



Kaksoisdiagnoosikuntoutujan työkyvyn arviointiprosessi

Toimintaterapian osuus Järvenpään sosiaalisairaalassa



Järvenpään
SOSIAALISAIRAALA

Toimintaterapian
koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syksy 2009

Linda Sihvo
Suvi Solonen

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto	
Toimintaterapia	Toimintaterapeutti AMK	
Tekijä/Tekijät		
Sihvo Linda, Solonen Suvi		
Työn nimi		
KAKSOISDIAGNOOSIKUNTOUTUJAN TYÖKYVYN ARVIONTIPROSESSI – Toimintaterapian osuus Järvenpään sosiaalisairaalassa		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Syksy 2009	42+3
TIIVISTELMÄ		
<p>Opinnäytetyössämme käsittelemme kaksoisdiagnoosikuntoutujan työkyvyn arviointiprosessia Järvenpään sosiaalisairaalassa toimintaterapian näkökulmasta. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, kuinka työkyvyn arviointiprosessi etenee sekä tarkastella arvioinnin kohdentumista ja sen tuottamaa tietoa. Järvenpään sosiaalisairaalan toimintaterapeutin kokemuspohja oli opinnäytetyössämme keskeisessä roolissa. Kuntoutusprosessin tuloksellisuudelle arviointi on ensiarvoisen tärkeää, koska se muodostaa pohjan kuntoutuksen suunnittelulle, toteutukselle ja seurannalle. Määrittelimme opinnäytetyössämme kaksoisdiagnoosikuntoutujaksi henkilön, jolla on sekä päihde- että mielenterveyshäiriö. Opinnäytetyömme teoreettisena viitekehyksenä käytimme Inhimillisen toiminnan mallia.</p> <p>Opinnäytetyömme noudatteli laadullisen tapaustutkimuksen piirteitä. Aineistona käytimme toimintaterapeutin kokoamia dokumentteja seitsemästä kaksoisdiagnoosikuntoutujasta sekä toimintaterapeutin teemahaastattelua. Työkyvyn arviointiprosessin etenemistä tarkastelimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita mukailen. Arvioinnin tuottamaa tietoa analysoimme aineistolähtöisesti varsinaisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Työkyvyn arviointiprosessi Järvenpään sosiaalisairaalassa oli monivaiheinen kokonaisuus. Prosessi rakentui pääpiirteittäin yhtenäisesti, mutta toimintaterapeutin toteuttaman työkyvyn arvioinnin kohdentuminen vaihteli kuntoutujan ja arviointitarpeen mukaisesti. Työkyvyn arviointiprosessi tuotti laajasti tietoa kuntoutujan toimintamahdollisuuksista; prosessi koostui esiarvioinnista, elämäntilanteen, fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn, toimintakokonaisuuksien sekä taitojen arvioinnista, joiden perusteella toimintaterapeutti oli laatinut suositukset kuntoutujan toimintamahdollisuuksien edistämiseksi.</p> <p>Ihmisen työkykyyn vaikuttavia tekijöitä on paljon ja toimintaterapian kokonaisvaltainen lähestymistapa soveltuu hyvin työkyvyn arvioimiseen. Työkyvyn arviointi tuottaa tietoa erittäin monesta osa-alueesta, joten arvioinnin kohdentaminen on avainasemassa oleellisen tiedon saamiseksi.</p>		
Avainsanat		
toimintaterapia, työkyky, työkyvyn arviointi, arviointiprosessi, kaksoisdiagnoosi, Inhimillisen toiminnan malli		

Degree Programme in Occupational Therapy		Degree Bachelor of Health Care	
Author/Authors Sihvo Linda, Solonen Suvi			
Title The Assessment of Working Ability of Dual Diagnosis Patients – Occupational Therapy at Järvenpään Sosiaalisairaala			
Type of Work Final Project	Date Autumn 2009	Pages 42+3	
<p>ABSTRACT</p> <p>The aim of our final project was to find out how the assessment of working ability is carried out and what kind of information it produces at the hospital of Järvenpään sosiaalisairaala which is a hospital specialized in substance misuse problems. We wanted to study the special characters of dual diagnosis and how the diagnosis affects a person's working ability. The need for this project emerged from the occupational therapist (OT) of Järvenpään sosiaalisairaala. The experience of the OT was essential for the goals and aims of our project. The subject of our project was current, because it had not been studied before in the field of occupational therapy. In addition, the need for the assessment of working ability will increase in the future. In this final project we defined 'dual diagnosis' as a coexistence of substance misuse and mental illness. The Model of Human Occupation was the theory base for this work.</p> <p>Our study followed the features of qualitative case study. Our data consisted of the documents of seven patients and an interview of the OT. The data was analysed through content analysis.</p> <p>The assessment of working ability at Järvenpään sosiaalisairaala was multi-phased. The assessment process consisted of the same basic structure in each case but the evaluation made by the OT varied and relied on the patient's needs. The results showed that the assessment of working ability produced a wide range of information about the person's occupational performance.</p>			
Keywords Occupational therapy, work, working ability, assessment, dual diagnosis, Model of Human Occupation			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN EETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
3	JÄRVENPÄÄN SOSIAALISAIRAALA	4
4	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN TAUSTA	5
4.1	Inhimillisen toiminnan malli	5
4.2	Kaksoisdiagnoosi ja sen vaikutus toimintakykyyn	8
4.3	Työkyvyn määrittelyä	10
4.3.1	Työkyvyn tasapainomalli	11
4.3.2	Työkyvyn talomalli	12
4.4	Työkyvyn arviointi toimintaterapiassa	14
4.4.1	Toimintamahdollisuuksien itsearviointi (OSA)	17
4.4.2	Työroolia arvioiva haastattelu (WRI)	17
4.4.3	Selvästi eteenpäin – päivittäisten toimien ja päihteiden käytön itsearviointi	18
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
5.1	Tutkimuskysymykset ja lähestymistapa	18
5.2	Tutkimusaineisto	20
5.2.1	Dokumentit työkyvyn arvioinnista	20
5.2.2	Toimintaterapeutin haastattelu	21
5.3	Aineiston sisällönanalyysi	21
5.3.1	Työkyvyn arvioinnin eteneminen	22
5.3.2	Työkyvyn arvioinnin tuottama tieto	23
6	TULOKSET	27
6.1	Työkyvyn arvioinnin eteneminen	27
6.2	Työkyvyn arvioinnin tuottama tieto	33
7	JOHTOPÄÄTELMÄT	35
8	POHDINTA	39
8.1	Luotettavuuden pohdinta ja arviointi	40
8.2	Jatkotutkimusideat	42
	LÄHTEET	43

LIITEET	Työkyvyn arviointiprosessi toimintaterapiassa – eteneminen ja tulokset -prosessikaavio Toimintaterapeutin teemahaastattelurunko Työkyvyn arvioinnin tuottama tieto – alaluokat
---------	---

1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat yhä enemmän esillä yhteiskunnassamme. Viime vuosien aikana esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut useita tiedotteita koskien päihde- ja mielenterveyskuntoutujia sekä heille suunnattuja palveluita. Näitä palveluita ja kehittämissuunnitelmia on pohdittu, kokeiltu ja tarkasteltu myös monen alueellisen tai kansallisen hankkeen puitteissa. Viimeisten parinkymmenen vuoden aikana on niin ulkomailla kuin kotimaassakin tehty useita tutkimuksia, joiden mukaan kaksoisdiagnoosit ovat väestössä erittäin yleisiä. Kaksoisdiagnoosi määritellään useimmiten samanaikaisesti ilmenevänä mielenterveyden ja päihteiden käytön häiriönä. Esimerkiksi masennuspotilaista 10–30 prosentilla on samanaikainen alkoholiongelma ja alkoholisteista 30–60 prosentilla on kliinisesti merkittävä depressio. Masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle joutuneiden suomalaisten lukumäärä on 1½ -kertaistunut viimeisten kymmenen vuoden aikana ja määrä on edelleen nousussa. Vaikka mielenterveyshäiriöiden yleisyydessä ei ole tapahtunut merkittävää muutosta, on niihin liittyvä työkyvyttömyys lisääntynyt selvästi. Työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen onkin yhteiskunnallisesti erittäin merkittävää. (Alkoholiongelmaisen hoito 2005; Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009: 13; STM tiedote 59/2008; STM tiedote 240/2008; STM tiedote 267/2008.)

Opinnäytetyömme työelämän yhteistyökumppanina toimi Järvenpään sosiaalisairaalan (JSS) toimintaterapeutti Mirva Kettunen-Laurila, jolta saimme idean opinnäytetyöllemme. Kettunen-Laurila nosti syksyllä 2008 esille tarpeen tarkastella kaksoisdiagnoosikuntoutujan työkyvyn arviointiprosessia toimintaterapiassa sekä sitä, minkälaista tietoa arviointi tuottaa. Toimintaterapian näkökulmasta kaksoisdiagnoosikuntoutujien työkykyä onkin tutkittu todella vähän, joten innostuimme aiheesta välittömästi. Tahdoimme opinnäytetyöllämme tehdä näkyväksi kaksoisdiagnoosikuntoutujien erityispiirteet toimintaterapian näkökulmasta, koska tulevaisuudessa kaksoisdiagnoosikuntoutujia ohjautuu enemmän myös toimintaterapiapalveluiden piiriin. Palvelutarpeen kasvaessa uuden tiedon tuottaminen ja jo olemassa olevan tiedon jäsentäminen on tarpeellista ja se onkin keskeisessä roolissa myös opinnäytetyössämme. Opinnäytetyömme ei kuitenkaan ole luonteeltaan kehitystehtävä, vaan pyrimme luomaan sille pohjaa tekemämme selvitystyön ja johtopäätelmien kautta.

Työkyvyn arviointi toteutetaan JSS:ssa moniammatillisena yhteistyönä, jossa toimintaterapeutti arvioi kokonaisvaltaisesti kuntoutujan työkykyyn liittyviä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. Työkyvyn arviointi on osa ammatillisen kuntoutuksen

palveluita ja sen tulee tuottaa laadukasta tietoa kuntoutujan työkyvystä. Toimintaterapeutin virka on ollut JSS:ssa vasta alkuvuodesta 2007, joten myös sen takia toimintatapojen tarkastelu oli nyt hedelmällistä.

Opinnäytetyötämme ohjaava ensimmäinen kysymys **miten toimintaterapiaprosessi etenee kaksoisdiagnoosikuntoutujan työkyvyn arvioinnissa Järvenpään sosiaalisairaalassa** oli luonteeltaan selvitys, jonka tulokset toimivat esimerkkinä siitä, kuinka arviointiprosessi voi tapahtua. Prosessin etenemisestä saatua tietoa käytimme hyödyksi myös vastatessamme toiseen opinnäytetyötämme ohjaavaan kysymykseen **minkälaista tietoa toimintaterapeutin tekemä arviointi tuottaa kaksoisdiagnoosikuntoutujien työkyvystä**. Prosessin etenemiseen liityvät tekijät auttoivat meitä ymmärtämään arviointiprosessin tuottaman tiedon syntymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Kysymysten kautta pyrimme myös selvittämään, miten arviointi kohdentuu esimerkiksi yksittäisen kaksoisdiagnoosikuntoutujan kohdalla ja miten toimintaterapeutti valitsee arvioinnin apuna käyttämänsä välineet. Opinnäytetyömme tuloksissa korostuu toimintaterapeutin oma kokemuspohja.

Opinnäytetyömme keskeisiin käsitteisiin – kaksoisdiagnoosiin, työkykyyn ja sen arviointiin – sekä teoreettisena viitekehyksenä toimivaan Inhimillisen toiminnan malliin syvennymme työmme teoreettisessa osuudessa. Käsitteiden avaamisen lisäksi teoreettinen osuus toimii opinnäytetyömme johtopäätelmien peilauspintana. Opinnäytetyön toteutus -osuudessa kerromme lähestymistavaksi valitsemastamme laadullisesta tapaustutkimuksesta sekä aineiston keruuseen ja analysointiin kuuluneista vaiheista. Lisäksi havainnollistamme taulukoilla opinnäytetyömme tutkimuksellisen osuuden etenemistä. Aineistosta nousseet tiedot ja tulokset kuvaamme sekä kirjallisesti että taulukoilla ja prosessikaaviona havainnollistaen. Prosessikaavio on työmme lopussa liitteenä 1. Prosessikaavion avulla JSS:n toimintaterapeutti voi esimerkiksi välittää tietoa muille ammattiryhmille siitä, minkälaista tietoa toimintaterapeutin tekemä työkyvyn arviointi tuottaa ja kuinka se etenee. Prosessikaaviota voi mahdollisesti käyttää myös asiakastyössä arviointiprosessia havainnollistavana apuvälineenä.

Pyrimme tarjoamaan luotettavan ja mielenkiintoisen opinnäytetyön kaikille toimintaterapiasta ja työkyvyn arvioinnista kiinnostuneille. Opinnäytetyömme julkistetaan Metropolia Ammattikorkeakoulussa 17.11.2009 ja Järvenpään sosiaalisairaalassa 25.11.2009. Työ on liitetty myös osaksi A-klinikkasäätiön hanketietokantaa.

2 OPINNÄYTETYÖN EETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyötä tehdessämme toimimme parhaamme mukaan hyvän tieteellisen käytännön sekä tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti. Rehellisyys, tunnollisuus, huolellisuus ja tarkkuus olivat työskentelymme peruseriaatteita koko opinnäytetyöprosessimme ajan. Työskentelyämme ohjasivat myös Toimintaterapeuttiliiton ammattieettiset ohjeet ja A-klinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettiset periaatteet.

Aloitimme opinnäytetyömme eettisten pelisääntöjen pohtimisen suunnitteluvaiheessa, jonka aikana päätimme muun muassa tutkimusmateriaalin säilyttämisestä ja arkistoinnista sekä sen hävittämisestä tutkimuksen päätyttyä. Opinnäytetyösopimuksessa määriteltiin ja kirjattiin kaikkien osapuolten asemat, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet sekä tulosten omistajuutta ja aineistojen säilyttämistä koskevat kysymykset. (Hoito- ja tutkimuseettiset periaatteet 2001; Mäkinen 2006: 80–81; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002: 3.)

Koska aineisto sisälsi arkaluonteista materiaalia, kiinnitimme erityistä huomiota siihen, ettei yksittäisten henkilöiden tunnistaminen ole mahdollista. JSS:n ulkopuolella analysoitavasta aineistosta poistettiin kuntoutujien nimet ja henkilötunnukset ennen niiden luovuttamista käyttöömmme. Säilytimme aineiston henkilökohtaisissa kansioissamme ja pidimme huolta siitä, etteivät tiedot olleet sivullisten saatavilla. Käsittelimme kaikkea aineistoa varoen, huolellisesti ja tietosuoja-säädösten mukaisesti. Arkaluonteisten tietojen salassapito- ja vaitiolovelvollisuus sitoo meitä myös opinnäytetyöprosessin päättymisen jälkeen. (Hoito- ja tutkimuseettiset periaatteet 2001.)

Arkaluonteisina tietoina pidetään henkilötietoja, jotka kuvaavat tai on tarkoitettu kuvaamaan henkilön terveydentilaa, sairautta tai vammaisuutta taikka häneen kohdistettuja hoitotoimenpiteitä tai niihin verrattavia toimia (Henkilötietolaki 523/99 § 11).

Pyrimme siihen, että käyttämämme työtavat ja -menetelmät täyttävät tieteellisen tutkimuksen kriteerit ja ovat eettisesti kestäviä. Aineiston hankinnan ja analysoinnin toteutimme niin ikään huolellisesti, rehellisesti ja harkinnanvaraisesti. Kunnioitamme myös muiden tutkijoiden töitä ja saavutuksia, joiden merkityksen ilmaisemme opinnäytetyössämme selkeästi. Opinnäytetyömme tulokset ja johtopäätökset julkaisemme avoimesti, objektiivisesti ja vääristelemättömästi. Koska opinnäytetyössämme käsitellään kuntoutujien psyykkisiin ja fyysisiin ominaisuuksiin

liittyviä tietoja, noudatamme myös julkaistavassa raportissa erityistä varovaisuutta turvataksemme yksittäisten kuntoutujien anonymiteetin. (Hoito- ja tutkimuseettiset periaatteet 2001; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002: 3.)

Opinnäytetyöprosessin päätyttyä luovutamme tutkimusmateriaalin JSS:n toimintaterapeutille, joka huolehtii sen tuhoamisesta. Materiaalin tuhoamisella varmistetaan osaltaan kuntoutujien yksityisyys, vaikka aineistona käytetyt lausunnot ovatkin arkistoituina JSS:n sähköiseen tietojärjestelmään. Tietojärjestelmässä lausunnot ovat saatavilla, mikä mahdollistaa tekemämme opinnäytetyön toistamisen ja todistamisen faktoihin perustuvaksi. (Hoito- ja tutkimuseettiset periaatteet 2001; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002: 3.)

3 JÄRVENPÄÄN SOSIAALISAIRAALA

A-klinikkasäätiöön kuuluva Järvenpään sosiaalisairaala (JSS) on perustettu vuonna 1951 valtakunnalliseksi päihdehuollon hoito- ja tutkimuslaitokseksi. JSS on Suomen ainoa päihdekuntoutusta tarjoava sairaala, joka jatkuvasti kehittää erityisosaamistaan ja sillä onkin merkittävä rooli hoito- ja kuntoutuspalveluiden kehityksessä. JSS on tarkoitettu vaativaa päihdekuntoutusta tarvitseville moniongelmaisille potilaille, joilla on alkoholi-, lääke-, huume-, monipäihde- tai peliriippuvuus. Potilailla on usein päihderiippuvuuden lisäksi joko primaarisesti tai sekundaarisesti myös mielenterveydenhäiriö tai esimerkiksi vakava somaattinen tai neurologinen sairaus. Kaikki JSS:aan tulevat ovat vaativaa kuntoutusta tarvitsevia, monesti kaksoisdiagnoosin saaneita kuntoutujia. (Järvenpään sosiaalisairaala 2007.)

JSS:n kuntoutuspoliklinikan palvelut on tarkoitettu kuntoutujille, jotka haluavat päästä eroon riippuvuuskierteestä sekä lisätä elämänhallinta- ja selviytymiskeinojaan arkielämässä. Kuntoutuspoliklinikka tarjoaa ammatillista kuntoutusta, asumispalveluita, toiminnallista yksilö- ja ryhmäkuntoutusta sekä päihdelääketieteellisiä poliklinikkapalveluita. (Järvenpään sosiaalisairaala 2009.)

Ammatillisessa kuntoutuksessa moniammatillinen työryhmä tutkii ja arvioi päihdeongelmaisen tai päihde- ja mielenterveysongelmaisen kuntoutujan työkykyä sekä ammatillisia valmiuksia ja kuntoutumisedellytyksiä. Ammatillisen kuntoutuksen palveluita ovat työkyvyn arviointi, kuntoutustarveselvitys, kuntoutustutkimus ja eläkemahdollisuuksien selvittäminen. Tavoitteena on laatia asiakkaalle kuntoutussuunnitelma ja lausunto tai jokin muu kannanotto tai tarvittaessa ohjata

asiakas muiden palveluiden piiriin. Ammatillisen kuntoutuksen palveluita voidaan toteuttaa joko osana hoitojaksoa tai polikliinisesti. Lähettävänä tahoina toimivat mm. Kela, vakuutusyhtiöt, työvoimatoimistot, työterveyshuollot ja kuntien sosiaali- ja terveyshuollot. Toimintaterapeutin lisäksi kuntoutuspoliklinikan moniammatilliseen työryhmään kuuluvat ylilääkäri, kuntoutuspäällikkö, osastonhoitaja, kuntoutusohjaajat, sosiaalityöntekijä, musiikkiterapeutti, asumispalvelukoordinaattori, erikoissairaanhoitaja, fysioterapeutti, neuropsykologi sekä psykiatri. (Järvenpään sosiaalisairaala 2009.)

Toimintaterapiapalvelut Järvenpään sosiaalisairaalassa koostuvat toiminnallisista ryhmistä, yksilöllisestä toimintaterapiasta, perhekuntoutuksesta, konsultaatioista sekä toiminta- ja työkyvyn arvioinneista. Psykososiaalisen kuntoutuksen ohessa toimintaterapeutille ohjautuu myös neurologisia asiakkaita, jolloin toimintaterapia voi olla esimerkiksi osittain halvaantuneen käden kuntoutusta. Toimintaterapiassa menetelminä käytetään muun muassa luovia toimintoja, päivittäisten toimintojen harjoittelua ja kuntouttavaa työtoimintaa. Arviointimenetelminä toimintaterapeutti käyttää havainnointia, haastattelua, itsearviointia, strukturoituja ja puolistrukturoituja sekä sovellettuja arviointivälineitä. Kuntoutujat ohjautuvat toimintaterapiaan tai toimintaterapia-arviointiin lääkärin tai muun työntekijän läheteellä. Työkyvyn arviointi on usein kuntoutujalle yksi osa JSS:n tarjoamaa kuntoutuspalveluketjua. Kuntoutuja voi arviointijakson aikana joko asua kotonaan tai olla samanaikaisesti sairaalajaksolla. (Kettunen-Laurila 2008; Toimintaterapia -esite n.d.)

4 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN TAUSTA

4.1 Inhimillisen toiminnan malli

Opinnäytetyömme teoriapohjana käytämme Gary Kielhofnerin (2008) Inhimillisen toiminnan mallia (Model Of Human Occupation), joka on yksi keskeisistä toimintaterapian viitekehysistä. Lähtökohtana Inhimillisen toiminnan mallille on se, että ihminen on luonnostaan taipuvainen toimintaan. Työllä on suuri merkitys sekä toiminnallisen identiteetin rakentumiseen että siihen, kuinka henkilön tahto, tottumus ja suorituskyky ilmenevät. (Kielhofner 2008: 129.)

JSS:n toimintaterapeutti käyttää työskentelynsä teoreettisena viitekehysenä Inhimillisen toiminnan mallia. Toimintaterapeutti kokee mallin kokonaisvaltaisen lähestymistavan sopivan erityisesti hänen omaan ajatteluunsa toimintaterapeutina ja

mallin palvelevan myös kattavasti hänen moninaisen asiakaskuntansa tarpeita. Inhimillisen toiminnan mallin vahvuutena on myös se, että malli tarjoaa laajasti erilaisia arviointivälineitä arviointiprosessin tueksi. Toimintaterapeutti käyttääkin malliin perustuvia puolistrukturoituja arviointivälineitä, kuten toimintamahdollisuuksien itsearviointia (Occupational Self Assessment, OSA) ja työroolia arvioivaa haastattelua (Worker Role Interview, WRI), joita käsittelemme luvuissa 4.4.1 ja 4.4.2. Inhimillisen toiminnan mallin arviointimenetelmien luotettavuutta (reliability) ja perusteltavuutta (validity) on tutkittu paljon ja niiden käyttäminen on näyttöön perustuvaa (evidence-based). Arviointiprosessin tarkastelu yhteisen viitekehyksen pohjalta mahdollistaa myös opinnäytetyön tulosten peilaamisen teoriaan ja niiden kriittisen arvioinnin. (Kielhofner 2008: 4, Kettunen-Laurila 2009.)

Inhimillisen toiminnan malli käsittää toimintakyvyn kokonaisuudeksi, joka koostuu yksilön tahdosta (volition), tottumuksesta (habituation) ja suorituskyvystä (performance capacity). Erityisesti tahdolla ja suorituskyvyllä on huomattava merkitys, kun puhutaan työkyvystä ja sen arvioinnista. Inhimillisen toiminnan malliin ja terapeuttiseen päättelyyn (therapeutical reasoning) tukeutuen toimintaterapeutti pyrkii muodostamaan kokonaisvaltaisen kuvan kuntoutujan elämäntilanteesta. Kuntoutujan arvojen, tavoitteiden ja kiinnostuksen kohteiden, suoriutumisen, roolien ja tapojen, ympäristön sekä voimavarojen huomioiminen on tässä avainasemassa. Inhimillisen toiminnan mallissa asiakas käsitetään yksilönä, joka itse määrittää mahdollisuutensa ja tavoitteensa myös terapiassa. (Kielhofner 2008: 143.)

Tahto määritellään henkilökohtaisen vaikuttamisen (personal causation), arvojen (values) ja mielenkiinnon kohteiden (interests) muodostamana kokonaisuutena. Nämä kolme elementtiä muodostavat yksilön käsityksen ympäröivästä maailmasta ja omasta toiminnastaan. Kokemukset siitä ”Olenko hyvä tässä?”, ”Onko tämä tekemisen arvoista?”, ”Pidätkö tästä mitä teen?” vaikuttavat muun muassa yksilön suoriutumiseen, omien kykyjen tunnistamiseen, motivaatioon, tehokkuuteen, haasteiden vastaanottamiseen ja toiminnasta saatavan mielihyvän kokemiseen. Tahdon vaikutus toimintaan on merkittävä ja työkykyä arvioitaessa arvioidaankin henkilön tahtoa kokonaisvaltaisesti. (Kielhofner 2008: 12–15, 32–47.) Tahto ja alentunut toimintakyky, esimerkiksi päihteiden käytön ja masennuksen seurauksena, saattavat olla ristiriidassa henkilön kokeman toiminnallisen identiteetin kanssa, mikä taas luo omat haasteensa toimintaterapia-arvioinnille.

Tottumus on puoliautomaattinen tai automaattinen käyttäytymismalli, joka liittyy päivittäiseen elämäämme. Meillä on taipumus toimia tietyillä, pysyvillä tavoilla, jotta

säilytämme elämässä tasapainon. Tottumus jaetaan kahteen osa-alueeseen: tapoihin (habits) ja rooleihin (roles). Toistuvasta toiminnasta, jota tehdään samassa kontekstissa tulee tapa. Tavat järjestävät toimintaa ja antavat jäsenneilyn tavan toimia tutussa ympäristössä ja tilanteissa, kuten työpaikalla. Roolit ovat yksilöllisesti ja/tai sosiaalisesti määriteltyjä statuksia, jotka vaikuttavat toimintaamme erilaisissa tilanteissa. Sisäistetyssä roolissa henkilö on tietoinen sosiaalisista velvoitteistaan ja identiteetistään. Sisäistetyt roolit luovat säännöllisyyttä ja tarkoituksenmukaisuutta sosiaalisissa tilanteissa ja ne ovat vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Esimerkiksi roolit ”työntekijä” tai ”työtön” sisältävät molemmat sosiaalisen statuksen ja herättävät ihmisissä erilaisia tunteita, joille luodaan merkityksiä. Työntekijän rooliin astumista hankaloittavat esimerkiksi vähäiset työmahdollisuudet, mihin saattaa vaikuttaa yksilön alentunut toimintakyky sekä kapeutuneet työmarkkinat. Kielhofnerin mukaan epäonnistunut koulu- ja työroolin toteuttaminen on yksi tekijä, joka vaikuttaa mielenterveysongelmien puhkeamiseen ja päihteiden väärinkäyttöön. (Kielhofner 2008: 16–18, 51–64.)

Suorituskyky vaatii ympäristön tuntemista ja tulkintaa, kehon liikuttamista, esineiden käsittelemistä, toiminnan suunnittelemista sekä kommunikointi- ja vuorovaikutustaitoja. Yksilön suorituskyky voidaan osittain rinnastaa yksilön työkykyyn, vaikka työkyky koostuu monesta muustakin tekijästä. Ympäristö vaikuttaa suoritus- ja työkykyyn yhdessä erilaisten psyykkisten ja fyysisten tekijöiden sekä niitä vastaavien subjektiivisten kokemusten kanssa. Suorituskyvyn psyykkisiin ja fyysisiin tekijöihin kuuluvat esimerkiksi kognitiiviset valmiudet, kuten muisti ja tarkkaavuuden ylläpitäminen, tai kehon erilaiset toiminnot, jotka liittyvät esimerkiksi lihaksistoon, luustoon tai hermostoon. Suorituskykyä ei voida kuitenkaan tarkastella vain objektiiviselta kannalta, koska ihminen tulkitsee myös subjektiivisesti sitä, mihin hän itse on kykenevä ja mihin ei. Suorituskyky vaatii ihmiseltä kehon ja mielen yhteistyötä, mutta esimerkiksi psykelääkkeet asettavat haasteita tälle yhteistyölle. Psykelääkkeet vaikuttavat usein objektiiviseen suorituskykyyn hidastamalla esimerkiksi motoriikkaa, kun taas mielenterveysongelmat vaikuttavat subjektiiviseen tulkintaan omasta suoriutumisesta ja koetusta kehosta. (Early 2009: 231; Kielhofner 2008: 18–21, 68–72.)

Inhimillisen toiminnan mallissa huomioidaan lisäksi ympäristön merkitys sekä toiminnan tasot (levels of doing). Toiminnan tasoja ovat toiminnallinen osallistuminen (occupational participation), toiminnallinen suoriutuminen (occupational performance) ja toiminnalliset taidot (occupational skills). *Toiminnallinen osallistuminen* tarkoittaa sitoutumista esimerkiksi työhön ja päivittäisiin toimintoihin, jotka ovat tarpeellisia tai välttämättömiä ihmisen hyvinvoinnin kannalta. *Toiminnallinen suoriutuminen* viittaa

tekemiseen ja toiminnan muotoon, johon ympäristö vaikuttaa. *Toiminnalliset taidot* sisältävät tavoitesuuntautuneita toiminnan osia, joita tarvitaan itse toiminnan loppuun saattamiseen. Taidot luokitellaan motorisiin taitoihin (tasapaino, nopeus, nostaminen, siirtäminen), prosessitaitoihin (ajankäyttö, ongelmanratkaisukyky, työvälineiden käyttäminen, järjestäminen, toiminnan suunnittelu) sekä kommunikointi- ja vuorovaikutustaitoihin (asianmukainen käyttäytyminen, yhteistyökykyisyys, vastaanottavaisuus). (Kielhofner 2008: 101–103, 160–161.)

4.2 Kaksoisdiagnoosi ja sen vaikutus toimintakykyyn

Toimintaterapian keskeinen ajatus on voimavaralähtöinen kuntoutus, jossa kuntoutuja huomioidaan ennen kaikkea yksilönä. Kuntoutujan toimintakyky on tällöin merkityksellisempi kuin lääketieteellinen diagnoosi. Toimintaterapeutin tulee kuitenkin olla tietoinen asiakaskuntansa erityispiirteistä, jolloin diagnoosin tunteminen helpottaa asiakkaan toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden ymmärtämistä ja soveltuvien arviointimenetelmien ja -välineiden valintaa (Kielhofner 2008: 165; Salo-Chydenius 2002: 9.)

Kaksoisdiagnoosi voidaan ymmärtää usealla eri tavalla, joten opinnäytetyömme luotettavuuden ja tekstin ymmärrettävyyden kannalta sen selkeä määrittely ja yhdenmukainen käyttö on tärkeää. Tässä työssä viittaamme kaksoisdiagnoosilla komorbiditeettiin eli monihäiriöisyyteen, jossa kuntoutujalla on samanaikaisesti sekä päihdehäiriö että jokin mielenterveyden häiriö (Aalto 2007a: 1293; Kuoppasalmi – Heinälä – Lönnqvist 2007: 437; Mantila 2005: 19–20).

Kaksoisdiagnoosin kirjo on laaja ja kuntoutujalla voi olla päihde- ja mielenterveyshäiriötä erilaisina ja eri tasoisina yhdistelminä (taulukko 1). Kuntoutujalla voi olla samanaikaisesti sekä useita päihderiippuvuuksia että mielenterveyden häiriötä, jotka yhdessä vaikuttavat toimintakyvyn laskuun. Usein ilmeneviä päihderiippuvuuksia ovat esimerkiksi alkoholi-, amfetamiini-, kannabis- ja opiaattiriippuvuudet. Näiden kanssa esiintyviä psykiatrisia sairauksia ovat esimerkiksi mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöt, persoonallisuushäiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai skitsofrenia. Kaksoisdiagnoosikuntoutujan psykiatrinen häiriö on riippumaton päihteiden välittömistä vaikutuksista, eivätkä psyykkiset oireet häviä pitkänkään päihteettömän jakson jälkeen. (Aalto 2007a: 1293; Aalto 2007b; Haveri 2006; Kuoppasalmi ym. 2007: 437; Mantila 2007: 33–34.)

TAULUKKO 1. Kaksoisdiagnoosin ulottuvuudet (Syrjämäki 2008).

	Lievä päihdehäiriö	Vaikea päihdehäiriö
Lievä psykykinen sairaus	Paniikkihäiriö ja kannabiksen haitallinen käyttö	Masennus ja alkoholiriippuvuus
Vaikea psykykinen sairaus	Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja alkoholin haitallinen käyttö	Skitsofrenia ja opiaattiriippuvuus

Työkyvyn arviointiprosessissa kaksoisdiagnoosikuntoutujan kohdalla on huomioitavana monia liikkuvia elementtejä, jotka vaikuttavat kuntoutujan toiminta- ja työkykyyn. Tämän vuoksi toimintaterapiassa on tärkeää tunnistaa kaksoisdiagnoosiin liittyvät haasteet ja tarpeet. Pelkästä päihde- tai mielenterveyshäiriöstä kärsiviin verrattuna kaksoisdiagnoosikuntoutujilla ilmenee enemmän positiivisia psykoosioireita kuten aistiharhoja, harhaluuloja sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuutta. He käyttäytyvät usein aggressiivisesti tai itsetuhoisesti. Kaksoisdiagnoosikuntoutujilla on myös suurempi sairauden uusiutumisriski ja toipuminen on hidasta, mikä voi haitata esimerkiksi työelämään paluuta. (Mäkelä 2003: 185; Syrjämäki 2008.)

Kaksoisdiagnoosikuntoutujat ovat useimmiten miehiä. Heillä on taustalla usein pitkä sairaushistoria ja mahdollisesti kaoottinenkin elämäntilanne, jota leimaavat ahdistuksen ja toivottomuuden tunteet. Minäkuva itsestä toimijana on monesti vääristynyt tai epätodellinen ja mielikuvat keinoista päästä johonkin päämäärään toimimalla ovat epäselviä ja hajanaisia. Myös luottamus oman toiminnan mahdollisuuteen on monella kaksoisdiagnoosikuntoutujalla murentunut. (Mäkelä 2003: 185; Salo-Chydenius 2002b: 92.)

Mantilan (2005) mukaan kaksoisdiagnoosikuntoutujan keskeisimpiä haasteita ovat monien erilaisten ongelmien ja vaikeuksien kasaantuminen. Ongelmat voivat liittyä kuntoutujan elämäntilanteeseen usealla eri tasolla ja vaikuttaa niin sosiaaliseen, psyykkiseen kuin fyysiseenkin toimintakykyyn. Kaksoisdiagnoosikuntoutujilla erityisesti sosiaaliset ongelmat korostuvat. Yleisiä sosiaalisia ongelmia ovat esimerkiksi työhön, työttömyyteen tai opiskeluun liittyvät ongelmat, toimeentulo-ongelmat, asunnottomuus tai asumisen ongelmat sekä erilaiset ihmissuhdeongelmat. Monet ovat sosiaalisesti

syрjäytyneitä, koska sosiaalinen verkosto on kapeutunut läheisten ihmisten etäännyttyä. Sosiaalisen verkoston kapeutuminen voi ilmetä esimerkiksi omiin oloihinsa vetäytymisenä ja kodin ulkopuolella liikkumisen välttelemisenä. Osa puolestaan hakeutuu sosiaalisiin ryhmiin, joissa yhdistävänä tekijänä on esimerkiksi alkoholin juominen. (Mantila 2005: 25–26, 29; Mäkelä 2003: 185; Nordman 2008: 21.)

Kaksoisdiagnoosikuntoutujat eivät usein itse tunnista hoidon tarvettaan, minkä vuoksi motivaation puute vaikeuttaa muun muassa arviointiprosessiin sitoutumista. Kuntoutujien on monesti erittäin vaikea hyväksyä tilannettaan tai heillä voi olla erilainen näkemys siitä, minkä vuoksi he ovat toimintaterapia-arvioinnissa. Kuitenkin on tärkeää muistaa, että kuntoutuja on avainasemassa omia vaikeuksiaan ja tarpeitaan kuvaillessaan. (Finlay 2004: 159; Mantila 2005: 21, 25–27.)

4.3 Työkyvyn määrittelyä

Työkyky käsitteenä on laaja ja moniulotteinen ja sen määrittelemisen yksiselitteisesti on haastavaa. Pensolan ym. (2008) mukaan työkykyyn vaikuttavat ihmisen yksilölliset tekijät kuten terveys, toimintakyky, ammattitaito, stressinsietokyky ja persoonallisuus. Lisäksi työhön liittyvät ja muut ulkopuoliset tekijät ovat yhteydessä työkykyyn. Vaikka yksilön terveydentilassa ei tapahtuisikaan merkittävää muutosta, voivat muutokset työtehtävissä, kuormitustekijöissä tai koko työprosessissa vaikuttaa työkyvyn heikentymiseen. (Pensola – Rinne – Kankainen – Roine 2008: 108–110.)

Toimintaterapiassa ihmisen elämä nähdään rakentuvan kolmen elementin ympärille – työn, vapaa-ajan ja levon – joiden keskinäinen tasapaino on tärkeää yksilön toimintakyvylle. Työllä on monessa suhteessa merkittävä rooli erityisesti aikuisuudessa ja se onkin yksi toimintaterapian käytäntöjen keskeisimmistä alueista. Työ käsitteenä määritellään toimintoina, joihin yksilöt ryhtyvät osallistuakseen yhteisönsä ja josta he saavat palkkion. Palkkio voi olla maksettu korvaus, kuten palkkatyössä, tai tyytyväisyys ja nautinto tai tunne saavutuksesta, kuten vapaaehtoistyössä. Tätä kautta työ luo perustan tuottavuuden kokemukselle, työn kautta toteutuu suuri osa elämän sisällöstä ja merkityksestä. Inhimillisen toiminnan mallin mukaan työkykyyn vaikuttavat muun muassa yksilön kyky omaksua uusia asioita, ihmissuhteiden muotoutuminen, ajankäyttö, säännöllisyys ja identiteetin mukautuminen. (Baptiste – Strong – MacGuire 2005: 151; Kielhofner 2008: 134.)

Opinnäytetyömme kannalta työkyvyn tarkastelu myös muiden kuin toimintaterapian mallien avulla on perusteltua, koska JSS:ssa työkyvyn arviointiprosessi toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. Toimintaterapian malleissa toiminta- ja työkyky ovat keskeisessä osassa ja niiden sisältämä työkykynäkemyks on suurelta osin yhtenevä laaja-alaisten ja moniulotteisten työkykykäsitysten kanssa (Huttula 2005: 10). Perinteisiä malleja työkyvyn tarkasteluun ovat esimerkiksi terveyden ja toimintakyvyn malli, joka painottaa työkyvyn lääketieteellistä puolta, sekä tasapainomalli, jossa korostuu yksilön voimavarojen ja työn vaatimusten välinen balanssi. Viime aikoina on perinteisten mallien rinnalle noussut erilaisia moniulotteisia ja integroituja työkykymalleja, joissa huomioidaan perinteisten tekijöiden lisäksi muun muassa työyhteisö sekä työelämän ulkopuolinen ympäristö. (Ilmarinen – Gould – Järvikoski – Järvisalo 2006: 19.) Seuraavaksi perehdymme tarkemmin työkyvyn tasapainomalliin sekä moniulotteiseen työkyvyn talomalliin. Valitsimme nämä työkykymallit, koska halusimme avata työkyky -käsitettä kattavasti eri näkökulmista. Lisäksi mallien tarkastelu mahdollistaa opinnäytetyömme tulosten reflektoinnin laajemmassa kontekstissa.

4.3.1 Työkyvyn tasapainomalli

Työkyvyn tasapainomalli perustuu kuorma-kuormittumismalliin, jonka mukaan yksilön kuormittumiseen vaikuttavat yksilön henkilökohtaiset edellytykset ja ominaisuudet. Yksilön kuormittumisen laadusta ja tasosta – kuormittumisasteesta – voidaan arvioida, miten hyvin työn vaatimukset ja ihmisen voimavarat kohtaavat toisensa. (Ilmarinen ym. 2006: 22.)

Työkyvyn tasapainomalli kuvaa yksilön ja työelämän välillä vallitsevaa jatkuvaa tasapainon etsimistä. Epätasapaino voi näkyä esimerkiksi työperäisinä oireina ja sairauksina tai ylikuormituksen subjektiivisina, psykosomaattisina, fysiologisina tai biokemiallisina tekijöinä. Tasapainon saavuttaminen puolestaan ilmenee yksilön terveyden, työkyvyn ja työhyvinvoinnin säilymisinä sekä työssä jaksamisena. Tasapainotila on mahdollista saavuttaa joko tukemalla työntekijän voimavaroja tai suunnittelemalla työprosessi ja työolot mahdollisimman sopiviksi työntekijän ja kuormituksen kannalta. (Ilmarinen ym. 2006: 22.)

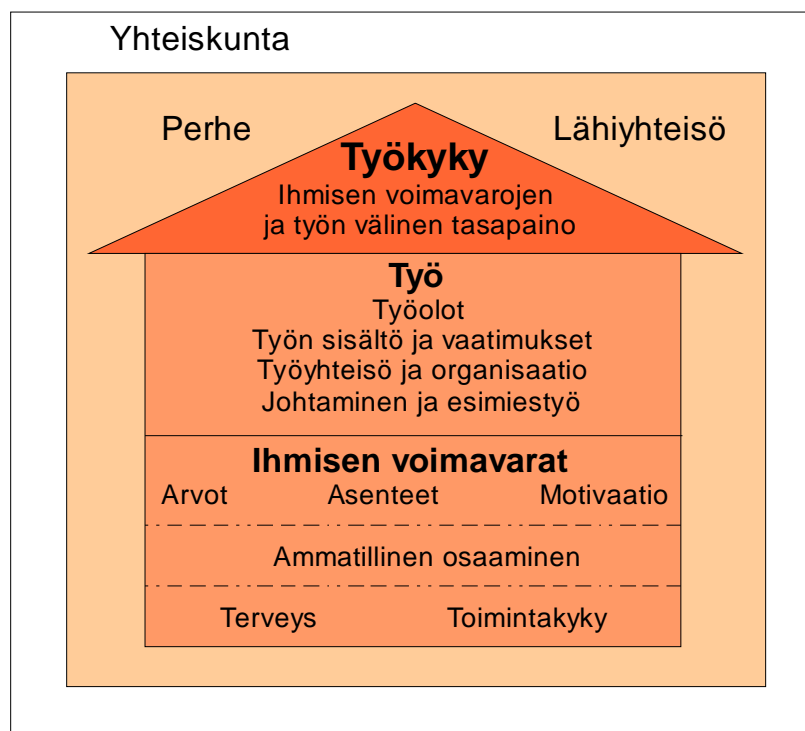
Yksilön kuormittumiseen vaikuttavat dynaamisesti myös työyhteisöön liittyvät tekijät, kuten ihmisten välinen vuorovaikutus ja työn kehittävät elementit. Kuormittuminen ei myöskään ole ainoastaan negatiivista, jolloin yksilön työkyky ja työhyvinvointi

heikentyvät. Työn ollessa positiivisesti kuormittavaa se tarjoaa mahdollisuuden voimavarojen ylläpitämiseen ja kehittämiseen. (Ilmarinen ym. 2006: 22.)

Työkyvyn tasapainomalli tarkastelee työkykyä siis ensisijaisesti toimintakykykeskeisesti. Tällöin arvioinnin kohteena ovat yksilön edellytykset suhteessa työn vaatimustasoon sen sijaan, että keskityttäisiin ainoastaan yksilöllisiin ominaisuuksiin. Määriteltäessä ammatillista työkykyä ja työkyvyttömyyttä sekä arvioitaessa esimerkiksi kuntoutustarvetta työkyvyn tasapainomalli on edelleen melko laajasti käytetty. (Ilmarinen ym. 2006: 22, 29; Mäkitalo 2003: 142.)

4.3.2 Työkyvyn talomalli

Työkyvyn talomalli kuvaa työkykyä kokonaisvaltaisesti ja moniulotteisesti huomioimalla yksilön voimavarojen, työhön ja työntekoon liittyvien tekijöiden sekä työn ulkopuolisen ympäristön vaikutukset työkykyyn. Mallissa työkyvyn ulottuvuuksia kuvataan Työkykytalon eri kerrosten ja niihin vaikuttavan mikro- ja makroympäristön kautta (kuvio 1). (Ilmarinen ym. 2006: 22–23.)



1.1 KUVIO 1. Työkyvyn talomalli (Ilmarinen ym. 2006).

Talomallin alimmat kerrokset muodostuvat ihmisen yksilöllisistä voimavaroista, joiden perusta rakentuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sekä terveydestä. Mitä tukevampi tämä perusta on, sitä varmemmin työkyky kestää työuran

aikana. Myös ammatilliseen osaamiseen liittyvät tiedot ja taidot sekä niiden jatkuva päivittäminen liittyvät ihmisen voimavaroihin ja työkykyyn. Tärkeä osa ihmisen voimavaroja ovat hänen sisäinen arvomaailmansa ja asenteensa, jotka vaikuttavat hänen suhtautumiseensa työelämää kohtaan. Motivaatio liittyy tiiviisti yksilön arvoihin ja asenteisiin, esimerkiksi työelämässä motivoivat tekijät voivat vaihdella elämän eri vaiheissa. Arvot ja asenteet ovat läheisessä kontaktissa työn kerroksen kanssa. Tätä kautta työstä saadut positiiviset ja negatiiviset kokemukset välittyvät ensimmäisinä yksilön arvoihin ja asenteisiin, joko vahvistaen tai heikentäen niitä. (Ilmarinen ym. 2006: 23–24.)

Ihmisen voimavarojen yläpuolella mallissa esitetään työn kerros, joka vaikuttaa huomattavasti työkykyyn asettamalla muille kerroksille käytännön vaatimuksia. Kun yksilön voimavarojen ja työn vaatimusten välillä vallitsee tasapaino, työkyky säilyy parempana kuin silloin, jos kerrokset ovat epätasapainossa keskenään. Mikäli työkerros on liian suuri tai sen toimivuus on huono, työkyky heikentyy. Ihmisen voimavarojen ja työn väliseen tasapainoon voidaan vaikuttaa merkittävästi organisoimalla ja kehittämällä työn kerroksen sisältöä paremmin ihmisen ”mittojen mukaiseksi”. Työkyvyn ydinrakenteet – ihmisen voimavarat ja työhön liittyvät tekijät – muuttuvat ja mukautuvat huomattavasti työelämän aikana. Jotta työkyky säilyisi mahdollisimman hyvänä mahdollisimman pitkään, on tärkeää pyrkiä terveelliseen ja turvalliseen tasapainoon. On tärkeää huomioida, että työ ja ihmisen voimavarat ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään, jolloin työkyvyn tasoon vaikuttavat samanaikaisesti useat positiiviset ja negatiiviset prosessit. (Ilmarinen ym. 2006: 23–24.)

Työkyvyn talomallissa huomioidaan myös työn ulkopuolisen ympäristön vaikutus työssä jaksamiseen ja työkyvyn tukemiseen. Lähiympäristö käsittää työpaikan tukiorganisaatiot, esimerkiksi työterveyshuollon ja työsuojelun, sekä perheen ja lähiyhteisön, johon kuuluvat sukulaiset, ystävät ja tuttavat. Mallin uloin osa on työkyvyn makroympäristö, joka muodostuu yhteiskunnasta, sosiaali-, terveys- ja työpolitiikasta sekä yhteiskunnan tarjoamista palveluista. (Ilmarinen ym. 2006: 23–24.)

4.4 Työkyvyn arviointi toimintaterapiassa

Toimintaterapiassa ihmiskuva on holistinen eli kokonaisvaltainen ja arvioitavat osat alueet laajoja, joten arviointia tehtäessä on tarpeellista päättää siitä, minkälaista tietoa kerätään ja miten sitä kerätään. Arvioinnin tarkoituksen mielessä pitäminen auttaa tuottamaan kohdennettua tietoa kuntoutujan työkyvystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Työkyvyn arviointi on useimmiten osa kuntoutusprosessia, jossa toimintaterapeutin roolina on arvioida kuntoutujan toimintamahdollisuuksia. Työkyvyn arviointimenetelmien avulla kuntoutujaa tarkastellaan erityisesti työntekijän roolin näkökulmasta, joka sisältää kaiken sen, mitä rooli tuo mukanaan. Työroolin asettamia vaatimuksia ovat muun muassa työhön liittyvät vastuut ja velvollisuudet sekä toiminnot, joista yksilön tulisi työtehtävissään suoriutua. Lisäksi työroolia arvioitaessa täytyy huomioida työskentelyn sosiaalinen konteksti: työn suorittaminen yksin tai muiden työntekijöiden kanssa, työn itsenäisyys sekä muiden työntekijöiden roolit tasa-arvoisina työtovereina tai työnjohtajana. Arvioinnin tavoitteena on kuntoutujan voimavarojen ja toimintakyvyn haasteiden tunnistaminen, joiden pohjalta voidaan laatia kuntoutusjakson tavoitteet. (Baptiste ym. 2005: 151–152, 156; Creek 2008: 82; Holma 2003: 19; Kielhofner 2008: 156–157; Salo-Chydenius 2002b: 92–93.)

Kuntoutujan rooli arviointiprosessissa on oleellinen, hän on aktiivinen yhteistyökumppani sekä informaation antajana että sen tulkitsejana. Arvioinnissa huomioidaan kuntoutujan oma näkemys ja pyritään ymmärtämään hänen ongelmiaan, huolenaiheitaan ja tarpeitaan. Kokemus omista vaikutusmahdollisuuksista vaikuttaa kuntoutujan sitoutumiseen sekä siihen, minkälaisia odotuksia ja toiveita kuntoutusprosessista hänelle muodostuu. Toimintaterapeutti muodostaa kuvan kuntoutujan kokonaistilanteesta esimerkiksi havainnoimalla, haastatteleamalla ja käyttämällä erilaisia arviointivälineitä. Arvioinnin tulosten tulee perustua luotettaviin ja todenmukaisiin faktoihin sekä terapeuttiseen päättelyyn. Teoreettisen viitekehyksen avulla työkyvyn arviointi etenee järjestelmällisesti, kokonaisvaltaisesti ja tasapainoisesti. Toimintaterapeutti voi käyttää arviointia ohjaavana viitekehyksenä esimerkiksi Inhimillisen toiminnan mallia ja sen arviointivälineitä yhdessä Toimintaterapianimikkeistön kanssa, kuten Järvenpään sosiaalisairaalan toimintaterapeutti tekee. (Baptiste ym. 2005: 151–152, 154; Creek 2008: 85; Holma 2003: 19, 34–38; Kielhofner 2008: 156–157; Salo-Chydenius 2002b: 92–93.)

Toimintaterapian malleissa arviointiprosessista on erilaisia sovelluksia, mutta perusrakenne on samansuuntainen. Toimintaterapianimikkeistö (2003) on

toimintaterapiapalveluiden kehittämiseen tarkoitettu työväline, joka helpottaa esimerkiksi arvioinnin ja seurannan jäsentämistä.

Toimintaterapianimikkeistön mukaan toimintamahdollisuuksien – esimerkiksi työkyvyn – arviointiprosessi rakentuu seuraavista vaiheista:

- 1) Esiarviointi
- 2) Elämäntilanteen selvittäminen
- 3) Toimintakokonaisuuksien hallinnan arviointi
- 4) Ympäristössä selviytymisen arviointi
- 5) Taitojen arviointi
- 6) Toimintavalmiuksien arviointi
- 7) Yhteenveto ja suositukset toimintamahdollisuuksien edistämiseksi

(Holma 2003: 19, 34–38.)

Esiarvioinnissa toimintaterapeutti tutustuu lähetteeseen sekä selvittää kuntoutujan taustatiedot ja toimintaterapia-arviointiin tulon syyn. Lähetetietojen ja mahdollisen työryhmätyöskentelyn pohjalta toimintaterapeutti arvioi työkyvyn arvioinnin kohdentamistarvetta. Kuntoutujan elämäntilanteen selvittämiseen voi käyttää apuna esimerkiksi haastattelua tai kuntoutujan itsearviointia. Elämäntilanteeseen sisältyvät kuntoutujan yksilölliset tekijät kuten elämäntarina, tyytyväisyys, tulevaisuuden odotukset, arvot ja mielenkiinnonkohteet, tavat ja roolit sekä kuntoutujan toimintaympäristöön vaikuttavat sosiaaliset, kulttuuriset ja materiaaliset tekijät. Näiden seikkojen selvittäminen on tärkeää muun muassa sen vuoksi, että henkilökohtainen tyytyväisyys ja nautinto ovat erittäin merkityksellisiä menestykselle työelämälle. (Baptiste ym. 2005: 158; Holma 2003: 34.)

Toimintakokonaisuuksien hallinnan arviointi keskittyy kuntoutujan mahdollisuuksiin selviytyä itselleen merkityksellisistä toiminnoista. Arvioinnissa on tärkeää huomioida myös kuntoutujan omat kokemukset, toiveet ja tarpeet. Toimintakokonaisuuksien hallinnan arviointiin sisältyy erityisesti työkyvyn ja työssä selviytymisen arviointi, jonka lisäksi toimintaterapeutti voi työkyvyn arviointia tehdessään arvioida muun muassa kuntoutujan itsestä huolehtimiseen, asioimiseen ja kotielämään, vapaa-ajan viettämiseen sekä lepoon liittyviä toimintoja. Jokapäiväisistä toiminnoista selviytymiseen ja suoriutumiseen käytetyt voimavarat voivat vaikuttaa työntekijän kykyyn palata työelämään ja siellä pysymiseen. Työntekijän kokemukset päivittäisistä toiminnoista suoriutumisesta määrittävät toiminnallisen suoriutumisen lähtökohdan ja helpottavat valmistautumista työhön paluuseen. Tämän vuoksi onkin oleellista arvioida

asiakasta ja eri toimintakokonaisuuksista suoriutumista kokonaisvaltaisesti, jotta saadaan tarvittavat tiedot ja arvio asiakkaan työkyvystä olisi realistinen. (Baptiste ym. 2005: 157; Holma 2003: 35–36.)

Ympäristössä selviytymistä arvioitaessa kartoitetaan ympäristön esteet ja mahdollisuudet sekä arvioidaan niiden vaikutusta asiakkaan kykyyn toimia ja selviytyä ympäristössä. Työkyvyn arvioinnissa on tärkeää huomioida muun muassa työympäristön asettamat vaatimukset sekä työtehtävän vaatimukset. Tämän vuoksi työtä ja työkykyä tulisi arvioida kontekstissa, joka vastaa mahdollisimman paljon aitoa työtilannetta. JSS:aan tulevilla kaksoisdiagnoosikuntoutujilla on usein takanaan useita vuosia työttömyyttä, eikä kaikilla ole esimerkiksi ammatillista koulutusta. Vaikka arvioitavalla asiakkaalla ei olisikaan tiettyä työpaikkaa, jonne palata kuntoutumisen jälkeen, tulisi työkykyä mahdollisuuksien mukaan arvioida mahdollisen työpaikan tai tietyn tyyppisen työpaikan näkökulmasta. Tämä mahdollistaa asiakkaan kykyjen vertailun käytännönläheisesti ja auttaa kohdistamaan kuntoutukseen ja työhön paluuseen liittyvien suositusten tekemistä. (Baptiste ym. 2005: 151–152, 156; Holma 2003: 36.)

Taitoja arvioitaessa toimintaterapeutti havainnoi toiminnan osatekijöitä eli sitä, miten asiakas toimii tehtävää tehdessään. Työkyvyn arvioinnissa havainnointi kohdistetaan erityisesti kuntoutujan taitoihin suoriutua työhön liittyvistä vaatimuksista. Taitojen arvioinnin kautta saadaan selville toiminnan itsenäisyyttä, tehokkuutta ja turvallisuutta haittaavia tekijöitä. Taidot voidaan jakaa esimerkiksi motorisiin taitoihin, prosessitaitoihin, psyykkisiin taitoihin, sosiaalisiin taitoihin ja eettisiin taitoihin. (Baptiste ym. 2005: 151–152; Holma 2003: 36–37.)

Toimintavalmiudet ovat kuntoutujan taitojen osatekijöitä, toiminnan peruselementtejä. Toimintaterapianimikkeistössä valmiudet jaetaan sensorisiin, motorisiin, kognitiivisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja eettisiin valmiuksiin. Toimintavalmiuksien arvioinnin kautta voidaan selvittää taitoja haittaavia tekijöitä, mutta kuntoutujan työkyvyn arvioimiseksi on välttämätöntä arvioida toimintaa myös suurempana kokonaisuutena. Työkyvyn arviointi sisältää siis paljon muutakin kuin esimerkiksi pelkkien taitojen arvioinnin, kuten työkyvyn tasapainomallin ja työkyvyn talomallin yhteydessä jo huomasimme. Arvioinnin perusteella toimintaterapeutti kirjaa yhteenvedon kuntoutujan työkyvystä ja jatkosuositukset toimintamahdollisuuksien edistämiseksi. (Holma 2003: 37–38.)

Seuraavaksi esittelemme lyhyesti kolme toimintaterapian arviointivälinettä, joita kaikkia JSS:n toimintaterapeutti käyttää arvioidessaan kaksoisdiagnoosikuntoutujien työkykyä.

Toimintamahdollisuuksien itsearviointi (OSA) ja Työroolia arvioiva haastattelu (WRI) ovat Inhimillisen toiminnan malliin perustuvia arviointivälineitä, joiden käytettävyyttä on tutkittu laajasti työikäisten toimintaterapia-arvioinnissa. Sisko Salo-Chydeniuksen ”Selvästi eteenpäin – päivittäisten toimien ja päihteiden käytön itsearviointi” on puolestaan kehitetty juuri kaksoisdiagnoosikuntoutujien toimintaterapia-arvioinnin välineeksi.

4.4.1 Toimintamahdollisuuksien itsearviointi (OSA)

Toimintamahdollisuuksien itsearviointi (Occupational Self Assessment, OSA) on puolistrukturoitu arviointiväline, jonka avulla toimintaterapeutti kerää tietoa kuntoutujan toiminnallisesta suoriutumisesta, tottumuksesta ja tahdon ilmentymisestä jokapäiväisissä toiminnoissa. OSA on suunniteltu erittäin asiakaslähtöiseksi työkaluksi, jossa kuntoutuja määrittelee, kuinka kuvaavia ja tärkeitä tietyt toiminnot ovat hänelle. Näitä toimintoja ovat itsestä huolehtiminen, toisista henkilöistä huolehtiminen, raha-asoiden hoitaminen ja itselle mieluisaan toimintaan osallistuminen. OSA:ssa kuntoutuja pisteyttää toiminnot osallistumisensa tason ja tärkeyden mukaan. OSA:n vahvuutena on, että se havainnollistaa tasapainoa kuntoutujan toiminnallisen pätevyyden ja hänen tavoittelemansa ideaalitalanteen välillä. OSA:ssa kuntoutuja voi tarkastella ja ilmaista tuntemuksiaan ja kokemuksiaan omasta näkökulmastaan. OSA mahdollistaa kuntoutujan ja terapeutin välisen dialogin sekä muutoksen seurannan. Kuntoutuja voi täyttää OSA:n itsenäisesti, jolloin toimintaterapeutti ohjeistaa täyttämässä tai tarvittaessa toimintaterapeutti avustaa asiakasta täyttämässä. (Kielhofner 2008: 246–248.)

4.4.2 Työroolia arvioiva haastattelu (WRI)

Työroolia arvioiva haastattelu (Worker Role Interview, WRI) on puolistrukturoitu arviointiväline, jonka avulla kerätään tietoa toimintakyvyn kuudesta eri osa-alueesta: henkilökohtaisesta vaikuttamisesta, arvoista, mielenkiinnonkohteista, rooleista, tavoista ja ympäristöstä. WRI:ssa keskitytään kuntoutujan työkykyyn liittyviin tekijöihin; nykyiseen työtilanteeseen/työttömyyteen, vapaa-ajan viettoon, aikaisempiin työsuhteisiin ja työhönpaluun mahdollisuuteen. Haastattelu käydään läpi keskustellen, minkä jälkeen toimintaterapeutti kokoaa tulokset yhteen ja pisteyttää ne. WRI:n avulla voidaan tunnistaa työhön ja työntekoon liittyviä psykososiaalisia tekijöitä ja saada ainutkertaista tietoa kuntoutujan vahvuuksista ja heikkouksista. (Kielhofner 2008: 134, 278–279.)

4.4.3 Selvästi eteenpäin – päivittäisten toimien ja päihteiden käytön itsearviointi

Selvästi eteenpäin -itsearvioinnissa kartoitetaan lomakkeen ja toiminnan avulla päivittäisten toimintojen haasteita, ongelmia, mielenkiinnon kohteita, voimavaroja ja päihteiden käyttöä. Lisäksi itsearviointi ottaa huomioon kuntoutujan oman kokemuksen terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Keskustelu ja terapeutin vuorovaikutussuhde auttavat lomakkeen ohella kuntoutujaa muun muassa tunnistamaan ja määrittelemään arkipäivässä ilmeneviä toiminnallisia teemoja ja ongelmia sekä nimeämään toiminnan taustalla vaikuttavaa ajatteluaan. Lomake keskittyy konkreettisiin, päivittäisiin toimiin ja sen osa-alueita ovat 1. itsestä ja vaatteista huolehtiminen, 2. asuminen ja kodinhoito, 3. ruuan valmistus, ravitseminen ja ruokailutottumukset, 4. ajankäyttö ja hallinta, 5. asioiden hoitaminen, 6. rahankäyttö, 7. päihteiden käytön kartoitus ja seuranta, 8. harrastukset, kiinnostukset ja ihmissuhteet, 9. yhteenveto: voimavarat ja vahvuudet, haasteet ja keinot. Selvästi eteenpäin -itsearvioinnin tavoitteena on myös saada selville toiminnan merkityksiä, koska kaksoisdiagnoosikuntoutujalla toiminta saattaa olla sitoutunutta enemmän merkityksiin kuin todellisiin taitoihin. (Salo-Chydenius 2003: 26–30.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuskysymykset ja lähestymistapa

Opinnäytetyöprosessiamme ohjasivat seuraavat kysymykset, joihin pyrimme löytämään vastauksia työmme tutkimuksellisessa osuudessa:

1. Miten toimintaterapiaprosessi etenee kaksoisdiagnoosikuntoutujan työkyvyn arvioinnissa Järvenpään sosiaalisairaalassa?
2. Minkälaista tietoa toimintaterapeutin tekemä arviointi tuottaa kaksoisdiagnoosikuntoutujien työkyvystä?

Muodostimme kysymykset yhdessä Järvenpään sosiaalisairaalan toimintaterapeutin kanssa keskustelemalla ja pohtimalla häneltä nousseita ideoita, jotka kuvasivat sitä, minkälainen tutkimustarve oli ajankohtainen. Kysymykset kuvaavat täsmällisesti tutkimusideoiden aihepiiristä muotoutunutta tutkimustarvetta. (Vilka 2005: 45.)

Opinnäytetyömme noudattelee laadullisen tapaustutkimuksen piirteitä. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on saada esille ihmisten omat kuvaukset, kokemukset ja käsitykset koetusta todellisuudesta (Vilka 2005: 97). Opinnäytetyössämme korostuu

kuvaus työkyvyn arviointiprosessista toimintaterapeutin kokemusten ja käsitysten kautta tarkasteltuna.

Tapaustutkimukselle on ominaista yksityiskohtainen ja perusteellinen kuvaus tutkittavasta kohteesta. Lähtökohtana on kerätä aineistoa mahdollisimman monipuolisesti sekä kuvata tutkimuksen kohdetta kokonaisvaltaisesti ja seikkaperäisesti. Kun tapaustutkimuksen kohteena on yksittäinen tapaus, se on usein luonteeltaan kuvailevaa ja pyrkii ymmärryksen lisäämiseen vastaamalla ”miten?”, ”miksi?” tai ”mitä?” -kysymyksiin. Tapaustutkimuksen kohteena voi olla esimerkiksi yksilö, yhteisö, organisaatio, sivilisaatio tai tapahtumakulku. Opinnäytetyömme kohteena oli tapahtumakulku eli työkyvyn arviointiprosessi. Tapaustutkimuksen päämääränä on ilmiön kuvailu ja se tarjoaa askeleen kohti yleistämistä. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 134–135; Laine – Bamberg – Jokinen 2007: 9–10.)

Laadullisessa tapaustutkimuksessa on tärkeää ottaa huomioon tutkimuskohteen konteksti ja olosuhteet. Kontekstin ja olosuhteiden huomioiminen tarkoittaa sitä, että tutkijat perehtyvät tutkittavaan ilmiöön ja ottavat selvää esimerkiksi siitä, minkälaisiin sosiaalisiin, ammatillisiin ja kulttuurisiin yhteyksiin tutkittava asia liittyy. Kontekstin ja olosuhteiden hahmottaminen lisää ymmärrystä siitä, kuinka tapauksesta tuli sellainen kuin tuli. Opinnäytetyömme kontekstuaalisia tekijöitä ovat esimerkiksi JSS:n toimintatavat ja arvot, kaksoisdiagnoosin esiintyvyys ja kaksoisdiagnoosiin liittyvät toimintakyvyn rajoitteet sekä työkyvyn määrittelyyn liittyvät näkökulmat. (Laine ym. 2007: 9–10; Vilka 2005: 99.)

Tutkijan tulee huomioida myös intentio eli tutkittavan ilmaisuun tai tekoihin liittyvät motiivit ja tarkoitukset tutkimustilanteessa. Intentio antaa osaltaan informaatiota tutkittavalle merkityksellisistä asioista. Opinnäytetyötä tehdessämme otimme huomioon esimerkiksi tutkimusaineistossa näkyvät toimintaterapeutin tekemät työkyvyn arviointia koskevat valinnat, joita on ohjannut hänen terapeuttinen päättelynsä. Laadulliseen tutkimukseen sisältyvä prosessi viittaa tutkimusaikatauluun, jonka tutkija tarvitsee ymmärtääkseen tutkittavan ilmiön tai asian. Tutkimusaikataulu vaikuttaa olennaisesti siihen, kuinka syvälle tutkittavassa asiassa tai ilmiössä on mahdollista päästä. (Vilka 2005: 99.)

5.2 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona käytimme tutkimuspäiväkirjaa, toimintaterapeutin kokoamia dokumentteja työkyvyn arviointiprosesseista sekä toimintaterapeutin teemahaastattelua.

Tutkimuspäiväkirjaan kirjasimme toimintaterapeutin kanssa käydyt keskustelut (viisi tapaamiskertaa ja sähköpostikeskustelut) sekä omia havaintojamme. Tutkimuspäiväkirja syvensi omaa ymmärrystämme ja jäseni opinnäytetyöprosessiamme hallitukseksi kokonaisuudeksi. Tutkimuspäiväkirja toimi työskentelymme taustatyökaluna, joten emme kokeneet tarpeelliseksi analysoida sitä teoreettisesti.

5.2.1 Dokumentit työkyvyn arvioinnista

Opinnäytetyömme tutkimuksellisen osuuden pääaineistoksi muodostuivat lausunnot, joiden perusteella oli mahdollista analysoida sitä, minkälaista tietoa toimintaterapeutin tekemä arviointi tuottaa kuntoutujan työkyvystä. JSS:n toimintaterapeutti keräsi meille dokumenttimuotoista aineistoa kuntoutujien työkyvyn arviointiprosesseista, jotka olivat toteutuneet pääosin keväällä 2009. Saimme dokumentteja yhteensä kymmenestä kuntoutujasta. Aineisto rajautui seitsemän kuntoutujan dokumentteihin, jotka täyttivät aineistolle asettamamme kriteerit. Kriteerit olivat 1) kuntoutujalla tulee olla kaksoisdiagnoosi ja 2) dokumentit liittyvät työkyvyn arviointijaksoon. Kuntoutujien sukupuolijakauma aineistossa oli miesvoittoinen: kuusi miestä ja yksi nainen. Opinnäytetyön ulkopuolelle rajasimme yhden terapiajakson ja kaksi suppeampaa työkyvyn kartoitusta.

Valitussa aineistossa yksittäisen kuntoutujan dokumentit sisälsivät arviointilausunnon lisäksi täytettyjä arviointilomakkeita ja toimintaterapeutin tekemiä muistiinpanoja. Muista dokumenteista saimme tarkkaa tietoa siitä, millä tavoin toimintaterapeutti oli kerännyt tietoa ja mitä yksilöllisesti valikoituja toimintaterapian arviointimenetelmiä ja -välineitä työkyvyn arviointiprosessissa oli käytetty. Lausuntojen avulla pystyimme hahmottamaan arviointiprosessin etenemistä ja käytimme niitä laatiessamme työkyvyn arvioinnin prosessikaaviota (liite 1). Dokumenteista saatua tietoa hyödynsimme myös valmistellessamme toimintaterapeutin haastattelua.

5.2.2 Toimintaterapeutin haastattelu

Täydensimme dokumenteista saatua tietoa toimintaterapeutin teemahaastattelulla. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa käsitellään tutkimusongelman keskeisiä aiheita tai teema-alueita. Tutkimuskysymykset ohjasivat teemojen valintaa, joiden kautta saimme tutkittavasta työkyvyn arviointiprosessista olennaista tietoa. Teemahaastattelun avulla pystyimme hyödyntämään sekä toimintaterapeutin asiantuntemusta että omakohtaista kokemusta työkyvyn arvioinnin toteuttamisesta. Teemahaastattelun avulla mahdollistui myös toimintaterapeutin valintoihin vaikuttaneen terapeuttisen päättelyn ja hiljaisen tiedon (tacit knowledge) esiin saaminen. Hiljainen tieto liittyy asiantuntijuuteen, tietämiseen sekä käytännön työssä osaamisen kokemustietoon, ja se osaltaan ohjaa ihmisen valintoja, taitoja ja osaamista. Haastattelu mahdollisti vastausten selventämisen ja saatujen tietojen syventämisen. (Hirsjärvi – Hurme 2009: 48; Karppinen 2008: 8; Vilkkä 2005: 101, 114.)

Haastattelu toteutui 17.8.2009 JSS:n tiloissa ja se oli kestoltaan noin 35 minuuttia. Valmistauduimme haastatteluun perehtymällä tutkimuskirjallisuuteen ja pohtimalla mahdollisia vastaantulevia pulmia. Olimme miettineet etukäteen muun muassa millä tavalla esitämme kysymykset ja sopineet keskinäisestä työnjaosta. Lähetimme teemahaastattelurungon (liite 2) etukäteen toimintaterapeutille, jotta hän pystyi pohtimaan teemoja ja orientoitumaan haastatteluun. Emme kuitenkaan laittaneet tarkempia kysymyksiä, koska halusimme jättää tilaa myös spontaaneille vastauksille. Nauhoitimme haastattelun digitaalisesti kahdella eri tallennusvälineellä, jonka lisäksi toinen meistä kirjasi muistiinpanoja. Tällä tavoin välttimme riskit ja varmistimme tietojen tallentumisen oikein.

5.3 Aineiston sisällönanalyysi

Sisällönanalyysin tavoitteena on löytää tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Sisällönanalyysissa tutkimusaineisto kuvataan sanallisesti ja sen havaintoyksiköt luokitellaan sisällöllisten ominaisuuksien mukaan. (Vilkkä 2005: 139–140.) Tarkastelimme opinnäytetyömme aineistoa kahteen kertaan ohjaavien kysymysten näkökulmista. Ensimmäiseen kysymykseen vastasimme hyödyntäen aineistolähtöisen sisällönanalyysin piirteitä, mutta emme suorittaneet täydellistä sisällönanalyysia, koska se ei olisi tuonut erityistä lisäarvoa tuloksiin. Toiseen kysymykseen vastataksemme analysoimme arviointilausunnot aineistolähtöisesti varsinaisella sisällönanalyysilla.

Valitsimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin, koska sillä tavoin pystyimme vastaamaan opinnäytetyötämme ohjaaviin kysymyksiin mahdollisimman kattavasti. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tarkoituksena on löytää tutkimusaineistosta systemaattisesti samanlaisuuksia ja erilaisuuksia (Vilkkä 2005: 140). Teorialähtöinen sisällönanalyysi olisi mahdollisesti rajoittanut teorian ulkopuolisen tiedon esiin tulemistä, joten koimme aineistolähtöisen analyysin tässä tapauksessa tarkoituksenmukaisemmaksi.

Sisällönanalyysi alkaa aineiston pelkistämällä sen jälkeen, kun tutkija on päättänyt, mistä näkökulmasta hän lähtee etsimään toiminnan logiikkaa. Pelkistettäessä aineisto pilkotaan ja tiivistetään karsimalla tutkimuskysymysten kannalta epäolennainen tieto pois. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään ja siitä muodostetaan johdonmukainen kokonaisuus. Muotoutuneet ryhmät nimetään ryhmän sisältöä yhdistävällä yläkäsitteellä. Ryhmittelyn jälkeen tehdään analyysin tulkinta sekä arvioidaan analyysin luotettavuutta. (Vilkkä 2005: 140.)

Aloitimme sisällönanalyysin silmäilemällä lausunnot läpi ja muodostamalla kokonaiskuvan niiden sisällöstä. Tämän jälkeen luimme lausunnot muutaman kerran huolellisesti läpi ja tutustuimme aineistoon tarkemmin pitäen näkökulmanamme olleet kysymykset mielessä. Tässä vaiheessa aineiston analyysitavaksi vahvistui aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Seuraavaksi käsittelemme tekemäämme analyysia työkyvyn arvioinnin etenemisen sekä arvioinnin tuottaman tiedon näkökulmista. Aineiston sisällönanalyysin tulkintoja käsittelemme tarkemmin luvuissa 6 (Tulokset) ja 7 (Johtopäätelmät) ja luotettavuutta arvioimme luvussa 8 (Pohdinta).

5.3.1 Työkyvyn arvioinnin eteneminen

Työkyvyn arvioinnin etenemistä analysoidessamme noudattelimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita hyödyntäen koko aineistoa. Arviointiprosessin etenemisen selvittämiseksi tarkastelimme aineistoa seuraavien apukysymysten kautta: 1) millä ajanjaksolla työkyvyn arviointi oli tehty? 2) kuinka monta arviointitapaamista toimintaterapiassa oli ollut? 3) mitä vaiheita arviointiprosessiin sisältyi? 4) ketkä osallistuivat mihinkin vaiheeseen? 5) mitkä olivat eri vaiheiden tavoitteet? 6) mitä arviointimenetelmiä toimintaterapeutti oli käyttänyt? 7) mitä arviointivälineitä toimintaterapeutti oli käyttänyt? 8) minkälaiseksi toimintaterapeutti koki eri arviointimenetelmien ja -välineiden käytettävyyden?

Lähdimme etsimään vastauksia lausunnoista poimimalla ja järjestämällä niistä nousseet havaintoyksiköt kysymysten mukaisesti. Tämän jälkeen hahmotimme ne apukysymykset ja osa-alueet, joista tarvitsimme lisätietoa. Täydensimme lausunnoista saatua tietoa ensin muiden dokumenttien avulla, minkä jälkeen suunnittelimme toimintaterapeutin teemahaastattelurungon. Pilkoimme litteroidun haastattelutekstin ja poimimme siitä apukysymysten kannalta oleelliset tiedot. Tällä tavoin saimme kokemusperäistä sekä yleisempää ja tarkempaa tietoa arviointiprosessin toteutumisesta: sen alkamisesta, etenemisestä, käytetyistä arviointimenetelmistä ja -välineistä. Saadut havaintoyksiköt järjestimme loogiseksi kokonaisuudeksi vastaten luvun alussa esitettyihin apukysymyksiin.

5.3.2 Työkyvyn arvioinnin tuottama tieto

Aloitimme arvioinnin tuottaman tiedon analysoinnin poimimalla lausunnoista ilmaisut, jotka pelkistimme tiivistetyiksi havaintoyksiköiksi (taulukko 2). Työkyvyn arviointilausunnoissa ei juurikaan ollut toisen opinnäytetyötämme ohjaavan kysymyksen kannalta epäolennaista tietoa. Tästä johtuen pelkistäminen keskittyi aineiston pilkkomiseen siten, että yhdessä havaintoyksikössä oli ilmaistuna vain yksi asia. Alkuperäinen ilmaisu oli esimerkiksi lause, jonka pilkoimme yksittäisiksi havaintoyksiköiksi. Suositukset jätimme kokonaisiksi ilmaisuiksi, koska ne sisälsivät ainutlaatuista terapeutista päättelyä, jota ei mielestämme ollut järkevää pilkkoa erillisiksi havaintoyksiköiksi. Pelkistettyjä havaintoyksiköitä muodostui aineistosta yhteensä 566 kappaletta.

TAULUKKO 2. Aineiston pelkistys.

ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETYT HAVAINTOYKSIKÖT
<i>Tarkkaavuus toiminnassa asianmukaista ja potilas kykenee keskittymään toimintaan vaaditun ajan.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • tarkkaavuus asianmukaista • kykenee keskittymään toimintaan vaaditun ajan
<i>Asiakas kuvaa arkeaan stressaavana ja hän ahdistuu herkästi.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • kuvaa arkeaan stressaavana • ahdistuu herkästi
<i>Potilas kokee työn merkittäväksi osaksi elämäänsä ja hän on halukas palaamaan työelämään.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • kokee työn merkittäväksi osaksi elämäänsä • halukas palaamaan työelämään
<i>Päihteitä potilas ei aio enää käyttää, kertoo juoneensa pahaan oloonsa ja tylsyyteen.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ei aio käyttää enää päihteitä • juonut alkoholia pahaan oloon • juonut alkoholia tylsyyteen

Aloitimme pelkistettyjen havaintoyksiköiden ryhmittelyn sen perusteella, että ne olisivat sisällöltään mahdollisimman samankaltaisia, esimerkiksi kuvasivat kuntoutujan suhdetta päihteisiin. Aineiston ehdoilla toimiminen tarkoitti sitä, että ryhmiä syntyi analyysin edetessä tarvittaessa lisää huomatessamme, ettei joku yksittäinen havaintoyksikkö sopinut mihinkään jo muodostuneeseen ryhmään. Nimesimme muotoutuneet ryhmät yksinkertaisilla ja selkeillä käsitteillä, joista muodostui yhteensä 22 alaluokkaa. Alla olevassa taulukossa 3 näkyvät kaikki aineistosta nousseet alaluokat sekä esimerkkejä niitä kuvaavista havaintoyksiköistä.

TAULUKKO 3. Aineiston ryhmittely, osa 1.

ALALUOKAT	HAVAINTOYKSIKÖT
Perustiedot	- **-vuotias mies - asuu vuokralla - asuu yksin
Sairaushistoria	- paniikkioireilua - ahdistusoireilua - masennus
Koulutus- ja työhistoria	- useita pätkätöitä - työkokeilu v. ** epäonnistunut työn kuormittavuuden takia - ei ammattikoulutusta - viimeksi työelämässä v. **
Muut hoitotahot	- korvaushoito - psykiatrian poliklinikka 1-2 krt/kk - a-klinikka 2 krt/vko
Oma kokemus elämästä	- arvioi tilanteensa positiivisävytteiseksi - kokee vahvuudekseen oman jaksamisen rajojen tunnistamisen - heikkouksia ei arvioi olevan
Oma kokemus arjesta	- kokee säännöllisen päivärutiinin helpottavan raittiina pysymistä - kuvaa kotiaan sotkuiseksi ja ”masentavaksi” - pääosin tyytyväinen arkeensa
Sosiaalinen ympäristö	- sosiaalinen ympäristö kaventunut - ystävien vähäisyys - joitakin raittiita ystäviä - lapsiaan ei merkitse sosiaaliseen kartoitukseen
Suhde päihteisiin	- päihdeongelma akuutti - masennus lisännyt alkoholin käyttöä - ei osaa arvioida päihteiden käyttöä tulevaisuudessa - alkoholin käyttö keskittynyt kotiin
Sitoutuminen	- motivoitunut palaamaan työelämään - saapuu tapaamisiin ajallaan - halukas käsittelemään ongelmiaan ja jäsentämään niitä
Mielenkiinnonkohteet ja harrastukset	- ei tällä hetkellä harrastuksia - viettää aikaa ystäviensä kanssa lähinnä baareissa - musiikki - kalastus

Arvot ja voimavarat	<ul style="list-style-type: none"> - oma koti - ulkona käveleminen - kannustavat ihmissuhteet - kokee työn merkittäväksi osaksi elämäänsä
Toiveet ja ajatukset tulevaisuudesta	<ul style="list-style-type: none"> - toivoo mielekästä työtä - toivoo kykenevänsä tekemään itselleen mieleisiä asioita - toivoo perhettä
Fyysinen toimintakyky	<ul style="list-style-type: none"> - liikkuu kävelykepin turvin - fyysistä työkykyä alentaa runsas alkoholin käyttö - ei pysyviä fyysisiä työkyvyn rajoitteita
Psyykinen toimintakyky	<ul style="list-style-type: none"> - ahdistuu herkästi - paniikintunne rajoittaa kotoa liikkumista - paniikin- ja ahdistuksentunteen pelko aiheuttaa välttämiskäyttäytymistä
Itsestä huolehtiminen	<ul style="list-style-type: none"> - kertoo huolehtivansa itsestään selvinpäin - ei huolehdi omasta siisteydestään - alkoholin käyttö vaikuttaa hygieniasta huolehtimiseen
Asioiminen ja kotielämä	<ul style="list-style-type: none"> - arkirytmi säännöllinen töissä käydessä - päivittäiset rutiinit haastavia - hoitaa asioitaan äitinsä tukemana - saa arjen toiminnoista suoriutuessaan pätevyyden tunnetta
Työssä selviytyminen	<ul style="list-style-type: none"> - vahva ammattitaito alalleen - normimittaiset päivät kahdessa vuorossa liian kuormittavia - aloitetyttömyys vaikeuttanut töissä selviytymistä
Oma arvio työkyvystä	<ul style="list-style-type: none"> - ei osaa arvioida työkykyään - ei koe olevansa työkykyinen - kokee selviytyvänsä kaikista aiemmista työtehtävistään
Motoriset taidot	<ul style="list-style-type: none"> - voimankäyttö sujuvaa - koordinointi asianmukaista - karkeamotoriikka hidastunutta
Prosessitaidot	<ul style="list-style-type: none"> - toiminnan osavaiheesta toiseen siirtyminen haastavaa - toiminnan ohjailu hidastunutta - työvälineiden käyttö asianmukaista - energia toimintoihin riittävää
Kommunikointi- ja vuorovaikutustaidot	<ul style="list-style-type: none"> - tukee puhettaan jonkin verran eleillä ja ilmeillä - katsekontakti vuorovaikutustilanteissa asianmukainen - huumori ajoittain tilanteeseen sopimatonta - verbaaliset taidot hyvät
Suosituks	<ul style="list-style-type: none"> - kuntoutuksella olisi tärkeää tukea säännöllistä päivärytmiä ja päihteettömyyttä - asiakas hyötyy aktivoivasta, säännöllisestä toiminnasta, kuten työtoiminnasta

Koska alaluokkia muodostui paljon, lähdimme pohtimaan niiden mahdollista tiivistämistä laajemmiksi kokonaisuuksiksi. Myös JSS:n toimintaterapeutti kannatti ajatusta ryhmien jäsentelystä, jotta arviointiprosessista saatava tieto välittyisi selkeästi opinnäytetyömme tuloksista. Pohdimme pitkään, mikä olisi paras tapa lähteä tiivistämään ja yhdistämään tietoja. Päädyimme peilaamaan arviointiprosessista saatua tietoa aiemmin esittelemäämme toimintaterapianimikkeistön toimintamahdollisuuksien arviointiin. Toimintamahdollisuuksien arviointi palveli mielestämme hyvin sisällönanalyysin tavoitetta, joten kokosimme alaluokat pääluokkien alle toimintaterapianimikkeistöä mukailleen (taulukko 4). Pois jäivät ympäristössä selviytymisen ja toimintavalmiuksien arvioinnin osa-alueet, koska aineistosta ei noussut niihin liittyviä havaintoyksiköitä. Lisäksi lisäsimme yhdeksi pääluokaksi fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn, koska emme halunneet ”pakottaa” siihen sisältyviä alaluokkia minkään toisen pääluokan alaisuuteen.

TAULUKKO 4. Aineiston ryhmittely, osa 2.

PÄÄLUOKAT	ALALUOKAT
Esiarviointi	- Perustiedot - Sairaushistoria - Koulutus- ja työhistoria - Muut hoitotahot
Elämäntilanne	- Oma kokemus elämästä - Oma kokemus arjesta - Sosiaalinen ympäristö - Suhde päihteisiin - Sitoutuminen - Mielenkiinnonkohteet ja harrastukset - Arvot ja voimavarat - Toiveet ja ajatukset tulevaisuudesta
Fyysinen ja psyykkinen toimintakyky	- Fyysinen toimintakyky - Psyykkinen toimintakyky
Toimintakokonaisuudet	- Itsestä huolehtiminen - Asioiminen ja kotielämä - Työssä selviytyminen - Oma arvio työkyvystä
Taidot	- Motoriset taidot - Prosessitaidot - Kommunikointi- ja vuorovaikutustaidot
Suosituksien edistäminen	- Suositukset

6 TULOKSET

6.1 Työkyvyn arvioinnin eteneminen

Tässä luvussa käsittelemme työkyvyn arviointiprosessin etenemistä JSS:ssa opinnäytetyömme tulosten valossa. Tulosten pohjalta laadittu työkyvyn arviointia havainnollistava prosessikaavio on työmme lopussa liitteenä 1.

Työkyvyn arviointiprosessi JSS:ssa on monivaiheinen kokonaisuus, jonka toteuttamisesta vastaa moniammatillinen tiimi. Toimintaterapeutilla on olennainen rooli tässä prosessissa, mutta muitakaan toimijoita ei sovi ohittaa. Alla olevaan taulukkoon 5 on koottu kuvaus arviointiprosessin vaiheista, sen toimijoista sekä tavoitteista.

TAULUKKO 5. Arviointiprosessin vaiheet, toimijat ja tavoitteet.

ARVIINTIPROSESSIN VAIHE	TOIMIJAT / OSALLISTUJAT	TEHTÄVÄT / TAVOITTEET / TULOS
Lähetete	Terveyskeskus/Työvoimatoimisto	Arviointitarpeen ilmaisu/kuvailu
Alkutapaaminen	Kuntoutuspäällikkö + toimintaterapeutti ja/tai sosiaalityöntekijä	Kuntoutujan tilanteen kartoittaminen → akuutit ongelmat? → arviointijakson rakentaminen
Ylilääkärin tapaaminen	Ylilääkäri, kuntoutuja + kuntoutuspoliklinikan työntekijä	Pyynnöt → mitä erityisesti arvioinnissa huomioitava?
Ensimmäinen arviointikerta	Toimintaterapeutti + kuntoutuja	Arvioinnin toteuttaminen kohdennetusti, alkuhaastattelu → yleiskuva kuntoutujasta
Arviointikerrat x	Toimintaterapeutti + kuntoutuja	Arvioinnin toteuttaminen kohdennetusti, rohkaiseva ja voimaannuttava palaute kuntoutujalle
Viikkopalaverit	JSS:n moniammatillinen tiimi	Tiedon jakaminen kuntoutujien tilanteista
Viimeinen arviointikerta	Toimintaterapeutti + kuntoutuja	Arvioinnin toteuttaminen kohdennetusti, ennakkotietoa lausunnon sisällöstä
Loppupalaveri	Kuntoutuja + JSS:n moniammatillinen tiimi	Arviointiprosessin yhteenveto, palaute kuntoutujalle

Kuntoutujat ohjautuivat JSS:n työkyvyn arviointiin useimmiten kotikunnan terveyskeskuksen tai työvoimatoimiston kautta. Läheteissä kuvailtiin arvioinnin kohdentamista vaihtelevasti, yleensä tarve oli ilmaistu melko väljästi. Alkutapaamisessa – ennen kuin kuntoutuja tuli työkyvyn arviointijaksolle – JSS:n kuntoutuspäällikkö sekä toimintaterapeutti ja/tai sosiaalityöntekijä kartoittivat perustietojen perusteella kuntoutujan tilannetta ja akuutteja ongelmia. Alkutapaamisessa esiarvioitiin työkyvyn arvioinnin kohdentamisesta muun muassa työhistorian ja mahdollisten rajoitteiden perusteella ja lähdettiin rakentamaan arviointijaksoa. Esiarvioinnissa käytettävää tietoa oli mahdollista saada tarvittaessa lisää esimerkiksi kuntoutujan oman kunnan työntekijältä.

Kuntoutujan saapuessa työkyvyn arviointijaksolle JSS:aan hän tapasi ensimmäiseksi ylilääkärin. Tapaamisessa oli mukana myös kuntoutuspoliklinikan työntekijä. Tässä tapaamisessa sovittiin asiakaslähtöisesti työkyvyn arvioinnin tavoitteet ja toteutusaikataulu. Ylilääkärin tapaamisesta voi nousta toimintaterapeutille vielä tarkentavia pyyntöjä siitä, mitä työkyvyn arviointijaksolla pitäisi erityisesti arvioida tai huomioida. Fokuksen tarkentumisen jälkeen alkoi toimintaterapeutin ja kuntoutujan välinen yhteistyö. Työkyvyn arviointijakso kesti kaksi viikkoa ja se tapahtui yksilöllisesti sisältäen 2-6 tapaamiskertaa toimintaterapeutin kanssa. Toimintaterapeutti voi arvioida kuntoutujan toiminnallista suoriutumista myös esimerkiksi työtoiminnassa tai sosiaalisissa ryhmätilanteissa. Arviointitilanteissa toimintaterapeutti ohjaili kuntoutujaa mahdollisimman vähän, mutta pyrki sopivissa tilanteissa antamaan kuntoutujalle palautetta positiivisesti ja voimaannuttavasti. Koko arviointiprosessiin liittyen toimintaterapeutti korosti yhteistyötä kuntoutujan kanssa sekä informoimisen tärkeyttä. Kuntoutujan saadessa tietoa työkyvyn arvioinnin tarkoituksesta myös hänen osallistumisensa arviointitilanteisiin helpottui.

Kylhän se niinku aluks on aina kerrottava et mikä se on se mun mielenkiinnot ja fokus niinkun asiakkaassa.

Arviointimenetelminä ja monipuolisen tiedonkeruun tukena toimintaterapeutti käytti haastattelua, havainnointia ja itsearviointeja. Taulukossa 6 ilmenee arviointimenetelmien ja -välineiden käytön jakautuminen tutkimusaineistossamme. Taulukossa kuntoutujat on merkitty lyhentein ”Kja 1”–”Kja 7”. Kuntoutuja ”Kja 5” on lisäksi merkitty kahteen kertaan (5a ja 5b), koska hän oli ollut kaksi kertaa työkyvyn arviointijaksolla aineiston keräämisen aikana. Työkyvyn arviointiprosesseja oli siis yhteensä kahdeksan kappaletta, joista yksi oli uusinta-arviointi.

TAULUKKO 6. Työkyvyn arvioinnissa käytetyt menetelmät ja välineet.

	ARVIOINTIMENETELMÄT			ARVIOINTIVÄLINEET			
	Haastat- telu	Itse- arviointi	Havain- nointi	OSA	Selvästi eteenpäin	WRI	Muu, mikä?
Kja 1	x	x	x	x	x	x	– Sosiaalisen ympäristön kartoitus – MOHOST – Tunteiden ilmaisu -itsearviointi – Vuorovaikutustilanteiden tutkiminen -itsearviointi
Kja 2	x	x	x	x	x	x	– Mielenkiintojen ja harrastusten kartoitus – Vuorovaikutustilanteiden tutkiminen -itsearviointi
Kja 3	x	x	x	x	x	x	– Sosiaalisen ympäristön kartoitus – Päivittäisten toimintojen itsearviointi
Kja 4	x	x	x	x	x	x	– Sosiaalisen ympäristön kartoitus
Kja 5a	x	x	x	x	x	x	– Sosiaalisen ympäristön kartoitus – Ajankäytön kartoitus – Mielenkiintojen ja harrastusten kartoitus
Kja 5b	x	x	x	x	x		– Päivittäisten toimintojen itsearviointi
Kja 6	x	x	x		x	x	– Päivittäisten toimintojen itsearviointi
Kja 7	x	x	x	x	x		

Tutkimusaineistossa kaikissa kahdeksassa arviointiprosessissa oli käytetty Selvästi eteenpäin -itsearviointia ja seitsemässä toimintamahdollisuuksien itsearviointi OSA:a. Työroolia arvioivaa haastattelua (WRI) oli käytetty kuudessa arviointiprosessissa. Tähän liittyen tulee huomioida, että toinen näistä tapauksista oli ”Kja 5”:n työkyvyn uusinta-arviointi. Muita aineistosta nousseita arviointivälineitä olivat sosiaalisen ympäristön kartoitus (4), päivittäisten toimintojen itsearviointi (3), vuorovaikutustilanteiden tutkiminen -itsearviointi (2), mielenkiintojen ja harrastusten kartoitus (2), tunteiden ilmaisu -itsearviointi (1), ajankäytön kartoitus (1) sekä havaintojen jäsentelemiseen käytetty MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool, 1).

Käyttämänsä arviointivälineet toimintaterapeutti valikoi asiakaslähtöisesti esimerkiksi sen mukaan, kuinka paljon kuntoutuja itse tuottaa tietoa.

jos asiakas ei kerro vapaamuotoisesti itsestään kauheesti ni sit mun tarttee paljon enemmän käyttää kaikkia mahdollisia lomakkeita, puolistrukturoituja ja strukturoituja, että saa tietoo yleensäkin ulos.

Lisäksi lähete ja pyyntö vaikuttavat arvioinnin kohdentamiseen ja käytettävien arviointivälineiden valintaan. Alla oleva taulukko 7 havainnollistaa haastattelussa esiin nousseita käytettävyyteen liittyviä tekijöitä.

TAULUKKO 7. Arviointivälineiden käytettävyys.

ARVIOINTIMENETELMÄ	ARVIOINTIVÄLINE	KÄYTETTÄVYYS
Haastattelu	Vapaamuotoisesti OPHI-II:sta muotoiltu haastattelurunko	+ hyviä kysymyksiä koulutuksesta ja kotielämästä + pehmeää keskustelua + sopuisasti asioiden äärelle - haastattelun tavoitteen oltava koko ajan mielessä
Itsearviointi	OSA	+ kuvaa ihmistä kattavasti + monien asioiden käsittely kerralla + vahvuudet + mielenkiinnot - joillekin vaikea täyttää
Itsearviointi	Selvästi eteenpäin	+ ”kotitehtäväksi” → itsenäinen työskentely + tuottaa paljon tietoa
Havainnointi	(MOHOST apuna jäsentelyssä)	+ vuorovaikutustaidot + arjen toimintakyky + voimaenergia + toiminnan ohjaus + taidot - ryhmässä havainnointi haastavaa

Ensimmäisellä arviointikerralla toimintaterapeutti haastatteli kuntoutujaa, minkä avulla hän pyrki muodostamaan yleiskuvan kuntoutujasta ja hänen elämäntilanteestaan nimenomaan kuntoutujan oman näkemyksen kautta. Alkuhaastattelun tukena toimintaterapeutti käytti Inhimillisen toiminnan malliin perustuvasta OPHI-II:sta (Occupation Performance History Interview-II) vapaamuotoisesti mukailtua haastattelurunkoa. Toimintaterapeutti oli muokannut haastattelua kaksoisdiagnoosikuntoutujien erityispiirteet huomioiden ja hyödyntänyt vain

tarpeellisiksi kokemansa kysymykset muun muassa koulutuksesta ja kotielämästä. Toimintaterapeutti koki muokkaamansa alkuhaastattelun käytettävyyden hyväksi, koska se mahdollisti vuorovaikutussuhteen luomisen kuntoutujan kanssa sekä arkeen ja työkykyyn liittyvien asioiden käsittelyn yleistasolla.

--- jotenki semmosta hyvin pehmeätä se keskustelu kuitenkin alkuun. Että päästään niitten asioitten äärelle ehkä vähän jotenkin sopusammin.

Haastattelun haasteeksi toimintaterapeutti nosti tarvittavien tietojen kattavan saamisen. Kuntoutuja sattoi olla erittäin puhelias tai vaihtoehtoisesti erittäin niukkasanainen, jolloin haastattelun ohjaaminen työkyvyn arvioinnin kannalta oleellisiin aiheisiin oli ajoittain vaativaa.

--- et täytyy olla itellä koko ajan kirkkaana mielessä et mihin sillä haastattelulla pyrkii, ettei mitään epäolennaisia asioita.

Itsearviointeja toimintaterapeutti käytti kuntoutujan oman äänen esiin saamiseksi. Aineistossa käytetyt itsearviointivälineet liittyivät pääosin kuntoutujan sosiaalisiin suhteisiin, päihteiden käyttöön, itseen sekä tunteisiin. Aineistosta nousi selkeästi kaksi itsearviointivälinettä, joita toimintaterapeutti käytti usein kaksoisdiagnoosikuntoutujien työkyvyn arvioinnissa: Toimintamahdollisuuksien itsearviointi OSA sekä Selvästi eteenpäin – päivittäisten toimien ja päihteiden käytön itsearviointi. Näiden molempien vahvuuksiksi toimintaterapeutti nimesi runsaan tiedon saannin useista työkykyyn vaikuttavista tekijöistä. OSA:n kautta on mahdollista löytää erityisesti kuntoutujan vahvuuksia ja mielenkiintoja.

OSA esimerkiksi sitä tekee niinku kaikille varmasti, se kuvaa niin paljon ihmistä --- saadaan niin monia asioita käsiteltyä kerralla --- enemmän on just sitä vahvuuksien ettimistä ja just niitä et minkä varassa sit lähettäis jatkamaan ja mielenkiinnot ja muut.

Selvästi eteenpäin -itsearviointilomakkeen toimintaterapeutti antoi yleensä kuntoutujalle itsenäisesti täytettäväksi arviointikertojen välillä. Lomake oli melko pitkä ja sisälsi useita kohtia, mutta oli kuitenkin kohtuullisen yksinkertainen täyttää. Sen lisäksi, että Selvästi eteenpäin -itsearviointi antoi tietoa siihen sisältyvistä aihealueista, myös sen mahdollinen täyttämättä jättäminen antoi tietoa kuntoutujan työkyvystä.

Että kyllähän sekin niinku sitten kertoo taas, että jos se jää tekemättä ni mikä se on se selitys. Onko se ollu liian vaikea, eikö se oo muistanu, eikö oo jaksanu. --- Tai sit jos sitä saa täytettyä, ni sehän on tietysti hyvä asia ja päästään keskustelea heti niistä, mut kyl se antaa ihmisestä tietoo. Et pystyykö itsenäisesti täyttää ---

Itsearviointeihin kuului oleellisesti asioiden käsittely kuntoutujan kanssa keskustellen lomakkeen täyttämisen jälkeen. Tällä tavoin toimintaterapeutti varmisti tiedon oikean ymmärtämisen ja vältti omien tulkintojen ja johtopäätösten tekemisen.

Kaikkihan noi niinku avataan haastattelussa asiakkaan kanssa et sieltähän se tieto niinku sitte oikeesti tulee --- aika vähän voi tehdä tässä sellasia suoria johtopäätöksiä, koska sit se on taas semmosta ihan tulkintaa ja ei oo luotettavaa tietoa.

Toimintaterapeutti käytti havainnointia arviointimenetelmänä aina ollessaan tekemisissä kuntoutujan kanssa, sekä kahdenkeskisissä tapaamisissa että pienryhmätilanteissa. Havainnointi oli ensisijainen arviointimenetelmä erityisesti toiminnallisissa tilanteissa, mutta sen yhdistäminen myös haastattelu- ja itsearviointitilanteisiin toi osaltaan lisätietoa kuntoutujan työkyvystä. Toiminnallisten havainnointitilanteiden toiminta valittiin asiakaslähtöisesti, kuntoutujan mielenkiinnoista riippuen. Toiminnalliset arviointitilanteet liittyivät vain harvoin kuntoutujan työhistoriaan tai mahdolliseen työpaikkaan, koska mahdollisuudet sen kaltaiseen toimintaan ovat JSS:ssa vähäiset.

Havainnoinnin käytettävyyden toimintaterapeutti koki melko hyväksi, koska sen avulla oli mahdollista saada tietoa useista kuntoutujan työkykyyn vaikuttavista tekijöistä. Erityisesti vuorovaikutustaidoista, arjen toimintakyvystä ja toiminnan ohjauksesta sai havainnoinnin kautta tehokkaasti sellaista tietoa, jota ei muilla arviointimenetelmillä ole mahdollista saada. Havaintojen jäsentelyyn toimintaterapeutti kertoi käyttävänsä melko usein MOHOST -seulonta-arviointia. Haastavaksi toimintaterapeutti koki useiden kuntoutujien havainnoinnin pienryhmätilanteissa.

Se on tietysti hankalaa et siinä on monta ihmistä niin ei pysty niin tarkkaan havainnoimaan ---

Työkyvyn arviointiprosessiin kuuluivat keskeisesti JSS:n moniammatillisen tiimin viikkopalaverit, joissa käsiteltiin arviointijaksolla olevien kuntoutujien tilanteita. Viikkopalavereilla oli merkittävä rooli muun muassa tiedon jakamisessa kaikille työkyvyn arviointiin osallistuville työntekijöille.

--- onks se tieto niinku yhdenmukaista, et puhuiks se asiakas meille kaikille samoja juttuja, et sit jos siel on hirveitä risteymiä, ni sit me tietään et joku niin kun mättää, et 'mikä se on?' ja 'miksi?' --- silloin joku asia ei oo totta yleensä.

Viimeisellä arviointikerralla toimintaterapeutti antoi kuntoutujalle usein henkilökohtaisesti palautetta työkyvyn arviointijakson aikana tekemistään huomioista. Tällä tavoin kuntoutujan oli mahdollista ilmaista mahdolliset eriävät mielipiteensä ja orientoitua työkyvyn arvioinnin loppupalaveriin.

Mä kerron --- 'mun mielestä niinku tällasia asioita', 'mä oon nähny tällasia asioita', et 'kuullostaaks se sun mielestä ihan oikeelta?'. Ja et 'näitä ja näitä mä aion siihen lausuntoon sit laittaa'.

Työkyvyn arviointijakson lopussa toimintaterapeutti kirjoitti lausunnon, jossa hän kuvasi kuntoutujan työkykyä ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä realistisesti että voimavaralähtöisesti. Lausunnossa oli tärkeää ilmetä selkeästi kuntoutujalle vaikeat ja haastavat toimintakyvyn osa-alueet, mutta myös kuntoutujan vahvuuksien kirjaaminen oli oleellista. Lausunnon kirjoittamiseen toimintaterapeutti käyttäisi mielellään aikaa kahtena peräkkäisenä päivänä, koska koki lausunnon kirjoittamisen keskeiseksi osaksi arviointiprosessia ja merkittäväksi kuntoutujan jatkokuntoutuksen kannalta.

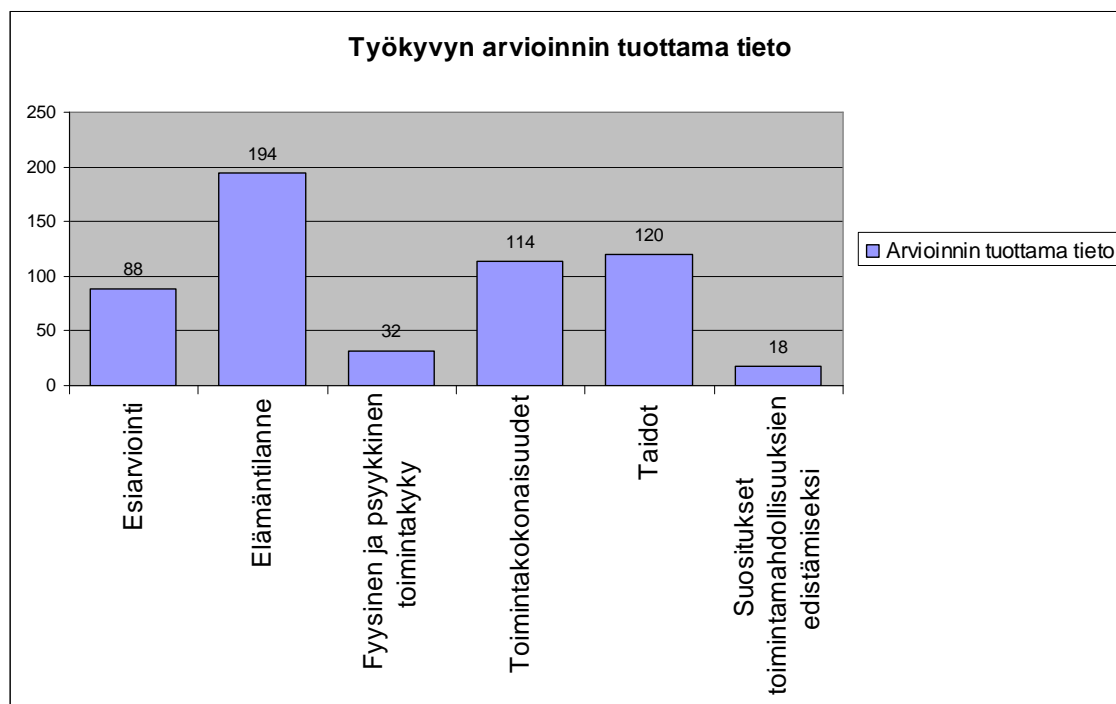
--- ne asiat vähän muotoutuu ja just sanamuotoja saa harkita tosi tarkkaan, että ne ois ymmärrettävää kieltä, mut et asia ei vääristyis et asia tulis aina oikein. --- oikeesti perustuu niihin havaintoihin eikä siel oo niinku semmosta mun omaa tulkintaa missään välissä.

--- lausuntoja niinku saa koko ajan pohtii et mitä niis on hyvä olla ja muuta. Et kyl varmaan niinku toistuva semmonen kehittämiskohde.

Työkyvyn arviointiprosessin lopussa moniammatillinen tiimi ja kuntoutuja kokoontuivat ja kävivät yhdessä läpi työkyvyn arvioinnin tulokset, jatkosuositukset sekä mahdolliset muut kuntoutukseen liittyvät asiat.

6.2 Työkyvyn arvioinnin tuottama tieto

Työkyvyn arviointiprosessi tuotti laajasti tietoa kaksoisdiagnoosikuntoutujan toimintamahdollisuuksista sekä muista työkykyyn liittyvistä tekijöistä. Analyysin tulokseksi muodostui kuusi pääluokkaa, jotka olivat esiarviointi, elämäntilanne, fyysinen ja psyykinen toimintakyky, toimintakokonaisuudet, taidot sekä suositukset toimintamahdollisuuksien edistämiseksi. Näiden pääluokkien keskinäistä suhdetta havainnollistamme kuviossa 2. Vaikka opinnäytetyömme oli laadullista tutkimusmenetelmää noudatteleva, koimme tärkeäksi merkitä taulukkoon myös pelkistettyjen havaintoyksiköiden numeerisen lukumäärän. Tällä tavoin tulosten tarkastelu saa uusia ulottuvuuksia, koska näemme, kuinka paljon lausunnoissa oli tuotettu tietoa kustakin osa-alueesta.



KUVIO 2. Työkyvyn arvioinnin tuottaman tieto.

Työkyvyn arviointi tuotti eniten tietoa elämäntilanteen, taitojen ja toimintakokonaisuuksien pääluokista. Koko aineistosta muodostuneiden 22:n alaluokan jakautumista eri pääluokkien sisällä havainnollistamme liitteessä 3, jossa alaluokat näkyvät kokonaisuudessaan. Taulukossa näkyy alaluokkien jakautuminen eri pääluokkien kesken, mutta niitä voi tarkastella myös yksittäisinä luokkina.

Elämäntilanteeseen liittyviä alaluokkia nousi aineistosta runsaasti esiin (kahdeksan kappaletta), vaikka vain kaksi alaluokkaa ylitti 30 havaintoyksikön rajan. Elämäntilanteeseen liittyen suhde päihteisiin (39) ja sosiaalinen ympäristö (33) olivat eniten edustettuina aineistossa. Myös mielenkiinnonkohteiden ja harrastusten (29) kartoitus sekä oma kokemus elämästä (24) tuottivat melko paljon tietoa. Arvot ja voimavarat, sitoutuminen, toiveet ja ajatukset tulevaisuudesta sekä oma kokemus arjesta olivat aineistossa edustettuina yksikkömäärin 16–19.

Taitojen arvioinnin pääluokka oli seuraavaksi suurin työkyvyn arvioinnin osa-alueista. Prosessitaidot (64) korostuivat ollen toiseksi suurin alaluokka koko aineistossa. Myös kommunikointi- ja vuorovaikutustaitoihin liittyviä havaintoyksiköitä nousi aineistosta melko runsaasti (37). Motorisiin taitoihin (19) liittyviä yksiköitä oli tässä pääluokassa vähiten.

Toimintakokonaisuuksien arviointi oli aineiston kolmanneksi suurin pääluokka. Asioiminen ja kotielämä (69) oli selkeästi eniten tietoa tuottanut osa-alue koko aineistossa. Työssä selviytyminen (18), oma arvio työkyvystä (15) ja itsestä huolehtiminen (12) olivat toisiinsa verrattuina melko tasaisesti edustettuina.

Esiarviointiin liittyvistä havaintoyksiköistä koulutus- ja työhistoria (45) erottui suurimpana alaluokkana. Tähän todennäköisesti vaikutti työroolia arvioivan WRI:n käyttö arviointivälineenä, mikä tuottaa tietoa myös kuntoutujan työhistoriasta. Luokittelimme koulutus- ja työhistorian kuitenkin esiarvioinnin alaluokaksi, koska koulutus- ja työhistorian selvittäminen on työkyvyn arvioinnin taustatietoa ja tärkeää arvioinnin kohdentamiselle. Koulutus- ja työhistoriasta oli myös jonkin verran esitietoja kuntoutujan saapuessa työkyvyn arviointijaksolle. Esiarvioinnista nousi kuntoutujan perustietoja (23) jonkin verran, muista hoitotahoista (11) ja sairaushistoriasta (9) melko vähän.

Fyysinen ja psyykinen toimintakyky olivat laajoja kokonaisuuksia, mutta erityisesti niitä koskevia – muiden pääluokkien alle sopimattomia – havaintoyksiköitä nousi aineistosta sen verran paljon, että koimme järkeväksi muodostaa niistä oma pääluokkansa. Psyykkiseen toimintakykyyn (18) liittyviä yksiköitä oli hieman enemmän kuin fyysiseen toimintakykyyn (14) liittyviä yksiköitä, mutta ero ei ollut huomattava.

Arvioinnin perusteella tehtävät suositukset (18) muodostivat yksinään oman pääluokkansa. Määrä näyttää numeerisesti vähäiseltä, mutta on tärkeää huomioida suositusten pilkkomatta jättäminen aineiston analyysivaiheessa. Suositukset liittyivät pääosin kuntoutujien psyykkisen toimintakyvyn tukemiseen tai kuntouttavaan työtoimintaan, mutta vain muutamissa lausunnoissa oli tarkkoja suosituksia esimerkiksi kuntoutujan kanssa käytettävistä toiminnoista. JSS:ssa ei ole aina tarkkaa tietoa kotikuntien jatkokuntoutusmahdollisuuksista, joten suosituksia ei voida tehdä kovin tarkasti. Tarkemmat jatkosuositukset tehdään arviointijakson jälkeen yhdessä kotikunnan työtekijöiden kanssa.

7 JOHTOPÄÄTELMÄT

Tässä luvussa tarkastelemme koko aineiston pohjalta saatuja tuloksia ja peilaamme niitä työmme teoreettiseen osuuteen. Pohdimme sitä, miten Inhimillisen toiminnan malli ilmenee arviointiprosessissa ja sen tuottamassa tiedossa. Tarkastelemme myös työkyvyn arvioinnin tuottaman tiedon suhdetta kaksoisdiagnoosin erityispiirteisiin.

Lisäksi vertaamme työkyvyn arvioinnin kohdentumista ja sen tuottamaa tietoa esittelemme työkykymalleihin. Opinnäytetyötämme ohjaavat kysymykset liittyvät pitkälti toisiinsa, joten johtopäätelmiä pohtiessamme tarkastelemme niitä paljon myös lomittain. Käytämme hyödyksi työkyvyn arviointiprosessin etenemisestä saatuja tuloksia muun muassa pohtiessamme sitä, minkälaista tietoa työkyvyn arviointiprosessi oli tuottanut kaksoisdiagnoosikuntoutujan työkyvystä.

Työkyvyn arviointiprosessin tuottaman tiedon tuloksiksi saimme kuusi pääluokkaa (ks. kuvio 2), joihin arvioinnin tuottama tieto keskittyi. Näitä pääluokkia olivat esiarviointi, elämäntilanne, fyysinen ja psyykinen toimintakyky, toimintakokonaisuudet, taidot sekä suositukset toimintamahdollisuuksien edistämiseksi. Haastattelusta nousi esille paljon toimintaterapeutin työhön vaikuttavaa terapeutista päättelyä, joka näkyi muun muassa arviointivälineiden valitsemisessa ja niiden soveltamisessa Toimintaterapian ainutlaatuisuus näkyy muun muassa siinä, että tietoa kuntoutujan työkyvystä tuotetaan monesta eri osa-alueesta.

Kaksoisdiagnoosikuntoutajat ovat usein moniongelmaisia, joten on luonnollista, että työkyvyn arviointi tuottaa tietoa monista eri tekijöistä. Esittelemämme työkykymallit – tasapainomalli ja talomalli – painottavat työkyky-käsitteen laajuutta, jolloin sitä tuleekin tarkastella kattavasti. Sekä työkyvyn tasapainomalli että talomalli korostavat yksilön henkilökohtaisten edellytysten ja työelämän välistä suhdetta. Malleissa työkyvyn arviointi keskittyy nimenomaan tämän suhteen arviointiin ja sen perusteella joko työntekijöiden voimavarojen tukemiseen tai työolojen muokkaamiseen. Koska JSS:ssa ei käytännön resursseista johtuen ole useinkaan mahdollista arvioida kuntoutujan työkykyä realistiseen työhön liittyvässä kontekstissa, työkyvyn arviointi painottuu pääosin kaksoisdiagnoosikuntoutujan ominaisuuksien ja toimintaedellytysten arviointiin. Tätä kautta työkyvyn arviointiprosessi JSS:ssa keskittyy kaksoisdiagnoosikuntoutujan voimavarojen, arvojen ja asenteiden sekä motivaation arviointiin sekä näiden vaikutukseen työkykyyn.

Työkyvyn arviointiprosessin etenemisessä JSS:ssa on havaittavissa yhdenmukaiset toimintaterapian peruseriaatteet, joiden mukaan toimintaterapeutti tekee arviointiprosessiin liittyviä päätöksiä. Esimerkiksi informaation kerääminen usean arviointimenetelmän avulla sekä asiakaslähtöisyys ja arvioinnin kohdentaminen yksilöllisesti nousevat aineiston tuloksista vahvasti esille. Nämä peruseriaatteet ovat yhtenevät muun muassa Inhimillisen toiminnan mallin kanssa, joten voimme todeta, että työkyvyn arviointi toteutuu JSS:ssa teoriaan perustuen.

JSS:n toimintaterapeutin työskentelyä ohjaava Inhimillisen toiminnan malli näkyy tuloksissa kokonaisvaltaisena lähestymistapana sekä konkreettisesti muun muassa siinä, minkälaista tietoa arviointi tuottaa. Esimerkiksi OSA:n kautta saatu tieto liittyy kiinteästi tahtoon, tottumukseen ja suorituskykyyn sekä niiden ilmentymiseen. Nämä kolme Inhimillisen toiminnan mallin peruselementtiä näkyivät analysoidussa aineistossa yksittäisinä havaintoyksiköinä eri alaluokkiin jakautuneina.

Tahtoon liittyviä havaintoyksiköitä oli aineistossa huomattavan vähän. Tahtoon liittyvien havaintoyksikköjen vähäisyyden perusteella näyttääkin siltä, että kaksoisdiagnoosikuntoutujan kohdalla oman tahdon esiin tuominen ja ilmaiseminen on erityisen haasteellista. Työkyvyn arvioinnissa tahtoa voisi arvioida tarkemmin esimerkiksi Inhimillisen toiminnan malliin perustuvalla Volitional Questionnairella (VQ). VQ soveltuu hyvin esimerkiksi sellaisten kuntoutujien arviointiin, joiden on vaikea muodostaa tavoitteitaan tai ilmaista arvojaan (Kielhofner 2008: 226).

Tottumukseen liittyvää arviointia aineistossa ilmeni runsaasti. Tämä saattaa johtua siitä, että tottumus, arkipäiväinen tapa, on kaksoisdiagnoosikuntoutujille helpommin yhdistettävissä omaan arkeen. Tottumus liittyy useimmiten konkreettisiin toimintoihin kuten itsestä huolehtimiseen, asioimiseen ja kotielämään, joista suoriutumista kuntoutuja itsekin kykenee arvioimaan. Vaikuttaakin siltä, että kaksoisdiagnoosikuntoutuja kykenee ymmärtämään ja arvioimaan käytännönläheisiä toimintoja helpommin kuin abstrakteja asioita.

Tottumukseen liittyvät kiinteästi yksilön roolit. Tuloksien valossa työkyvyn arviointi tuottaa vain vähän tietoa kuntoutujan rooleihin osallistumisesta. Analyysissa rooleihin viittaavat havaintoyksiköt olivat pääasiassa sosiaalisen ympäristön alaluokassa, johon ne sopivat luontevasti. Rooleihin liittyvien havaintoyksiköiden vähäisyys aineistossa johtuu todennäköisesti muun muassa kaksoisdiagnoosikuntoutujien kapeutuneesta sosiaalisesta ympäristöstä, minkä seurauksena heillä on vähemmän rooleja kuin ennen sairastumistaan. Kielhofnerin (2008) mukaan roolien vaikutus yksilön elämään ja työkykyyn on merkittävä, joten kaksoisdiagnoosikuntoutujan roolien kartoitus olisi tärkeää sekä työkyvyn arvioinnin että kuntoutujan elämän mielekkyyden kannalta. Työkyvyn arvioinnissa kaksoisdiagnoosikuntoutujan menneitä, nykyisiä ja tulevia toiminnallisia rooleja sekä eri roolien merkityksiä voisi kartoittaa tarkemmin esimerkiksi Inhimillisen toiminnan malliin perustuvan Role Checklistin avulla (Kielhofner 2008: 258).

Suorituskykyyn liittyviä tekijöitä nousi aineistosta esille eniten näistä kolmesta peruselementistä. Suorituskykyyn liittyviä havaintoyksiköitä oli jokaisessa pääluokassa, erityisesti korostui taitojen pääluokka. Näyttää siltä, että kaksoisdiagnoosikuntoutujan kohdalla suorituskykyyn – ja sitä kautta työkykyyn – vaikuttavat erityisesti prosessitaidot. Lisäksi kuntoutujan subjektiivinen kokemus omasta suorituskyvystään ja sen huomioiminen työkykyä arvioitaessa on tärkeää. Opinnäytetyömme tulosten valossa vahvistuukin käsitys siitä, että toimintaterapeutin toteuttama työkyvyn arviointi JSS:ssa painottuu kuntoutujan suorituskykyyn.

Toimintaterapeutti huomioi työkyvyn arviointiprosessissa kuntoutujan oman kokemuksen arjesta, elämästä ja työkyvystä. Inhimillisen toiminnan mallissa voimaannutetaan kuntoutujaa oman elämänsä sankariksi ja tuodaan näkyväksi kuntoutujan mahdollisuus vaikuttaa itse omaan elämäänsä. Kuntoutujan oman kokemuksen ja näkemyksen huomioiminen ilmeneekin aineistosta selvästi. Tulosten perusteella voidaankin päätellä, että toimintaterapeutti ottaa kuntoutujan aktiiviseksi yhteistyökumppaniksi arviointiprosessissa sekä kunnioittaa kuntoutujan omia toiveita ja tavoitteita.

Tuloksia tarkasteltaessa arvioinnin tuottaman tiedon jakautumista eri alaluokkiin on hyvä tarkastella monipuolisesti. Ne alaluokat, jotka aineistossa korostuvat, näyttävät olevan niitä, joissa kaksoisdiagnoosikuntoutujilla on eniten haasteita ja ongelmia. Asioimisen ja kotielämän sekä prosessitaitojen korostuminen aineistossa viittaa siihen, että juurikin niihin liittyvät tekijät vaikuttavat huomattavasti kaksoisdiagnoosikuntoutujan työkykyyn ja työssä selviytymiseen. Asioimiseen ja kotielämään liittyvien havaintoyksiköiden runsas lukumäärä kertoo myös siitä, että kaksoisdiagnoosikuntoutujan elämä keskittyy pitkälti arkeen ja sen hallintaan.

Toisaalta myös ne alaluokat, joihin aineistosta nousi vähemmän havaintoyksiköitä, voivat olla niitä, joihin liittyen kuntoutujalla ilmenee vaikeuksia. Esimerkiksi kuntoutujan arvoihin ja voimavaroihin, sitoutumiseen sekä tulevaisuudentoiveisiin liittyen aineistosta nousi melko vähän havaintoyksiköitä. Onkin tärkeää pohtia, voiko näissä tapauksissa havaintoyksiköiden vähäisyys johtua kaksoisdiagnoosikuntoutujan vaikeudesta ilmaista tai nimetä näihin alaluokkiin liittyviä tekijöitä elämässään.

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää toimintaterapeutin toteuttaman kaksoisdiagnoosikuntoutujan työkyvyn arviointiprosessin etenemistä sekä tarkastella arvioinnin kohdentumista ja sen tuottamaa tietoa. Yhteistyö JSS:n toimintaterapeutin kanssa sujui mielestämme erittäin hyvin. Pitkin opinnäytetyöprosessia toimimme tiiviissä ja joustavassa yhteistyössä ollen aina tarpeen vaatiessa yhteydessä toisiimme. Yhteistyömme oli luontevaa, keskustelevaa ja vuorovaikutuksellista. Toimintaterapeutin kanssa käydyt keskustelut olivat erityisesti meille opinnäytetyön tekijöinä antoisia ja oivalluksia herättäviä. Yhteistyössä näkyi myös toimintaterapeutin aito halu osallistua opinnäytetyömme toteuttamiseen ja oman työnsä kehittämiseen, joka osaltaan tuki ammatillista vuoropuhelua. Koska jatkuva yhteistyö oli yksi opinnäytetyömme toteutuksen keskeisimmistä elementeistä, yhteinen teoriapohja ja käsitteet olivat tärkeä osa kommunikointia. Inhimillisen toiminnan mallin käyttäminen opinnäytetyössämme lisäsi näin ollen osaltaan myös työmme luotettavuutta.

Opinnäytetyömme teoreettiseen taustaan paneutuessamme pyrimme valikoimaan käyttämämme lähteet kriittisesti. Kaksoisdiagnoosikuntoutujan työkyvyn arviointiprosessiin liittyy monia tekijöitä, joiden käsittely työmme teoreettisessa osuudessa oli mielestämme perusteltua ja tarkoituksenmukaista. Tavoitteenamme oli muodostaa teoreettisesta osuudesta selkeä ja ajanmukainen kokonaisuus, joka keskittyisi ainoastaan opinnäytetyömme kannalta oleellisiin käsitteisiin. Lähdekirjallisuudeksi valikoimme ainoastaan 2000-luvulla ilmestyneitä julkaisuja, jotta käyttämämme tietoperusta olisi mahdollisimman ajankohtaista ja luotettavaa. Teoriatietojen hyödyntäminen työmme tutkimuksellisessa osuudessa ja johtopäätöksissä toi omaan oppimiseemme uusia ulottuvuuksia ja näkökulmia. Työmme teoreettinen ja tutkimuksellinen osuus kulkivat koko kirjoitusprosessin ajan käsi kädessä, mitä pidemmälle tutkimuksellinen osuus eteni, sitä enemmän myös teoriaosuus tarkentui. Onnistuimme mielestämme kokoamaan työmme teoriaosuudesta mielenkiintoisen ja opinnäytetyömme tarkoitusta hyvin palvelevan kokonaisuuden.

Opinnäytetyötämme ohjanneet kysymykset muotoutuivat pitkällisen pohdinnan tuloksena yhdessä JSS:n toimintaterapeutin kanssa. Lopullisiin kysymyksiin päädyimme osittain myös kohdattujen vaikeuksien ja alkuperäisten suunnitelmien muuttumisen seurauksena. Opinnäytetyöprosessimme alussa olimme suunnitelleet keskittyvämmme erityisesti kuntoutujien kokemuksiin, joita meidän oli tarkoitus kerätä haastattelujen avulla. Olosuhteiden takia haastattelut jäivät kuitenkin toteutumatta. Tämän vuoksi päädyimme yhdessä JSS:n toimintaterapeutin kanssa siihen, että

opinnäytetyömme painotus muuttui lausuntojen tarkasteluun ja kysymysten asettelu muuttui jonkin verran. Opinnäytetyömme näkökulman muuttuessa myös tutkimuksellisen osuuden painotus muuttui ja kuntoutujien haastattelujen sijaan opinnäytetyömme pääaineisto muodostui arviointilausunnoista. Pyrimme kuitenkin muodostamaan kokonaiskuvan toimintaterapeutin tekemästä työkyvyn arviointiprosessista, joten siihen vaikuttavien tekijöiden tarkentaminen toimintaterapeutin haastattelun ja muiden dokumenttien avulla oli aiheellista.

8.1 Luotettavuuden pohdinta ja arviointi

Oma kokemattomuutemme opinnäytetyön tekijöinä ja tutkijoina toi paljon haasteita tutkimuksellisen osuuden toteutukseen ja vaikutti varmasti osaltaan opinnäytetyömme luotettavuuteen. Seuraavaksi pohdimme opinnäytetyömme luotettavuutta sekä niitä tekijöitä, jotka on syytä huomioida opinnäytetyömme tuloksia tarkastellessa.

Toimintaterapeutin teemahaastattelurungon rakentaminen siten, että saimme tarvittavat, dokumentteja täydentävät lisätiedot osoittautui yllättävän hankalaksi. Koska halusimme jättää haastattelutilanteessa tilaa myös spontaaneille vastauksille, emme olleet kirjanneet haastattelurunkoon kuin muutamia teemoja tarkentavia kysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä pyrimme myös siihen, että pidempien vastausten kautta olisi mahdollista saada enemmän tietoa. Kokemattomuutemme haastattelijoina aiheutti kuitenkin sen, ettemme osanneet kysyä teemahaastattelun edetessä kaikkia tarvittavia tarkentavia kysymyksiä. Tästä johtuen aineistosta ei löytynyt esimerkiksi yhtään WRI:n käytettävyyteen liittyviä toimintaterapeutin kokemuksia, vaikka WRI onkin yksi keskeisimmistä toimintaterapeutin käyttämistä työkyvyn arviointivälineistä.

Aineiston analysointi oli haastavaa ja aikaa vievää vaatien meiltä paljon keskinäistä pohdintaa ja keskustelua. Varsinaista sisällönanalyysia käytimme analysoidessamme arvioinnin tuottamaa tietoa. Koimme nimenomaan aineistolähtöisen analyysitavan palvelevan opinnäytetyömme tarkoitusta, koska se mahdollisti aineiston oman äänen näkymisen ilman teorialähtöisyyden asettamia ennako-oletuksia. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi osoittautui monivaiheisuudessaan haastavaksi ja analysoinnin jälkeen huomasimmekin, että olisimme voineet muutamissa kohdin toimia toisin. Esimerkiksi pilkkoessamme aineistoa havaintoyksiköihin otimme lausunnoista mukaan myös yhteenvedot, jolloin aineistoon tuli jonkin verran toistoa. Toiston seurauksena joihinkin muodostamiimme ala- ja yläluokkiin tuli enemmän havaintoyksiköitä, mikä aiheutti mahdollisesti opinnäytetyömme tuloksiin harhaa.

Suosituksset jätimme aineistoa analysoidessa pilkkomatta, vaikka tiedostimme jo silloin sen mahdollisesti vääristävän opinnäytetyömme tuloksia. Koska jätimme lausunnoista poimitut suositukset kokonaisiksi ilmaisuiksi, niiden osuus aineiston muihin havaintoyksikköihin verrattuna jäi suppeammaksi. Päädyimme kuitenkin siihen, että suositusten pilkkomisella niiden sisältämä informaatio olisi muuttanut merkitystään. Emme myöskään kokeneet suositusten vertailua numeerisesti muihin pääluokkiin tarkoituksenmukaiseksi. Tuloksia havainnollistavassa taulukossa suosituksiin liittyvien havaintoyksiköiden lukumäärä on kuitenkin näkyvässä, koska sen poisjättäminen olisi herättänyt enemmän kysymyksiä.

Alaluokkien ryhmittely yläluokkien alle ei sujunut kaikilta osin ”oikeaoppisesti”, vaan käytimme tilannekohtaisesti omaa harkintaamme. Esimerkiksi suositukset jätimme omaksi alaluokakseen ”Suositukset toimintamahdollisuuksien edistämiseksi” -yläluokan alle. Koimme tekemämme luokittelun perustelluksi ja tarkoituksenmukaiseksi, koska mielestämme suositusten sisältämää ainutlaatuista informaatiota ei voinut yhdistää minkään muun alaluokan kanssa yhden yläluokan alle.

Opinnäytetyömme tuloksia kirjoittaessamme pohdimme myös sitä, että olisimme voineet muodostaa enemmänkin opinnäytetyötämme ohjanneita kysymyksiä tai määrittellä ne tarkemmin. Työkyvyn arvioinnin kohdentaminen sekä käytettyjen arviointimenetelmien ja -välineiden käytettävyyden nousivat aineistosta selvästi esiin. Ne olisivat voineet hyvin olla omina kysymyksinään, jolloin niiden analysointi olisi voinut olla tehokkaampaa ja tarkoituksenmukaisempaa.

Laadullisena tutkimuksena opinnäytetyömme yleistettävyyden ei ole hyvä, mutta koemme kuitenkin, että opinnäytetyötämme ja sen tuloksia voi harkintaa käyttäen hyödyntää myös muissa yhteyksissä. Opinnäytetyömme kautta työkyvyn arviointeja tekevät ja kaksoisdiagnoosikuntoutujien parissa työskentelevät toimintaterapeutit voivat saada ideoita myös oman työnsä kehittämiseen. Varsinkin niissä tapauksissa, joissa toimintaterapeutilla ei ole aikaisempaa kokemusta kaksoisdiagnoosikuntoutujista tai heidän työkykynsä arvioinnista, erityisesti työmme teoreettinen osuus tarjoaa runsaasti asianmukaista tietoa. Opinnäytetyömme tarjoaa myös esimerkin siitä, kuinka työkyvyn arviointiprosessi voi kaksoisdiagnoosikuntoutujan kohdalla edetä. Tämä mahdollistaa muun muassa työkäytäntöjen leviämisen laajempaan käyttöön ja sen myötä käytäntöjen yhdenmukaistumisen, mikä helpottaisi osaltaan tiedonkulkua eri organisaatioiden välillä.

8.2 Jatkotutkimusideat

Opinnäytetyöprosessimme aikana mieleemme on tullut useita mielenkiintoisia jatkotutkimusideoita, joiden tarkastelu toimintaterapian näkökulmasta voisi olla antoisaa. Monet näistä ideoista liittyvät juurikin JSS:aan ja opinnäytetyömme tulosten syventämiseen muun muassa sen kautta, kuinka työkyvyn arviointiprosessia JSS:ssa voisi kehittää. Olisi myös mielenkiintoista selvittää, kuinka kaksoisdiagnoosikuntoutujien työkyvyn arviointiprosessi etenee jossain toisessa kontekstissa tai organisaatiossa.

Oma alkuperäinen suunnitelmamme oli tarkastella kaksoisdiagnoosikuntoutujien ennako-odotuksia ja kokemuksia työkyvyn arviointiprosessista. Näiden kokemusten perusteella voisi tarkastella esimerkiksi arviointiprosessin asiakaslähtöisyyttä sekä sitä, miten kuntoutujat kokevat itse päässeensä vaikuttamaan tai hyötäneensä työkyvyn arviointiprosessista.

Koska työkyvyn arviointiprosessiin osallistuu moniammatillinen tiimi, myös heidän näkemyksensä huomioiminen olisi tärkeää. Jatkotutkimuksissa voisi tarkastella esimerkiksi sitä, kuinka moniammatillinen yhteistyö toimii JSS:ssa ja kuinka sitä voisi kehittää. Työkyvyn arviointiin liittyvän moniammatillisen yhteistyön tarkastelu esimerkiksi ryhmähaastattelun avulla voisi olla hyödyllistä. Se mahdollistaisi muun muassa keskustelun herättelyn työyhteisössä, jolloin mahdolliset kehitysideat siirtyisivät ehkä helpommin koko tiimin käyttöön ja käytäntöön.

Kaksoisdiagnoosikuntoutujat ovat usein sosiaalisesti syrjäytyneitä ja heidän sosiaalinen verkostonsa on kapeutunut. Tähän liittyen olisi mielenkiintoista tarkastella myös kaksoisdiagnoosikuntoutujien omaisten ja läheisten näkökulmia. JSS:ssa tämä voi olla haastavaa kuntoutujien tullessa ympäri Suomea, mutta jossain muussa kontekstissa voisi selvittää, kuinka omaisten näkökulman huomioiminen näkyy tai vaikuttaa toimintaterapia-arviointiin.

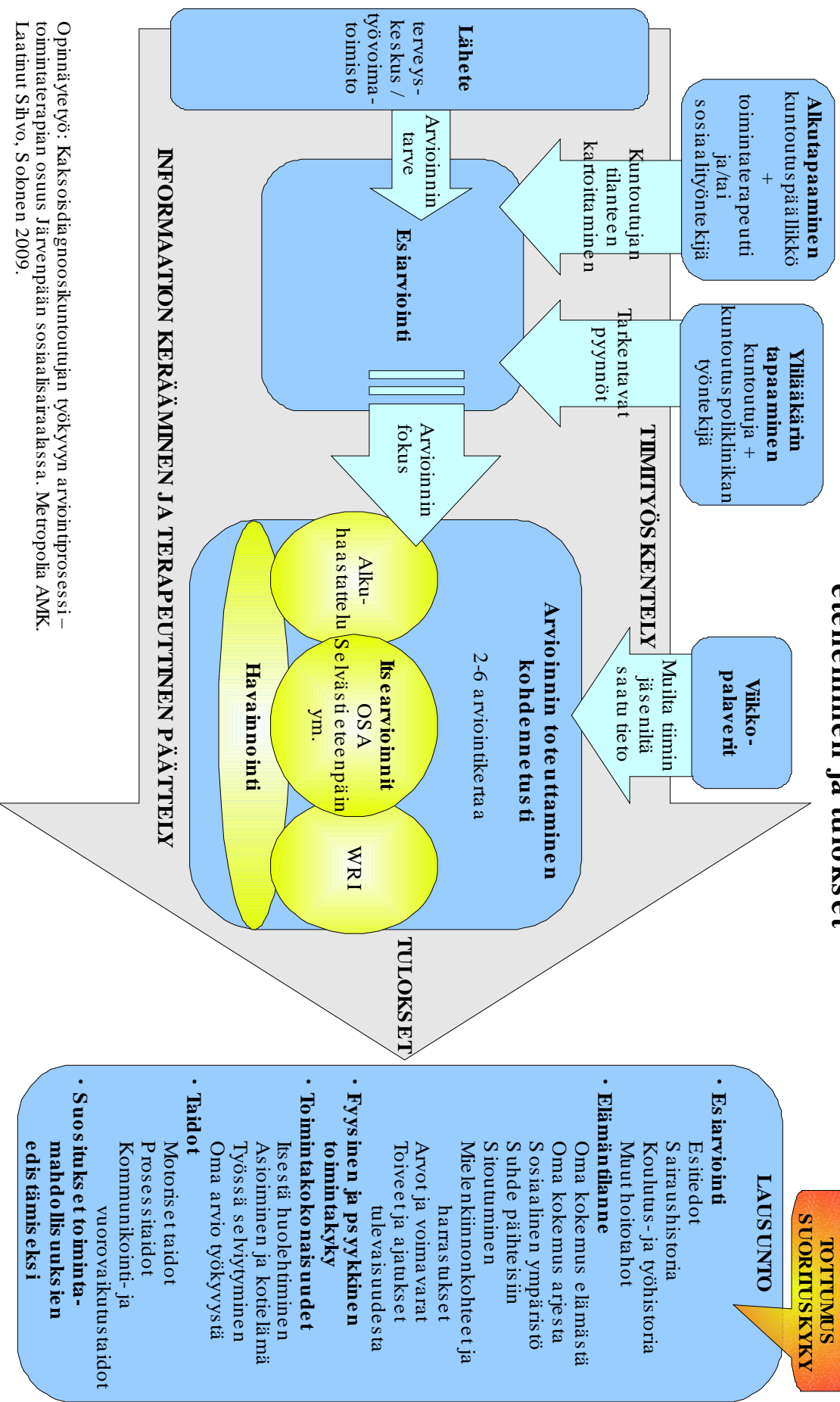
LÄHTEET

- Aalto, Mauri 2007a: Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf>>. Luettu 16.5.2009.
- Aalto, Mauri 2007b: Kaksoisdiagnoosi. Päihdelinkki. Verkkodokumentti. <<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/145-kaksoisdiagnoosi>>. Luettu 16.5.2009.
- Alkoholiongelmaisen hoito. 2005. Käypä hoito -suositus. Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50028>>. Luettu 5.6.2009.
- Baptiste, Sue – Strong, Susan – MacGuire, Brianna 2005: Measuring Work Performance From an Occupational Performance Perspective. Teoksessa Law, Mary – Baum, Carolyn – Dunn, Winnie: Measuring Occupational Performance. Supporting Best Practice in Occupational Therapy. 2nd edition. Thorofare: SLACK Incorporated. 150–177.
- Creek, Jennifer 2008: Occupational Therapy and Mental Health. 4th edition. Edinburgh – New York: Churchill Livingstone Elsevier.
- Finlay, Linda 2004: The Practice of Psychosocial Occupational Therapy. 3rd edition. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.
- Haveri, Satu 2006: Kaksoisdiagnoosipotilaiden tilannekatsaus. Pohjanmaa-hanke. Verkkodokumentti. <<http://trinity.siteadmin.fi/File.aspx?id=466629&ext=pdf&routing=455339&webid=455341&name=Kaksoisdiagnoosipotilaiden%20tilanne+katsaus>>. Luettu 16.5.2009.
- Henkilötietolaki 523/99 § 11. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>>. Luettu 25.4.2009.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2009: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hoito- ja tutkimuseettiset periaatteet 2001. A-klinikkasäätiö. Verkkodokumentti. Päivitetty 4.10.2001. <http://www.a-klinikka.fi/kehittamistoiminta/tutkimus/toiminta/eettiset_periaatteet.html>. Luettu 25.4.2009.
- Holma, Tupu 2003: Toimintaterapianimikkeistö. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Huttula, Kirsi 2005: Kuvahaastattelu työkykyyn vaikuttavien tekijöiden kartoittamisessa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Ilmarinen, Juhani – Gould, Raija – Järvikoski, Aila – Järvisalo, Jorma 2006: Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa Gould, Raija – Ilmarinen, Juhani – Järvisalo, Jorma – Koskinen, Seppo (toim.): Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos. 17–34.
- Järvenpään sosiaalisairaala 2007: Järvenpään sosiaalisairaala – Suomen ainoa päihdesairaala -esite. Järvenpää: Järvenpään sosiaalisairaala.

- Järvenpään sosiaalisairaala 2009: Kuntoutuspoliklinikka – Kuntoutuspalvelut ja päihdelääketieteelliset poliklinikkapalvelut -esite. Järvenpää: Järvenpään sosiaalisairaala.
- Karppinen, Helena 2008: Hiljainen tieto hoitotyön tietoperustassa sekä hoitotieteen ja muiden tieteenalojen tutkimuksissa. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kettunen-Laurila 2008. Toimintaterapeutti. Järvenpään sosiaalisairaala. Järvenpää. Suullinen tiedonanto 20.10.
- Kettunen-Laurila 2009. Toimintaterapeutti. Järvenpään sosiaalisairaala. Järvenpää. Suullinen tiedonanto 17.8.
- Kielhofner, Gary 2008: Model of human occupation: theory and application. 4th edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kuoppasalmi, Kimmo – Heinälä, Pekka – Lönnqvist, Jouko 2007: Päihteisiin liittyvät häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen, Mauri – Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Helsinki: Duodecim. 417–484.
- Laine, Markus – Bamberg, Jarkko – Jokinen, Pekka 2007: Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus.
- Mantila, Seija 2005: Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteet ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveystyössä. Hyvinvoinnin rakentajat -hanke. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Mantila, Seija 2007: ”Ja että oltais niillä samoilla linjoilla”. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteet ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveystyössä. Pro gradu tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<http://www.stm.fi/Resource.php?publishing/store/2009/02/pr1233819605898/passthru.pdf>>. Luettu. 5.6.2009.
- Mäkelä, Rauno 2003: Alkoholiriippuvuus ja muu psyykkinen sairastavuus. Teoksessa Salaspuro, Mikko – Kiianmaa, Kalervo – Seppä, Kaija (toim.): Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim.
- Mäkinen, Olli 2006: Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Mäkitalo, Jorma 2003: Työkyvyn käsite. Teoksessa Antti-Poika, Mari – Martimo, Kari-Pekka – Husman, Kaj (toim.): Työterveyshuolto. Helsinki: Duodecim. 141–147.
- Nordman, Roger 2008: Päihdepalveluja ei voi rakentaa mielenterveyspalvelujen varaan. Tiimi – päihdealan erikoislehti 1/2008. 21–22.
- Pensola, Tiina – Rinne, Hanna – Kankainen, Hanna – Roine, Sanna 2008: Työikäiset ikääntyvät. 55–69-vuotiaiden terveys, toimintakyky, työkyky ja kuntoutustarve. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Salo-Chydenius, Sisko (toim.) 2002a: Ihminen oman elämänsä tekijänä. Helsinki: Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry.

- Salo-Chydenius, Sisko 2002b: Arviointiryhmä toimintaterapiassa – ihmisille, joilla on kaksoisdiagnoosi. Teoksessa Salo-Chydenius, Sisko (toim.): Ihminen oman elämänsä tekijänä. Helsinki: Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry.
- Salo-Chydenius, Sisko 2003: Selvästi eteenpäin – päivittäisten toimien ja päihteiden käytön itsearviointi. Kuntoutus 2/2003. 26–35.
- STM tiedote 59/2008. Ministeri Hyssälä: Masennusperusteiset työkyvyttömyyseläkkeet nousussa - voimakkaita toimia tarvitaan. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1271567>>. Luettu 5.6.2009.
- STM tiedote 240/2008. Ministeri Risikko: Kuntoutus osaksi Paras-hanketta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1237631>>. Luettu 5.6.2009.
- STM tiedote 267/2008. Toimintaohjelma masennusperäisten eläkkeiden vähentämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1246409>>. Luettu 5.6.2009.
- Syrjämäki, Merja 2008: Kuka hoitaa kaksoisdiagnoosipotilasta loppupeleissä? Verkkodokumentti. <http://trinity.siteadmin.fi/File.aspx?id=603753&ext=pdf&routing=455339&webid=455341&name=Kuka_hoitaa_kaksoisdiagnoosipotilasta_loppupeleiss%c3%a4_Merja%20Syrj%c3%a4m%c3%a4ki>. Luettu 13.6.2009.
- Toimintaterapia -esite n.d. Järvenpää: Järvenpään sosiaalisairaala.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2. painos. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- Vilka, Hanna 2005: Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

TYÖKYVYN ARVIOINTIPROSESSI TOIMINTATERAPIASSA eteneminen ja tulokset



Opinnäytetyö: Kaksosdiagnoosikuntoutujan työkyvyn arviointiprosessi – toimintaterapian osuus Järvenpään sosiaalisairaalassa. Metropolia AMK. Laatinut Sihvo, Solonen 2009.

TOIMINTATERAPEUTIN TEEMAHAASTATTELURUNKO

ARVIOINTIPROSESSIA OHJAAVA VIITEKEHYS

Inhimillisen toiminnan malli

- Miksi MOHO?
 - Mitä tarjoaa?
 - Puutteita?
 - Mahdollisten puutteiden korvaaminen?

ARVIOINTIPROSESSIN TOTEUTUMINEN

Arviointiprosessin alkaminen

- Mistä nousevat kysymykset, joihin arviointiprosessissa halutaan vastata?
- Muita huomioon otettavia seikkoja?
- Muita esitietoja lähetteen lisäksi?

Arviointiprosessin eteneminen

- Missä järjestyksessä?

Arviointimenetelmät ja -välineet

- Arviointimenetelmien valinta yksittäisen kuntoutujan kohdalla?
- Arviointivälineiden valinta yksittäisen kuntoutujan kohdalla?

- Haastattelu
 - Mihin pohjautuu? Miten?
 - Käytettävyys?
- Itsearviointit
 - Käytettävyys?
- Toiminnalliset havainnointitilanteet
 - Käytettävyys?

Muilta tiimin jäseniltä saatu tieto

ARVIOINNISTA SAATU TIETO – PROSESSIN PÄÄTÖS

Lausunnon kirjoittaminen

Arviointitulosten hyödyntäminen

Palaute kuntoutujalle

VAPAA SANA

