti ja niiden luotettavuutta on arvioitava (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113). Tutkimusta tehdessä kunnioitetaan muiden tutkijoiden tekemää työtä, sekä viitataan heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tutkimukseen kuuluu tutkimuslupien hankinta, sekä kustannusarvion sopiminen ja arvioiminen osapuolten kanssa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Opinnäytetyön suunnitelman valmistumisen jälkeen toimeksiantajan kanssa on tehty työstä toimeksiantosopimus, sen allekirjoittamisen yhteydessä on keskusteltu työn julkistamisesta.

Teoriaosuudessa hyödynsin tietoa sekä sähköisistä, että kirjallisista lähteistä. Teoriatiedon haussa käytin apuna erilaisia tietokantoja, kuten PubMed, Medic ja Oppiportti. Viittaukset tein asianmukaisesti noudattaen Lapin ammattikorkeakoulun ohjeita. Lähteinä pyrin käyttämään mahdollisimman uutta tietoa. Etsin pääasiallisesti korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, jotta tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Käytin myös vanhempia lähteitä, jos aiheesta ei löytynyt tuoreempaa tietoa. Vanhojen lähteiden käyttäessä huomioin aina kirjoittajan taustat ja julkaisijan arvostettavuutta. Psykiatristen sairauksien tekstin muokkaaminen osoittautui haasteelliseksi, sillä se sisälsi paljon lääketieteellisiä termejä, joita oli vaikeaa muokata omin sanoin.

Toimeksiantajan tarpeet on huomioitu perehdytyskansiota tehdessä. Ajantasaisen tiedon saanti toimeksiantajalta varmistaa myös projektin luotettavuuden. Perehdytyskansion sisältöä pidän oikeellisena, koska useampi henkilö pääsi tarkistamaan ja arvioimaan sitä.

11 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista, opettavaista ja haasteellista. Alusta asti oli selvää, että haluan tehdä projektiluonteisen opinnäytetyön. Tämän opinnäytetyön lopputuloksena syntyi perehdytyskansio, joka antaa yleistä tietoa Coronaria Arkipäivä/Jokkakoti yksiköstä ja sen toimintatavoista. Opinnäytetyön prosessin aikana kehityin tiedonhaussa sekä graafisten ohjelmien käytössä. Perehdyin perehdyttämiseen työpaikalla ja sen etuihin. Sain myös paljon uutta tietoa yleisimmistä mielenterveyshäiriöistä ja niiden hoidosta. Oppimani tiedot tukevat omaa ammatillista osaamista tulevassa sairaanhoitajan työssä.

Ymmärsin myös aikataulun merkityksen. Oma työskentelyni ei mennyt täysin aikataulun mukaan ja projektin saattaminen loppuun hieman pitkittyi. Mielestäni tarkemmin suunniteltu aikataulu olisi voinut helpottaa ja kenties nopeuttaa opinnäytetyön prosessia. Perehdytyskansion selkeä rajaaminen alkuvaiheessa ja oma kiinnostus opinnäytetyötä kohtaan auttoivat kuitenkin viemään prosessin loppuun saakka.

Perehdytyskansion ulkoasun työstäminen oli mielenkiintoisin vaihe opinnäytetyön prosessissa, koska siinä sain vapaasti käyttää omaa luovuutta. Halusin tehdä hyvänlaatuisen ja visuaalisesti houkuttelevan perehdytyskansion, joka edustaa parhaiten yksikköä. Haastavimmaksi osoittautui teoreettisen tiedon haku, koska joistakin aiheista löytyi vähän tuoreita lähteitä. Lisäksi graafisten ohjelmien käyttö ja niiden keskeinen soveltavuus veivät yllättäen paljon aikaa.

Projektin aikainen yhteistyö toimeksiantajan kanssa oli sujuvaa. Toimeksiantajaa pystyi helposti tavoittelemaan sähköpostilla tai puhelimella sekä tarpeen mukaan järjestettiin tapaamiset. Projektin käynnistysvaiheessa sain henkilökunnalta kaikki tarvittavat tiedot sisältöä varten, jotka auttoivat perehdytyskansion suunnittelussa. Kuuden viikon harjoittelu kyseisessä yksikössä helpotti perehdytyskansion työstämistä. Perehdytyskansioista tuli sopivan pituinen, jota on helppo lukea. Perehdytyskansio luovutettiin paperiversion lisäksi myös sähköisenä, joka mahdollistaa helpon päivittämisen tulevaisuudessa.

Toimeksiantajan palautteen perusteella olen päässyt hyvin tavoitteisiin. Perehdytyskansiosta tuli selkeä, ytimekäs, ajantasainen, visuaalisesti houkutteleva ja helppolukuinen. Se sisältää kaikki olennaiset asiat, jotka auttavat uutta työntekijää saamaan kuvan yksiköstä ja sen toimintatavoista. Suurta kiitosta sai ulkoasultaan muokattu moniste ”Kuntoutuksen portaat Arkipäivässä” (Liite 2), jota toimeksiantaja käyttää erilaisissa yrityskohtaisissa kokouksissa. Toimeksiantaja otti perehdytyskansion heti käyttöön ja aikoo hyödyntää sitä uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä.

Olen tyytyväinen työn lopputulokseen ja toivon perehdytyskansion palvelevan tarkoituksensa mukaisesti uusia työntekijöitä ja opiskelijoita. Jatkotutkimushaasteena voisi tutkia perehdytyskansion toimivuutta perehdytyksen tukena Arkipäivä/Jokkakodissa.

LÄHTEET

- Airaksinen, T. & Vilkka, H. 2003. Toiminnallinen oppinäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Economou, I., Falloon, I., Grawe, R., Gedye, R., Hager, B., Harangozo, J., Held, T., Malm, U., Mastroeni, A., Mizuno, M., Montero, I., Murakami, M., Sungur, M. & Veltro, F. 2004. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry*. 3(2):104-109. Viitattu 18.7.2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414683/>.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hietala, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2014. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 136–220.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hokkanen, S., Mäkelä, T. & Taatila, V. 2008. Alan johtajaksi. Helsinki: WSOY.
- Huttunen, M. 2016. Masennus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 22.01.2018 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389#s3.
- Huttunen, M. 2017a. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 23.3.2018 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378.
- 2017b. Mielenterveyden häiriöt. Lääkkeet mielen hoidossa. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 20.9.2018 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002.
- Hämäläinen, J. & Kangas, P. 2007. Perehdyttämisen suunnittelu ja toteutus. Työturvallisuuskeskus TTK.
- Ikonen, Y., Kallio, L. & Ruisniemi, A. 2012. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Bergman, V., Martins, A., Moring, J., Nordling, E. & Partanen, A. (toim.) *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 46/2012*. Viitattu 1.9.2018 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90849/URN_ISBN_978-952-245-684-7.pdf?sequence=1.
- Isohanni, M. & Joukamaa, M. 2008. Skitsofrenia. Teoksessa Isohanni, M., Joukamaa, M., Hakola, P., Koponen, H., Leinonen, E. & Lepola, U. *Psykiatria*. Helsinki: WSOY.

Isometsä, E. & Karlsson, H. 2017. Masennustilaan vaikuttavat biologiset tekijät. Teoksessa Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M., Kampman, O. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 50–64.

Isometsä, E. 2014a. Depressiiviset häiriöt. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 246–286.

- Isometsä, E. 2014b. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 246–286.

Isometsä, E. 2017a. Masennustilan oireet ja sairauden kulku. Teoksessa Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M., Kampman, O. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 38–46.

- 2017b. Masennuksen hoidon periaatteet. Teoksessa Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M., Kampman, O. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 66–70.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P., Schubert, C. & Seuri, T. 2013. Mielenterveysshoitotyö. Jyväskylä: Sanoma Pro Oy.

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Helsinki: WSOYpro.

Kjelin, E. & Kuusisto, P. 2003. Tulokkaasta tuloksetekijäksi. Jyväskylä: Gummerus Kirjanpaino Oy.

Kiiltomäki, A., Noppari, E. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Kivekäs, T. & Tuisku, K. 2017. Työelämässä selviytyminen, työkyvyn arviointi ja kuntoutus. Teoksessa Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M., Kampman, O. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 370–384.

Koskisuus, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.

Kupias, P. & Peltola, R. 2009. Pehdyttämisen pelikentällä. Helsinki: Palmenia.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015.

Laki yhteistoiminnasta yrityksessä 30.3.2007/334.

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2014. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 18–40.

Leppämäki, S. 2017. Liikunta ja masennus. Teoksessa Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M., Kampman, O. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 196–202.

Lähteenlahti, Y. 2008. Psykoosit. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 191–193.

Lönnqvist, J., Moring, J. & Vuorilehto, M. 2014. Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa Henriksson, M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 749–760.

McGurk, S., McHugo, G., Mueser, K., Sitzer, D. & Twamley, E. 2007. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 164(12):1791-1802. Viitattu 25.7.2018 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634703/>.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Mielenterveyspalvelujen laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön op-paita 2001:9. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 9.12.2017 <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111122/laatusuositus.pdf?sequence=1>.

Moilanen, I. & Pylkkänen, K. 2008. Muut kuin psykoottiset häiriöt. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. 2.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Murto, K. 1997. Yhteisohoidon suuntauksia. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nikkilä, J., Paasivaara, L. & Suhonen, M. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Oksanen, J. 2010. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalinen hoito. *Duodecim*. 126:371-7. Helsinki. Viitattu 11.7.2018 <https://www.duodecim-lehti.fi/api/pdf/duo98610>.

Pajunen, P., Suominen, K. & Valtonen, H. 2017. Kaksisuuntaisen mielialahäiriö ja masennustilat. Teoksessa Heiskanen, T., Holi, M., Huttunen, M., Kampman, O. & Tuulari, J. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 226–241.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.

Riikonen, E. 2008. Mielenterveysongelmat. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. 2.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Kehitys Oy.

Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa. Helsinki: Talentum.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 5.9.2018 <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2013. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito. Viitattu 5.12.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50076>.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2015. Skitsofrenia. Käypä hoito. Viitattu 17.6.2018 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi35050>.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2016. Depressio. Käypä hoito. Viitattu 5.12.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023>.

Suominen, K. & Valtonen, H. 2013. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen ja hoito. Suomen lääkärilehti 39/2013, 2445-2450a. Viitattu 24.1.2018 <https://ez.lapinamk.fi:2786/pdf/2013/SLL392013-2445.pdf>.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla. Helsinki: Tammi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2014. Mielenterveyden edistäminen. Viitattu 20.9.2018 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2018a. Mielen hyvinvoinnin edistäminen oppilaitoksissa. Viitattu 3.9.2018 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/opiskelijoiden-mielenterveys/mielen-hyvinvoinnin-edistaminen-oppilaitoksissa>.

– 2018b. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 20.9.2018 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>.

– 2018c. Mielenterveyspalvelut. 20.9.2018 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. Viitattu 10.12.2017 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Tuulio-Henriksson, A. 2012. Skitsofreniaa sairastavien kuntoutus ja työllistymismahdollisuudet. Kuntoutus. Viitattu 17.6.2018 https://kuntoutusportti.fi/files/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2012/tuulio-katsaus.pdf.

Tuulio-Henrikson, A. 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriöissä. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 2014;130(3):233-40. Viitattu 17.6.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo11478>.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.

Työsopimuslaki 26.1.2001/55.

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Kuntoutuksen portaat Arkipäivässä

Liite 1.

LAPIN AMK
Lapland University of Applied Sciences

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Kuntoutuskoti Arkipäivä-Jokkakoti, Coronaria Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Minna Suoperä, palveluesimies, [redacted] minna.suopera@coronaria.fi	
	Työn aihe Perehdytyskansio Arkipäivä-Jokkakoti	
Tekijä	Nimi Anastasia Zhuravleva	Opiskelijanumero [redacted]
	Katuosoite [redacted]	Postinumero [redacted] Postitoimipaikka [redacted]
	Puhelin [redacted]	Sähköpostiosoite Anastasia.Zhuravelva@edu.lapinamk.fi
	Suoritettava tutkinto Sairaanhoidtaja	Ryhmätunnus K72H16K
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Pipsa Vilén	Tehtävänimike
	Toimipaikka ja osoite Meripuistokatu 26 94100 Kemi	Sähköpostiosoite pipsa.vilen@lapinamk.fi
Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tuleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Tornio 23.2.2018	Minna Suoperä
Tekijä	23.2.2018 Kemi	Anastasia Zhuravleva
Lapin AMK	23.2.2018 Kemi	P. Vilén

Kuntoutuksen portaat Arkipäivässä



Coronaria®

- Askeleita voi mennä yhden eteen, kaksi taakse
 ➔ Edelleen kuntoutuminen jatkuu, annetaan hoitajina aikaa kuntoutumiselle
- Vuosien tehdyn työn jälkeen, voi portaat silti tippua ryminällä alas, esim. tukiasunnosta Keroputaalle
- Arkipäivän vahvuus on erilaiset pisteet, joissa toimintakyvyltään erikuntoisia asukkaita. Pystytään tukemaan jokaisen kuntoutumista yksilöllisesti
- Hoitajina arvioimme asiakkaan toimintakykyä ja yksilöllisesti mietimme jokaisen kohdalla, mikä yksikkö tukee asiakkaan kuntoutumista parhaiten

