

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Heidi Kristersson

VANHUSPSYKIATRISEN KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMINEN
KOTILO RY:SSÄ

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2020

Sisältö

1	Johdanto	1
2	Vanhuspsykiatrisen kuntoutus	2
2.1	Vanhuspsykiatria	2
2.1.1	Psykoosisairaudet ikääntyneillä	3
2.1.2	lääkäiden psyykenlääkehoito	6
2.1.3	Psykososiaaliset hoitomuodot.....	7
2.2	Mielenterveyskuntoutus	8
2.3	Tehostettu palveluasuminen	11
2.4	Laadukas vanhuspsykiatrisen kuntoutus	13
2.5	Vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen osaamistarpeet	17
3	Kotilo ry toimintayksikkönä.....	19
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävä	22
5	Opinnäytetyön kehittämisprosessi ja menetelmälliset valinnat	23
6	Opinnäytetyöprosessin toteuttaminen.....	27
6.1	Opinnäytetyön suunnittelu	27
6.2	Opinnäytetyön kehittämistoiminta	28
6.2.1	Osaamiskartoitus tiedonhankintana	29
6.2.2	Osaamiskartoituksen analyysi ja arviointi	30
6.2.3	Tiimin osallistava kehittämistyö.....	37
6.2.4	Kehittämistyön analyysi ja arviointi	37
7	Opinnäytetyön tulokset ja tuotos	41
8	Arviointi	44
8.1	Opinnäytetyöprosessin reflektiivinen arviointi	44
8.2	Kehittämistoiminnan arviointimittari	46
8.3	Luotettavuus ja eettisyys	48
9	Pohdinta ja jatkokehitysideat	49
	Lähteet.....	54

Liitteet

Liite 1	Itsearviointikyselyn saatekirje
Liite 2	Itsearviointikysely



OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2020
Ikäosaamisen kehittäminen ja johtaminen
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tikkarinne 9
80220 Joensuu
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijä

Heidi Kristersson

Nimeke

Vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen kehittäminen Kotilo ry:ssä

Toimeksiantaja

Kotilo ry

Tiivistelmä

Kotilo ry on savonlinalainen mielenterveyskuntoutusta ja asumispalveluja tarjoava yhdistys. Ikääntyminen ja sen tuomat muutokset näkyvät myös mielenterveyskuntoutuksessa, jonka takia yhdistyksessä tehtiin päätös yhden hoitotiimin profiloitumisesta vanhuspsykiatriin kuntoutujiin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kotilo ry:n vanhuspsykiatrista kuntoutusta.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen osaamistarpeita ja kartoittaa iäkkäiden hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien ohjaajien osaaminen it-searvioinnin avulla. Lisäksi kehitettiin vanhuspsykiatrista hoitoa ja kuntoutusta tekevän tiimin työn sisältöä ja ohjaajien osaamista. Kehittämistyö tehtiin tutkimuksellisen ja osallistavan kehittämistyön keinoin. Tiimi kävi läpi kaikki työvaiheensa työpajojen ja Living Lab -tekniikan avulla. Opinnäytetyön tietoperustassa käsitellään iäkkään mielenterveyskuntoutusta, sen laatua ja osaamistarpeita.

Opinnäytetyöprosessin aikana ohjaajien osaaminen selvitettiin ja tulokset käytiin läpi henkilökunnan ja Kotilo ry:n hallituksen kanssa. Osaamistarpeet huomioitiin vuoden 2020 koulutussuunnitelmassa. Osallistavan kehittämistyön tuloksena syntyi ohjeistus tiimin työn sisällöstä. Kuntoutustyö on hyvin kokonaisvaltaista ja vaatii usein moniammatillista yhteistyötä. Jatkossa olisikin hyvä kehittää moniammatillista yhteistyötä ja sen rajapintoja, omaisyhteistyötä sekä kohtaamistaitoja.

Kieli
suomi

Sivuja 67
Liitteet 2
Liitesivumäärä 5

Asiasanat

Vanhuspsykiatria, mielenterveyskuntoutus, tehostettu palveluasuminen



THESIS
April 2020
Master's Programme in Active Ageing

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
+358 13 260 600 (switchboard)

Author

Heidi Kristersson

Title

Developing Geropsychiatric Rehabilitation at Kotilo ry

Commissioned by

Kotilo ry

Abstract

Kotilo is an association that provides mental health rehabilitation and housing services in Savonlinna. Ageing and the changes it brings about can also be seen in mental health rehabilitation. Therefore, the association decided that one of their teams will focus on geropsychiatric rehabilitation. The purpose of this thesis was to develop geropsychiatric rehabilitation at Kotilo.

The aim of this thesis was to find out what the competence needs in geropsychiatric rehabilitation are and explore through self-assessment the competence of those nurses who participate in the care and rehabilitation of older people at Kotilo. Another aim was to develop the content of the work in geropsychiatric care and rehabilitation and the competence of the nurses. The development work was carried out by means of research and participatory development activity. The team scrutinized all its work tasks in workshops and by using the Living Lab methodology. The knowledge base covers issues related to the mental health rehabilitation of older people and describes high-quality psychiatric rehabilitation and competence needs.

During the thesis process, the competence of the nurses was explored and the results were discussed with the staff and Kotilo Association Board. Competence needs were addressed in the 2020 training plan. As a result of this participatory development work, the content of the work within the team was defined and documented. Rehabilitation work is very comprehensive and often requires multidisciplinary cooperation. In the future, it would be good to develop multidisciplinary cooperation and its interfaces, family cooperation and encountering skills.

Language

Finnish

Pages 67

Appendices 2

Pages of Appendices 5

Keywords

geropsychiatry, mental health rehabilitation, enhanced service housing

1 Johdanto

Mielenterveyskuntoutujakin ikääntyy ja osa ihmisistä sairastuu vakavaan psyykesairauteen myös vanhemmalla iällä. Yli 65-vuotiaista noin 16–30 %:lla on jonkinasteinen mielenterveyshäiriö. (Koponen & Leinonen 2017, 688, 698.) Vakavat mielenterveysongelmat lisäävät fyysisiä terveysongelmia ja vanheneminen itsessään aiheuttaa fysiologisia muutoksia sekä lisää iäkkään avuntarvetta (Käypä hoito 2015a; Suvisaari, Eskelinen, Keinänen, Ahlgren-Rimpiläinen & Viertiö 2019, 1). Psykkisesti sairaan vanhuksen kuntoutus ja hoito on kokonaisvaltaista huolenpitoa sekä vaatii monipuolista osaamista. Haastavaksi hoidon tekee psyykkisesti sairaan vanhuksen oireiden tulkinta ja oikeiden hoitoratkaisujen löytäminen (Saarela 2016, 147–148). Mielenterveyslaki (1116/1990) edellyttää, että kaikilla, myös iäkkäillä, on oikeus riittävään palveluun ja hoitoon.

Opinnäytetyön toimeksiantaja Kotilo ry on savonlinalainen mielenterveyskuntoutusta ja eri taseisia asumispalveluja tarjoava yhdistys (Kotilo ry 2019a). Asumispalvelut jakautuvat tiimeihin, joista yksi on profiloitunut tehostetussa palveluasumisessa olevien vanhuspsykiatristen asukkaiden kuntoutukseen ja hoitoon. Opinnäytetyössä puhutaan sekä kuntoutuksesta että hoidosta liittyen palvelujen moninaisuuteen. Tarve kehittämislle lähti työtiimin osaamisen ja laadukkaan hoitotyön varmistamisesta muuttuvassa tilanteessa. Leinonen ja Alanen (2011) tuovat artikkelissaan esille huolen hoitajien ammattitaidon puutteellisuudesta iäkkäiden henkilöiden psykiatrisessa hoidossa.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisen, osallistavan kehittämistyön keinoin. Opinnäytetyöprosessin aikana selvitettiin Kotilo ry:n ohjaajien osaamista iäkkäiden hoitotyössä ja työtiimi osallistui työn sisällön kehittämiseen. Opinnäytetyön tietoperustassa käsitellään laadukasta vanhuspsykiatrista kuntoutusta ja hoitoa. Suoria tutkimuksia tai hoitosuosituksia vanhuspsykiatrisesta kuntoutuksesta on vähän. Usein mainitaan, ettei tutkimusta iäkkäille ole tehty, joten sovelletaan ohjetta aikuisväestölle. Kun vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen kokonaisuutta aloitettiin käsittelemään, nousivat esiin opinnäytetyön asiasanat vanhuspsykiatria, mielenterveyskuntoutus ja tehostettu palveluasuminen.

Tavoitteena osaamisen ja kuntoutuksen sekä hoidon kehittämiseksi olivat tutkimustieto, suositukset, lait ja erilaiset yhteistyötahojen antamat ohjeet. Opinnäytetyön tulokset auttavat Kotilo ry:tä kehittämään ja antamaan iäkkäille mielenterveyskuntoutujille parasta mahdollista hoitoa. Opinnäytetyössä kuvataan osallistavan kehittämistyön prosessi. Prosessin yhteydessä syntynyt työn ohjeistus ja Kotilo ry:n palvelusopimuksen sisältö eivät ole mukana opinnäytetyössä tietosuojan takia.

2 Vanhuspsykiatrinen kuntoutus

2.1 Vanhuspsykiatria

Vanhuspsykiatria on yksi erityisalue psykiatria, joka tutkii iäkkäiden henkilöiden erilaisten psykiatristen häiriöiden hoidon kokonaisuutta. Iäkkäiden psyykkisesti sairastuneiden hoidossa korostuvat kohderyhmän usein moninaiset terveysongelmat, kuten keskushermosto- ja yleissairaudet. Näiden lisäksi varsinkin lääkeshoidolle asettaa haasteensa iän tuomat muutokset elimistössä. Hoidossa pyritään päivittäisissä toiminnoissa pärjäämiseen psyykkensairauden kanssa. (Koponen 2013.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) (2019a) tilastojen mukaan iäkkäitä yli 65-vuotiaita psykoosilääkkeisiin oikeutettuja henkilöitä oli Suomessa 31 275 vuonna 2018. Maailmanlaajuisesti World Health Organization eli WHO (2017) arvioi n. 15 % yli 60-vuotiaista kärsivän jostakin mielenterveyden häiriöstä. Psykiatrisissa kuntoutuskodeissa asuvien yli 65-vuotiaiden määrä on kaksinkertaistunut viimeisen kymmenen vuoden aikana (THL 2020).

Vanhuksilla esiintyy samoja mielenterveyden häiriöitä, kuin muillakin ikäluokilla; mielialahäiriöitä, ahdistuneisuutta ja psykoosisairauksia. Lisäksi psyykkistä oireilu aiheuttavat erilaiset elimelliset syyt, kuten dementia. Keskeistä hoidossa onkin nopea etiologinen selvittely. Tähän kuuluvat kattava terveydentilan ja elämäntilanteen arviointi. (Koponen & Leinonen 2017, 688.) Koposen (2015, 2) mukaan iäkkäiden psyykkiseen oireiluun vaikuttavat persoonallisuus, aikaisempi

psykykinen oireilu, kognition häiriöt, ympäristö ja lähipiirin ihmiset, muut sairaudet ja lääkitys sekä keskushermoston rappeutuminen.

Vakaviin mielenterveyshäiriöihin liittyy fyysisten terveysongelmien ja ennenaikaisen kuoleman lisääntynyt riski. Sairastavuutta lisäävät elintapoihin liittyvät riskitekijät, kuten päihteet, epäterveellinen ruokavalio ja liikkumattomuus. Yhtenä syynä on myös psykiatrinen lääkehoito. Keskeiset ehkäisymuodot fyysisille terveysongelmille ovat elintapaohjaus ja motivointi, Käypä hoito suositusten mukainen hoito sekä terveyden seuranta säännöllisine terveystarkastuksineen. (Suvisaari ym. 2019, 1–5.) Talaslahden (2014, 92) mukaan ennenaikaisen kuoleman riskiä voidaan iäkkäillä skitsofreniapotilailla ehkäistä hyvällä fyysisen ja psyykkisen terveydentilan hoidolla. Suositusten mukaisella hoidolla iäkkäiden psyykkisten sairauksien ennuste on yhtä hyvä kuin nuoremmilla henkilöillä (Koponen & Leinonen 2017, 688).

2.1.1 Psykoosisairaudet ikääntyneillä

Psykoosi tarkoittaa vakavaa häiriötä todellisuudentajussa. Tämä voi näkyä harhaluuloina, harhoina ja kognitiivisen toiminnan ongelmina. Sairastuneella saattaa olla ongelmia arkielämässä selviytymisestä sekä esiintyä normaaliväestöä enemmän fyysisiä sairauksia. (THL 2019b.) Vakaviin mielenterveyshäiriöihin lasketaan psykoosisairaudet skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö, mielialaoireiset psykoosisairaudet kaksisuuntainen mielialahäiriö ja vakava masennus sekä muut mahdolliset elimelliset psykoosit (Suvisaari ym. 2019, 1).

Skitsofreniaan sairastutaan yleensä nuorena, mutta myös iäkkäänä sairauden puhkeamista esiintyy. Esiintyvyys vanhuksilla on n. 0,3 prosenttia. Iän lisääntyessä skitsofrenian positiiviset oireet tavallisesti lievenevät ja negatiiviset oireet vahvistuvat. Joskus skitsofrenia etenee vanhuudessa jäännösoireivaiheeseen, jolloin psykoottinen oireilu lievenee ja toimintakyky paranee. Tällöin voi kuitenkin esiintyä tunteiden kokemisen vaikeutta. Iäkkään skitsofreenikon elämänlaatua laskevat helposti masennus ja ahdistus. Toiminnanohjaus ja hahmotuskyky vaikeutuvat, puhe ja liikkuminen hidastuvat ja vaikeutuvat. (Huuhka & Leinonen 2011; Koponen & Leinonen 2017, 698.) Lisääntyneet negatiiviset oireet laskevat

usein kognitiivisia ja sosiaalisia kykyjä. Erityisenä haasteena somaattisen tilan hoidolle on oireiden vaikea tulkittavuus ja niiden kieltäminen, mikä voi johtua kasvaneesta kivunsietokyvystä (Saarela 2016, 143).

Harhaluuloisuushäiriötä esiintyy n. 0,5 prosentilla yli 65-vuotiaista ja sairaus on yleisempi naisilla. Sairastumista edeltää yleensä 1–2 vuotta kestävä oireisto, jossa henkilö normaalia enemmän eristäytyy ja muuttuu epäluuloisemmaksi. Sairauden oireistoa kuvaa vahva jopa looginen epäluuloisuus. Harhaluulot voivat kuvastua paranoidisina, mustasukkaisina, somaattisina, suuruusharhoina tai jopa pakonomaisena ajatteluna toisen ihastumisesta häneen. Myös kuuloharhoja esiintyy. Harhaluulot kohdistuvat usein henkilön lähipiiriin ihmisiin. Epäluulot johtavat usein sairastuneen eristäytymiseen, mutta harvemmin laskevat toimintakykyä kuten skitsofreniassa. (Koponen & Leinonen 2017, 699; Talaslahti, Alanen & Leinonen 2011.)

Psykoosisairauksien hoito on hyvin samanlaista. Ensisijaisesti käytetään lääkettä ja lähinnä toisen polven psykoosilääkkeitä. Samalla huomioidaan myös mielialaoireet ja somaattinen sairastavuus. Hoitoon sitoutumisen kannalta psykoedukaatio on tärkeää ja psykoterapialla voidaan parantaa sairaudentuntoa sekä tukea vanhuksen mahdollisimman itsenäistä pärjäämistä. Elämänlaatuun vaikuttavat erilaiset vuorovaikutuskeskeiset hoidot, psykososiaaliset tukitoimet sekä päivittäistä toimintaa helpottava palveluapu. (Koponen, Leinonen & Isohanni 2015; Koponen & Leinonen 2017, 698.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyys iäkkäillä on n. 0,1–0,5 prosenttia. Esiintyvyys iäkkäillä on pienempi sairauden suuren itsemurha-, sydän- ja verisuonisairauksien kuolleisuuden takia. Pääosa ikääntyneistä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista on naisia. Vanhalla iällä puhkeavalle taudille on usein syynä joku somaattinen tekijä, kuten aivoverenkiertohäiriö. (Koponen ym. 2015.) Ikääntyessä kaksisuuntainen mielialahäiriö ei yleensä helpota, mutta maaniset oireet voivat vähentyä. Kognitiiviset kyvyt heikkenevät. Lääkehoito on haasteellista lääkkeiden sivuvaikutusten takia, joten hoitotasapaino on usein epävakaa. Tästä syystä myös itsemurhariski on korkea. (Alanen 2009, 4–7.) Lääkehoito perustuu samoihin suosituksiin kuin nuoremmilla potilailla, mutta haasteena on

iäkkään lääkkeiden sietokyky. Lääkehoitoon voidaan yhdistää vuorovaikutuskeskeisiä hoitoja. Myös sähköhoito on tehokas hoitokeino vaikean depressiovaiheen hoitoon. (Koponen ym. 2015.) Skitsofreniaa harvinaisempi skitsoaffektiivinen häiriö on yhdistelmä skitsofrenialle tyypillisiä psykoottisia oireita ja vakavia mielialanvaihteluja. Lääkehoidossa yhdistellään näiden kahden sairauden hoitomuotoja. (Huttunen 2018.)

Vaikeasta masennuksesta kärsii n. 1–4 prosentilla iäkkäistä (Huuha & Leinonen 2011,1). Vanhuksen masennuksen taustalla on usein joku somaattinen ongelma, kuten dementia tai muu vakava sairaus. Masennuksen oireisto kuvautuu usein mielialaoireiden lisäksi somaattisten oireiden kertomisena, ruokahaluttomuutena, painonlaskuna, harhaluuloina tai jopa itsetuhoisuutena. (Koponen & Leinonen 2017, 693.) Somaattisten osatekijöiden vuoksi masennusepäilyksissä on hyvä selvittää muiden sairauksien mahdollisuus. Diagnostiikassa hyviä apuvälineitä ovat erilaiset masennusmittarit, kuten Beckin depressioasteikko BDI tai vanhuksille tarkoitettu masennusseula Geriatric Depression Scale GDS. Koska iäkkään masennus johtaa nopeasti toimintakyvyn heikkenemiseen, on tilanteen selvittely hyvä aloittaa mahdollisimman ajoissa. (Huuha & Leinonen 2011, 1.)

Suomalaisen Käypä hoito (2020) -suosituksen mukainen iäkkään masennuksen hoito ei juurikaan eroa aikuisen henkilön hoitosuosituksista. Lääkehoito yhdistettynä tukea antavaan terapiamuotoon, kuten kognitiiviseen terapiaan, on osoittautunut hyödylliseksi. Sähköhoito on suositeltava hoitomuoto myös vanhuksille. Erikoissairaanhoidoa tarvitaan vaikeissa, jopa psykoottisissa masennustilanteissa (Huuha & Leinonen 2011,1).

Vanhuksen elimellinen psykoosi voi johtua useista eri syistä, kuten dementiasta, aivovammoista, kasvaimista tai kilpirauhasen toimintahäiriöistä (Koponen ym. 2015). Syynä psykoottisille oireille voivat olla myös lääkkeet tai päihteet. Koska syyt voivat olla hyvin moninaisia, on oleellista, että potilaan terveydentila selvitetään kokonaisvaltaisesti ja selvittelyssä huomioidaan henkilön elämänkaari sekä -tilanne. Omaisen tai muun läheisen osallistuminen tutkimuksiin on tärkeää. (Koponen & Leinonen 2017, 699.)

2.1.2 Iäkkäiden psyykenlääkehoito

Vakavien psyykensairauksien hoitosuositukset perustuvat tehokkaaseen lääkehoitoon. Iäkkään henkilön lääkehoito on kuitenkin haasteellista elimistössä tapahtuvien ikääntymismuutosten takia. Sydämen ja verenkierron teho laskee sekä munuaisten ja maksan toimintakyky heikkenee. Iäkäs on usein herkempi lääkkeiden yhteis- ja sivuvaikutuksille kuin nuorempi. Ikääntyessä esiintyy usein monisairastavuutta ja näin ollen useiden lääkkeiden käyttöä interaktioineen. Tämä voi vaikeuttaa ja jopa estää psykiatrista lääkehoitoa. Lääkityksen suunnittelu ja vaste on siis hyvin yksilöllistä. (Huttunen & Socada 2017, 360.) Ahosen (2019, 27) mukaan laitoshoidossa olevien psyykenlääkkeitä käyttävien vanhusten määrä liikkuu 71–98 prosentin välillä. Runsas psyykenlääkkeiden käyttö iäkkäiden hoidossa viittaa hoitomuotojen epäasianmukaisuuteen ja pelkkään oireenmukaiseen hoitoon (Kivelä 2013, 342).

Yleisiä psyykenlääkityksen haittavaikutuksia ovat niiden ekstrapyramidaaliset, sedatiiviset ja antikolinergiset haittavaikutukset, jotka lisäävät vanhusten kaatumaherkkyyttä ja jopa voimistavat mieliala- ja psykoottisia oireita (Huttunen & Socada 2017, 360). Henkeä uhkaavia haittavaikutuksia ovat mm. klotsapiini-lääkityksen aiheuttama agranulosytoosi tai antipsykoottien aiheuttama pahalaatuinen neuroleptisyndrooma (Huttunen, 2017). Huttunen ja Socada (2017, 358) suosittelevatkin, että iäkkäiden psyykenlääkitys toteutettaisiin mahdollisimman pienillä annoksilla, hitaasti, yksinkertaisesti, monilääkitystä välttäen ja vastetta sekä haittavaikutuksia tarkasti seuraten. Useamman psyykenlääkkeen yhtäaikainen käyttö lisää sydän- ja verisuonisairauksien määrää sekä sairaalahoidon tarvetta (Talaslahti 2014, 91). Haittavaikutukset saattavat johtaa tilanteeseen, jossa psykoottiset oireet vaatisivat lääkitystä, mutta haittavaikutukset ovat niin voimakkaita, ettei lääkitystä voida toteuttaa. Jotkut iäkkäät skitsofreniapotilaat eivät myöskään enää hyödy lääkityksestä. (Saarela 2016, 146–147)

Lääkehoidon kokonaisuuden hallinnan kannalta Ahonen (2011, 138) suosittelee iäkkään henkilön lääkityksen säännöllistä seurantaa ja arviointia. Hyödyllistä on myös moniammatillisen osaamisen ja tiedon käyttö lääkityksen sekä hoidon suunnittelussa. Lääkityksen arvioinnissa tulisi käyttää lääkärin lisäksi

farmaseutin, hoitajan, omaisen ja potilaan omaa tietämystä. Hyvänä työkaluna arvioinnissa toimivat erilaiset lääkitystietokannat.

Psykykenlääkehoidon onnistuneessa toteutuksessa on tärkeää myös kuntoutujan sitoutuminen hoitoon, sairautentunto ja myönteisyys lääkkeiden ottamiselle. Tätä tukee hoitavan tahon ennakkoluuloton ja neutraali suhtautuminen psykykenlääkehoitoon. Ennakkoluuloinen suhtautuminen lääkehoitoon voi jopa haitata terapiahoidon onnistumista. (Huttunen & Socada 2017, 568.) Potilaan taloudellisen toimeentulon turvaamiseksi on hyvä varmistaa ennen lääkkeenmääräämistä, että kyseinen lääke ja sen vahvuus kuuluvat erityiskorvattavuuden piiriin ja kuntoutuja on oikeutettu lääkkeen käyttöön. Tämä myös tukee sitoutumista lääkehoitoon. Lääkäri kirjoittaa tällöin B-lääkärintausannon erityiskorvattavuutta varten (Kela 2019). Lääkkeiden korvausluokat jakaantuvat kolmeen eri osaan. Peruskorvaus 40 %, alempi erityiskorvaus 65 % ja ylempi erityiskorvaus 100 % (Kela 2020).

2.1.3 Psykososiaaliset hoitomuodot

Psykykenlääkkeet ovat tärkeä osa psykoosisairastuneen potilaan hoitoa. Hoito on yleensä kokonaisvaltaista ja yhtenä osana hoitoa lääkehoidon rinnalla käytetään psykososiaalisia hoitoja. Kumpikin hoitomuoto vaikuttaa sairastuneen biologiaan ja sosiaalisiin kykyihin. Psykososiaaliset hoitokeinot vaikuttavat psykologisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksellisuuden avulla. Tarkoituksena on auttaa potilasta selviytymään erilaisien tukimuotojen avulla - itse aktiivisena osallistujana toimien - päivittäisestä elämästä psykykensairauden kanssa. (Lönnqvist 2017, 776.)

Kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen mukaan tietyt psykososiaaliset interventiot ovat osoittautuneet lääkehoidon ohella tehokkaimmaksi skitsofrenian kuntoutusmuodoksi. Kognitiivinen kuntoutus ehkäisee ja korjaa kognitiivisen suorituskyvyn taantumista. Vaikutus näkyy lisääntyneessä motivaatiossa ja uskalluksessa ylläpitää taitoja. Sosiaalinen kuntoutus taas vähentää negatiivisia oireita ja ylläpitää sosiaalisia taitoja. Psykoedukaatio sitouttaa sairastunutta hoitoon ja ehkäisee relapsien syntymistä. Kognitiivinen psykoterapia taas auttaa hyväksymään

sairauden positiivisia oireita ja vähentää näin sairauden aiheuttamaa stressiä. (Morin & Franck 2017.)

Myös Maailman terveysjärjestön suositusten mukaisesti skitsofrenian suositeltavia hoitomuotoja ovat lääkehoito ja psykososiaalinen tuki. Psykososiaaliseen tukeen kuuluvat erilaiset palautumiskeskittävät psykososiaaliset interventiot, kuten elämäntaitojen ja sosiaalisten taitojen opettelu mm. tuetun- tai palveluasumisen keinoin. Tuettu asuminen ja työllisyys toimivat hyvänä hoitolinjauksena psykoosisairausten hoidossa ja tukevat sairastuneen toipumisorientaatiota. (WHO 2018.)

Pasternack, Saijonkari, Booth, Aronen, Fogelholm, Isojärvi & Mäkelän (2018, 18–24) tekemän kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen mukaan parhaimmat näyttöön perustuvat psykososiaaliset hoitomuodot skitsofrenian hoidossa olivat psykoedukatiivinen perheinterventio ja kognitiivinen kuntoutus. Näillä hoitomuodoilla saatiin paras vaikuttavuus negatiivisiin oireisiin ja kognitiiviseen toimintakykyyn. Myös lääkemyöntyvyys parani ja psykoosijaksojen uusiutuminen väheni. Psykoedukaatio oli myös kaksisuuntaisen mielialahäiriön tehokkain psykososiaalinen hoitokeino. Masennuksen hoidossa kognitiivinen käyttäytymisterapia ja interpersonallinen terapia olivat näyttöltään vaikuttavimpia hoitokeinoja ja jopa yhtä tehokkaita kuin lääkinnällinen hoito. Psykoterapioilla pystyttiin auttamaan myös muiden sairauksien vuoksi masentuneita. Erilaiset psykiatrisessa hoitotyössä käytettävät psykososiaaliset ja lääkinnälliset keinot ovat osa mielenterveyskuntoutuksen kokonaisuutta (THL 2019b).

2.2 Mielenterveyskuntoutus

Terminä mielenterveyskuntoutus kuvaa psyykkisesti sairastuneen henkilön palvelujen ja tuen kokonaisuutta, joiden tarkoituksena on ylläpitää hänen toimintakykyään ja pärjäämistään jokapäiväisessä elämässä mahdollisimman itsenäisesti (THL 2019c). Psykoosisairauteen sairastuneen henkilön kuntoutus voi olla korjaavaa tai ennaltaehkäisevää ja hyvin kroonistuneesti sairastuneilla haittoja minimoivaa (Suvisaari, Isohanni, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2017, 190). Kuntoutus on moniammatillista tiimityötä ja se perustuu yksilölliseen

kuntoutumis-/hoitosuunnitelmaan, jonka tekemiseen kuntoutuja itse osallistuu. Tärkeää on saada kuntoutuja motivoitumaan ja ottamaan vastuuta omasta kuntoutumisestaan. Hoitosuunnitelmassa yhdistellään potilaalle sopivia hoitomuotoja, jotka perustuvat lääkehoitoon, psykoedukaatioon ja erilaisiin psykososiaalisiin keinoihin. (Käypä hoito 2015b.)

Suomalaisen Käypä hoito (2015b) suosituksen mukaan skitsofrenian hoidon/kuntoutuksen tavoitteet ovat poistaa tai lievittää psykoosisairauden oireita, ennaltaehkäistä tai lieventää uusia psykoosijaksoja sekä kohentaa kuntoutujan toimintakykyä ja elämänlaatua. Yksi kuntoutuksen muodoista on psykososiaalista tukea antava asumispalvelu. Laadukas asumiskuntoutus ehkäisee sairauden kroonistumisen haittoja ja lisää psykososiaalisia kykyjä (Suvisaari ym. 2017, 190–191). Mielenterveyslaki (1116/1990) määrittelee asumispalvelun tarpeen:

Mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistyössä asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty.

Mielenterveyskuntoutujien asumisen laatua voidaan kasainvälisiin tutkimuksiin perustuvan kirjallisuuskatsauksen mukaan kuvata kahdeksalla eri tekijällä. Elinolojen katsottiin olevan parhaimmat yhteisöllisinä, tilavina ja yksityisyyttä tukevinä ympäristössä, jossa sääntöjä ja määräyksiä on mahdollisimman vähän. Kuntoutuja saa osallistua päätöksentekoon ja olla osallisena ympäröivän yhteiskunnan toiminnassa. Asumispalveluja käyttävien kuntoutujien autonomia ja osallistuminen lisäsivät hoitomyönteisyyttä ja yhteisöllisyyttä parantaen myös elämänlaatua ja sosiaalista toimintaa. Hillitsemistä ja eristämistä ei ole, vaan näitä ehkäistään ajanmukaisien hoitokeinojen käytöllä ja henkilöstön de-eskalaatio osaamisella. (Taylor, Killaspy, Wright, Turton, White, Kallert, Schuster, Cervilla, Brangier, Raboch, Kalisova, Onchev, Dimotrov, Mezzina, Wolf, Wiersma, Visser, Kiejna, Piotrowski, Ploumpidis, Gonidakis, Caldas-de-Almeida, Cardoso & King, 2009). Suomessa myös Perustuslaki (11.6.1999/731) kieltää koskemattomuuteen ja vapautteen puuttumisen. Mielenterveyslaki (1116/1990) sallii pakkotoimet ja eristämisen vain tahdonvastaisen hoidon aikana.

Erilaiset skitsofreniainventiot tukevat kuntoutumista asumispalvelun yhteydessä. Tällaisia ovat esimerkiksi kognitiivinen käyttäytymisterapia, erilaiset psykoedukaatiot, sosiaalisten taitojen koulutus ja lääkehoito. Hoitomuodot kuitenkin suositellaan valittavaksi realistisesti yksilölliset tarpeet huomioiden. Fyysisestä terveydestä huolehtiminen kuuluu osana hyvään mielenterveyskuntoutukseen. (Taylor ym. 2009.) Vakavaa mielenterveyshäiriötä sairastavien riski sairastua myös somaattisiin sairauksiin on suurentunut johtuen huonoista elämäntavoista, psyykenlääkkeiden sivuvaikutuksista, sosioekonomisista tekijöistä ja joskus jopa sairauden aiheuttamasta stigmasta, joka voi viivästyttää hoitoon pääsyä. (Suvisaari, Eskelinen, Keinänen & Sailas, 2019.) Suvisaari ym. (2019) näkee psykiatrian erikoisalan ongelmana fyysisen terveysongelmien kokonaisuuden osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön puutteen. Fyysisten terveysongelmien hoitotuloksia voitaisiin parantaa yhteistoimintamalleilla ja osaamisen kehittämällä. Tähän vaikuttavat oleellisesti mielenterveyskuntoutusyksikön henkilöstön koulutus ja tuki sekä kliininen hallinto, jota voisi kutsua ohjeiden ja hoitosuosittelujen noudattamiseksi sekä ammatillisten käytäntöjen kehittämiseksi.

Terapeuttiset suhteet kuntoutujan ja henkilöstön välillä on katsottu oleellisesti parantavan mielenterveyskuntoutujan elämänlaatua ja liittyvän parantuneisiin hoitotuloksiin vaikeaa psyykensairautta sairastavalla potilaalla. Luottamuksellinen hoitosuhde ja hoitajien hyvät kohtaamistaidot vähentävät oireilua. Hoitosuhteen toteutumiseen vaikuttivat positiivisesti kuntoutujan kanssa vietetty aika, henkilöstön yhteneväiset linjaukset, hoitajien koulutustausta ja organisaation toimivuus. (Taylor ym. 2009.)

Aiemmin mainittuja kahdeksaa kuntoutumisen kannalta oleellista tekijää käytetään perusteina mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen laadun mittaamisessa. QuIRC-SA eli Quality indicator for rehabilitative care supporter accommodation mittari on ensimmäinen kansainvälisesti kehitetty sekä tunnustettu laatu mittari ja sen käyttöä asumisyksiköille suosittelee aluehallintovirasto. (Reponen 2019, 4.)

- Elinolot
- Skitsofreniainterventiot
- Fyysinen terveys
- Hillitseminen ja eristäminen
- Henkilöstön koulutus ja tuki
- Terapeuttiset suhteet
- Autonomia ja palvelun käyttäjien osallistuminen
- Kliininen hallinto

Kuvio 1. QuIRC-SA mukaiset 8 kuntoutumisen onnistumisen kannalta tärkeää tekijää (QuIRC-SA 2019).

Mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessia ja sen rakennetta kuvataan palvelupolkumallin avulla. Palvelupolku tarkoittaa palveluntarjoajan tarjoamaa palvelua ja sen kokonaisuutta. Asiakas vaikuttaa omaan palvelupolkuunsa omilla valinnoillaan eli kuntoutuksen edistymisellä ja palvelunmaksajan ehdoilla. (Innokylä 2020a.) Palvelupolku lähtee palveluntarpeen arvioinnista, joka tehdään kuntoutujan, hoitoon lähettävän tahon ja sosiaalitoimen kanssa yhteistyössä. Palveluntarpeenarviointi perustuu sosiaalihuoltolakiin (1301/2014). Kuntoutumisen edistymistä seurataan kuntoutumissuunnitelmalla ja sen tekeminen määritellään laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Kuntoutumissuunnitelmaa päivitetään kuntoutujan kanssa vähintään puolivuositain.

2.3 Tehostettu palveluasuminen

Kuntouttava asumispalvelu voidaan tuottaa tehostetussa palveluasumisessa varsin iäkkäälle henkilölle, jos tämän avuntarve on jatkuvaa (Suvisaari ym. 2017, 199). Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa yksikössä, jossa henkilökuntaa ja palveluita on tarjolla koko vuorokauden (Kuntaliitto 2017). Sosiaalihuoltolain (1301/2014) perusteella tehostetuttua palveluasumista järjestetään henkilölle, jonka tuen ja hoidon tarve on ympärivuorokautinen:

Palveluasumisella tarkoitetaan palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Palveluihin sisältyvät asiakkaan tarpeen

mukainen hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, ateria-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Tehostetussa palveluasumisessa palveluja järjestetään asiakkaan tarpeen mukaisesti ympärivuorokautisesti. Asumispalveluja toteutettaessa on huolehdittava siitä, että henkilön yksityisyyttä ja oikeutta osallistumiseen kunnioitetaan ja hän saa tarpeenmukaiset kuntoutus- ja terveydenhuollon palvelut.

Kunnilla on myös mielenterveyslain (1116/1990) mukainen velvoite järjestää vaikeavammaiseksi luettaviin kuuluville mielenterveyskuntoutujille lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvä palveluasuminen. Tehostettu palveluasuminen ja palveluasuminen kuuluvat avohuollon piiriin. Palvelu voidaan järjestää kunnan omana toimintana, ostopalveluna tai palvelusetelin muodossa (Kuntaliitto 2017). Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sanotaan, että yhteistyössä asiakkaan kanssa laaditaan palvelusuunnitelma. Palveluntarve arvioidaan yhdessä kunnan sosiaalitoimea ja moniammatillista työryhmää kuullen huomioiden asiakkaan yksilölliset tarpeet (Kuntaliitto 2017).

Psykiatrinen kuntoutus- ja asumispalvelu on luvanvaraista toimintaa. Luvan palveluille ja mahdollisille toiminnan muutoksille myöntää paikallinen aluehallintovirasto, joka myös valvoo ja ohjaa toimintaa. Aluehallintoviraston toiminta perustuu yhdessä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston kanssa tehtyihin valvontaohjelmiin. (Aluehallintovirasto 2013.) Myös maksusitoumuksen myöntäjä ja sosiaalipalvelujen järjestämisestä vastaava kunta osallistuu toiminnan valvomiin vuosittaisilla tarkastuskäynneillä (Sosteri 2018, 12).

Lupa yksityisen sosiaalihuollon ympärivuorokautiseen hoitoon edellyttää toimintayksiköltä riittävät ja asianmukaiset tilat sekä henkilöstön. Toiminnan asianmukaisuuden takaamiseksi palveluntuottaja laatii toiminnastaan omavalvontasuunnitelman, jonka sisällöstä ja seurannasta Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto on tehnyt määräyksen. (Valvira 2019.) Omavalvontasuunnitelma on kirjallinen riskienhallinnan dokumentti, jossa yksikön tarjoamia palveluja arvioidaan kattavasti laadun ja asiakasturvallisuuden perusteella (Valvira 2016). Mielenterveyspalveluiden tarkkaa hoitajamitoitusta ei määritellä missään, vaan se perustuu palvelua tarvitsevien henkilöiden avuntarpeeseen. Hoitoon osallistuvalla henkilökunnalla täytyy olla vähintään lähihoitajan tai mielenterveyshoitajan koulutus

ja tukipalvelujen henkilökunnalla tehtävään soveltuva koulutus. Palveluntuottajan tulee seurata yksikön kuntoutujien toimintakykyä ja palvelujen tarvetta niin, että turvataan henkilökunnan sopiva määrä vuorokauden jokaisen aikana. Toimilupapäätöksen ehdot perustuvat yksityisistä sosiaalipalveluista annettuun lakiin (922/2011), sosiaalihoitolakiin (1301/2014) sekä vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemaan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevaan kehittämissuositukseen. (AVI 2019.)

2.4 Laadukas vanhuspsykiatrinen kuntoutus

Suomalainen Laatusuositus ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 kiteyttää laadukkaan vanhuspalvelun viiteen eri osa-alueeseen: 1. Terve ja toimintakykyinen vanhuus, jossa ennakoidaan riskitekijöitä toimintakyvyn heikkenemiselle. 2. Käyttäjäystävällisellä ja kattavalla palveluohjauksella, joka helpottaa iäkkään avunsaantia sekä toimii laaja-alaisesti ja luotettavasti. 3. Riittävä ja osaava henkilöstö mahdollistaa turvallisen sekä laadukkaan palvelun ja avun. 4. Ikäystävällinen asumisen ja palvelujen laatu mahdollistaa vanhuksen asumisen turvallisesti omassa kodissaan tai mahdollisimman kodinomaisessa ympäristössä palveluasumisen piirissä. 5. Enenevässä määrin käytetään ja kehitetään myös iäkkäiden palveluja tukevaa teknologiaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15–27.)

Käypä hoito (2016) -suosituksen mukaan hyvän ympärivuorokautisen hoidon perusteet ovat mahdollisuus elää ja kuolla arvokkaasti ja turvallisesti sekä osallistua mielekkääseen elämään muiden ihmisten kanssa. Näiden mahdollistamiseksi vanhuksen toimintakykyä ja voimavaroja tulee pystyä arvioimaan monipuolisesti sekä ylläpitämään ja edistämään niitä. Sairauksia hoidetaan suositusten mukaisesti ja turvataan hyvä saattohoito, kun se on ajankohtaista. Edellytykset hyvälle ja ammatilliselle hoidolle takaa henkilöstön riittävä määrä ja osaaminen. Ympäri- vuorokautinen hyvä hoito on palvelukokonaisuus, joka perustuu vanhukselle tehtyyn palveluntarpeen arviointiin. Tämä kokonaisuus elää iäkkään toimintakyvyn muutosten mukaan ja sitä päivitetään tarvittaessa. Palveluntarpeesta tehty sopimus kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jossa tavoitteiden etenemistä seurataan säännöllisesti. Laadukas hoito on toimintakykyä ja kuntoutumista

edistävää. Se on mielekästä sekä iäkkään yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa. (Käypä hoito 2016.)

Geriatrinen kuntoutus perustuu iäkkään toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen arviointiin. Näiden pohjalta luodaan kuntoutuksen tavoitteet ja niiden toteutumista seurataan. Onnistunutta kuntoutumista tukevat kuntoutuksen oikea ajoitus, oikeat toimenpiteet, suunnitelmallisuus ja tavoitteet. Tärkeänä osana on iäkkään oma aktiivisuus kuntoutuksessa. Kuvio 2 kuvaa geriatrissa kuntoutumisprosessia, mikä on hyvin sovellettavissa myös vanhuspsykiatriseen kuntoutukseen. Usein kuntoutus onkin myös sosiaalista ja psyykkistä. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 448, 455–459.)



Kuvio 2. Geriatrisen kuntoutuksen prosessi Pitkälä ym. (2016, 456) taulukkoa mukailen.

läkäs mielenterveyskuntoutuja on vanhus, joka normaalien ikääntymismuutosten ja elämäntilanteen lisäksi sairastaa psyykensä sairautta sen tuomine haasteineen. Koska vanhuspsykiatrisella potilaalla esiintyy usein monisairastavuutta, on tärkeää, että potilaan tutkimus ja hoito tehdään viivyttämättä huomioiden potilaan elämänhistoria ja sairaustusta (Koponen 2015, 7–8). Skitsofreniapotilaan hoidossa on hyvä ottaa huomioon iän vaikutukset sairauden etenemiseen ja lääkehoitoon. Varovainen antipsykoottinen lääkitys yhdistettynä psykososiaalisiin interventioihin on suositeltava hoitomuoto myös iäkkään skitsofreniapotilaan

hoidossa ja kuntoutuksessa. Sairauden hoito vaatii hoitavalta taholta tarkkaa seurantaa ja ammattitaitoa. (Jeste & Maglione 2013.)

Psykoosisairaana vanhuksen monisairastavuus ja erilaiset oireet voivat olla hyvin haastavia tunnistaa, eikä psykoottinen vanhus välttämättä osaa tai halua kertoa oireistaan. Oireiden ja syiden tulkitsemista helpottaa tuttu ja pitkäaikainen hoitoympäristö, jossa vanhus ja hänen tapansa tunnetaan parhaiten. Tuttu sosiaalinen tuki, hoitosuhteen luominen ja omaisten ottaminen hoitoon mukaan ovatkin tärkeitä tekijöitä iäkkään mielenterveyskuntoutujan hoidossa. (Saarela 2016, 143–146.)

Saarela (2016, 145–146) kertoo artikkelissaan vanhuusiän psykoosin hoitokeinoja. Näissä käy ilmi sairauden mahdollinen kroonistuminen, jolloin hyvästä hoidosta huolimatta täyttä vastetta ei saavuteta, vaan oireita pitää oppia sietämään. Iäkäs on jopa voinut tottua oireiluunsa niin, että tarvitsee niitä. Tuttu hoitosuhde, jossa iäkäs tuntee olonsa turvalliseksi ja hänen oireitaan käsitellään neutraalisti ilman nolaamista, ohjaillen toimimaan itsensä ja elinympäristönsä kannalta suotuisammalla tavalla, turvaa toimivan hoidon ja vuorovaikutuksen. Taylorin ym. (2009) tutkimuksen mukaan iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien oireilu ja tyytymättömyys lisääntyivät, mikäli hoitohenkilökunta antoi kuntoutujien toiminnasta negatiivista kritiikkiä.

Psykoottiset oireet tuovat haasteita toteutettaessa kuntoutujan hoitoa. Kuntoutuja voi kuulla ääniä, jotka kieltävät häntä peseytymästä tai ruokailemasta. Hän voi kuvitella joutuvansa ulkona ryöstetyksi, eikä uskalla poistua huoneestaan. Tällöin hoitaja voi joutua tilanteeseen, jossa suositusten mukaisen hoidon toteuttaminen on haastavaa. Eri lait kuten laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) vaativat yksiselitteisesti kunnioittamaan henkilön itsemääräämisoikeutta ja ottamaan huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipiteen hoitoa suunniteltaessa ja toteuttaessa. Mielenterveyslaki (1116/1990) mahdollistaa pakkotoimien käytön vain tahdosta riippumattoman hoidon aikana. Toki itselleen vaaraksi oleva henkilö toimitetaan tarvittaessa psykiatriseen hoitoon, mutta käytännön työssä kuntoutujan oireilun ollessa kroonistunutta onnistunut hoito vaatii kuntoutujan tuntemusta ja oikeiden

hoitotyön toimintojen valintaa. Laadukasta hoitoa turvaavat hyvä moniammatillinen yhteistyö, osaaminen, luovat ja yksilölliset työtavat sekä työyhteisön tuki ja työnohjauspalvelut (Saarela 2016, 147–148).

2.5 Vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen osaamistarpeet

Puitteet iäkkään hyvälle hoidolle tulevat hoitohenkilökunnan osaamisesta ja arvoista (Käypä hoito 2016). Johdon täytyy huomioida riittävät henkilöstövoimavarat, jotka kohdentuvat oikeisiin asioihin ja työtehtäviin. Hyvä lähijohtaminen turvaa hoidon laadun ja vaikuttavuuden (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 19–20.) Gerontologinen osaaminen ja säännölliset lääkärinkäynnit turvaavat iäkkään terveydentilaa ja hoidon tarpeen arviointia. Tällöin huomioidaan myös lääkehoidon ajantasaisuus. (Käypä hoito 2016.) Lääkärin olennaisiin tehtäviin kuuluu lääkehoidon ajantasaisuuden lisäksi diagnoosien ja hoitolinjausten oikeellisuuden varmistaminen niin, että ne ovat myös omaisten ja hoitavan tahon tiedossa. Hoitajien ja lääkärin hyvä yhteistyö takaa iäkkään parhaan hoidon. Hoitolinjauksissa on hyvä olla tiedossa kuntoutuksen perusteet, ennusteet sekä mahdollinen saattohoito ja hoitotahto niiden ollessa ajankohtaisia. (Finne-Soveri 2016, 77.) Vähäniemen (2018, 63) tutkimus osoittaa, että skitsofrenian hoito onnistuu perusterveydenhuollossa laadukkaiden hoitosuositusten sekä osaavan ja sairastuneisiin positiivisesti asennoituvan hoitohenkilökunnan myötävaikutuksella. Tämä vaatii kuitenkin jatkuvaa tiedon ylläpitämistä ja osaamisen kehittämistä.

Osaavan henkilöstön määrää ja rakennetta ei ole määritelty numeerisesti, mutta suositukseksi vähimmäismääräksi vanhushuollon tehostetussa palveluasumisessa on asetettu 0,5 hoitajaa asukasta kohden (Käypä hoito 2016). Laadukkaan ja turvallisen hoidon toteutuminen varmistetaan yksikön omavalvontasuunnitelmalla. Suunnitelmassa käy ilmi, miten yksikössä toimitaan erilaisissa tilanteissa niin, että toiminta kestää laadukkaana ja asianmukaisena. (Valvira 2016.)

Outi Kiljusen (2019a, 48) väitöskirjan tulosten mukaan hoitokodeissa iäkkäiden parissa työskentelevät hoitoalan ammattilaiset tarvitsevat laaja-alaista osaamista. Hoidon täytyy olla yksilöllistä, mutta samalla kokonaisvaltaista. Hoitotyön

taitojen lisäksi tarvitaan hyvää asennetta, teoreettista näyttöön perustuvaa tietoa ja kokemusta ikäihmisten hoidosta. Tutkimuksen mukaan hoitajien osaamisvaatimukset hoitokodeissa jakaantuivat seitsemään eri osa-alueeseen (kuvio 3).



Kuvio 3. Hoitajien osaamisvaatimukset iäkkäiden hoitokodeissa (Kiljunen 2019a, 40).

Seitsemän osaamisvaatimusalueetta jakaantuu 84:n eri alakohtaan. Nämä alakohdat löytyvät eriteltyinä itsearviointikyselyn kaavakkeesta (liite 2). Tutkimuksen itsearvioinnin perusteella hoitokotien henkilökunnan osaaminen oli laajaa, mutta osaamispuutteita ja kehittämistarpeita löytyi. Osaaminen fyysisen avuntarpeen toteuttamisessa arvioitiin hyväksi, mutta psykososiaalisen ja perhekeskeisen hoidon toteutuksessa koettiin puutteita. Kyselyyn osallistuneiden ikä, kokemus ja jatkokoulutus ennustivat parempaa itsearvioitua osaamista. (Kiljunen 2019a, 48.)

3 Kotilo ry toimintayksikkönä

Kotilo ry on savonlinalainen erilaisia mielenterveyskuntoutuspalveluja tarjoava yhdistys. Kotilo ry perustettiin vuonna 1984. Yhdistyksen alkusysäys oli eräänlainen oppinäytetyö, joka sai alkunsa alan opiskelijaryhmän innostuneisuudesta ja kiinnostuksesta alaan. Lähtökohtana oli silloinen keskustelu psykiatrisen laitoshoidon oleellisesta vähentämisestä ja sitä kautta lisääntynyt tarve sopeuttaa sekä kuntouttaa psykiatrisia potilaita arkielämään. Perustavaa opiskelijaryhmää innoitti ajatus tarjota näille potilaille mahdollisuutta uuteen ihmisarvoiseen elämään. Yhdistyksen alkuperäisenä tarkoituksena oli yhdistää vapaaehtoistyötä tekevien henkilöiden resurssit auttamaan psykiatrisesta sairaalasta kotiutuvien tarpeita asumis-, työ- tai muissa asioissa. Tukiasumistoiminta käynnistettiin jo vuonna 1985 ja sen rinnalle tulivat palvelu- ja turvakotitoiminta sekä päiväkeskus- ja työtoiminta. (Fagerlund & Järvisalo 2001, 74–77.)

Kotilo ry on yhdistyksenä laajentanut vuosien varrella toimintaansa kattavasti mielenterveyskuntoutuksen saralla. Tällä hetkellä yhdistys tarjoaa asumispalvelua kahdessa eri toimipisteessä. Palvelu-/ja kuntoutuskoti Kotilossa on 28 tehostetun palveluasumisen paikkaa ja kuntoutumis- ja palvelukoti Erikassa 9 palveluasumisen paikkaa. Asumisen kustannukset asukas maksaa itse ja palvelumaksut kustantaa asukkaan kotikunta. Kotilo ry tekee yhteistyötä paikallisten yhteisöjen kanssa. Perus- ja erikoissairaanhoidon palvelut asukkaille tulevat Itä-Savon sairaanhoitopiiriltä. Merkittävää on myös opiskelijayhteistyö Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun ja Ammattiopisto SAMledun kanssa. Lisäksi Kotilo ry hallinnoi Sosiaali- ja terveystieteiden avustuskeskuksen hankerahoituksen ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin tuen turvin Klubitalotoimintaa, joka perustuu omaehtoiseen kuntouttavaan toimintaan LinnaKlubin yhteisössä. Yhdistyksen toimintaa ohjaavat arvot: yhteisöllisyys, avoimuus, toinen toisensa kunnioittaminen ja ammatillisuus (Kotilo ry 2019b).

Kuntoutus perustuu seuraaviin perustekijöihin:

- *yhteisöllisyys ja osallisuus*
- *toiminnallisuus ja osallistuminen*

- *tasapainoinen ravinto ja liikunta*
- *asukaslähtöisyys*
- *asumisyksiköissä toteutetaan terapeuttisen yhteisön periaatetta.*

(Kotilo ry 2019c.)

Kotilo ry:n mielenterveyskuntoutuksen kärkiteemat vuoden 2020 toimintasuunnitelmassa koostuvat kolmesta näyttöön perustuvasta painopistealueesta; yhteisöhoidosta, toipumisorientaatiosta ja Green Caresta. Yhteisöhoito on terapeuttista yhteisöhoitoa, joka tapahtuu kuntoutujista ja henkilökunnasta koostuvassa yhteisössä. Kaikki yhteisön jäsenet osallistuvat omalta osaltaan yhteisön toimintaan ja päätöksen tekoon, ottaen vastuuta sen toiminnasta. Samalla saadaan vertaistukea sekä opitaan elämisen ja itsensä hoitamisen taitoja edistäen kuntoutumista. (Ikonen 2009.) Toipumisorientaatio on viitekehys, jossa painotetaan kuntoutujan voimavaroja, elämän merkityksellisyyttä ja toivoa tulevaisuudesta. Toipumisprosessi nähdään väylänä tyydytystä tuovaan ja toiveikkaaseen elämään. (Nordling 2018.) Green Care on voimavarakeskeinen toimintamalli, jossa harjoitetaan aktiivisesti fyysisiä- ja psykososiaalisia taitoja luontoon ja maaseutuun liittyvällä toiminnalla. Tarkoituksena on edistää tavoitteellisesti kuntoutujan hyvinvointia ja elämänlaatua. (Green Care Finland 2020.)

Yhdistyksen asioita hoitaa hallitus, joka koostuu Kotilo ry:n jäsenistä. Jäseneksi voi liittyä henkilö tai oikeuskelpoinen yhteisö ja säätiö. Yhdistyksen toiminnanjohtaja johtaa yhdistyksen käytännön toimintaa ja henkilöstöhallintoa hallituksen alaisuudessa. (Kotilo ry 2018.) Kotilo ry:n ohjaajat ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia, lähihoitajia, mielenterveyshoitajia ja sosionomeja. Lisäksi henkilöstöllä on erityisosaamista ja kouluttautumiseen sekä uuden oppimiseen kannustetaan. Tukipalveluihin kuuluvat keittiöhenkilökunta ja siistijä. Asumispalveluiden toiminta on jaettu kolmeen tiimiin, joiden lähiesimiehenä eli tiimivastaavana on sairaanhoitaja. Tiimeistä kaksi sijaitsee palvelu-/kuntoutuskoti Kotilossa ja yksi kuntoutumis- ja palvelukoti Erikassa. Tiimit ovat profiloituneet asukasaineksen mukaan niin, että Erikassa asuvat kaikista toimintakykyisimmät asukkaat, jotka eivät tarvitse ympärivuorokautista tukea ja valvontaa. 1-tiimissä asuvat vanhuspsykiatriset asukkaat sekä henkilöt, joiden psyykensä sairaus on hyvin kroonistunut ja toimintakyky huomattavasti laskenut. 2-tiimi kuntouttaa sosiaalipsykiatrisia

asukkaita, jotka kuitenkin tarvitsevat ympärivuorokautista tukea. Kuntoutumisen edetessä tukea annetaan myös omaan kotiin kotiutuville asukkaille.

lääkkäät kuntoutujat Kotilo ry:ssä sairastavat vakavaa mielenterveyshäiriötä eli psykoosisairautta, joka on häirinnyt heidän todellisuudentajuaan ja laskenut oleellisesti toimintakykyä (Suvisaari ym. 2019, 1). Kuntoutukseen kuuluu tukemista päivittäisissä toiminnoissa, fyysisen sekä psyykkisen terveyden kokonaisvaltaista ylläpitoa ja psykososiaalista sekä lääkkeellistä hoitoa. Hoitoratkaisut ovat yksilöllisiä ja vaativat hoitajalta kuntoutujan tuntemusta ja joskus luoviakin ratkaisumalleja. (Saarela 2016, 144–148.)

Kotilo ry tarjoaa iäkkäille kuntoutujille tehostettua palveluasumista. Tavoitteena on tarjota asukkaalle turvallinen ja hyvä elämä ympärivuorokautisesti tuetussa kodissa. (Kotilo 2018b.) Tämänhetkinen hoitajavahvuus hoito- ja kuntoutuskoti Kotilossa on 0,6 (Hartikainen 2019). Kotilo ry:ssä asukas saa määräaikaisen maksusitoumuksen palvelumaksuunsa kuntansa sosiaalitoimelta. Asiaksmaksut asukas maksaa itse, näihin kuuluvat lääke-, asumis-, ja ateriakulut. (Kotilo 2019b.) Itse maksettaviin kuluihin asukas voi hakea asumis- ja toimeentulotukea. Palvelumaksu kattaa palvelusopimukseen kirjatut asiat:

- Sosiaalipsykiatrisen kuntoutuksen, joka perustuu henkilökohtaiseen palvelujen tarpeen arviointiin sekä kuntoutumissuunnitelmaa
- Virkistys- ja vapaa-ajan toiminnan.
- Lääkinnällisen kuntoutuksen.
- Hoivan ja huolenpidon.
- Turvallisuuteen liittyvät toiminnot.
- Henkilökunnan koulutuksen ja työhöjauksen.
- Hallinnolliset kulut.

Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) mainitut terveydenhuollon palvelut, kuten lääkärintarkastukset, Kotilon asukkaat saavat Itä-Savon Sairaanhoidopiiriin perusterveydenhuollosta. Jokaisella asukkaalla on vähintään yksi vuosittainen lääkärin tarkastus, johon kuuluu kattava arvio terveydentilasta ja lääkehoidosta.

Erikoissairaanhoidon päädytään terveyskeskuslääkärin konsultaation tai lähetteen kautta. Mielenterveislain (116/1990) mukaan jokaisen kunnan velvoite on järjestää tarvittavat mielenterveyspalvelut asukkailleen. Savonlinnassa psykiatriseen hoitoon hakeudutaan kiireettömissä tapauksissa terveyskeskukseen ja akuuteissa tilanteissa otetaan yhteys yhteispäivystykseen (Lonka 2019).

Asukkaan kuntoutuminen on tavoitteellista ja yksilöllistä. Kuntoutumisen eteneminen voi johtaa toimintakyvyn paranemiseen, jolloin vähemmän tuettu asuminen on mahdollista ja kuntoutuja voi jopa muuttaa omaan asuntoon. Usein iäkkäällä kuntoutujalla tavoite voi olla toimintakyvyn ylläpito ja mielekkään sekä turvallisen vanhuuden viettäminen hoitokodissa elämänsä loppuun saakka. Joskus myös iäkkäs kuntoutuu niin, että psyykkiset oireet vähenevät ja menevät remissioon, jolloin vaihtoehtona voi olla myös joku muu iäkkäiden palveluasumisen yksikkö.

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävä

Kotilo ry:n hallitus päätti talvella 2018, että 1-tiimi profiloituu kuntouttamaan ja hoitamaan vanhuspsykiatrisia kuntoutujia. Tämä vaatii iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien hoitoon osallistuvilta ohjaajilta laajaa ammattitaitoa. Opinnäytetyön kehittämisprosessin tarkoituksena on kehittää vanhuspsykiatrista kuntoutustyötä Kotilo ry:ssä. Tavoitteena on selvittää Kotilo ry:n ohjaajien osaamisen taso vanhuspsykiatrisessa kuntoutuksessa ja hoidossa sekä käydä läpi työn sisältö ja tehdä tähän tarvittavat kehitystoimenpiteet osallistavan kehittämistyön keinoin.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

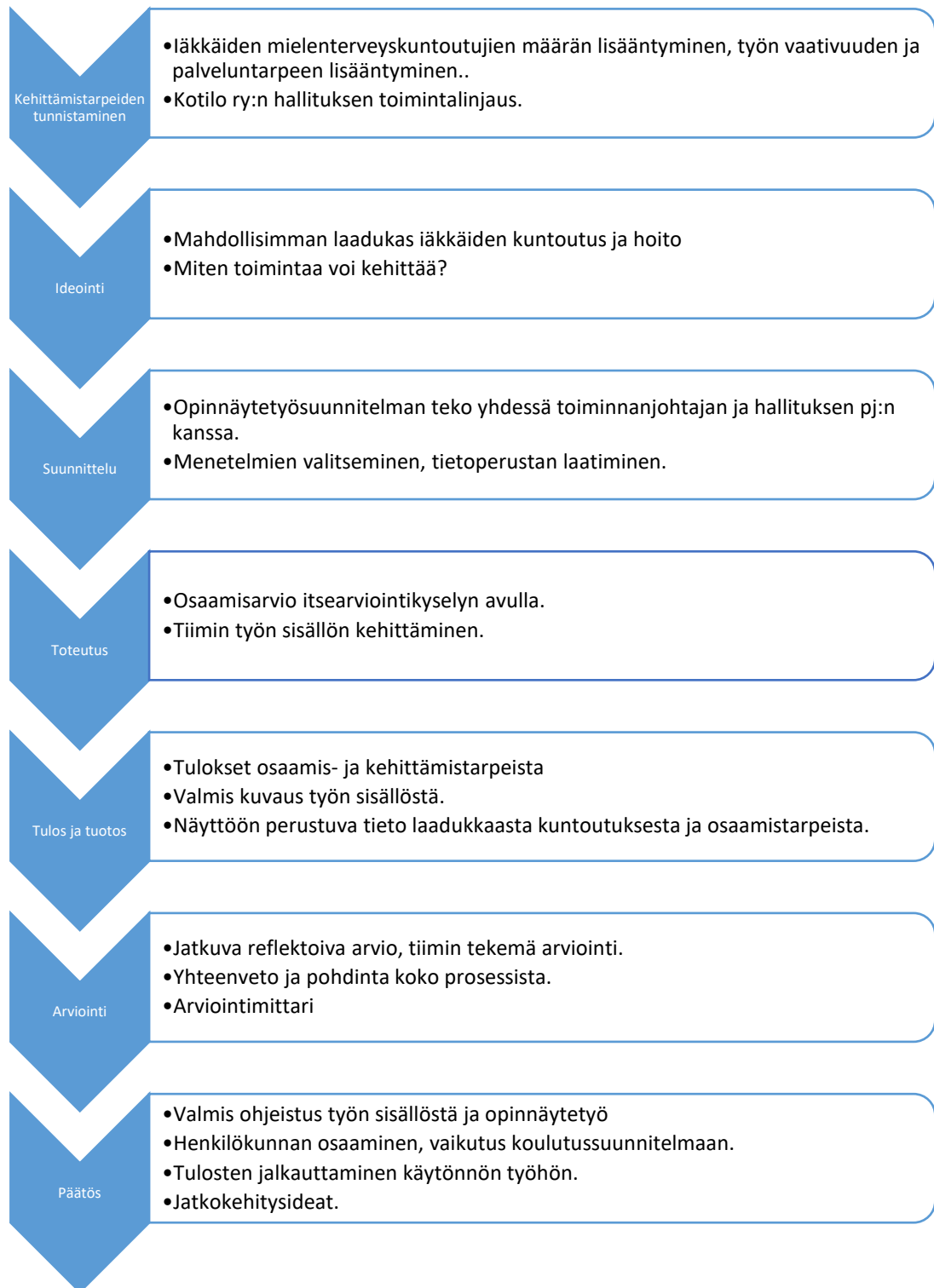
1. Selvittää vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen osaamistarpeet sekä kartoittaa Kotilo ry:n hoitotyöhön osallistuvan henkilöstön osaaminen itsearviointi kyselyn avulla.
2. Kehittää Kotilo ry:n vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen työn sisältöä ja ohjaajien osaamista yhdessä kuntoutukseen osallistuvan tiimin kanssa.

5 Opinnäytetyön kehittämisprosessi ja menetelmälliset valinnat

Kun opinnäytetyöprosessin tarkoituksena on kehittää osaamista ja palvelujen sisältöä, lähestymistavaksi prosessiin soveltuu tutkimuksellinen, osallistava kehittäminen. Lähestymistapa muistuttaa osallistavaa toimintatutkimusta sekä työelämän tutkimusavusteista kehittämistä. Näistä ensimmäistä kuvaa kohdetyötiin aktiivinen osallistuminen työn ja prosessien kehittämiseen ja tutkimiseen (Toikko & Rantanen 2009, 30–31; Heikkinen, Rovio & Syrjäjä 2010, 50). Heikkisen ym. (2010, 51) mukaan osallistavaa toimintatutkimusta käytetään varsinkin yritysten ja organisaatioiden kehittämisessä. Tarkoituksena on saada aikaan muutoksia työprosesseissa ja käytänteissä samalla tutkien niitä. Muutokset eivät kuitenkaan ole aina ennustettavissa vaan määräytyvät prosessin etenemisen ja tarkastelun mukaan. (Toikko & Rantanen 2009, 30.)

Koska työ on psyykkisesti sairastuneiden ihmisten hoitoa ja kuntoutusta, täytyy työn perustua tutkittuun tietoon ja ajantasaisiin hoitosuosituksiin. Siksi työelämän tutkimusavusteisen kehittämisen keinot soveltuvat hyvin opinnäytetyöprosessiin. Tässä kehittäminen perustuu tutkimukselliseen tietoon, kenties valmiisiin malleihin, joita kriittisestikin työstetään käytännössä. Asetetaan oletuksia tutkitun tiedon ja mallien mukaan ja näitä oletuksia kehitetään ja tarvittaessa muutetaan. (Toikko & Rantanen 2009, 33–34.) Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan mukaan prosessissa pyritään mahdollisimman käyttökelpoiseen ja konkreettiseen lopputulokseen (Arola & Suhonen 2014). Tämä lopputulos on opinnäytetyön tehtävä, joka näkyy valmiina opinnäytetyönä eli tuoteselosteena tehdystä prosessista. Opinnäytetyön tärkein tehtävä on varmistaa iäkkäille mielenterveyskuntoutujille paras mahdollinen sekä hoitosuositusten mukainen hoito ja kuntoutus.

Vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen kehittämisen prosessia kuvataan Arolan ja Suhosen (2014, 6) mukaisen kehittämistoiminnan vaiheet avulla (kuviokuva 4). Prosessi etenee lineaarisesti jatkumona, mutta käytännössä eri vaiheiden aikana tapahtuu lomittaista spiraalimaista toimintaa tutkimuksen ja kehittämisen välillä. Edistymistä seurataan reflektoiden ja tarvittaessa palaten edellisiin vaiheisiin.



Kuvio 4. Kehittämistoiminnan eri vaiheet Arolan ja Suholan (2014,6) taulukkoa mukaillen.

Opinnäytetyösuunnitelman eli suunnitteluosion jälkeen tehdään koko Kotilo ry:n hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalla hoitotyön itsearviointikysely Nurse Competence in Care Home Scale. Seppänen-Järvelän (2004, 24) mukaan itsearviointi voi olla pohja ja peruste kehittämistyölle, joka ohjaa prosessia eteenpäin.

Kyselystä tuleva tieto on määrällistä ja se tuo esille hoitohenkilökunnan osaamisen vahvuudet ja heikkoudet. Tulokset käydään läpi Kotilo ry:n henkilökunnan kanssa, jolloin kaikilla on mahdollisuus kuulla ja kommentoida julkaistuja tuloksia sekä esittää toiveita tulosten suhteen. Kyselyn tulokset analysoidaan tilastollisesti kuvaavan analyysin keinoin. Kyselyistä esiin nousseet keskiarvot ja hajonta kuvataan taulukoin tai kuvioin. (Jyväskylän yliopisto 2015.)

lääkäiden kuntoutukseen osallistuva 1-tiimi osallistuu kokonaisuudessaan kuntoutusprosessin kehittämiseen. Perusteena kyseiselle työryhmälle on, että kehittämisen täytyy tapahtua siellä missä käytännön työ tehdään ja siellä olevien toimijoiden kesken. Tämä vähentää myös mahdollisista muutoksista tulevaa muutostavastarintaa. (Toikko & Rantanen 2009, 96–99.) Lisäksi tiimin jäsenet ovat työnsä parhaita asiantuntijoita ja osallistuminen oman työn kehittämiseen tuo parhaat mahdolliset tulokset sekä auttaa työntekijää myös jaksamaan työssään (Ala-Laurinaho 2017). Kehittämistyötä varten hoitotiimille järjestetään yhteisiä kokoontumisaikoja asioiden työstämiseen.

Tiimin jäsenet ovat asiantuntijoita omassa työssään, siksi kehittämisprosessin työstämiseen sopii ns. NGT-tekniikka (Nominal Group Technique). Siinä pohditaan yhdessä tasavertaisesti ongelmaa usealta näkökannalta ja luodaan tilanteeseen ratkaisuja yhdessä kaikkien ajatukset huomioon ottaen. Lopputuloksena asian työstämiselle on yhteinen näkemys kulloisestakin asiasta. (Toikko & Rantanen 2009, 105.) Apuna yhteisissä pohdinnoissa käytetään ideariihettä. Jotta käsiteltävät kokonaisuudet palaverissa eivät ole liian isoja ja hankalia hallita pilkotaan ne eri palvelukokonaisuuksiin ja peilataan näitä osia tietoperustaan sekä kokemuksen tuomaan tietoon. Eri osien sisältö päätetään ensimmäisessä kokoontumisessa. Koska kaikki tiimin jäsenet työskentelevät samassa tiimissä yhteistyössä voidaan kokoontumisten välillä käyttää ns. Living Lab -tekniikkaa, jossa kehittämistä ja työn muutoksia testataan käytännön hoitotyössä (Innokylä 2019).

Prosessin työstäminen on jatkuvaa, joten sen etenemistä täytyy dokumentoida tiedon tallentamiseksi. Palaverista tehdään erilliset muistiot, mutta käytännön työn kehittämiseen ja seurantaan sopii Tutkimuspäiväkirja-malli, jossa tehdään päivittäisiä havaintoja prosessin kulusta (Heikkinen ym. 2010, 106–107).

Tärkeimpänä apuna prosessin ja työn eri osioiden työstämiseen ja arviointiin on tiimille ennalta tuttu Eloisa-työkalu. Siinä prosessin päätavoite ensin pilkotaan konkreettisiksi alatavoitteiksi ja matriisimallin avulla eritellään alatavoitteille toimenpiteet, keinot, aikataulut, tavoitteet, seuranta, keinot ja vastualueet. (Raha ja automaattiyhdistys 2015.) Tämä osallistuttaa tiimin jäseniä lisää kehitystyöhön, mikä on osa tietoista ja muutoshaluista kehittämistä (Seppänen-Järvelä 2004, 19). Näin saadaan aikaan kokemukseen perustuvaa tietoa, joka toimii perustellusti kyseisessä toimintatutkimuksellisessa ympäristössä (Arola & Suhonen 2014, 3–4).

Saatua tietoa arvioidaan reflektoiden prosessin aikana sekä prosessin lopussa. Arviointi on sekä summatiivista että formatiivista koko kehitysprosessin ajan (Seppänen-Järvelä 2004, 19–20). Prosessin aikana tapahtunutta arviointia voidaan kutsua myös neuvottelevaksi arvioinniksi, jolloin yhteistä ymmärrystä ja tavoitetta muokataan sovitellen ja välillä jopa kriittisestikin arvioiden eri näkökulmista (Toikko & Rantanen 2009, 84). Arviointi vaikuttaa prosessin etenemiseen ja siinä tehtäviin ratkaisuihin. Tuloksia tai prosessin etenemistä ei voida ennakoita etukäteen vaan toimitaan ns. pragmaattisen arviointitutkimuksen mukaan tilannekohtaisesti (Toikko & Rantanen 2009, 162–163). Kattavasti tehty arviointi on kuitenkin edellytys sille, että kehittämistyössä syntynyttä tietoa voidaan käyttää laajemminkin ja tieto saadaan hyödynnettyä vielä projektin jälkeenkin (Seppänen-Järvelä 2004, 22).

Laajempaa näkökulmaa koko prosessista käsitellään opinnäytetyön lopullisessa raportissa. Siinä koko opinnäytetyöprosessia ja sen luotettavuutta arvioidaan kokonaisvaltaisesti reflektoiden. Reflektoinnissa käytetään Rolfe, Freshwater & Jasperin reflektiivisen työskentelyn viitekehystä, jossa tarkastelu perustuu kolmeen kysymykseen; mitä oli alussa, mitä tapahtui sitten ja mitä on nyt (Otago Polytechnic 2020). Näin prosessi nähdään jatkumona ja sen etenemistä on helppo seurata. Koska reflektointi perustuu oppimiseen, kuvataan arvioinnissa myös opitut ja epäonnistuneet asiat (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 65). Refleктоivan arvion lisäksi koko opinnäytetyöprosessi itsearvioidaan Innokylän (2020b) arviointimittarin avulla. Kyseinen arviointimittari on työkalu

kehittämisen prosessin keskeisten sisältöjen arviointiin. Opinnäytetyöprosessissa käytetyt menetelmät kuvataan aineistomatriisissa (taulukko 1).

Taulukko 1. Aineistomatriisi (Toikko & Rantanen 2009, 122).

KEHITTÄMISPROSESSIN VAIHE	KEHITTÄMISKYSYMYKSET	AINEISTON KERUUTAPA/MENETELMÄ
Teoreettinen viitekehys	Mitä on vanhuspsykiatrisen kuntoutus?	Kirjallisuuden kartoittaminen
Itsearviointikysely	Kuntoutukseen osallistuvan hoitohenkilökunnan osaaminen?	Strukturoitu kyselylomake
Työn sisällön mallintaminen	Oikeat ja toimivat toimintatavat?	Ideariihä, Living-Lab tekniikka, NGT-tekniikka, Eloisa-työkalu.
Arviointi	Miten prosessi on sujunut?	Tutkimuspäiväkirja, Eloisa-työkalu, reflektointi koko prosessin ajan. Tiimin palaute. Innokylän arviointimittari.

Kehittämiseen osallistunut työtiimi osallistuu arviointiin koko prosessin ajan tarkastelemalla työvaiheiden ja tehtävien sisältöä. Tiimi arvioi lopullisen työnsisällön ohjeistuksen vastaamalla viimeisessä prosessin tapaamisessa kolmeen eri kysymykseen, mitä hyvää ohjeistuksessa on ja mitä kehitettävää ohjeistuksessa olisi sekä mitä muita ajatuksia aiheesta tulee mieleen.

6 Opinnäytetyöprosessin toteuttaminen

6.1 Opinnäytetyön suunnittelu

Kehittämistoiminnan idea sai alkunsa työn sisällössä tapahtuneesta muutoksesta. Iäkkäiden kuntoutujien määrä kasvoi ja heidän kuntoutuksensa sekä hoidon osaamisen vaatimus lisääntyi. Idean työstäminen lähti käyntiin syksyllä 2018, jolloin kohdaltani YAMK-opinnot alkoivat ja aiheesta keskusteltiin toiminnanjohtajan ja hallituksen puheenjohtajan kanssa. Kotilo ry:n hallitus linjasi 1-tiimin toiminnan vanhuspsykiatrisiin kuntoutujiin, joten selvä tarve kuntoutuksen selkiyttämiseksi ja osaamistarpeiden selvittelyille oli. Salosen ym. (2017, 60)

mukaan kehittämistoiminnan tulee perustua tarpeeseen ja olla tärkeää asiakkaille, joihin kehittäminen kohdistuu. Näistä lähtökohdista käynnistyi suunnitteluvaihe, jota työstettiin talven 2019 aikana yhdessä toiminnanjohtajan ja Kotilo ry:n puheenjohtajan kanssa. Yhdessä päädyttiin tekemään Kotilo ry:n ohjaajille osaamiskartoitus, joka palvelisi myös tulevaa koulutussuunnitelmaa. Osaamiskartoitus suunniteltiin tehtäväksi itsearviointikyselynä. Itsearviointi on menetelmä, jolla tuetaan kehittämistoiminnan tavoitteisiin pääsemistä, samalla edistäen asian tiimoilta käytävää keskustelua työyhteisössä (Salonen ym. 2017, 55). Suunnitteluvaiheessa sovittiin, että tulokset käydään läpi keskustellen henkilökunnan ja Kotilo ry:n hallituksen kanssa.

Opinnäytetyöprosessin menetelmälliset valinnat selkiytyivät opinnäytetyösuunnitelman teon aikana. Perustana oli työtiimin aktiivinen osallistuminen toimintaan. Kehittämistoiminnassa tiimi/ryhmä nähdäänkin yhtenä prosessin työkaluna ja keskeisenä tekijänä sen onnistumisen kannalta (Toikko & Rantanen 2009, 95–97). Tiimillä oli valmiina tietyt toimintatavat ja tiedettiin, että muutokset niissä eivät aina ole helppoja toteuttaa. Tästä syystä kokeileva toiminta sopi keinoksi kehittää työn sisältöä. Living Lag -malli ja NGT-tekniikka kuvautuivat menetelminä, joissa tiimin työpanos saatiin näkyviin ja muutoksia sekä kehittämistä tehtyä normaalin työn ohessa. (Toikko & Rantanen 2009, 102–105.) Tietoperustan laatiminen tuki opinnäytetyösuunnitelman tekemistä ja toi näyttöön perustuvaa tietoa työn sisällön kehittämiseksi. Keväällä 2019 valmistuneessa opinnäytetyösuunnitelmassa kuvattiin tietoperustan lisäksi osallistavan kehittämistyön tavoitteet ja siinä käytettävät menetelmät sekä työvaiheet.

6.2 Opinnäytetyön kehittämistoiminta

Opinnäytetyön kehittämistoiminta toteutettiin tekemällä Kotilo ry:n hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvalla henkilökunnalle hoitotyön osaamisen itsearviointikysely Nurse Competence in Care Home Scale toukokuussa 2019. Vanhuspsykiatriseen kuntoutukseen osallistuvan tiimin kanssa toteutettiin yhteinen kehittämistyö syksyllä 2019. Osallistavassa kehittämistyössä käytiin läpi koko tiimin työn sisältö. Kehittämistyöllä selvennettiin ja yhtenäistettiin työtapoja sekä varmistettiin

hoidon ja kuntoutuksen perustuvan ajantasaisiin ohjeisiin, suosituksiin ja lakeihin. Sekä itsearviointikysely että tiimin osallistava kehittämistyö osallistuttivat koko hoitohenkilökuntaa parantamaan vanhuspsykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen laatua. Näin varmistettiin kaikkien osapuolten näkökulmien huomioiminen kehitystyössä (Toikko-Rantanen 2009, 91).

6.2.1 Osaamiskartoitus tiedonhankintana

Osaamiskartoituksen itsearviointikysely toteutettiin opinnäytetyösuunnitelman valmistuttua. Itsearviointikyselystä informoitiin henkilökuntaa viikkoa ennen kyselyn palauttamista 13.5.2019. Informointi annettiin saateviestinä (liite 1) Hilka-ohjelmassa. Samassa viestissä liitteenä oli kyselylomake (liite 2). Täytetyn lomakkeen sai palauttaa 20.5.2019 olleen henkilöstön koulutuspäivän aikana palautuslaatikkoon. Itsearviointikyselyyn osallistui koko Kotilo ry:n asumispalvelujen kuntoutus- ja hoitotyöhön osallistuva henkilökunta. Palautettuja vastauksia tuli 17, henkilökunnan määrän ollessa 21. Vastaukset olivat selkeitä ja henkilökunta ymmärsi kysymykset hyvin.

Itsearviointi perustui Kiljusen (2019a) väitöskirjassaan toteuttamaan hoitajien itsearviointikyselyyn Nurse Competence in Care Home Scale. Kyselyn käyttöön pyydettiin erillinen lupa Outi Kiljuselta (2019b). Suunnitteluvaiheessa kysely suomennettiin ja siihen tehtiin toiminnallisuuden kannalta seuraavat muutokset; lisättiin vastausvaihtoehtoihin kohta 0 = Ei koske minua ja muutettiin sana potilas suomennuksessa kuntoutujaksi. Kiljunen (2019a 32–36), esittää itsearvioinnin kyselyt prosentteina. Prosenttiluku kuvaa niiden määrää, jotka olivat olleet osaamisestaan varmoja eli vastanneet kohdan 4 mukaisesti – Täysin samaa mieltä. Kotilo ry:n itsearviointikyselyn tulokset kuvataan keskiarvoina arviointiasteikon ollessa 0–5 ja samalla taulukosta voidaan tarkastella vastausten sijoittumista eri osaamisalueiden kohdalla.

6.2.2 Osaamiskartoituksen analyysi ja arviointi

Osaamiskartoituksen kyselyn tulokset on esitelty luvun 6.2.2 taulukoissa. Kysymykset oli jaoteltu kuuteen eri osa-alueeseen aihepiirin mukaan ja vastausvaihtoehdot olivat seuraavat; 0 = Ei koske minua, 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Täysin samaa mieltä. Oikeassa reunassa on tulosten keskiarvo KA. Keskiarvoon ei ole laskettu 0-vastauksia, koska ne eivät kuvaa osaamista. Kunkin osa-alueen paras ja heikoin keskiarvo näkyvät taulukoissa tummennettuina.

Eettisessä toiminnassa (taulukko 2) paras keskiarvo tuli kuntoutujan omaisuuden kunnioittamisessa ja heikoin keskiarvo kuntoutujan itsemääräämisoikeuden tukemisessa. Muuten hajonta oli pientä ja lähes kaikki vastaukset olivat kohdissa jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä. Epävarmuus kuntoutujan itsemääräämisoikeuden tukemisessa voi liittyä sivulla 18 mainittuun suositusten mukaisen hoidon toteuttamiseen, jolloin kuntoutujan sairaus oireilee hänelle epäedullisella tavalla ja tuo esiin mm. ristiriitoja kuntoutujan todellisuudentajun ja turvallisuuden kanssa.

Taulukko 2. Eettinen toiminta.

	EETTINEN TOIMINTA					KA
	0	1	2	3	4	
Kohtelen kuntoutujia kunnioittavasti	0	0	0	5	12	3,71
Huomion kuntoutujan mieltymykset, tavat ja tottumukset	0	0	0	7	10	3,59
Huomioin kuntoutujan elämänhistorian ja kulttuurisen taustan	0	0	1	5	11	3,59
Tuen kuntoutujan itsemääräämisoikeutta	0	0	0	11	6	3,35
Suojelen kuntoutujan yksityisyyttä	0	0	0	6	11	3,65
Kohtelen kuntoutujia tasapuolisesti	0	0	0	6	11	3,65
Tunnistan eettisiä ristiriitoja	0	0	0	9	8	3,47
Toimin kuntoutujan asianajajana (esim. toiveiden välittämisessä)	0	0	0	6	11	3,65
Reagoin mahdolliseen kuntoutujan kaltoinkohteluun	0	0	1	5	11	3,59
Kunnioitan kuntoutujan omaisuutta	0	0	0	1	16	3,94

Havainnointi, viestintä ja vuorovaikutus osiossa (taulukko 3) paras osa-alue oli empatian ilmaiseminen ja heikoin muistisairaahan kohtaaminen. Myös tällä osa-alueella hajonta oli pientä, paitsi muistisairaahan kohtaamisen osiossa.

Taulukko 3. Havainnointi, viestintä, vuorovaikutus.

HAVAINNOINTI, VIESTINTÄ, VUOROVAIKUTUS	0	1	2	3	4	KA
Osaan kohdata ihmisen (kuunnella, keskustella, olla läsnä)	0	0	0	7	10	3,59
Osaan ilmaista empatiaa	0	0	0	4	13	3,76
Osaan lukea kuntoutujan sanatonta viestintää	0	0	1	11	5	3,24
Osaan luoda turvallisuuden tunnetta	0	0	0	6	11	3,65
Osaan käyttää huumoria sopivalla tavalla hoitotyössä	0	0	0	5	12	3,71
Osaan kohdata muistisairaahan	0	0	3	10	4	3,06
Osaan raportoida suullisesti	0	0	0	6	11	3,65
Osaan kirjata tarvittavat tiedot Hilkkään	0	0	0	5	12	3,71
Osaan arvioida kuntoutujan toimintakykyä	0	0	0	7	10	3,59
Osaan suunnitella ja toteuttaa hoitoa asiakaskeskeisesti	0	0	0	8	9	3,53
Osaan arvioida hoitoa	0	0	0	9	8	3,47

Verkostot ja yhteistyö alueella (taulukko 4) asioista neuvottelemisen oli Kotilo ry:n henkilöstön vahvin osa-alue ja heikoin kuntoutujan ja tämän omaisen neuvominen etuisuuksiin liittyen sekä omaisen osallisuuden tukeminen. Kohdassa verkostot ja yhteistyö vastauksissa tuli enemmän hajontaa. Osa koki joidenkin työtehtävien olevan vaikeita tai jopa niin, etteivät ne kuuluneet vastaajalle. Psykiatrinen hoitotyö on perinteisesti ollut enemmän vuorovaikutuksellista, jolloin hyvät neuvottelutaidot kehittyvät kokemuksen kertyessä. Vuorovaikutusta voidaan sanoa jopa yhdeksi psykiatriseksi hoitokeinoksi (Lääkäriliitto 2020).

Taulukko 4. Verkotot ja yhteistyö.

VERKOSTOT JA YHTEISTYÖ	0	1	2	3	4	KA
Osaan edistää yhteisöllisyyttä	0	0	1	7	9	3,47
Osaan informoida omaisia kuntoutujan vointiin ja hoitoon liittyen	0	0	0	9	8	3,47
Osaan tukea omaisen osallisuutta	0	1	1	11	4	3,06
Osaan tukea omaista henkisesti	1	0	2	10	4	3,13
Osaan neuvotella asioista	0	0	0	5	12	3,71
Osaan hyödyntää moniammatillista verkostoa	0	0	1	5	11	3,59
Osaan luoda verkostoja kuntoutujan hyvinvoinnin edistämiseksi	0	0	2	8	7	3,29
Osaan huolehtia tiedonkulusta (esim. sairaalaan)	1	0	0	6	10	3,63
Osaan neuvoa kuntoutujaa tai omaista etuisuuksiin liittyen	1	0	2	11	3	3,06
Osaan huolehtia kuntoutujalle kuuluvista etuuksista	1	0	2	10	4	3,13

Turvallisuus, terveys ja holistinen hyvinvointi osiossa (taulukko 5) parhaat alueet olivat vaaratilanteiden ja tapahtumien ennaltaehkäisy sekä kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn ylläpito ja heikoimpana osaamisalueena liikkumista rajoittavien apuvälineiden turvallinen käyttö. Tässäkin osiossa hajontaa oli melko kattavasti varsinkin kuntoutujan seksuaalisuuden tukemiseen liittyvässä osaamisessa sekä liikkumista rajoittavien turvavälineiden käytössä. Tosin liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttöä yksikössä ei ole koskaan ollut, mikä selittänee tuloksen.

Taulukko 5. Turvallisuus, terveys ja holistinen hyvinvointi.

TURVALLISUUS, TERVEYS JA HOLISTINEN HYVINVOINTI	0	1	2	3	4	KA
Osaan ennaltaehkäistä vaaratilanteita ja tapahtumia	0	0	1	5	11	3,59
Osaan kohdata aggressiivisen kuntoutujan	0	0	1	9	7	3,35
Osaan liikkumista rajoittavien turvavälineiden asianmukaisen- käytön	0	2	3	8	4	2,82
Osaan ehkäistä infektioita ja niiden leviämistä	0	0	1	8	8	3,41
Osaan huolehtia kuntoutujan suun hoidosta	0	0	2	12	3	3,06
Osaan huolehtia kuntoutujan ravitsemushoidosta	0	0	0	11	6	3,35
Osaan ennaltaehkäistä haavaumia	0	0	1	9	7	3,35
Osaan tunnistaa kuntoutujan kivun	0	0	1	12	4	3,18
Osaan tukea ja hyödyntää kuntoutujan voimavaroja	0	0	0	10	7	3,41
Osaan ylläpitää kuntoutujan fyysistä toimintakykyä	0	0	0	7	10	3,59
Osaan tukea kuntoutujan osallisuutta	0	0	1	6	10	3,53
Osaan tukea kuntoutujan sosiaalisia suhteita	0	0	1	8	8	3,41
Osaan tunnistaa iäkkään masennuksen	0	0	3	10	4	3,06
Osaan tukea kuntoutujan seksuaalisuutta	1	1	3	9	3	2,88
Osaan tukea kuntoutujan hengellistä hyvinvointia	0	0	2	11	4	3,12
Osaan hoitaa muistisairaahan hoitoon liittyviä haastavia tilan- teita ilman rajoitteita	0	0	5	11	1	2,76
Osaan huomioida kuntoutujan kuulovamman	0	0	1	10	6	3,29
Osaan huomioida kuntoutujan näkövamman	0	0	0	13	4	3,24
Osaan hyödyntää teknologiaa kuntoutujien hoidossa	0	0	2	13	2	3,00

Kliinisen hoitotyön osaamisessa (taulukko 6) oli myös hajontaa. Lääkehoidon turvallinen ja asianmukainen hoito koettiin vahvuutena ja saattohoidon toteuttaminen heikoimpana. Saattohoitoa kuntoutuskodissa on tähän mennessä jouduttu tekemään vain vähän, mikä selittänee tuloksen.

Taulukko 6. Kliininen hoitotyö.

KLIININEN HOITOTYÖ	0	1	2	3	4	KA
<i>Osaan arvioida kuntoutujan terveydentilaa ja sen muutoksia</i>	0	0	0	7	10	3,59
<i>Osaan huolehtia kuntoutujan perushoidosta</i>	0	0	0	6	11	3,65
<i>Osaan toimia ensiapua vaativissa tilanteissa</i>	0	0	0	10	7	3,41
<i>Osaan suorittaa pieniä toimenpiteitä (esim. katetrointi)</i>	0	0	1	6	10	3,53
<i>Osaan hoitaa haavoja</i>	0	0	3	5	9	3,35
<i>Osaan toteuttaa lääkehoitoa asianmukaisesti ja turvallisesti</i>	0	0	0	4	13	3,76
<i>Osaan hyödyntää apuvälineitä</i>	0	0	2	6	9	3,41
<i>Osaan avustaa kuntoutujaa ergonomisesti siirtymisissä</i>	0	0	2	11	5	3,35
<i>Osaan tunnistaa ja hoitaa yleisimpiä akuutteja sairauksia</i>	0	0	2	8	7	3,29
<i>Osaan seurata ja hoitaa kuntoutujan pitkäaikaissairauksia</i>	0	0	1	8	9	3,65
<i>Osaan hoitaa kuntoutujan kipua</i>	0	0	0	8	9	3,53
<i>Osaan toteuttaa palliatiivista, oireiden mukaista hoitoa</i>	0	0	1	11	5	3,24
<i>Osaan toteuttaa saattohoitoa</i>	1	0	5	8	3	2,88
<i>Osaan hankkia hoitotarvikkeita</i>	0	0	1	7	9	3,47
<i>Osaan koordinoida kuntoutujan hoitoa hoitoon osallistuvien tahojen välillä</i>	1	0	2	7	7	3,31
<i>Osaan ohjata ja opettaa hoitotyöhön osallistuvia työntekijöitä</i>	1	0	0	7	9	3,56
<i>Osaan tukea hoitotyön opiskelijoiden oppimista iäkkäiden hoitossa</i>	0	0	2	10	5	3,18

Ryhmäohjaus ja aktiviteetit kohdassa (taulukko 7) vahvimpana osaamisalueena nähtiin elämyksien ja virikkeiden tarjoaminen kuntoutujalle ja heikoimpana ryhmien ohjaaminen muistisairaille. Kotilo ry:n itsearvioinnissa korostui epävarmuus muistisairaiden ryhmien ohjaamisessa.

Taulukko 7. Ryhmäohjaus ja aktiviteetit.

RYHMÄOHJAUS JA AKTIVITEETIT	0	1	2	3	4	KA
<i>Osaan ohjata ryhmiä</i>	0	0	1	8	8	3,41
<i>Osaan ohjata muistisairaiden ryhmiä</i>	0	0	7	8	2	2,71
<i>Osaan tarjota elämyksiä ja virikkeitä kuntoutujalle</i>	0	0	0	9	8	3,47
<i>Osaan edistää kuntoutujan hyvinvointia musiikin ja laulamisen avulla</i>	0	1	3	7	6	3,06

Johtaminen ja kehittäminen (taulukko 8) oli hyvin vahva alue. Lähes kaikki vastaukset sijoittuivat kohtaan jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä.

Monet kohdat nousivat parhaana esille ja heikoimpana oli luotettavan tutkimustiedon hyödyntäminen.

Taulukko 8. Johtaminen ja kehittäminen.

JOHTAMINEN JA KEHITTÄMINEN	0	1	2	3	4	KA
<i>Osaan suunnitella ja organisoida omaa työtäni kuntoutujan hoidossa</i>	0	0	0	7	10	3,59
<i>Osaan suunnitella päivittäistä työnjakoa kuntoutujien hoidossa</i>	0	0	0	6	11	3,65
<i>Osaan tehdä tiimityötä</i>	0	0	0	6	11	3,65
<i>Osaan sopeutua tilanteiden muuttumiseen</i>	0	0	0	8	9	3,53
<i>Osaan hoitaa tilanteita luovasti, joustavasti kuntoutujien hoidon arjessa</i>	0	0	0	6	11	3,65
<i>Osaan toimia taloudellisesti</i>	0	0	1	7	9	3,47
<i>Osaan jakaa tietoa työyhteisössä</i>	0	0	0	6	11	3,65
<i>Osaan antaa palautetta asiallisesti</i>	0	0	1	6	10	3,53
<i>Osaan vastaanottaa ja hyödyntää palautetta</i>	0	0	1	6	10	3,53
<i>Osaan arvioida ammatillista osaamistani</i>	0	0	0	9	8	3,47
<i>Osaan hyödyntää luotettavaa tutkimustietoa</i>	0	0	0	10	7	3,41
<i>Osaan kehittää toimintaa työyksikössä yhdessä muiden kanssa</i>	0	0	0	6	11	3,65

Kotilo ry:n ohjaajien työ on ollut perinteisesti sosiaalipsykiatrista kuntoutusta. Työn pääpaino on ollut psykiatrisessa hoitotyössä. Somaattisen hoitotyön tehtävät ovat olleet harvinaisempia, jolloin kokemusta ja osaamista niistä on kertynyt vähemmän. Asiakasryhmänä muistisairaat ovat uusia ja saattohoito harvinaista. Osaamista näillä osa-alueilla on kuitenkin tarvittu viimevuosina enemmän iäkkäiden kuntoutujien määrän lisääntyessä. Tästä syystä itsearviointikyselyn tulokset olivat johdonmukaisia.

Itsearviointikyselyn tulokset käytiin läpi Kotilo ry:n hallituksessa 29.8.2019 ja henkilökunnan kanssa työpaikkakokouksessa 4.9.2019. Tulokset esitettiin kumpanakin päivänä oheisina taulukoina Power Point esityksenä. Esitysten tarkoituksena oli olla vuorovaikutuksellisia, jolloin itsearvioinnin tulokset herättäisivät keskustelua ja mahdollisia kehitysideoita.

Ohessa Kotilo ry:n hallituksen kokouksessa itsearviointikyselyn tuloksista esille nousseet teemat.

- Muistisairauksiin liittyvään osaamiseen liittyviä kehitystarpeita on. Koulutukselle on tarvetta. Yksi hallituksen jäsen voisi kouluttaa henkilökuntaa muistisairauksista.
- Mielenterveyskuntoutus on muutoksen alla. Monisairaiden ja iäkkäiden määrä lisääntyy, mikä näkyy myös Kotilossa.
- Omaisten huomioiminen ja kuntoutukseen mukaan otto nähtiin tärkeänä voimavarana. Sen toteutuminen on kuitenkin haaste. Aiemman kokemuksen mukaan esimerkiksi omaispäivät eivät oikein toimi.
- Kliinisen hoitotyön kehittämiseksi on tarvetta, tosin kehittymistä ja kouluttautumista on jo ollutkin.
- Musiikin käyttö kuntoutuksessa kiinnosti. Koulutuksesta voisi olla hyötyä ja musiikin käytön todettiin tuoneen hyviä tuloksia kuntoutustyössä.

Kotilo ry:n henkilöstön työpaikkakokouksessa 4.9.2019, nousivat esiin seuraavat keskustelua herättäneet asiat.

- Muistisairaahan hoitamiseen liittyvät asiat todettiin uutena ja lisääntyvänä asiana.
- Omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä mietittiin. Kaikilla asukkailla ei ole omaisia tai he eivät halua olla yhteistyössä. Uusia keinoja yhteistyön lisäämiseksi kaivattiin.
- Kuntoutujan seksuaalisuuden tukemiseen liittyvät asiat puhututtiivat. Seksuaalisuuden tukeminen nähtiin hyvin yksinkertaisina asioina, kuten sukupuoliroolin tukeminen tai kauneuden hoito. Yliaktiivinen seksuaalisuus on kuitenkin myös yksi sairauden oire, joten tukemisen ja oireiden provosoimisen välillä on tärkeä ero.
- Kliinisiä taitoja tarvitaan lisääntyvässä määrin.

- Todettiin, että nykyisin asukkaat saavat asua Kotilossa loppuun saakka, joten saattohoidon osaaminenkin on tärkeää.

6.2.3 Tiimin osallistava kehittämistyö

Kotilo ry:ssä asumisyksiköiden ohjaajat on jaettu työtiimeihin. Näin ollen vanhuspsykiatriin kuntoutujiin profiloitunut 1-tiimi soveltuu parhaiten vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen kehittämiseen osallistuvaksi työtiimiksi. Toikko ja Rantanen (2009, 96–100) pitävät lähtökohtana, että kehittämistyötä tekevät ne joihin kehittäminen liittyy ja, että kehittäminen tapahtuu siellä missä kehittämistarvetta on. Tiimiläiset osallistuvat kehittämiseen tasavertaisina ja tuovat mukaansa omia näkemyksiään ja hyväksi koettuja toimintatapoja. Tämä vähentää uudistusten ja toiminnan muutosvastarintaa.

6.2.4 Kehittämistyön analyysi ja arviointi

Tiimin yhteinen toiminta työn sisällön ja laadun parantamiseksi aloitettiin 15.8.2019. Silloin järjestettiin yhteinen kokoontuminen, jossa käytiin läpi pääpiirteittäin opinnäytetyön tarkoitus ja siihen liittyvä osallistava kehittämistyö, johon koko tiimi osallistuisi. Toiminta aloitettiin miettimällä, mitä kaikkea työ sisältää. Ideariihen avulla koottiin kaikki työtehtävät, joita ohjaajan työ 1-tiimissä pitää sisällään. Ideariihen tarkoituksena onkin keksiä lyhyessä ajassa mahdollisimman paljon pohdittavia asioita ilman niiden sisällön arvostelua (Muotoilupakki 2020). Käytännössä tämä tapahtui niin, että jokainen tiimin jäsen sai puoli tuntia aikaa miettiä erilaisia työtehtäviä ja kirjoittaa ne paperilapuille. Lopuksi kaikki laput koottiin yhteen ja lajiteltiin toimintojen mukaan. Mukana oli useita samoja asioita, mutta yhteenvedon jälkeen erilaisia työtehtäviä saatiin yhteensä 57 kappaletta. Nämä jaoteltiin vielä omiin ryhmiinsä, joita oli 15. Kaikki työtehtävät liittyivät palvelusopimuksen sisältöön. Ryhmittelyt otsikoitiin kuvion 4 (s. 24) mukaisesti. Ideariihi toimi toteutuksena hyvin ja jokainen tiimiläinen osallistui ideointiin aktiivisesti. Ensimmäinen kokoontuminen antoi realistisen kuvan työkentän laajuudesta ja työn selkiyttämisen tarpeesta.

Ensimmäisen kokoontumisen jälkeen tehtiin alla olevien otsikointien (kuvio 5) mukaan Eloisa-työkaluun perustuvat matriisit, joiden pohjalta kehittämistoiminta jatkuisi. Eloisa-työkalun tarkoitus on auttaa suunnittelussa ja se toimii käytännössä pilkkomalla kehittämisen päätavoitetta konkreettisesti alatavoitteisiin, joiden toteutumista on näin helppo seurata selkeän taulukkorakenteen avulla (Raha- ja automaattiyhdistys 2015). Yhden matriisin otsikon alle kuuluivat kyseiseen otsikkoon sisältyvät yksittäiset työtehtävät. Matriisi jaettiin seitsemään sarakkeeseen ja sarakkeissa mainittiin työtehtävä, työtehtävän kuvaus, kenen vastuulla työtehtävä on, mihin lakiin/ohjeeseen/suositukseseen tms. työtehtävä perustuu, työtehtävän kehitystarpeet/toimenpiteet, tavoite ja lopuksi kuvaus työtehtävästä prosessin lopussa (taulukko 9).

Itsemääräämisoikeus	Tarvikkeet	Lääkehoito	Omahoitajuus
Sosiaaliset suhteet	Fyysinen toimintakyky	Terveydentila	Kirjaaminen
Ravitsemus	Viriketoiminta	Turvallisuus	Siivous ja puhtaanapito
Raha-asiat	Työyksikön kehittäminen	Henkilökohtainen hygienia	Apuvälineet

Kuvio 5. Matriisien otsikot.

Taulukko 9. Matriisien sisältö.

Työtehtävä	Kuvaus työtehtävästä	Vastuu	Näyttö/kokemus mihin perustuu?	Kehitystarve ja toimenpiteet	Tavoite	Toimintaohje kehitystyön jälkeen
	Lyhyt kuvaus työtehtävästä	Kuka/ ketkä ovat tehtävästä vastuussa?	Laki, ohje, suositus, kokemustieto	Muutoksen tarve, tehtävät toimenpiteet esim. uuden toimintatavan testaaminen Living Lab:ssa.	Mitä ja milloin on tehty, mikä on lopputulos?	Lopullinen tehtävän kuvaus prosessin jälkeen.

Ensimmäisen työpajan jälkeen matriisit esivalmisteltiin niin, että yhdessä mietityistä työtehtävistä oli Eloisa-työkalussa lyhyt kuvaus. Toisella tapaamiskerralla matriiseja ruvettiin yhdessä täyttämään ja miettimään kohta kohdalta kehitysideoita. Matriiseja täytettiin jatkuvasti keskustelun aikana. Tapaamisen jälkeen matriisiin tehtyjä kohtia täydennettiin ja tarkastettiin etsimällä kyseisestä työtehtävästä olevaa näyttöä, mikäli sellaista oli olemassa. Myös aiemmin tehdyn itsearviointikyselyn tuloksia hyödynnettiin kehittämistyössä. Living Lab -työ toimi tapaamisten välillä. Uusia ideoita ja huomattuja kehittämiskohteita kokeiltiin käytännössä tai työn lomassa mietittiin ratkaisuja kehittämistarpeisiin. Toikko ja Rantanen (2009, 100–103) kuvaavat Living Lab -tekniikkaa yhtenä kokeilevan toiminnan tekniikkana, jolla päästään käytännössä testaamaan, miten jokin asia toimii käytännössä omassa toimintaympäristössään. NGT-tekniikka, joka perustuu tiimipohjaiseen ajatteluun, toimi sekä tapaamisten että Living Lab -työskentelyn aikana (Toikko & Rantanen 2009, 105). Matriisien käyttö oli tiimiläisille tuttua aiemmasta toimintasuunnitelman tekemisestä Eloisa-työkalun avulla. Tämä selkeytti työn etenemistä ja kokonaisuuksien hahmottamista. Haasteena työpajoille ja Living Lab -työlle oli tapaamisaikojen järjestämisen vaikeus, ajan riittävyys ja yllättäen vaihtuvat tilanteet hoitotyössä, jotka muuttivat suunniteltuja asioita.

Kolmannella tapaamiskerralla aiemmin käsitellyt matriisit oli valmisteltu mahdollisimman pitkälle ja jokaiselle tiimin jäsenelle jaettiin oma vastuutehtävä. Tiimin jokainen työntekijä tekee työtään omalla persoonalla ja jokaisella on omat

vahvuus- ja vastuualueensa. Näiden mukaan jokainen sai työstää oman vastuualueensa tiimin arvioitavaksi. Apuna käytettiin myös tukitoimintojen osaamista, mm. yhdessä siistijän ja emännän kanssa käytiin läpi heidän toimialojaan lähellä olevat työtehtävät sekä sovittiin mahdollisista muutoksista tai työnjaosta. Valmiit matriisit tiimi sai tarkastettavaksi ja ne käytiin läpi mahdollisten virheiden tai väärinymmärrysten poistamiseksi.

Valmiita matriiseja prosessin lopussa oli 16 kappaletta. Yhdessä matriisissa oli useita alaotsikoita, mutta rakenne kuvautui kuvion 6 mukaisesti. Ensin työtehtävä kuvattiin lyhyesti ensimmäisessä laatikossa. Tämä oli selkeä ohje tehtävän suorittamisesta ja sen sisällöstä. Toisessa laatikossa mainittiin tehtävästä vastuussa oleva taho/henkilö ja kolmannessa laatikossa peruste, miksi näin tehdään. Peruste oli yleensä laki, suositus, omavalvontasuunnitelma tms. ja laatikossa oli linkki perusteeseen, mikäli se oli mahdollista laatikkoon laittaa. Näin matriisin ollessa sähköisessä muodossa, pystyy työntekijä perehtymään perusteeseen tarkemmin ja saamaan asiasta lisätietoa. Valmiit matriisit koottiin yhteen kansioon tulostettuna ja laitettiin sähköisenä liitteenä pdf-muodossa Hilikka-ohjelmiston materiaaleihin. Lopullinen tuotos on siis ohjeistus tiimin työn sisällöstä. Edellytys kehitystyön arvioinnille ja käytäntöön siirtämiselle on, että osallistavan kehittämistyön myötä syntynyt uusi toimintatapa on pystytty kuvaamaan (Arola 2015, 11). Vaikka matriisit on tehty yhden tiimin työtehtävistä ja näkökulmasta, ovat ne kaikkien ohjaajien käytettävissä ja hyödynnettävissä Kotilo ry:ssä.

Otsikko (esim. ravitsemus)

<p>Kuvaus työtehtävästä (lyhyt kuvaus työtehtävästä ja miten se tehdään)</p>	<p>Kenen vastuulla</p>	<p>Näyttö, kokemus, mihin perustuu (laki, suositus, omavalvontasuunnitelma tms.)</p>
--	------------------------	--

Kuvio 6. Lopullinen matriisi.

Työn sisällön kehittämisessä ja kartoittamisessa matriisin avulla tiedon muokkaaminen oli selkeää ja sen sai pilkkoa pieniin osa-alueisiin. Tällöin käsiteltävät asiat olivat sopivankokoisia ja niiden kehittämisvastuita pystyi tiimissä helposti jakamaan. Prosessin aikana kävi selväksi, että liian isot aihekokonaisuudet ja aiheen jatkuva käsittely veivät motivaatiota ja olivat liian raskaita sekä aikaa vieviä hoitotyön ohessa toteutettaviksi. Myös asioiden loppuun vieminen käytännön tasolle ei aina ollut helppoa, joko asian haasteellisuuden tai kiireen takia.

Tiimin jäsenet saivat kysymykset valmiiden ohjeistusmatriisien arvioon, mutta päätyivät itse tekemään arvioinnin yhdessä. Tämä toisaalta kuvaa yhdessä tekemisen onnistumista ja hyvää ryhmäytymistä. Hyvänä matriiseissa pidettiin selkeyttä ja asiallisuutta. Ohjeistusta pidettiin yleisesti hyvänä, ja matriiseista oli vaikea löytää sanottavaa tai korjattavaa. Arolan (2015, 11) mukaan hyvä käytäntö on tiivistetty riittävän selkeästi ja tarkasti niin, että käyttäjä pystyy sitä yleistämään ja ymmärtämään mihin sen toimivuus perustuu. Kehittämiskohteina todettiin, että matriiseja voidaan täydentää jos/kun asioita tulee lisää. Oman vastualueen käytänteitä tai vastuutahoja vielä mietittiin. Todettiin myös, että jotkut kohdat eivät ole vielä juurtuneet käytäntöön. Ohjeistuksen haasteena onkin sen hyödyntäminen, että jatkossakin matriiseista koottua ohjeistusta hyödynnetään käytännössä ja sitä päivitetään tarvittaessa.

7 Opinnäytetyön tulokset ja tuotos

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää Kotilo ry:n hoitotyöhön osallistuvan henkilöstön osaaminen itsearviointikyselyn avulla. Itsearviointikysely toteutettiin toukuussa 2019 ja sen tulokset käytiin läpi henkilökunnan ja Kotilo ry:n hallituksen kanssa. Ohjaajien itsearvio osoitti osaamisen olevan hyvällä tasolla kaikkien kysymysten keskiarvon ollessa 3,41. Vahvuudet ja heikkoudet olivat hyvin samansuuntaisia Kiljusen (2019a) tehdyn väitöskirjan tutkimuksen kanssa. Vahvimmat osaamisalueet Kotilo ry:n ohjaajilla olivat eettinen toiminta sekä johtaminen ja kehittäminen. Käypä hoito (2016) suosituksen mukaan puitteet hyvälle ympärivuorokautiselle hoidolle tulevatkin hoitohenkilökunnan osaamisesta ja arvoista.

Heikoin tulos tuli osiossa ryhmäohjaus ja aktiviteetit. Yksittäisiä kehittämistä vaativia kohtia olivat muistisairaahan hoitotyö, omaisyhteistyö, kuntoutujan seksuaalisuuden tukeminen ja palliatiivinen hoitotyö. Kyseiset osa-alueet ovat tärkeitä näyttöön perustuvissa suosituksissa. THL:n (2019b) mukaan psykososiaaliset ja lääkinälliset keinot ovat osa mielenterveyskuntoutuksen kokonaisuutta. Lääkehoidon osaamisessa Kotilo ry:n ohjaajat tunsivat varmuutta, vastausten keskiarvon ollessa 3,76. Arvokas ja hyvä saattohoito taas perustuu Käypä hoito (2016) suosituksen mukaiseen toimintaan.

Toinen opinnäytetyön tehtävä oli kehittää Kotilo ry:n vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen sisältöä ja ohjaajien osaamista yhdessä kuntoutukseen osallistuvan tiimin kanssa. Prosessin alussa työtiimi teki yhteenvedon työn ja kuntoutuksen sisällöstä. Sisältö käytiin läpi yhdessä tiimin kanssa. Työtehtävät ja -vaiheet kartoitettiin ja muokattiin niin, että ne perustuivat johonkin lakiin, suositukseen tai ohjeeseen palvelusopimuksen sisällä. Samalla työtapoja selkeytettiin ja selvitettiin vastualueet. Nämä kirjattiin Eloisa-työkalun avulla, jolloin lopputuloksena syntyi ohjeistus ja kuvaus tiimin työn sisällöstä. Lopuksi kehittämiseen osallistunut tiimi arvioi valmiin ohjeistuksen. Ohjeistus yhtenäistää ja helpottaa työn sisältöä. Ohjeistuksesta on myös helppo tarkastaa tarvittaessa, miten joku työvaihe tehdään, se toimii siis myös perehdytysmateriaalina.

Ohjeistusta ei liitetty opinnäytetyöhön yhdistyksen tietosuojan takia. Ohjeistus on tiimillä käytössä sähköisenä sekä paperiversiona ja sitä päivitetään tarpeen mukaan. Ohjeistuksen sisällysluettelo jakaantuu 15:een eri luukuun, joiden alle on sijoitettu erilaiset työtehtävät, niiden ohje, vastuutahot sekä mahdollinen näyttö tms. mihin ohje perustuu. Ohjeistus on tällä hetkellä pituudeltaan 28 sivua ja ulkoasultaan matriisimainen. Ohessa kuva ohjeistuksen kansilehdestä (kuva 1).



Kuva 1. Ohjeistuksen kansilehti.

Itsearviointin tulokset ja kuntoutuksen sisällön kehittämisestä nousseet ideat huomioitiin Kotilo ry:n vuoden 2020 koulutussuunnitelmassa sekä toimintasuunnitelmassa. Näin tuleva koulutus perustuu todelliseen osaamisen tarpeeseen ja tuo siten lisäarvoa yhdistyksen henkilökunnan osaamiselle ja taidoille. Koulutus-tarpeita huomioitiin jo vuoden 2019 aikana, jolloin tiimiläiset osallistuivat erilaisiin hoitotyön koulutuksiin. Tiimi huomioi ja toimi koko prosessin ajan toimintasuunnitelman mukaisesti korostaen yhdistyksen painopistealueita: yhteisöhoitotyö, Green Care ja toipumisorientaatio. Tiimiläisille annettiin myös vastuualueita, jotka edesauttavat kyseisten asioiden kehittämistä sekä ohjaajan omaa ammatillista osaamista. Opinnäytetyön kehittämistyö kokonaisuudessaan antoi ohjaajille kuvan osaamistarpeista ja lisäsi osaamista ja tietoa prosessiin osallistumisen ohessa. Oman työn sisällön tunnistamisen ja itsearviointin kautta ohjaajat tulevat paremmin tietoisiksi omista sekä työyhteisön vahvuuksista ja heikkouksista, mikä toimii pohjana osaamisen ja toiminnan kehittämiselle (Arola 2015, 11). Kokonaisuutena opinnäytetyö on kooste laadukkaan vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen sisällöstä, osaamistarpeista ja toteutuksesta.

8 Arviointi

8.1 Opinnäytetyöprosessin reflektiivinen arviointi

Mielenterveyskuntoutujien ikääntyminen ja sen tuomat muutokset kuntoutuksen ja hoidon tarpeeseen alkoivat näkyä jo ennen YAMK-opintoja tai opinnäytetyön tekemistä. Yksikkö ja tiimi oli hoitanut iäkkäämpiä ja kroonistuneesti sairastavia kuntoutujia jo pitkään, mutta lisääntynyt hoidon tarve ja toisaalta myös halu kehittyä ja profiloitua nosti aiheen pinnalle yhdistyksessä. Kotilo ry:n hallitus päätti syksyllä 2018, että 1-tiimi erikoistuu virallisesti vanhuspsykiatriin kuntoutujiin. Opinnäytetyö vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen ja hoidon kehittämistä tuli siis sopivaan aikaan ja tarpeeseen. Tieto hallituksen tuesta kehittämislle auttoi myös roolissa tiimin esimiehenä.

Opinnäytetyötä suunniteltaessa mietittiin asioita mistä lähteä liikkeelle. Kotilo ry on toiminut Savonlinnassa vuodesta 1985 (Fagerlund & Jarvisalo 2001, 74). Osaamista on kehitetty ja työntekijät ovat kokeneita sekä alan koulutuksen saaneita ammattilaisia. Asioita lähdettiin tarkastelemaan ensin osaamisen kannalta. Iäkkään mielenterveyskuntoutujan hoito on kokonaisvaltaista. Hoidossa pitäisi huomioida psyykinen, somaattinen ja sosiaalinen puoli. Ihminen on kuitenkin kokonaisuus, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen. Marttunen, Kärkkäinen & Suvisaari (2020, 3) pitävät tärkeänä sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluiden integraatiota juuri hoidon kokonaisuuden ja sen jatkuvuuden näkökulmasta. Tämä korostuu etenkin iäkkäiden hoidossa. Erikoistuttaessa iäkkäiden hoitoon katsottiin hoitajien itsearviointikyselyn sopivan tilanteeseen ja tulosten lisäksi tuovan henkilökunnalle ajatuksia ja keskustelua työn muutoksista ja oppimisen tarpeista. Itsearviointikysely oli kehitetty nimenomaan hoitajille, jotka työskentelevät iäkkäiden hoidossa hoitokodeissa.

Itsearviointikyselyn tekeminen onnistui hyvin. Vastausten määrä oli korkea, 17 henkilöä 21 hoitotyöhön osallistuvasta henkilökunnasta. Vastaukset oli myös helppo käsitellä ja analysoida taulukoiden avulla. Toki kyse on itsearvioinnista, jolloin vastausten luotettavuus on vastaajan vastuulla. Voi olla, että vastaaja ei ole keskittynyt kyselylomakkeen tekemiseen tai ei osaa arvioida osaamistaan

realistisesti. Kyselyn käsittelyssä henkilökunnan ja Kotilo ry:n hallituksen kanssa syntyi keskustelua ja nousi esiin aiheita, jotka koettiin haasteellisiksi ja kehitettäviksi. Itsearviointin tuloksia käytettiin apuna vuoden 2020 koulutussuunnitelman tekemisessä.

Prosessi jatkui tiimin työn kehittämisenä. Tiimi lähti innokkaasti mukaan ja ensimmäisessä tapaamisessa työn sisältö ja sen kehittämisen tarve realisoitui. Myös kyselyn tulokset vaikuttivat työn sisällön kehittämiseen ja asenteisiin. Tiimin työnkuvaa saatiin purettua paperille. Työtehtävien laajuus ja osaamisen tarve oli katkava, kuvaten koko kuntoutuksen elämää ja avuntarvetta. Vuoden aikana osaamista myös hankittiin lisää erilaisilla koulutuksilla ja vastuutehtävillä. Välillä tehtävä tuntui loputtomalta, kun uutta tietoa tuli jatkuvasti lisää. Palkitsevaa prosessissa oli se, että tehtävät olivat palvelusopimuksen mukaisia ja ne oli tehty oikein. Haasteena osallistavalle kehittämistyölle oli ajan riittävyys ja motivaation ylläpito. Yhteisille työpajoille oli vaikea löytää aikaa ja työn yllättävät tilanteet ja kiire muuttivat suunnitelmia. Tämän takia työtä piti välillä toteuttaa niin, että yksittäisille tiimiläisille annettiin omia vastuualueita. Tämä paransi osallisuutta ja asiaan perehtymistä.

Lopuksi tiimillä oli valmiina ohjeistus työn sisällöstä. Kaikki olivat osallistuneet ohjeistuksien tekoon. Ohjeistuksen lisäksi useita työvaiheita on muutettu ja uutta kehitetty. Joissakin asioissa on palautettu entiseen toimintatapaan ja osaa vielä kehitettiin. Välillä kehittäminen oli tiimille uuvuttavaa ja oli helpompia tehdä kuten ennen. Kehittämisen lopuksi hoitotiimi arvioi syntyneen ohjeistuksen ja totesi sen olevan hyvä ja selkeä. Samalla konkretisoitui kehittämistyön jatkuvuus tiimin saadessa lisäideoita ja pohtiessa omia vastuualueitaan. Ohjeistus toimii tiimin perehdytysmateriaalina ja sen ylläpito on jatkuvaa. Suositukset muuttuvat, samoin työtehtävät ja työntekijät. Prosessi on osoittanut, että muutos ja uuden oppiminen on jatkuvaa.

Kehitettäessä tai muuttaessa toimintaa on jokaisella osallistujalla roolinsa. Tätä tukee ns. innovatiivinen organisaatio, jolle keskeistä on asiakaslähtöisyys ja organisaation toimintatavat. Innovatiivisuus työyhteisössä pitää toimijat aktiivisina ja vahvistaa heidän osaamistaan samalla pitäen koossa työyhteisön toimintaa.

(Salonen ym. 2017, 19–23). Tiimin toiminta kehittämisprosessin aikana osoitti tällaista innovatiivisuutta. Opinnäytetyö oli hyvin laaja ja esimiestyötä auttaa tieto, että asioiden pilkkominen pienempiin kokonaisuuksiin helpottaa toiminnan johtamista, eikä ole liian rankka tehtävä ohjaajille toteutettavaksi hoitotyön ohessa. Kehittämistyön pitää kuvautua järkevänä ja hyödyllisenä, jotta osallistujien motivaatio ja jaksaminen riittävät sen toteuttamiseen. Henkilöstön kehittäminen ja tietopääoman lisääminen perustuvat osaamisen kartoittamiseen ja mittaamiseen. Esimiehen rooli osaamisen kehittämisessä johdon vision mukaisesti on asettaa tiimilleen tavoitteet, luoda mahdollisuudet kehittämiselle ja tarvittaessa kyseenalaistaa entiset toimintatavat. (Kauhanen 2012, 155–156.) Opinnäytetyöprosessi auttoi näiltä osin omaksumaan esimiehen roolia kehittäessä tiimin toimintaa.

Opinnäytetyön tietoperustan kokoaminen on lisännyt omaa osaamista ja valmiina se tuo tietoa koko työyhteisön käyttöön. Lisääntyneestä tiedosta ja osaamisesta sekä toimintojen sujuvuudesta hyötyvät ohjaajien lisäksi myös Kotilo ry:n iäkkäät kuntoutujat, joiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseksi opinnäytetyö on tehty. Osallistavan toiminnan vetäminen on myös lisännyt omaa esimiesosaamista ja tietoa tiimiläisten toimintatavoista. Salonen ym. (2017, 19) tuo esille johtamisen tärkeyden kehittämistyössä, johon kuuluu taito visioida tulevaisuutta ja pitää prosessia hallinnassa niin, että se etenee ideasta lisäarvoa antavaksi toiminnaksi.

8.2 Kehittämistoiminnan arviointimittari

Reflektioivan arvioinnin lisäksi arvioin koko opinnäytetyöprosessin Innokylän arviointimittarin avulla (kuvio 7). Kyseistä mittaria voidaan käyttää kehittämistoiminnan itse- tai vertaisarviointiin ja sillä mitataan kehittämistyössä asetettujen tavoitteiden toteutumista. Mittari toimii liikennevalomallin avulla, jossa vihreä väri kuvaa tavoitteiden onnistumista, keltainen valo kehottaa vielä kiinnittämään asiaan huomiota ja punainen valo suosittelemaan pysähtymään ja harkitsemaan asiaa uudelleen. Arvioitavana ovat yhdeksän kehittämistoiminnan keskeistä sisältöä. (Innokylä 2020b.)



Kuvio 7. Kehittämisprosessin arviointimittari Innokylän (2020b) arviointimittaria mukaellen.

Arviointimittarissa kuvautuu lyhyesti keskeisten osa-alueiden onnistuminen kehittämisprosessin aikana. Kuusi osa-aluetta toteutui tavoitteiden mukaisesti ja kolme vaativat vielä huomioimista. Kyseiset kolme kohtaa olivat; vastaako ratkaisu tavoitteisiin, kokeilu ja toteutus. Lisähuomion tarve kyseisissä kohdista kohdistuu lähinnä kehittämisen jatkuvuuteen. Tavoitteen mukaiset tulokset osaamiskartoituksesta on saatu, mutta osaamisen kehittäminen toteutuu tulevaisuudessa näiden tulosten perusteella. Samoin työn sisällön kehittäminen ja näyttöön perustuvan tiedon etsiminen kuuluu päivittäiseen työhön ja jo tehtyjen ratkaisujen käyttöönotto jatkuu tiimin työssä.

8.3 Luotettavuus ja eettisyys

Karelia ammattikorkeakoulun (2017, 8) tutkintosäännön mukaan ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä ratkaistaan ja kehitetään työelämän erilaisia ongelmatilanteita hyödyntäen tutkimustietoa ja soveltuvia menetelmiä. Opinnäytetyöprosessin tuotteena valmistunut kuvaus työn sisällöstä saatiin aikaan osallistavalla kehittämistyöllä. Matriisien luomisessa käytettiin työtiimin käytännössä hyväksi koettuja toimintamalleja, jotka perustuvat ajantasaiseen tietoon, lakeihin ja hoitosuosituksiin. Tämä oli yksi opinnäytetyöprosessin tavoitteista. Näin saatiin varmistettua, että kuntoutuksessa käytettävät toimintatavat ovat suositusten mukaisia ja kestävät julkisen tarkastelun. Tämä varmistaa iäkkäille mielenterveyskuntoutujille laadukkaan ja hyvinvoivan elämän Kotilo ry:ssä, mikä oli vahva peruste kehittämistyölle ja opinnäytetyön tekemiselle. Vanhuspsykiatriseen kuntoutukseen profiloituneen tiimin esimiehenä katsoin olevani oikea ja esteetön ihminen johtamaan opinnäytetyön kehitysprosessia ja osoittamaan valmiuteni tutkintosäännössä olevaan vaativan asiantuntijuuden toteuttamisessa.

Kotilo ry:n arvot ovat: toisten kunnioittaminen, yhteisöllisyys, avoimuus ja ammatillisuus (Kotilo 2018b). Opinnäytetyö tehtiin Kotilo ry:n arvoja kunnioittaen, arvojen tukiessa osallistavaa kehittämistyötä. Opinnäytetyöstä tehtiin sopimus, jossa sovittiin yhteiset pelisäännöt liittyen lopullisessa opinnäytetyöraportissa olevien tietojen julkisuuteen. Valmiissa opinnäytetyössä ei ole tietoja, jotka sisältävät liike- ja ammattisalaisuuksia tai aiheuttaisivat muuten haittaa toimeksiantajalle tai Kotilo ry:n henkilökunnalle ja kuntoutujille.

Opinnäytetyössä ei käytetä Kotilo ry:n henkilökunnan tai kuntoutujien henkilötietoja. Itsearviointikyselyssä ei eritelty henkilökuntaa koulutuksen, iän tai sukupuolen mukaan, vaan kyselyssä arvioitiin koko hoito- ja kuntoutustyöhön osallistuvan henkilökunnan osaamista. Näin vastanneiden yksilöinti on käytännössä mahdollista. Itsearviointi tehtiin ns. rasti ruutuun -menetelmällä, jolloin käsialan tunnistettavuus poistui. Kyselylomakkeen tietojen yhteenvedon ja tallentamisen jälkeen lomakkeet hävitettiin tietosuojajätteeseen.

Lupa osaamiskyselyn ja väitöskirjan tulosten mahdolliseen käyttöön on kysytty Outi Kiljuselta 23.1.2019 (Kiljunen 2019b). Toimeksiantajan edustajien kanssa pohdittiin opinnäytetyön suunnitelmaa tehdessä itsearviointikyselyn soveltuvan hyvin opinnäytetyöprosessin yhdeksi menetelmäksi, koska Kiljusen (2019a, 40) tutkimuksessa selvinneiden osaamistarpeiden todettiin olevan samoja kuin hoito- ja kuntoutustyön osaamisvaatimuksissa iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien kanssa.

Opinnäytetyöprosessi on avattu lopullisessa opinnäytetyössä ja käyty läpi vaiheittain. Näin näkyvillä ovat tulosten taustatekijät ja miten tulokset ovat syntyneet. Opinnäytetyön aihe ja kehittämisprosessissa käytetyt menetelmät ovat perusteltu. Opinnäytetyön tietoperusta koostuu ajantasaisista ja luotettavista lähteistä, jotka on merkitty raporttiin Karelia ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukaisin käytännöin. Teksti perustuu tieteelliseen kirjoittamiseen. Koko opinnäytetyön prosessi ja raportti perustuvat hyviin tutkimuseettisiin suosituksiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksen mukaisesti.

9 Pohdinta ja jatkokehitysideat

Opinnäytetyön aiheena oli vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen kehittäminen Kotilo ry:ssä. Hyvä kuntoutus on ennaltaehkäisevää, korjaavaa tai haittoja minivoivaa. Ohjaajan toimenkuva iäkkäiden hoitotyössä on sekä kuntouttavaa että hoitavaa. Iäkkäät mielenterveyskuntoutujat ovat tehostetun palveluasumisen piirissä, mutta samalla mielenterveyskuntoutuksessa. Opinnäytetyö keskittyi ohjaajien osaamisen arviointiin sekä hoito-/kuntoutustyön toimintojen kehittämiseen.

Lähtökohtana opinnäytetyön tekemiselle oli työtiimin profiloituminen iäkkäisiin mielenterveyskuntoutujiin. Samaa työtä oli sinällään tehty jo aiemminkin, mutta nyt siitä tuli yhdistyksessä virallinen asia. Väestön ikääntyminen ja palveluntarpeen muutos ovat näkyneet viime vuosina hyvin vahvasti myös hoitokodin toiminnassa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (2020) tilastojen mukaan vuonna 2008 psykiatrisissa kuntoutuskodeissa koko Suomessa asui 956 yli 65-vuotiasta kuntoutujaa, kymmenen vuotta myöhemmin 2018 vastaavan ikäisiä kuntoutujia oli jo 2 158 eli yli kaksi kertaa enemmän. Kuntoutujat eivät enää ole pelkästään psyykkisesti sairaita, vaan moniongelmaisia ja/tai -sairaita. Aiempi jako psyykkisesti tai somaattisesti sairastuneisiin on pitänyt unohtaa ja nähdä kuntoutujat hoitollisena kokonaisuutena. Uusia taitoja on pitänyt opetella pikkuhiljaa ja koko osaamisen ja toiminnan kenttä on ollut melko hajallaan. Asenteet vanhustyölle ja työn kehittämiseksi ovat tiimissä olleet aina hyvät, joten opinnäytetyöprosessin toteuttaminen tuli tarpeeseen ja siitä oli hyötyä.

Yksi Käypä hoito (2016) -suosituksen hyvän vanhusten ympärivuorokautisen hoidon kriteereistä on hoitohenkilöstön riittävä määrä ja osaaminen. Ohjaajien vähimmäismäärä mielenterveysyksikössä on aluehallintoviraston mukaan 0,4. Kotilossa se on kuitenkin suurempi 0,6. Tämä on perusteltua, koska vanhuspsykiatrisen hoito on vaativaa ja siihen kuuluu paljon perushoitoa. Vaativan työn toteuttamisessa etuna on myös Kotilo ry:n hoitohenkilöstön koulutus ja kokemus. Hoitohenkilökunnasta kolmasosa on sairaanhoitajia ja lähi- ja mielenterveyshoitajilla on alaan liittyvä erikoistumiskoulutus.

Hoitotyöhön osallistuvien ohjaajien osaamista arvioitiin opinnäytetyöprosessin alussa Kiljusen (2019a) kehittämän itsearviointimittarin Nurse Competence in Care Home Scale:n avulla. Itsearviointi perustuu ohjaajien omaan näkemykseen osaamisensa tasosta. Tämä tuo toki mahdollisuuden, että oma näkemys osaamisesta ei kuvaa todellista tilannetta. Itsearvioinnin tekeminen kuitenkin toivottavasti myös herätti ajatuksia omasta osaamisen kehittämisestä ja asenteista työtä ja kuntoutujia kohtaan. Oman osaamisen tunnistaminen ja kehittämiskohtien löytäminen auttaa myös etsimään henkilökohtaisia oppimistarpeita. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) kuitenkin edellyttää ohjaajilta oikeiden menettelytapojen käyttöä sekä lakien ja määräysten tuntemusta.

Terveysthuoltoalan ammattilainen on myös velvollinen ylläpitämään ammatti-toimintaansa kuuluvia tietoja ja taitoja. Itsearviointimittarin osaamisalueiden lisäksi Kiljusen (2019a, 48) väitöskirjassa pidettiin tärkeänä taitona hoitajien oikeaa asennetta, teoreettisen ja näyttöön perustuvan tiedon hallintaa ja kokemusta. Hoitotiimin aktiivinen osallistuminen kehittämistyön prosessiin osoittaa asenteen olevan hyvä kehittämistä ja hoitotyötä kohtaan. Itse kehittämistyön tuloksena syntynyt ohjeistus ja opinnäytetyö ovat osoitus, että työn sisältö ja toteutus koostuvat näyttöön perustuvasta tiedosta.

Osaamisen arviointi ja työnsisällön kehittäminen ovat osa Taylorin ym. (2009) kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaista laadukasta mielenterveyskuntoutujien asumista. Kirjallisuuskatsauksessa henkilöstön koulutuksen ja tuen sekä klinisen hallinnon onnistumisen katsottiin vaikuttavan suoraan mielenterveyskuntoutujien kuntoutumisen edistymiseen. Opinnäytetyön tehtävät perustuivat siis itsessään tutkittuun tietoon ja tukivat vanhuspsykiatrisen kuntoutuksen kehittämistä.

Opinnäytetyön tietoperustassa laadukkaan mielenterveyskuntoutuksen tärkeäksi osaksi nousivat psykososiaalinen kuntoutus ja tukea antava hoitosuhde. Myös yksi hyvän ympärivuorokautisen hoidon laadukriteeri on mahdollisuus elää arvokasta elämää yhdessä muiden kanssa. Osaamiskartoituksessa korostui tarve hankkia lisäosaamista muistisairaiden hoidosta. Muistiliitto (2017) korostaa muistisairaana kohtaamista ihmisenä ja tuo ilmi arvostuksen, hyvän vuorovaikutuksen, läsnäolon ja kannustuksen tärkeyden. Samoja taitoja ja keinoja käytetään myös iäkkään mielenterveyskuntoutujan kanssa, joten lisäosaaminen muistisairauksista ja niiden hoidosta toisi todennäköisesti paljon lisäarvoa myös mielenterveyskuntoutukselle – varsinkin kun osalla kuntoutujista on myös muistisairaus.

Osaamiskartoituksessa ja keskusteluissa henkilöstön ja Kotilo ry:n hallituksen kanssa nousi esiin myös omaisyhteistyö ja sen haasteet. Omaisyhteistyö nähtiin tärkeänä voimavarana, mutta koettiin vaikeana toteuttaa. Vaikeat psykoosioireet voivat olla omaisille järkyttäviä kohdata, eikä iäkkäällä mielenterveyskuntoutujalla ole välttämättä ollenkaan läheisiä omaisia (Saarela 2016, 147). Opinnäytetyön tietoperustassa yhtenä tärkeänä psykososiaalisena hoitomuotona tuotiin esille psykoedukaatio. Onnistunut omaisyhteistyö ja heille annettava psykoedukaatio

parantaisi kuntoutumisen tuloksia ja auttaisi omaisia jaksamaan vaikeassa tilanteessa. Omaisten pahoinvointi ja väsyminen vaikuttaa myös kuntoutujan olotilaan. (Sin, Gillard, Espanja, Cornelius, Chen & Henderson 2017.) Jatkossa olisi siis tärkeää selvittää keinot ja mahdollisuudet parantaa omaisyhteistyötä ja antaa omaisille tukea osallisuudessa kuntoutujan elämään.

Työn sisällön läpikäymisessä tiimin kanssa tuli esiin loputtomalta tuntuva tiedon määrä ja mahdollisuudet. Ohjeistukset ja suositukset muuttuvat. Tärkeää onkin osaamisen ylläpito ja aktiivinen ote työn kehittämiseen. Kaikkea ei kuitenkaan tarvitse itse osata, mutta neuvoa ja apua pitää osata pyytää. Moni ohjeistuksen työtehtävä perustui moniammatilliseen yhteistyöhön, jossa ohjaajan rooli oli organisoida toimintaa, niin että kuntoutuja saa hänelle kuuluvat palvelut ja hoidon. Suvisaari ym. (2019, 7) pitää psykiatrian erikoisalana fyysisten terveysongelmien osaamisen ja moniammatillisen yhteistyön puutetta. Jatkokehittämissideana tälle opinnäytetyölle sopisi näiden rajapintojen kehittäminen. Parhaalla mahdollisella tavalla toimiva yhteistyö esimerkiksi julkisen terveydenhuollon kanssa toisi varmasti lisäarvoa kuntoutujalle ja helpottaisi sekä hoitokodin että julkisen terveydenhuollon toimintaa ja toisi jopa säästöjä. Samalla voitaisiin laajalaisemmin tarkastella iäkkäälle mielenterveyspotilaalle kuuluvia palveluja ja niiden tarvetta alueellisesti. Tätä ajatusta tukee myös Vähäniemen (2018, 63) tutkimuksen tulos, jossa todetaan perusterveydenhuollon mahdollisuuksien skitsofrenian hoidossa olevan hyviä, mutta hoidon kokonaisuuden turvaamiseksi tarvitaan vielä kehittämistyötä.

WHO (2000, 22, 50) linjasi ikäpoliittisessa ohjelmassaan jo lähes 20 vuotta sitten, että mielenterveyspalvelut pitäisi tarjota kattavasti myös iäkkäille henkilöille ja integroida palvelut osaksi iäkkäiden pitkäaikaishoitoa välttämällä heidän mielenterveysongelmien aliarvioimista. Palvelujärjestelmällä pitäisi olla mahdollisuus ja osaamista tarjota apua mielenterveysongelmissa myös ikääntyneille henkilöille. Tämä korostuu erityisesti väestön ikääntyessä. (Saarela 2016, 147.)

Iäkkäiden mielenterveyskuntoutus on osoittautunut haastavaksi. Se on yhdistelmä kaikkea ikääntymiseen liittyvää psyykensairaudella maustettuna. Uuden oppiminen ja mahdollisuus kehittyä ovat olleet myös työn mielekkyyttä lisäävä

asia. Nämä tukevat työn perustehtävän onnistumista eli iäkkään mielenterveyskuntoutusta. Suhonen (2014, 86) tuokin esille tärkeän asian eli kuntoutujan aseman kuntoutuksessa. Pitää siis muistaa, että toiminnan kohteena on aina kuntoutuja, ei kuntouttava ammattilainen tai palvelujärjestelmä. Toiminnassa pitää aina muistaa kuntoutujan asuvan kotonaan ja elävän omaa elämää. Loppujen lopuksi kuntoutuja itse määrittelee kuntoutumisen tarpeen tai haluaako yleensä kuntoutua. Meidän tehtävämme hoitoalan ammattilaisina on mahdollistaa se.

Lähteet

- Ahonen, J. 2011. Iäkkäiden lääkehoito, Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Itä-Suomen Yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf. 7.11.2019.
- Ahonen, J. 2019. Iäkkäiden lääkehoito: Kaatumiset, merkittävä kansanterveydellinen- ja taloudellinen haaste. Luento Savonlinnan keskussairaalaassa 15.11.2019.
- Ala-Laurinaho, A. 2017. Työn kehittäminen yhdessä tuo tuloksia. Työterveyslaitos. <https://www.ttl.fi/blogi/tyon-kehittaminen-yhdessa-tuo-tuloksia/>. 24.11.2019.
- Alanen, H-M. 2009. Vanhuksen kaksisuuntainen mielialahäiriö – sammunut tähti? http://www.spgy.org/koulutus/materiaalia/20091008koulutus/Vanhuksen_bipolaarihairio_Alanen.pdf. 30.8.2019.
- AVI (Aluehallintovirasto). 2013. Sosiaalipalvelujen ohjaus ja valvonta. <https://www.avi.fi/web/avi/sosiaalipalvelujen-ohjaus-ja-valvonta>. 2.11.2019.
- AVI (Aluehallintovirasto). 2019. Päätös 10.4.2019.
- Arola, M. & Suhonen, L. 2014. Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Opetusmoniste: Karelia ammattikorkeakoulu.
- Arola, M. 2015. Kehittämistoiminnan tuotosten tunnistaminen ja levittäminen. Opetusmoniste: Karelia ammattikorkeakoulu.
- Fagerlund, A. & Järvisalo, Lea. 2001. Tarina toteutuneesta unelmasta – Kotilory:n 15 vuotta. Teoksessa Aaltonen, E., Anttinen, E. E., Lahtinen, T., Niskanen, R., Rinkinen, L., Uosukainen, L. & Järvisalo, L (toim.). 2001. Muutoksen kautta kasvuun. Kotilory. Pieksämäki: RT-Print Oy, 74–78.
- Finne-Soveri, H. 2016. Lääkärin tehtävät pitkäaikaishoidon asiantuntijana. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M (toim.). Geriatria. Tallinna: Printon, 77.
- Green Care Finland. 2020. Mitä on Green Care? <http://www.gcf Finland.fi/green-care/>. 4.2.2020.
- Hartikainen, P. 2019. Henkilöstömitoitus. heidi.kristersson@kotilo.fi. 2.12.2019.
- Heikkinen, H, Rovio, E. & Syrjälä, L. 2010. Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Huttunen, M. 2017. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Duodecim Terveyskirjasto. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00033. 7.11.2019.
- Huttunen, M. & Socada, L. 2017. Psykyenlääkkeet ja niiden käyttö. Riika: Livonia Print.
- Huttunen, M. 2018. Skitsoaffektiivinen häiriö. Duodecim Terveyskirjasto. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00487. 7.11.2019.
- Huuhka, K. & Leinonen, E. 2011. Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. Duodecim. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99375.pdf>. 15.10.2019.

- Ikonen, Y. 2009. Yhteisöhoito.
<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdetyon-menetelmat-ja-koulutus/yhteisohoito>. 4.2.2020.
- Innokylä. 2019. Living Lab. <https://www.innokyla.fi/web/malli1226421>. 20.3.2019.
- Innokylä. 2020a. Palvelupolku. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/palvelupolku>. 28.3.2020.
- Innokylä. 2020b. Arviointimittari. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/arviointimittari>. 15.3.2020.
- Jeste, D. V. & Maglione, J. E. 2013. Treating Older Adults With Schizophrenia: Challenges and Opportunities. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3756792/>. 5.1.2020.
- Jyväskylän yliopisto. 2015. Tilastollisesti kuvaava analyysi. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/tilastollisesti-kuvaava-analyysi>. 11.11.2019.
- Karelia ammattikorkeakoulu. 2017. Tutkintosäntö. https://www.karelia.fi/images/Koulutus/Hakeminen/karelia_tutkintosanto.pdf. 11.2.2020.
- Kauhanen, J. 2012. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kela. 2019. Lääkärintausunnot- ja todistukset. <https://www.kela.fi/laakarintausunnot-ja-todistukset>. 28.1.2020.
- Kela. 2020. Lääkekorvaukset. <https://www.kela.fi/laakkeet>. 28.1.2020.
- Kiljunen, O. 2019a. Care home nursing professionals competence in older people nursing. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2949-5>. 22.1.2019.
- Kiljunen, O. 2019b. Itsearviointi mittari. heidi.kristersson@kotilo.fi. 23.1.2019.
- Kivelä, S-L. 2013. Lääkkeet. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T (toim.) Gerontologia. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 339 – 350.
- Koponen, H. 2013. Vanhuspsykiatria. Helsingin yliopisto. <https://www.youtube.com/watch?v=C1TQNJD7RAI>- 25.3.2019.
- Koponen, H. 2015. Miksi vanhuspsykiatria on tärkeää? <https://spgy.yhdistysavain.fi/@Bin/171822/SPGY240415.pdf>. 5.1.2020.
- Koponen, H., Leinonen, E. & Isohanni, M. 2015. Vanhusten psykoosit ja niiden hoito. Suomen lääkirilehti 13/2015. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000042692>. 27.11.2019.
- Koponen, H. & Leinonen, E. 2017. Vanhuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Tallinna: Printon, 688 – 703.
- Kotilo ry. 2018. Säännöt. 19.4.2018.
- Kotilo ry. 2019a. Turvallista asumista kuntoutujille. <https://kotilo.fi/asuminen/>. 15.2.2019.
- Kotilo ry. 2019b. Turvallinen Kotilo, mutta avoinna maailmalle. <http://www.kotilo.fi/kotilo-ry/>. 15.2.2019.
- Kotilo ry. 2019c. Yksilöllistä kuntoutumista. <https://kotilo.fi/kuntoutuminen/>. 15.2.2019.
- Kuntaliitto 2017. Asumispalvelut ja laitoshoido. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-huolto/iakkaiden-palvelut/asumispalvelut-ja-laitoshoido>. 5.11.2019.

- Käypä hoito. 2015a. Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja liikuntaharjoittelu. <https://www.kaypahoito.fi/nix01182>. 11.2.2020.
- Käypä hoito. 2015b. Skitsofrenia. Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#s11>. 5.11.2019.
- Käypä hoito. 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. <https://www.kaypahoito.fi/nix01676>. 5.1.2020.
- Käypä hoito. 2020. Depressio. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023#readmore>. 11.2.2020.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 812/2000
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 559/1994.
- Leinonen, E. & Alanen, H-M. 2011. Psykiatrasta hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Duodecim. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99372.pdf>. 17.9.2019.
- Lonka, J. 2019. Toimintaohje. heidi.kristersson@kotilo.fi. 14.11.2019.
- Lääkäriliitto. 2020. Mielenterveyden häiriöiden hoidon eettisiä erityiskysymyksiä. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetiikka/mielenterveys-ja-paihdepotilaat/mielenterveyden-hairioiden-hoidon-eettisia-erityiskysymyksiä/>. 28.1.2020.
- Lönnqvist, J. 2017. Psykososiaaliset hoidot ja psykoterapiat. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). Psykiatria. Tallinna: Printon, 776–779.
- Marttunen, M., Kärkkäinen, J. & Suvisaari, J. 2020. Mielenterveyspalvelut. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130798/Mielenterveyspalvelut.pdf?sequence=12&isAllowed=y>. 18.3.2020.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Morin, L. & Franck, N. 2017. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5467004/>. 4.11.2019.
- Muistiliitto. 2017. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen>. 4.2.2020.
- Muotoilu-Pakki. 2020. Ideariihi. <https://muotoilupakki.fi/menetelmat/ideariihi/>. 9.3.2020.
- Nordling, E. 2018. Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/15/duo14435>. 4.2.2020.
- Otago Polytechnic. 2020. Reflective writing. <https://www.op.ac.nz/assets/LearningAdvice/d0a1fac268/Reflective-writing.pdf>. 20.1.2020.
- Pasternack, I., Saijonkari, M., Booth, N., Aronen, P., Fogelholm, C., Isojärvi, J. & Mäkelä, M. 2018. Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa: systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja tulosten kriittinen arviointi. *Palveluvalikoima*. https://www.researchgate.net/publication/329184030_Psykoterapiat_ja_muut_psykososiaaliset_hoito-ja_kuntoutusmuodot_mielenterveys-ja_paihdehairioiden_hoidossa_systemaattinen_kirjallisuuskatsaus_ja_tulosten_kriittinen_arviointi. 29.2.2020.

- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). Geriatria. Tal-
linna: Printon, 448–455.
- Raha ja -automaattiyhdistys. 2015. ”Eloisa-työkalu” suunnittelun tukena.
[https://soste.sivuviidakko.fi/media/arvioinnin-tietopankki/eloisa-ty-
okalu.pdf](https://soste.sivuviidakko.fi/media/arvioinnin-tietopankki/eloisa-ty-
okalu.pdf). 3.11.2019.
- Reponen, M. 2019. QuIRC-SA. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden
laatu. PP-esitys. 4.11.2019.
- Saarela, T. 2016. Psykoottinen vanhus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä,
K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). Geriatria. Tal-
linna: Printon, 139–148.
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja
kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Tu-
run ammattikorkeakoulu. [http://julkaisut.tur-
kuamk.fi/isbn9789522166494.pdf](http://julkaisut.tur-
kuamk.fi/isbn9789522166494.pdf). 3.2.2020.
- Seppänen-Järvelä. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa opas
käytäntöihin. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
[https://moodle.karelia.fi/pluginfile.php/202883/mod_resource/con-
tent/1/Prosessiarviointi.pdf](https://moodle.karelia.fi/pluginfile.php/202883/mod_resource/con-
tent/1/Prosessiarviointi.pdf). 29.3.2019.
- Sin, J., Gillard, S., Espanja, D., Cornelius, V., Chen, T. & Henderson, C. 2017.
Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of
people with psychosis: A systematic review and meta-analysis.
[https://www.sciencedirect.com/science/arti-
cle/pii/S0272735816303452?via%3Dihub](https://www.sciencedirect.com/science/arti-
cle/pii/S0272735816303452?via%3Dihub). 29.3.2020.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen
turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. [https://julkaisut.valtio-
neuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositus-
julkaisu_fi_kansilla.pdf](https://julkaisut.valtio-
neuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositus-
julkaisu_fi_kansilla.pdf). 5.1.2020.
- Sosteri 2018. Sosiaalipalvelujen omavalvontasuunnitelma.
[https://www.sosteri.fi/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/vammais-
palvelun-omavalvontasuunnitelma-2018.pdf](https://www.sosteri.fi/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/vammais-
palvelun-omavalvontasuunnitelma-2018.pdf). 1.11.2019.
- Suhonen, L. 2014. Ikäihmisten kuntoutumisen uudistamisnäkömät. Teoksessa
Jämsén, A. & Kukkonen, T. (toim.) Ikä! Moninainen ikäosaaminen.
Karelia ammattikorkeakoulu. Grano Oy: Joensuu, 84–91.
- Suomen perustuslaki. 731/1999.
- Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist,
J. 2017. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J.,
Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Tal-
linna: Printon, 141–225.
- Suvisaari, J., Eskelinen, S., Keinänen, J. & Sailas, E. 2019. Miten parantaa
skitsofreniaa sairastavien vakavien somaattisten sairauksien hoitoti-
loksia? Duodecim. [https://www.duodecim-
lehti.fi/lehti/2019/20/duo15202](https://www.duodecim-
lehti.fi/lehti/2019/20/duo15202). 4.11.2019.
- Suvisaari, J., Eskelinen, S., Keinänen, J., Ahlgren-Rimpiläinen, A. & Virtiö, S.
2019. Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneiden fyysisten ter-
veysongelmien riskitekijät. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-404-2>. 4.11.2019.
- Talasilahti, T., Alanen, H-M. & Leinonen, E. 2011. Vanhusten vaikeat psykoosit
– skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö. Duodecim. [http://www.ter-
veysportti.fi/xmedia/duo/duo99373.pdf](http://www.ter-
veysportti.fi/xmedia/duo/duo99373.pdf). 27.11.2019.

- Talasilahti, T. 2014. Finnish Older Patients with Schizophrenia Antipsychotic Use, Psychiatric Admissions, Long-Term Care and Mortality. University of Tampere. School of medicine. Academic dissertation. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9935-7>. 5.1.2020.
- Taylor, T.L., Killaspy, H., Wright, C., Turton, P., White, S., Kallert, T.W., Schuster, M., Cervilla, J.A., Brangier, P., Raboch, J., Kalisova, L., Onchev, G., Dimotrov, H., Mezzina, R., Wolf, K., Wiersma, D., Visser, E., Kiejna, A., Piotrowski, P., Ploumpidis, D., Gonidakis, F., Caldas-de-Almeida, J., Cardoso, G. & King, M.B. 2009. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-9-55>. 4.11.2019.
- THL (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos). 2019a. Yli 65-vuotiaat psykoosilääkkeisiin oikeutetut henkilöt. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>. 3.9.2019.
- THL (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos). 2019b. Psykoosit. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>. 28.2.2020.
- THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos). 2019c. Mielenterveyspalvelut. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>. 25.3.2019.
- THL (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos). 2020. Yli 65-vuotiaat psykiatrian kuntoutuskotien asukkaat. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>. 10.2.2020.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Juvenes.
- QuIRC-Sa 2019. Laatumittari kuntouttavalle hoidolle. <https://quirc.eu/> 4.11.2019.
- Valvira. 2016. Omavalvonta sosiaalipalveluissa. <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-valvonta/omavalvonta>. 28.10.2019.
- Valvira. 2019. Yksityisen sosiaalihuollon luvat. https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/yksityisen_sosiaalihuollon_luvat 28.10.2019.
- WHO (World Health Organization). 2002. Active Ageing: A Policy Framework. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=209E12FE87499E0840D26EC3975E91EA?sequence=1. 14.3.2020.
- WHO (World Health Organization). 2017. Mental health of older adults. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. 5.11.2019.
- WHO (World Health Organization). 2018. Schizophrenia. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>. 4.11.2019.
- Yksityisistä sosiaalipalveluista annettu laki 922/2011.
- Vähäniemi, A. 2018. Opportunities for self-management in community-based mental health services for patients with schizophrenia. University of Turku. Faculty of Medicine. Väitöskirja. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-7338-5>. 22.11.2019.

Itsearviointikyselyn saatekirje

Kotilo ry:n asumisyksikköjen ohjaajille;

Ohessa itsearviointilomake täytettäväksi. Itsearviointin perusteella selvitetään henkilökunnan ammatillista osaamista liittyen hoitotyön ja kuntoutuksen eri osa-alueisiin. Itsearviointilla selvitetään mm. henkilökunnan koulutuksen tarvetta ja mahdollisia kehittämiskohteita. Itsearviointin teko perustuu Kotilo ry:n laatujärjestelmän toteuttamiseen ja YAMK-opinnäytetyöhöni, jota teen Karelia ammatti-korkeakoulussa.

Lomake palautetaan 20.5.2019 pidettävän koulutuspäivän yhteydessä nimettömänä palautuslaatikkoon, jolloin kenenkään yksittäisiä vastauksia ei pysty tunnistamaan. Tulokset käsitellään työpaikkakokouksessa kesäkuussa.

Lisätietoja itsearviointista voi kysellä allekirjoittaneelta.

Terveisin
Heidi Kristersson

Itsearviointikysely

OSAAMINEN KUNTOUTUJIIEN HOIDOSSA (Nurse competence in care home scale)

0 = Ei koske minua, 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Täysin samaa mieltä

<i>EETTINEN TOIMINTA</i>	0	1	2	3	4
<i>Kohtelen kuntoutujia kunnioittavasti</i>					
<i>Huomion kuntoutujan mieltymykset, tavat ja tottumukset</i>					
<i>Huomioin kuntoutujan elämänhistorian ja kulttuurisen taustan</i>					
<i>Tuen kuntoutujan itsemääräämisoikeutta</i>					
<i>Suojelen kuntoutujan yksityisyyttä</i>					
<i>Kohtelen kuntoutujia tasapuolisesti</i>					
<i>Tunnistan eettisiä ristiriitoja</i>					
<i>Toimin kuntoutujan asianajajana (esim. toiveiden välittämisessä)</i>					
<i>Reagoin mahdolliseen kuntoutujan kaltoinkohteluun</i>					
<i>Kunnioitan kuntoutujan omaisuutta</i>					

<i>HAVAINNOINTI, VIESTINTÄ, VUOROVAIKUTUS</i>	0	1	2	3	4
<i>Osaan kohdata ihmisen (kuunnella, keskustella, olla läsnä)</i>					
<i>Osaan ilmaista empatiaa</i>					
<i>Osaan lukea kuntoutujan sanatonta viestintää</i>					
<i>Osaan luoda turvallisuuden tunnetta</i>					
<i>Osaan käyttää huumoria sopivalla tavalla hoitotyössä</i>					
<i>Osaan kohdata muistisaira</i>					
<i>Osaan raportoida suullisesti</i>					
<i>Osaan kirjata tarvittavat tiedot Hilikkaan</i>					
<i>Osaan arvioida kuntoutujan toimintakykyä</i>					
<i>Osaan suunnitella ja toteuttaa hoitoa asiakaskeskeisesti</i>					
<i>Osaan arvioida hoitoa</i>					

Itsearviointikysely

0 = Ei koske minua, 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Täysi samaa mieltä

VERKOSTOT JA YHTEISTYÖ	0	1	2	3	4
<i>Osaan edistää yhteisöllisyyttä</i>					
<i>Osaan informoida omaisia kuntoutujan vointiin ja hoitoon liittyen</i>					
<i>Osaan tukea omaisen osallisuutta</i>					
<i>Osaan tukea omaista henkisesti</i>					
<i>Osaan neuvotella asioista</i>					
<i>Osaan hyödyntää moniammatillista verkostoa</i>					
<i>Osaan luoda verkostoja kuntoutujan hyvinvoinnin edistämiseksi</i>					
<i>Osaan huolehtia tiedonkulusta (esim. sairaalaan)</i>					
<i>Osaan neuvoa kuntoutujaa tai omaista etuisuuksiin liittyen</i>					
<i>Osaan huolehtia kuntoutujalle kuuluvista etuuksista</i>					
<i>Osaan ennaltaehkäistä vaaratilanteita ja tapahtumia</i>					
<i>Osaan kohdata aggressiivisen kuntoutujan</i>					
<i>Osaan liikkumista rajoittavien turvavälineiden asianmukaisen käytön</i>					
<i>Osaan ehkäistä infektioita ja niiden leviämistä</i>					
<i>Osaan huolehtia kuntoutujan suun hoidosta</i>					
<i>Osaan huolehtia kuntoutujan ravitsemushoidosta</i>					
<i>Osaan ennaltaehkäistä haavaumia</i>					
<i>Osaan tunnistaa kuntoutujan kivun</i>					
<i>Osaan tukea ja hyödyntää kuntoutujan voimavaroja</i>					
<i>Osaan ylläpitää kuntoutujan fyysistä toimintakykyä</i>					
<i>Osaan tukea kuntoutujan osallisuutta</i>					
<i>Osaan tukea kuntoutujan sosiaalisia suhteita</i>					
<i>Osaan tunnistaa iäkkään masennuksen</i>					
<i>Osaan tukea kuntoutujan seksuaalisuutta</i>					
<i>Osaan tukea kuntoutujan hengellistä hyvinvointia</i>					
<i>Osaan hoitaa muistisairaana hoitoon liittyviä haastavia tilanteita ilman rajoitteita</i>					
<i>Osaan huomioida kuntoutujan kuulovamman</i>					
<i>Osaan huomioida kuntoutujan näkövamman</i>					
<i>Osaan hyödyntää teknologiaa kuntoutujien hoidossa</i>					

Itsearviointikysely

<i>KLIIININEN HOITOTYÖ</i>	0	1	2	3	4
<i>Osaan arvioida kuntoutujan terveydentilaa ja sen muutoksia</i>					
<i>Osaan huolehtia kuntoutujan perushoidosta</i>					
<i>Osaan toimia ensiapua vaativissa tilanteissa</i>					
<i>Osaan suorittaa pieniä toimenpiteitä (esim. katetrointi)</i>					
<i>Osaan hoitaa haavoja</i>					
<i>Osaan toteuttaa lääkehoitoa asianmukaisesti ja turvallisesti</i>					
<i>Osaan hyödyntää apuvälineitä</i>					
<i>Osaan avustaa kuntoutujaa ergonomisesti siirtymisissä</i>					
<i>Osaan tunnistaa ja hoitaa yleisimpiä akuutteja sairauksia</i>					
<i>Osaan seurata ja hoitaa kuntoutujan pitkäaikaissairauksia</i>					
<i>Osaan hoitaa kuntoutujan kipua</i>					
<i>Osaan toteuttaa palliatiivista, oireiden mukaista hoitoa</i>					
<i>Osaan toteuttaa saattohoitoa</i>					
<i>Osaan hankkia hoitotarvikkeita</i>					
<i>Osaan koordinoida kuntoutujan hoitoa hoitoon osallistuvien tahojen välillä</i>					
<i>Osaan ohjata ja opettaa hoitotyöhön osallistuvia työntekijöitä</i>					
<i>Osaan tukea hoitotyön opiskelijoiden oppimista iäkkäiden hoidossa</i>					

0 = Ei koske minua, 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Täysi samaa mieltä

<i>RYHMÄOHJAUS JA AKTIVITEETIT</i>	0	1	2	3	4
<i>Osaan ohjata ryhmiä</i>					
<i>Osaan ohjata muistisairaiden ryhmiä</i>					
<i>Osaan tarjota elämyksiä ja virikkeitä kuntoutujalle</i>					
<i>Osaan edistää kuntoutujan hyvinvointia musiikin ja laulamisen avulla</i>					

Itsearviointikysely

0 = Ei koske minua, 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = Jokseenkin samaa mieltä, 4 = Täysi samaa mieltä

<i>JOHTAMINEN JA KEHITTÄMINEN</i>	0	1	2	3	4
<i>Osaan suunnitella ja organisoida omaa työtäni kuntoutujan hoidossa</i>					
<i>Osaan suunnitella päivittäistä työnjakoa kuntoutujien hoidossa</i>					
<i>Osaan tehdä tiimityötä</i>					
<i>Osaan sopeutua tilanteiden muuttumiseen</i>					
<i>Osaan hoitaa tilanteita luovasti, joustavasti kuntoutujien hoidon arjessa</i>					
<i>Osaan toimia taloudellisesti</i>					
<i>Osaan jakaa tietoa työyhteisössä</i>					
<i>Osaan antaa palautetta asiallisesti</i>					
<i>Osaan vastaanottaa ja hyödyntää palautetta</i>					
<i>Osaan arvioida ammatillista osaamistani</i>					
<i>Osaan hyödyntää luotettavaa tutkimustietoa</i>					
<i>Osaan kehittää toimintaa työyksikössä yhdessä muiden kanssa</i>					