

Miia Ruohonen

Kohti hyviä ryhmäkäytäntöjä

Ryhmätoiminta psykoosiin sairastuneen kuntoutumisen tukena JMT kuntoutuspoliklinikalla

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Toimintaterapeutti (YAMK)
Kuntoutuksen koulutusohjelma
Opinnäytetyö
11.11.2011

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Miia Ruohonen Kohti hyviä ryhmäkäytäntöjä- Ryhmätoiminta psykoosiin sairastuneen kuntoutumisen tukena JMT kuntoutuspoliklinikalla 54 sivua + 2 liitettä 11.11.2011
Tutkinto	Toimintaterapeutti (YAMK)
Koulutusohjelma	Kuntoutus
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Salla Sipari Yliopettaja Pekka Paalasmaa
<p>Kehittämistyön tarkoituksena oli luoda perusteet hyvälle ryhmäkäytännölle JMT kuntoutuspoliklinikalla. Tavoitteena kehittämistyössä oli parantaa ryhmätoimintoja siten, että ne vastaisivat kuntoutujien yksilöllisiin tarpeisiin ja tukisivat kuntoutujien hyvän elämän toteutumista.</p> <p>Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä noudatettiin toimintatutkimuksen logiikkaa ja kehittämisen apuna sovellettiin kompetenssi-menetelmää. Kehittämistyön aihe syntyi työyhteisön tarpeesta kehittää omaa toimintaansa ja kehittäminen toteutui yhteistoiminnassa. Kehittämistyöhön valittiin vapaaehtoisuuden pohjalta 9 hengen moniammatillinen työryhmä, joka kokoontui 4 kertaa. Työryhmässä laadittiin ryhmätoimintoja kuvaava missio, joka sisältää ryhmätoimintoihin liittyviä tavoitteita, arvoja ja filosofiaa. Tämän lisäksi työryhmä arvioi kehittämistyöhön valikoituneiden 8 ryhmän osalta ovatko ne Skitsofrenian Käypä hoito –suosituksen sekä kuntoutuksen valtaistavan ja ekologisen toimintamallin mukaisia. Arvioinnin ja ryhmätoimintoja kuvaavan mission pohjalta ryhmiin tehtiin muutosehdotuksia.</p> <p>Kehittämistyöryhmän työskentelyn perusteella kuntoutuspoliklinikan ryhmätoiminnassa keskeiseksi arvoksi, toimintaa ohjaavaksi ajatukseksi ja tavoitteeksi muodostuivat asiakaslähtöisyys ja osallisuus. Asiakaslähtöisyys tunnistettiin ohjaavan kaikkea kuntoutuspoliklinikan toimintaa. Asiakaslähtöisyys koettiin myös edellytyksenä osallisuuden saavuttamiseksi. Ryhmätoiminnan nähtiin tukevan osallisuuden saavuttamista ryhmätoiminnassa saatujen kokemusten kautta voimaantumisen ja elämän hallinnan lisääntymisen avulla.</p>	
Avainsanat	ryhmätoiminta, psykoosisairaudet, Skitsofrenian Käypä hoito –suositus, kuntoutuksen valtaistava ja ekologinen toimintamalli

Author(s) Title Number of Pages Date	Miia Ruohonen TOWARDS THE BEST PRACTICE OF GROUPS- Group therapy to support a person with psychotic disorder 54 pages + 2 appendices 11 Nov 2011
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Specialisation option	
Instructor(s)	PhD Salla Sipari, Principal Lecturer PhD Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer
<p>The aim of this final project was to create a good base for group practice at JMT rehabilitation clinic. Objective of the project was to improve the group practice so that they would answer to patients needs and support their aim for good life.</p> <p>The project followed the logic from functional research. The need for this development arose from the rehabilitation clinic's team need to develop its own operations. The study material was gathered from a multiprofessional team which met 4 times. The team created a mission which describes group procedures and lists objectives, values and philosophy of it. The team also evaluated whether the chosen 7 groups were in accordance with Schizophrenia's Current Care and did they meet the empowering and ecological operations models. Some change suggestions to the groups were made based on evaluation and mission for group practice.</p> <p>Based on the study results client-centred approach and inclusion became the focus value, leading thought and objective for group therapy in the rehabilitation clinic. Client-centred approach was indentified as a leader for all rehabilitation clinic activities. Client-centred approach was also seen as necessity for reaching inclusion.</p>	
Keywords	group therapy, psychotic disorder, Schizophrenia's Curret Care, empowerment,

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Mielenterveyskuntoutus muutoksessa	4
2.1	Kohti kuntoutuksen ekologista ja valtaistavaa toimintamallia	5
2.2	Psykoosisairauden vaikutukset elämään	7
3	Ryhmätoiminta kuntoutumisen tukena	10
3.1	Kuntouttavat ryhmät	10
3.2	Ryhmätoiminta kuntoutuspoliklinikalla	13
4	Hyvä kuntoutuskäytäntö	15
4.1	Käypä hoito- suositus	15
4.2	Asiakaslähtöisyys	17
5	Kehittämistyön tavoite, tarkoitus ja kehittämistehtävät	17
6	Kehittämistyön eteneminen	18
6.1	Tutkimuksellinen kehittämistyö	18
6.1.1	Toimintatutkimus	19
6.1.2	Kompetenssi – menetelmä	20
6.2	Työryhmätyöskentelyn toteutus ja kokoonpano	21
6.3	Aineisto ja sen analysointi	24
7	Tulokset	25
7.1	Ryhmätoiminnan missio	25
7.2	Ryhmäkuvaukset	31
7.3	Hyvän ryhmäkäytännön perusteet	42
8	Pohdintaa	45
	Lähteet	55
	Liitteet	
	Liite 1 Analyysin kulku 1. tutkimuskysymyksen kohdalla	
	Liite 2 Analyysin kulku 2. tutkimuskysymyksen kohdalla	

1 Johdanto

Psykiatrinen hoito ja kuntoutus ovat olleet muutosten kohteena viime vuosien ja vuosikymmenten aikana. Psykiatristen sairaaloiden alasajo sekä toisaalta tutkimusten tuomat uudet näkökulmat ovat vauhdittaneet muutosta. Psykiatrasta kuntoutusta on kehitetty esimerkiksi erilaisissa projekteissa. Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti 1980-luvulla keskittyi mm. psykiatristen sairaaloiden sisällä tapahtuvaan kuntoutukseen. Viimeisimmän vuosikymmenen aikana kehittämisessä on keskitytty avokuntoutusjärjestelmään, joten normaalissa elinpiirissä tapahtuva kuntoutus voidaan katsoa olevan vasta kehityksensä alkutaipaleella. (Lähteenlahti 2008: 197). Kokonaiskäsitys psykiatriasta on myös muuttunut. Nykykäsityksen mukaan psykiatriaa pidetään tieteelliseen tietoon ja parhaisiin kliinisiin käytäntöihin perustuvana sekä eettisesti asianmukaisena toimintana, jolla pyritään yksilön hyvään. Uutta tietoa psykiatrian tueksi tarvitaan kuitenkin myös jatkossa, mutta yhtä tärkeää olisi pystyä hyödyntämään olemassa olevaa tietoa nopeammin ja taitavammin. (Lönngqvist – Lehtonen 2008: 25).

Psykoosisairauksien kuntoutuksen toteuttaminen perustuu ns. stressi-haavoittuvuus malliin, jossa vakavaan mielenterveyden häiriöön sairastuminen selittyy yksilöllisellä haavoittuvuudella ja erilaisilla stressi- eli kuormitustekijöillä. Psykoosisairauteen sairastumisen taustalla katsotaan olevan perinnöllinen alttius ja / tai rakenteellisia syitä, jotka yhdessä kuormittavien elämäntilanteiden kanssa muodostavat psykiatrisen oireyhtymän. Psykoosisairauksien taustan moninaisuudesta johtuen myöskään hoito ja kuntoutus eivät ole yksiselitteisiä. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2008, Isohanni ym. 2008:73,106, Lähteenlahti 2008:193.)

Aikaisemmin hoidon ja kuntoutuksen tuloksia mitattiin pääasiassa oireiden määrällä ja tavoitteena oli oireettomuus (remissio). Psykykkisen oireilun poistaminen lääkityksellä ei välttämättä paranna arkielämän toimintakykyä, jonka vuoksi on kehitetty erilaisia psykososiaalisia hoito- ja kuntoutusmuotoja. Nykyisin esimerkiksi kuntoutuksen ammattilaiset korostavat yhä enemmän ympäristön merkitystä kuntoutumisessa. Hoidon ja kuntoutuksen tuloksena tulisi enemmän korostaa toipumista (recovery), jolla tarkoitetaan kuntoutujien tuotteliaisuutta, itsenäistä toimintakykyä sekä tyydyttäviä ihmissuhteita. (Warner 2009: 374,379.)

Kernin ym. mukaan (2009) psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmuotojen tavoitteena tulisi olla juuri toiminnallinen toipuminen (recovery). Heidän mukaansa on hyvä huomioida, ettei mikään yksittäinen hoito – ja kuntoutusmuoto pysty yksistään vastaamaan tähän tarpeeseen. (Kern ym. 2009: 347, 375.) Psykososiaalisten hoito – ja kuntoutusmuotojen vaikuttavuuteen liittyvien tutkimusten pohjalta on tehty erilaisia suosituksia. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) on tehnyt kolme suositusta, joista viimeisin on vuodelta 2009. Hankaluutena suositusten tekemisessä on ollut mm. se, että psykososiaalisten hoito- ja kuntoutusmuotojen luokitteluun ei ole yhdenmukaista tapaa. Osa suositukseen valikoituneista menetelmistä on luokiteltu ongelman mukaan (esim. päihdeongelma), osa käytetyn strategian mukaan (esim. kognitiivinen käyttäytymisterapia CBT), osa hoitomuodon mukaan (esim. tehostettu avohoito ACT) ja osa sairauden vaiheen mukaan (esim. ensipsykoosi). Hoito- ja kuntoutusmuotojen kirjo nostaa esille sen tosiasian, että psykoosisairaudet aiheuttavat moninaisia haasteita arjesta selviytymiselle ja siten myös hoito- ja kuntoutusvaihtoehtoja on lukuisia. (Dixon ym. 2009: 48, 61-62.)

Suomessa hoitosuosituksia tekee Lääkäriseura Duodecim ja esimerkiksi Skitsofrenian Käypä hoito-suositus on vuodelta 2008. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2008.) Suomalaisessa hoitokäytännössä pyritään sovittamaan psykoosisairauksia koskevat erilaiset lähestymistavat toisiinsa. Hoidossa yhdistetään yleensä lääkitys, tukea antava psykoterapia, kuntoutus ja perheen tukeminen. Hoito ja kuntoutus pyritään rakentamaan yksilöllisesti kunkin potilaan ja hänen perheensä tilanteesta lähtien. Suomessa psykoosisairauksien psykososiaalisessa hoidossa ja kuntoutuksessa käytetään mm. yksilöterapioida, perheinterventioita, kognitiivisia kuntoutusohjelmia sekä erilaisia ryhmäterapioida. (Isohanni ym. 106,116, Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2008.)

Arvioiden mukaan kaksi kolmesta vakavaan mielenterveyden häiriöön sairastuneista ihmisistä ei pysty ylläpitämään tai saavuttamaan keskeisiä elämän rooleja kuten työntekijän, puolison, vanhemman tai yhteisön jäsenen roolia. Useimmilla psykoosisairauksiin sairastuneilla on ongelmia sosiaalisessa toimintakyvyssä ja he ovat eristäytyneet yhteiskunnasta. (Bellack ym. 2007: 805.) Euroopan 14 maassa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin mielenterveyskuntoutujien kokemuksia stigmasta. Tutkimuksen mukaan kuntoutujien itsensä kokema henkilökohtainen häpeä (self-stigma) on yleinen ja vaka-

va ongelma psykoosisairauteen sairastuneilla Euroopassa. (Brohan ym. 2010:232, 237.) Mielenterveyskuntoutuksen tulisi tukea voimaantumista ja pyrkiä vähentämään henkilökohtaisen häpeän tunteita. Voimaantuminen on keskeistä psykoosisairauksista toipumisen prosessin etenemisessä. (Warner 2009:374,378- 379.)

Psykoosisairauksien kuntoutuksessa on käytetty yleisesti erilaisia ryhmiä kuntoutumisen tukena. Sosiaalisten tilanteiden mahdollistuminen ja niissä oppiminen on tärkeä osa kuntoutuksen kokonaisuutta (Lähteenlahti 2008:207.) Voimaantumisen ja sosiaalisten kontaktien lisääntymisellä uskotaan olevan vaikutusta myös henkilökohtaisten häpeä kokemusten vähentymiseen. (Brohan ym. 2010: 237.) Silvola ja Klemelän (2010) mukaan psykiatrinen hoito ja kuntoutus ovat kuitenkin lukkiutuneet pitkälti yksilökeskeiseen kulttuuriin ja ryhmien hyödyntäminen on jäänyt liikaa modernin lääketieteen jalkoihin. (Silvola- Klemelä 2010: 98-99.)

Tämä kehittämistyö keskittyy JMT kuntoutuspoliklinikan ryhmätoimintojen kehittämiseen. JMT kuntoutuspoliklinikka on toiminut vuodesta 2007 lähtien, jolloin Hyvinkään sairaanhoitoalueen osa kunnista yhdisti psykiatrisia avohoidon palveluja. JMT kuntoutuspoliklinikka vastaa alueensa eli Järvenpään, Tuusulan ja Mäntsälän skitsofreniaan, ei-affektiivisiin psykooseihin ja näitä muistuttavia persoonallisuushäiriöitä sairastavien potilaiden avohoidosta ja kuntoutuksesta. Jatkossa tässä kehittämistyössä jätetään etuliite JMT kuntoutuspoliklinikan nimestä pois.

Kuntoutuspoliklinikan hoito ja kuntoutus perustuvat Skitsofrenian Käypä hoito – suositukseen. Kuntoutuspoliklinikan toiminnan tavoitteena on tarjota mahdollisimman laadukasta ja monipuolista kuntoutusta, joka toteutuu lähellä potilaan omaa elinympäristöä. Kuntoutuspoliklinikan yhtenä kehittämiskohteena on ollut toimintatapojen yhtenäistäminen eri toimipisteissä. Tämä ryhmätoimintoihin liittyvä kehittämistyö on jatkoa palvelujen kehittämiseksi. Kehittämistyöhön osallistuu kuntoutuspoliklinikan henkilökunta, joka toimii kolmessa toimipisteessä kolmen kunnan alueella. Yhteisen kehittämisen avulla pyritään lisäämään kuntouttavaan ryhmätoimintaan liittyvää ymmärrystä sekä yhteistyötä.

Kehittämistyön tavoitteena on parantaa ryhmätoimintoja siten, että ne vastaisivat kuntoutujien yksilöllisiin tarpeisiin ja tukisivat kuntoutujien hyvän elämän toteutumista.

Kehittämistyön tarkoituksena on arvioida ja kehittää kuntoutuspoliklinikan ryhmätoimintaa. Yhteisen arvioinnin pohjalta tehdään tarvittaessa muutosehdotuksia ja viedään niitä eteenpäin. Kehittämistyössä luodaan perusteet hyvälle ryhmäkäytännölle. Ryhmäkuvaukset ja hyvän käytännön perusteet tulevat jatkossa helpottamaan ryhmätoimintojen suunnittelua ja jatkuvaa arviointia sekä lisäävät kuntoutujien mahdollisuutta osallistua oman kuntoutumisensa suunnitteluun.

Kehittämistyössä ei olla kiinnostuneita vain siitä miten ryhmätoiminnot toteutuvat nyt, vaan miten niiden tulisi olla. Kehittämistyössä tavoitellaan uudenlaista ymmärrystä ja tehdään näkymätöntä näkyväksi. Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tavoitteena on syventää kehittämistyön aikana tuotettua tietoa. Kehittämistyöhön osallistuu tässä vaiheessa vain henkilökunta. Kuntoutuspoliklinikan työntekijöillä on monen vuoden kokemus ryhmistä, joten he omalta osaltaan välittävät ryhmiin liittyviä kokemuksia. Toivottavaa olisi, että jatkossa ryhmätoimintoja arvioitaisiin säännöllisesti ja tällöin mukaan otettaisiin myös kuntoutujanäkökulma.

2 Mielenterveyskuntoutus muutoksessa

Kuntoutuksen ja siten mielenterveyskuntoutuksen käsite on laaja ja osittain epäselvä. Sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntijaryhmä korostaa määritelmässään (2002) mielenterveyskuntoutuksen laajuutta yksilöllisistä elämänsä kriiseistä aina vaikeiden kroonisten tilojen kuntoutukseen saakka. Laaja määrittely on usein ongelmallinen, koska samat periaatteet ja toimenpiteet eivät sovi kaikille mielenterveysongelmista kärsiville. Yksi tapa jakaa mielenterveyskuntoutuksen käsitettä on erottaa siitä psykiatrisen kuntoutuksen, joka käsittää psykoosien eli pääasiassa skitsofreniaryhmän sairauksien ja kaksisuuntaisten mielialahäiriöiden (etenkin pitkäkestoisten hoitoresistentin psykoottisen masennuksen) kuntoutuksen. Tällöin on kyseessä diagnoosilähtöinen näkökulma. Lievempiasteisten psyykkisten häiriöiden kohdalla tai puhuttaessa aiheesta laajemmin käytetään yleisempää termiä mielenterveyskuntoutus. (Pylkkänen 2008:167, Lähteenlahti 2008:191)

Kuntoutuspoliklinikan toiminta kuuluu erikoissairaanhoidon, jossa käytetään kuntoutuksesta puhuttaessa käsitettä psykiatrisen kuntoutuksen. Kehittämistyössä käsitellään

aihetta kuitenkin laajemmasta mielenterveyskuntoutuksen näkökulmasta, huomioiden siinä kuntoutuspoliklinikan potilaiden sairauden mukanaan tuomat erityispiirteet. Mielenterveyskuntoutuksen näkökulman mukaan ottaminen laajentaa kuntoutuksen käsitettä. Tulevaisuudessa olisi hyvä löytää yhteys juuri näiden kahden eri näkökulman välille. Tärkeätä olisi löytää keinoja yhdistää perinteinen diagnoosien ja oireiden hallitsema näkökulma laajempaan näkökulmaan, joka painottaa selviytymiskeinoja, osallistumista ja täysmittaista kansalaisuutta. (Koskisuus 2004:12). Kuntoutuspoliklinikan asiakkaita kutsutaan potilaiksi. Tässä kehittämistyössä potilaan rinnalla käytetään käsitettä kuntoutuja. Kuntoutuja ymmärretään tavoitteellisena, omia pyrkimyksiään toteuttavana toimijana, joka ymmärtää ja tulkitsee sekä suunnittelee omaa elämäänsä. Tällä halutaan korostaa kuntoutujien asiantuntijuutta kuntoutuksen asiantuntijoiden rinnalla. (Järvikoski – Härkäpää 2008: 57.)

2.1 Kohti kuntoutuksen ekologista ja valtaistavaa toimintamallia

Kuntoutus on ymmärretty eri aikoina eri tavoin. Siihen ovat vaikuttaneet yhteiskunnan muutosten lisäksi eri tieteenalojen kehitys. (Järvikoski - Härkäpää 2008:51.) Järvikosken ja Karjalaisen (2008) mukaan kuntoutus on kehittynyt lääketieteisiin ja sen aputieteisiin pohjautuvasta toimintamallista yhä enemmän sosiaaliseen ja psykososiaaliseen suuntaan. Kuntoutus on prosessi, joka edellyttää usein monitieteistä ja moniammatillista yhteistyötä. (Järvikoski – Karjalainen 2008: 80.)

Kuntoutuksen toimintamalli on aikaisemmin ollut perustaltaan vajavuuskeskeinen. Vajaakuntoisuus on tulkittu yksilöllisenä vajavuutena, jota on pyritty korjaamaan yksilöä hoitamalla, sopeuttamalla ja valmentamalla. Suomalaisessa ja ulkomaisessa kuntoutuksessa on viime vuosikymmenen aikana voimistunut uusi valtaistava ja ekologinen lähestymistapa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.) Myös mielenterveystyön kentässä on tapahtunut muutosta oirekeskeisestä ajattelusta voimavarakeskeiseen ajatteluun (Koskisuus 2004:56). Terveystieteiden näkökulmasta kuntoutustarve pohjautuu kuitenkin vammaan tai sairauteen (Leino 2010:93). Kuntoutus katsotaan vajaakuntoisuuden vähentämiseksi ja ehkäisyksi ja se määritellään suhteessa joko olemassa olevaan tai ennakoituun vikaan, vammaan tai sairauteen. Puutteesta ja vajavuudesta lähtevä toimintamalli kuntoutuksessa tuottaa kielteistä erilaisuutta ja siksi ihmiset kokevat tällaisen toiminnan kohteeksi joutumisen helposti häpeälliseksi. (Riikonen 2008:163.)

Ekologisen viitekehyksen mukaan ihmisen elämänsä kulku on hänen ja hänen toimintaympäristön vuorovaikutuksen tulosta. Ihmisen elämänsä kulku ja kuntoutumista määrittävät siis yksilöllisten tekijöiden lisäksi yhteiskunnalliset ja ympäristölliset tekijät. (Järvikoski - Hokkanen – Härkäpää 2009:22.) Mielenterveysongelmat liittyvät sosiaaliseen syrjäytymiseen ja syrjäytymisen uhkaan. Sosiaalisen osallisuuden ongelmat voivat näyttäytyä mm. torjutuksi tai kiusatuksi tulemisena, sosiaalisina pelkoina, passiivisuutena tai aloitteisuuden vähenemisenä ja eristäytymisenä. Psykologinen ja psykiatrinen auttamistyö perustuu useimmiten edelleen psyykkisen häiriön tunnistamiseen, lievittämiseen, poistamiseen tai ehkäisemiseen. Ongelmat eivät kuitenkaan ensisijaisesti sijaitse yksilön sisällä vaan ne ovat henkilön ja hänen ympäristönsä välisen suhteen uhkia ja häiriöitä. (Riikonen 2008: 158-160.) Yhteiskunnalliset ja ympäristölliset tekijät tulisi huomioida kaikissa kuntoutusprosessin vaiheissa. Tämän lisäksi tulisi nostaa esille kuntoutujan omat kokemukset, vaikutusmahdollisuudet sekä osallisuus. (Järvikoski - Hokkanen – Härkäpää 2009:22.)

Valtaistavassa ja ekologisessa toimintamallissa on keskeistä kuntoutujan osallistuminen oman kuntoutusprosessin suunnitteluun ja toteutukseen. Kuntoutujaa tuetaan tutkimaan omaa tilannettaan ja toimintaympäristöään sekä arvioimaan muutosmahdollisuuksiaan. Lähtökohtana on siis käsitys siitä, että kuntoutujan elämänsä hallinnan vahvistuminen ja valtaistuminen tapahtuu parhaiten, jos hänellä on mahdollisuus tehdä valintoja ja kontrolloida omaa kuntoutusprosessiaan. Mallissa korostuu lähiympäristön resurssien ja yksinkertaisten peruspalveluiden yhdistäminen palvelemaan kuntoutujan prosessin etenemistä. Tärkeää olisi myös selvittää miltä osin kuntoutustoimintaa voitaisiin tuoda lähemmäksi kuntoutujan omaa arkielämää ja millaisissa tilanteissa on tarkoituksenmukaista käyttää hyväksi kuntoutuslaitosten mahdollisuuksia. (Järvikoski – Karjalainen 2008: 85-86, Järvikoski - Hokkanen – Härkäpää 2009:21.)

Kuntoutuksen ekologinen ja valtaistava toimintamalli haastaa hahmottamaan mielenterveyspalvelut uudella tavalla. Sektoroituneiden palvelujen rinnalle tulisi rakentaa monisektorisia palvelurakenteita. Kuntoutuksen työvälineinä yhä tärkeämpään rooliin nousevat tällöin yhteistyö- ja verkostomenetelmät. Verkoston käsite pohjautuu systeemi-teoriaan, jossa keskeistä on nähdä asioiden ja ilmiöiden liittyminen toisiinsa vuorovaikutteisina. Verkostotyöskentelyn haasteena nähdään usein vastuukysymykset ja asia-

kasseurannan pulmat. (Järvikoski – Karjalainen 2008: 86-87). Nämä ovat keskeisiä kysymyksiä erityisesti psykoosiin sairastuneiden henkilöiden kohdalla. Sairauden luonteesta johtuen myös tuen tarve voi vaihdella nopeasti.

Nykyään tulisi siis ajatella, että kuntoutuja on tavoitteellinen, omia toiveitaan ja tarpeitaan toteuttava toimija, joka pyrkii suunnittelemaan omaa elämäänsä. Käsitys kuntoutujasta on muuttumassa kuntoutuspalveluiden ja asiantuntijuuden kohteesta aktiiviseksi toimijaksi. Erityisesti mielenterveystyössä tämä näkökulman muutos on merkittävä ja vielä kesken (Koskisu 2003:12-13). Riikosen mukaan (2008) ongelma on erityisen hankala kaikkein vaikeimmissa mielenterveysongelmissa, joiden sairaudenomaisuus puoltaa lääketieteellistä otetta. Näihin ongelmiin liittyvien neuropsykologisen ja sosiaalisten erityisongelmien huomioiminen vaatii uusien ja monipuolisempien toimintamuotojen kehittämistä, jossa korostuu kuntoutukselliset käsitteet. Riikosen (2008) mukaan juuri valtaistamista koskevien teoreettisten mallien ja niiden palvelusovellusten kehittämien on mielenterveyskuntoutuksen ja -työn tulevaisuuden avainalue (Riikonen 2008:164-165). Tämän vuoksi on tärkeää ottaa myös kuntoutuksen ekologinen toimintamalli mukaan myös tähän kehittämistyöhön. Se suuntaa kehittämään kuntoutusta yksilön ja ympäristön välisessä suhteessa.

2.2 Psykoosisairauden vaikutukset elämään

Psykoosisairaudet kuten skitsofrenia ovat monimuotoisia mielenterveyden häiriöitä. Ne alkavat yleensä nuorella aikuisiällä. Nuorella iällä sairastuminen sekä erityisesti psykoosisairauksiin liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen vaikeuttavat monia elämänprojekteja kuten aikuistumista, itsenäistymistä sekä parisuhteen ja perheen muodostumista. Sairauden mukanaan tuomat kognitiiviset sekä sosiaalisten taitojen puutokset saattavat estää tai hidastaa opiskelua ja työelämässä selviytymistä. (Isohanni – Honkonen – Vartiainen – Lönnqvist 2008:89.)

Psykoosisairauksien hoidossa keskeistä on erilaisten hoitojen integroiminen siten, että ne muodostavat potilaan elämäntilanteeseen soveltuvan ja toipumista edistävän kokonaisuuden hänen ajankohtaisia ja yksilöllisiä tarpeitaan vastaavalla tavalla. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2008.) Psykiatrisen akuuttihoiton tavoitteena on saada psykoottinen sairausjakso rauhoitetuksi ja oireet hillityiksi. Kuntoutuksen erityisalueena on

vähentää sairastamiseen liittyvää toimintakyvyn alenemaa. Kuntoutus on usein pitkäkestoinen prosessi, jonka avulla pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua ja vahvistamaan itsetuntoa. (Lähteenlahti 2008:191,99.)

Psykoosisairauksille ei ole tunnusomaista mikään yksittäinen oire. Esimerkiksi skitsofreniaa pidetään nykyisin aivojen kehityshäiriönä. Sen tausta on todennäköisesti monitekijäinen ja vielä puutteellisesti tunnettu. Skitsofrenialle tyypillisiä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä ns. negatiiviset oireet, kuten puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Sairautta on kuvattu aivojen tiedonohjauksen säätelyhäiriöksi, joka vaikeuttaa mm. kykyä ajatella luovasti sekä ilmaista selvästi omia ajatuksia ja sellaisia keskeisiä tunteita kuin pelkoa ja rakkautta. Skitsofreniaan sairastuneiden oireet vaihtelevat yksilöstä toiseen ja myös elämänkaaren kuluessa. Psykoosisairauteen kuuluu stressitilanteisiin liittyviä akuuttivaiheita ja tasaisempia vaiheita. Pääosa sairastuneista oirehtii vuosia ja vuosikymmeniä. (Isohanni ym. 2008:73-74.)

Sairauden vaikeat oireet heikentävät elämän hallinnan tunnetta. Sairastumiseen liittyy usein epätoivoa ja toivottomuuden tunteita. Mielenterveyskuntoutujille tehdyissä tutkimuksissa on tullut esille, että toivo ja toiveikkuus suhteessa tulevaisuuteen ovat oleellisia kuntoutumisen kannalta. (Koskisuu 2004:25-28.) Toivon viriäminen, oman motivaation kehittyminen ja uskon palauttaminen omiin kykyihin tulisi olla keskeisiä kuntoutuksen osia. (Lähteenlahti 2008: 201.)

Psykoosisairauksiin liittyy usein ongelmia yhdellä tai useammalla sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueella. Sairaus voi vaikeuttaa kykyä solmia ja ylläpitää ihmissuhteita, selviytyä työssä, opinnoissa tai itsestä huolehtimisessa. Sairastumisen myötä toimintakyky voi laskea sairastumista edeltäneen tason alapuolelle. Mikäli ihminen sairastuu nuorella iällä, hän ei välttämättä saavuta sitä toimintakyvyn tasoa, johon hänen olisi voinut odottaa yltävän. (Isohanni ym. 2008: 77.) Sosiaalisen toimintakyvyn ongelmiin liittyy olennaisesti myös stigman käsite. Stigmaa on määritelty eri tavoin. Yksi tapa selittää sitä on, että leimaantuminen eli stigma perustuu yhteisön ennakkoluuloihin. Yhteisöllä saattaa olla tietynlainen käsitys mielenterveysongelmista, joka on voinut muodostua esimerkiksi lehdistökirjoitusten perusteella. Stigma voi olla myös yksilön sisäistä. Tällöin

kuntoutuja itsekin uskoo yhteisön käsityksiin. Tämä saattaa aiheuttaa eristäytymistä, kun kuntoutuja menettää luottamuksen siihen, että hänellä on oikeus liittyä tasavertaisesti yhteisöön. (Dalky 2011: 2-4, Koskisuu 2004:54.)

Skitsofreniaan sairastuneilla on kohonnut riski myös perinteisiin somaattisiin sairauksiin kuten sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksiin, syömishäiriöihin ja unihäiriöihin. Heidän kuolleisuutensa somaattisiin sairauksiin on 2-3 kertaa suurempaa kuin väestöllä keskimäärin. Kuolleisuusero on erityisen suuri nuorissa ikäryhmissä. Nämä ovat suuria ratkaisemattomia ongelmia perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle. Monipuolinen ja pitkäjänteinen tuki voi vähentää näitä ongelmia. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2008, Isohanni ym. 2008:90-91.)

Päihdeongelmien yleisyydestä psykoosiin sairastuneilla ihmisillä on erilaisia arvioita. Suomalaisessa aineistossa on kuvattu 90-luvulla, että 20 %:lla skitsofreniaa sairastavista miehistä on myös alkoholin ongelmakäyttöä. Kansainvälisissä tutkimuksissa on tuloksena jopa korkeampiakin lukuja. Alkoholin, kannabiksen, amfetamiinin tai kokaiinin käyttö pahentaa psykoottisia oireita ja aiheuttaa uudelleen sairastumista, lääkehoidon keskeytymistä sekä sairaalahoitoja. Päihteiden ja huumeiden käyttö lisäävät myös rikollisuuden, rikoksen uhriksi joutumisen ja juridisten ongelmien vaaraa. (Isohanni ym. 2008:91-92.)

Liikkumiskyky alkaa heiketä yleensä keski-ikässä. Psykoosiin sairastuneella liikkumiskyvyn heikkeneminen alkaa usein jo aiemmin. Psykoosisairauksiin liittyvä tahdottomuus ja apaattisuus vähentävät liikunnan harrastamisen halua. Vähäisestä liikkumisesta johtuva huono yleiskunto voi edelleen nostaa kynnystä harrastaa liikuntaa. Terveys 2000-tutkimuksen yhtenä tuloksena vahvistui, että psykoosin sairastuneilla erityisesti negatiivisesti oireilevilla henkilöillä on heikentynyt liikkumiskyky ja lihasvoima. Liikkumiskyvyn ongelmat heikentävät arkielämästä selviytymistä. Tutkimuksessa esimerkiksi jo alle 55-vuotiaat skitsofreniaa sairastavat ilmoittivat muuta väestöä enemmän vaikeuksia mm. yhden porrasvälin nousemisessa sekä puolen kilometrin matkan kävelemisessä. (Viertiö 2008:16-17).

Psykoosisairauksilla on moninaisia vaikutuksia arjesta selviytymiseen sekä niihin voi liittyä moniongelmaisuuksia. Sairastuneet tarvitsevat usein pitkäaikaista ja monipuolista

tukea. Kuntoutujien voi olla vaikea arvioida omia voimavaroja. Voinnin huononeminen tai sairastumisen pelko voivat estää opiskelun, työhön paluun tai muuten merkityksellisten elämänprojektien toteutumisen. (Rissanen 2007: 186.) Hoito- ja kuntoutustyöntekijöillä saattaa myös olla virheellisiä käsityksiä siitä, että vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivät ihmiset eivät toivu sairaudestaan vaan pikemminkin heidän tilanne heikkenee ajan myötä. (Fargas ym. 2005: 142.) Sairastuneet arvostavat itseään usein vähän ja he ovat herkkiä haavoittumaan. Keskeistä niin yksilöhoitosuhteessa kuin kuntoutuksessakin on kuntoutujan kunnioittaminen ja arvostaminen ihmisenä ja aito kiinnostus hänen elämäänsä kohtaan sekä toivon ja toiveikkuuden ylläpitäminen. (Lähteenlahti 2008:208.)

3 Ryhmätoiminta kuntoutumisen tukena

Ryhmiä käytetään mielenterveyskuntoutuksessa paljon. Ryhmään kuuluminen on oleellinen osa ihmisenä olemista. Ryhmät mahdollistavat yhteenkuuluvuuden tunteen ja tyytyväisyyden, joita yhdessäolo ja yhteinen toiminta tuottavat. Ryhmien käyttöön kuntoutuksessa liittyvät myös taloudelliset tekijät, jotka voidaan nähdä sekä positiivisena että negatiivisena kannustimena. (Silvola- Klemelä 2010: 98-99.)

Terapeuttisia, kuntouttavia sekä vertaistukea tarjoavia ryhmiä suunnitellaan ja viedään käytäntöön, mutta varsin usein kuntoutuksen suunnittelu on hyvin menetelmäkeskeistä ja teoreettinen valinta menetelmille voi olla hyvinkin ohut. (Pylkkänen – Moilanen 2008:171). Monet menetelmät, kuten toiminnalliset tekniikat, ovat sekoittuneet ja sulautuneet keskenään. Ryhmien ohjaajat eivät välttämättä tiedä niiden alkuperää. Alkuperän tunteminen on kuitenkin tärkeää, sillä menetelmät voivat olla hyvin vahvoja ja saada aikaan voimakkaita reaktioita ihmisissä. Niiden käyttäjien tulisi tuntea tekniikoiden lisäksi myös niiden taustalla olevaa teoriaa. (Blatner 1997: 31,17.)

3.1 Kuntouttavat ryhmät

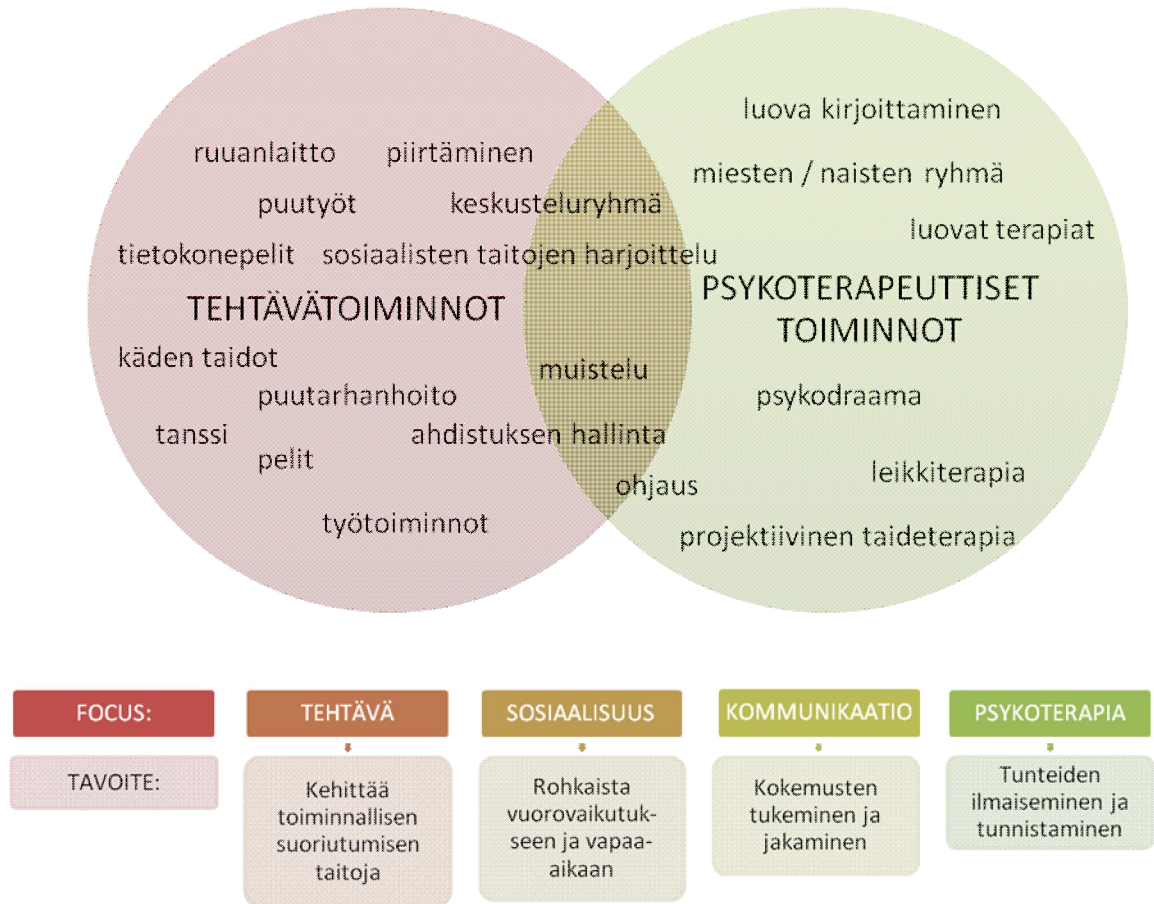
Ryhmät ovat luonnollinen osa ihmiselämää. Elämän aikana ihminen saa ryhmäkokemuksia mm. perheestä, leikkiveroista, koulusta, harrastuksista ja työelämästä. Ryhmässä toimiminen vaikuttaa mm. ihmisen kehitykseen, persoonaan ja päätöksiin. Ryhmässä toimiessaan ihmiset hyödyntävät ryhmää myös omissa pyrkimyksissään. Kun-

toutusryhmät ovat tavoitteellisia ryhmiä, joilla on alku ja loppu. Kuntouttavissa ryhmissä on yhteisiä tekijöitä, mutta myös eroavaisuuksia riippuen siitä millaisiin käsityksiin ja teoriapohjaan niitä ohjattaessa nojataan. (Niemistö 2000: 9-10.)

Koskisuun (2004) mukaan psyykkisistä sairauksista ei voi kuntoutua ainoastaan miettimällä tai pohtimalla vaan kuntoutuminen tarvitsee tuekseen myös toimintaa. Toiminnallisia ryhmiä on pidetty keskeisenä mielenterveyskuntoutuksen toimintatapana. Toimintojen käyttö ei tee kuitenkaan automaattisesti ryhmästä kuntoutusta. Ryhmän yleiset tavoitteet ja osallistujan omat tavoitteet sekä ryhmälle että omalle kuntoutumiselleen määräävät sen, onko ryhmä kuntoutusta vai ei. Kuntouttavia ryhmiä voidaan määritellä ja jaotella eri tavoin. (Koskisuus 2004: 169.)

Toiminnan muoto ryhmässä määräytyy teoreettisen viitekehyksen mukaan. Draamate-
rapia perustuu esimerkiksi psykodynaamiseen lähestymistapaan. Tunnetuimpia draa-
mamenetelmiä terapiassa ovat sosio- ja psykodraama. Sosiaalisten taitojen harjoitte-
luohjelmat perustuvat taas useimmiten kognitiivis-behavioraalisiin periaatteisiin. Finlay
(2004) jakaa toiminnalliset ryhmät karkeasti niihin, jotka tähtäävät taitojen kehitty-
miseen ja toisaalta taas niihin, jotka tähtäävät tunteiden ilmaisuun psykoterapeuttisesti.
Näiden välille taas jää vuorovaikutukseen tähtäävät toiminnot. Tätä jakoa ei voida pitää
täysin yksiselitteisenä, sillä useimmat toiminnat voi muokata sopimaan mihin tahansa
kategoriaan riippuen aina siitä mihin sillä pyritään. (Finlay 2004: 53-54.)

Kuntouttavissa ryhmissä ei yleensä havainnoida ja tulkita ryhmäilmiöitä. Eikä yksittäis-
ten ihmisten toimintaa tarkastella ryhmäilmiöiden kautta. (Koskisuus 2004:173.) Psyko-
terapeuttisten menetelmien tuloksellisuudesta psykoosisairauksien hoidossa on eräviä
näkömymiä. Vallitseva näkemys on, että esimerkiksi oivallukseen perustuvasta dynaa-
misesta terapiasta ei ole juurikaan hyötyä skitsofrenian kohdalla. Sairastuneet voivat
hyötyä kuitenkin myös tämän tyyppisestä lähestymistavasta. He voivat oppia ymmär-
tämään sairauttaan ja käymään läpi menetettyihin mahdollisuuksiin liittyvää surua.
(Lähteenlahti 2008: 208.)



Kuvio 1 Terapeuttisten toimintojen kirjo. (Finlay 2004: 54, suomenos ja muokkaus Miia Ruohonen)

Psykiatrisessa kuntoutuksessa on yhä enenevässä määrin lisääntynyt psykoedukaatiivisten eli koulutuksellisten menetelmien käyttö niin ryhmä-, yksilö- kuin perhetyössä. Psykoedukaatiiviset ryhmät sisältävät tietämyksen jakamisen lisäksi yhteisen ymmärryksen rakentamista. Ryhmän ohjaajat kertovat mitä psykoosisairauksista tiedetään ja kuntoutujat kuvaavat miten se käytännössä heidän elämässään näkyy. (Lähteenlahti: 2008:202.) Psykoedukaatiivisissa ryhmissä on selkeä tavoite, tiedollinen sisältö ja yleensä niissä on käytössä jonkinlainen käsikirja tai tehtäväkirja osallistujille. Edukaatiiviset ryhmät voivat sisältää myös toiminnallisia ja vuorovaikutusta lisääviä harjoituksia. (Koskisuu 2004:169-170.) Psykoedukaatioon sisältyy olennaisesti toivon elementti. Ryhmässä korostetaan sitä, että vaikka psykoosisairaudet ovat pitkäaikaisia ja uusia sairausjaksoja aiheuttavia voi senkin kanssa oppia elämään sekä toteuttaa haaveita.

Lähteenlahti (2008) ehdottaakin, että psykoedukatiivisista menetelmistä voisi puhua ymmärryksen kasvuun tähtäävinä menetelminä. (Lähteenlahti 2008:202.)

Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen (2008) mukaan psykososiaalisten hoitojen ja kuntoutuksen tarve määräytyy potilaan psyykkisen tilan sekä hänen perhe- ja sosiaalisen tilanteensa perusteella. Vaikeammista toimintakyvyn rajoitteista kärsivillä esiintyy samanaikaisesti useammanlaisia hoito- ja kuntoutustarpeita. Tällaisissa tilanteissa tulisi interventiot toteuttaa siten, että ne muodostavat toisiaan tukevan kokonaisuuden. Suositukseen on valittu joko näytön perusteella tai kliinisen kokemuksen perusteella erilaisia hoito- ja kuntoutusmuotoja. Niiden yleisenä tavoitteena on poistaa sairauden oireet tai lievittää niitä, estää uusia psykoosijaksoja tai vähentää niiden määrää ja vaikeutta sekä parantaa potilaan psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua. Psykososiaalisista hoito- ja kuntoutusmuodoista Käypä hoito-suositukseen ovat nimettyinä psykoedukaatio, luovat terapiat kuten musiikki, kuvataide ja liikunta, arkielämän taitojen harjoittelu, sosiaalisten taitojen harjoittelu sekä kognitiiviset kuntoutusohjelmat. (Skitsofrenia: Käypä hoito-suositus 2008.)

3.2 Ryhmätoiminta kuntoutuspoliklinikalla

Kuntoutuspoliklinikan palvelut on suunnattu mielialahäiriöön liittymättömiin psykooseihin ja näitä muistuttaviin persoonallisuushäiriöihin sairastuneille ihmisille. Poliklinikka on osa psykiatrista erikoissairaanhoidon palveluita. (JMT kuntoutuspoliklinikan prosessikuvaus 2009: 2.) Erikoissairaanhoidon tehtäväalueisiin kuuluu mm. tutkimus ja arvioinnit, diagnosointi, akuuttihoito, erityisosaamista edellyttävä kuntoutus, tukipalvelut peruspalveluille sekä kokonaispalvelujärjestelmän koordinointi yhteistyössä peruskuntien kanssa. (Lähteenlahti 2008:198.)

Kuntoutuspoliklinikan työryhmä koostuu moniammatillisesta henkilökunnasta. Kolmessa eri toimipisteessä työskentelee lääkäreitä (3), sairaanhoitajia (7), mielenterveyshoitajia (4), ohjaajia (2), toimintaterapeutteja (3) sekä osa-aikaisena psykologeja (2) ja sosiaalityöntekijöitä (3). Ryhmäpalveluiden lukumäärä vaihtelee tarpeen mukaan. Syyskuussa 2011 kolmessa toimipisteessä kokoontui yhteensä 32 ryhmää. Ryhmiä ohjaavat lähes kaikki työntekijät.

Monet kuntoutuspoliklinikan ryhmät ovat toimineet useita vuosia samansuuntaisesti. Avohoidon päivätoiminta syntyi aikanaan korvamaan psykiatristen sairaaloiden toimintoja. Hyvinkään sairaanhoitoalueella toimi 80-luvulta alkaen 4 päivätoimintakeskusta, jotka muuttuivat ensin kuntoutuskeskuksiksi vuonna 2001. Viimeisimmän uudistuksen myötä vuonna 2007 kuntoutuskeskukset yhdistyivät kuntoutuspoliklinikaksi. Koskisuun (2004) mukaan monet päivätoimintakeskukset toimivat aikaisemmin yhteisöllisesti. Ryhmissä sekä eri toimintamuodoissa käytiin sopimuksenvaraisesti. Toimintaan mukaan tulemisen kynnyks oli matala, eikä osallistumiselle asetettu aikarajoja. (Koskisuun 2004: 207.) Nykyisessä toimintaympäristössä ryhmien käyttö on jäänyt kehityksessä takalalle vaikka erilaisten muutosten myötä asiakaskunta on laajentunut.

Yhtenä esimerkkinä asiakaskunnan laajentumisesta on tiivistynyt yhteistyö sairaalan ja avohoidon rajapinnoille kehitettyjen välimuotoyksiköiden kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelman eli Kaste -ohjelman yksi tavoitteista on osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen väheneminen (Kaste 2008-2011:24-25). Tähän on pyritty psykiatrisessa hoidossa ja kuntoutuksessa mm. kehittämällä avohoitoa ja välimuotoyksiköitä. Välimuotoyksiköiden tavoitteena on tukea sairastunutta henkilöä hänen omassa ympäristössään, irrottamatta häntä niistä keskeisistä elämänympyröistä, jotka ovat hänelle merkityksellisiä. Sairaalan ja avohoidon rajapintojen hälveneminen on tuonut haasteita kuntoutuspoliklinikan toimintaan. Kuntoutuspoliklinikalle ohjautuu hoitoon ja kuntoutukseen eri sairauden vaiheessa olevia ihmisiä, joiden tarpeet hoidon ja kuntoutuksen suhteen voivat poiketa hyvinkin paljon toisistaan.

Kuntoutuspoliklinikalla ei ole määritelty ryhmätoimintaa ja sen tavoitteita tarkemmin. Kuntoutuksen laadun, tehokkuuden ja mielekkyyden kannalta olisi kuitenkin tärkeää tunnustaa minkälaiseen teoreettiseen ja filosofiseen ajatteluun kuntoutustoiminta ja siihen liittyvät muutosteoriat perustuvat. (Lindh – Suikkanen 2008:69). Tärkeää olisi, että ryhmäkuntoutukseen löytyisi yhteinen toimintafilosofia, johon kaikki sitoutuvat.

Psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen lisääntynyt tutkimus tuo mukanaan myös uudenlaisia hoito- ja kuntoutusmuotoja. Näiden käynnistymistä ja liittymistä osaksi kokonaispalveluja helpottaisi se, että kaikki ryhmätoiminnot olisivat määritelty. Toimintojen kuvaamisen kautta saadaan käsitys siitä, minkälaisista palveluista kuntoutuspoliklinikan toiminta koostuu. Selkeästi määriteltyjä palveluita on jatkossa helpompi kehittää ja

arvioida sekä yksittäisten palveluiden tasolla, että kokonaisuutena suhteessa esimerkiksi ryhmätoiminnoille yleisesti asetettuihin tavoitteisiin tai Käypä hoito – suositukseen nähden.

4 Hyvä kuntoutuskäytäntö

Mielenterveyskuntoutus on ollut ja on edelleen monien muutosten kohteena. Kuntoutuskäsityksen muutos, kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimus, muutokset palvelujärjestelmissä sekä ennen kaikkea kuntoutujien toimijuuden korostaminen tuovat haasteita palveluiden kehittämiseksi. Palvelujen kehittämisen perustana tulisi olla niiden määrittäminen ja jatkuva arviointi. Palveluiden tulisi kehittyä asiakkaiden eli kuntoutujien tarpeiden mukana, mutta myös niitä ennakoiden. (Jaakkola - Orava – Varjonen 2009: 7-8).

Käypä hoito –suositukset ovat yksi tapa kerätä, arvioida ja siirtää hyviä käytäntöjä. Hyvä käytäntö on sosiaali- tai terveysalan käytäntö, joka on koettu toimintaympäristössään toimivaksi ja arvioitu asiakkaalle hyvää tuottavaksi (Sosiaaliportti.fi 2010). Hyvisistä käytännöistä on esitetty erilaisia määritelmiä sen laajan käytön vuoksi. Yhteneväistä eri määritelmille on sellaisten ominaisuuksien kuvaaminen, joiden avulla päästään parhaisiin tuloksiin. (Tuominen ym.: 3,9.) Hyvä kuntoutuskäytäntö ottaa huomioon erilaiset tarpeet ja odotukset. Ne voivat nousta lainsäädännöstä, suosituksista, sopimuksista tai erikseen määritellyistä asiakkaan tarpeista. Tarpeiden, odotusten ja vaatimusten sovittaminen yhteen edellyttää kuitenkin priorisointia ja sopimuksia. (Alaranta – Lindberg – Holma 2008:647).

4.1 Käypä hoito- suositus

Mielenterveystyön kehittämistä ja toteuttamista ohjaavat erilaiset ohjeet ja suositukset. Ne koskevat yksittäisiä hoitomenetelmiä, hoitoon pääsyä, toimintamalleja ja hoidon laatua. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim tekee kansallisia, näyttöön perustuvia hoitosuosituksia, jotka ovat asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja yksittäisten sairauksien diagnostiikan ja hoidon vaikuttavuudesta. Psykiatrian hoitosuositukset kattavat keskeisiä psykiatrisia sairauksia. Näyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia laadi-

taan terveydenhuollon päätöksenteon tueksi ja potilaan parhaaksi. Tiiviiden ja helppolukuisten hoitosuosituksien tarkoituksena on toimia mm. perustana laadittaessa alueellisia hoito-ohjelmia. Ne voivat sisältää perusteltuja kannanottoja myös merkittävistä terveydenhuollon kysymyksistä, joista ei ole tieteellistä näyttöä tai joista sitä ei voida saada. Skitsofrenian Käypä hoito-suositus on julkaistu vuonna 2001 ja sitä on viimeksi päivitetty 1.1.2008. (Käypä Hoito-suositus 2010.) Näyttöön perustuva toiminta ja laadunhallinta liittyvät oleellisesti toisiinsa. Hoitosuosituksien avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. Tutkimusten tehtävänä on selvittää esimerkiksi mikä on hyvää kuntoutusta. Laadunhallinnan avulla taas varmistetaan, että tutkitun tiedon mukainen toiminta toteutuu arkityössä. (Alaranta – Lindberg – Holma 2008:649.)

Kuntoutuspoliklinikan toimintaa on suunniteltu Skitsofrenian Käypä hoito- suosituksen mukaisesti ja myös ryhmätoimintaan liittyvässä kehittämistyössä hyödynnetään sitä. Se on pohjana kun arvioidaan tämän hetkisiä ryhmäpalveluja ja tehdään muutosehdotuksia sekä viedään niitä eteenpäin. Käypä hoito- suosituksessa on mm. nimettynä ryhmätoimintoja, joiden vaikuttavuudesta on näyttöä skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa. Osa ryhmäkuvauksista on laajoja. Tässä kehittämistyössä on tarkoitus tarkentaa ja selventää, miten kyseiset ryhmät käytännön tasolla toteutuvat kuntoutuspoliklinikalla.

Psykiatristen häiriöiden monikerroksisuuden vuoksi psykiatriset hoitokäytännöt perustuvat enemmän kuin millään muulla lääketieteenalalla kliniseen kokemukseen. Psykoosisairaudet kuten skitsofrenia ovat monikasvoisia ja niiden hoito ja kuntoutus perustuu pitkälti erilaisiin psykoterapeuttisiin ja psykososiaalisiin muotoihin. Tästä johtuen on ongelmallista saada korvattua kliininen kokemus tutkimusnäytöllä. Huttusen (2001) mukaan suositusten suurin arvo on kuitenkin siinä, että ne saavat työntekijät miettimään ja perustelemaan omaa käytäntöään. (Huttunen 2001.)

Suurin osa mielenterveystyön hyvistä työtavoista kehittyy arkityössä. Työntekijöiden pitkä kokemus ryhmien ohjaamisesta sisältää Käypä hoito –suosituksen lisäksi sellaista tietoa, joka on syytä kirjoittaa auki. Ennen kuin hyvistä työtavoista voidaan puhua hyvinä käytäntöinä, ne on puettava sanoiksi ja käsitteiksi. Hyvän käytännön kehittäminen on pitkä prosessi. (Sosiaaliportti.fi 2009). Tässä kehittämistyössä pyritään tunnistamaan ryhmiin liittyviä hyviä käytäntöjä.

4.2 Asiakslähtöisyys

Hyvä kuntoutuskäytäntö korostaa asiakkaan eli kuntoutujan osallisuutta ja aktiivista roolia suhteessa omaan hoitoon ja kuntoutukseen tai saamaansa palveluun. (Alaranta – Lindberg – Holma 2008:647.) Sosiaali- ja terveystalalla palveluita ei tulisi järjestää pelkästään organisaation, vaan myös kuntoutujien tarpeista lähtien mahdollisimman toimiviksi. Asiakslähtöisen palvelutoiminnan tulisi alkaa kuntoutujan esittämistä asioista ja olla vastavuoroista. Sosiaali- ja terveyssektorilla asiakslähtöisyys määritellään monin eri tavoin. Järvikosken ja Härkäpään (2008) mukaan asiakslähtöisyys tarkoittaa kuntoutuksen yksilöllisten tavoitteiden ja keinojen määrittelyä asiakkaan lähtökohdista. Kuntoutustoiminnan toteutuksen ja tulosten kannalta on tärkeää tukea kuntoutujan itsemääräämistä ja autonomiaa. (Järvikoski – Härkäpää 2008: 53,61.)

Asiakslähtöiseen palveluiden suunnitteluun ja arviointiin liittyy olennaisesti se, että kuntoutujat otetaan mukaan kehittämiseen. (Hautala ym. 2011: 97.) Tässä kehittämissyössä ei oteta kuntoutujanäkökulmaa mukaan palveluiden suunnitteluun niin, että heidän mielipiteitään kysyttäisiin suoraan. Kuntoutuspoliklinikan työntekijöillä on monen vuoden kokemus ryhmistä, joten he omalta osaltaan välittävät asiakkaiden kokemuksia. Työryhmässä nousi esille kuitenkin huoli kuntoutujanäkökulman puuttumisesta. Ryhmätoiminnot kuntoutuspoliklinikan kolmessa toimipisteessä poikkeavat tällä hetkellä toisistaan, joten päädyttiin ratkaisuun, että ensin pyritään yhdenmukaistamaan toiminnot eri toimipisteissä. Työryhmä ei ollut kiinnostunut siitä kuinka ryhmät tällä hetkellä toimivat vaan pitkän aikavälin tavoitteena on löytää vastauksia siihen miten ryhmät parhaimmillaan tukisivat yksilöllistä kuntoutumista. Tulevaisuudessa olisi tärkeää saada palvelujen käyttäjät mukaan palvelujen arviointiin ja kehittämiseen.

5 Kehittämistyön tavoite, tarkoitus ja kehittämistehtävät

Kehittämistyön tavoitteena on parantaa ryhmätoimintoja siten, että ne vastaisivat kuntoutujien yksilöllisiin tarpeisiin ja tukisivat kuntoutujien hyvän elämän toteutumista. Kehittämistyön tarkoituksena on arvioida ja kehittää JMT kuntoutuspoliklinikan ryhmätoimintaa. Yhteisen arvioinnin pohjalta tehdään tarvittaessa muutosehdotuksia ja vietään niitä eteenpäin. Kehittämistyössä luodaan perusteet hyvälle ryhmäkäytännölle. Ryhmäkuvaukset ja hyvän käytännön perusteet tulevat jatkossa helpottamaan ryhmä-

palveluiden suunnittelua ja jatkuvaa arviointia sekä lisäävät asiakkaiden mahdollisuutta osallistua oman kuntoutumisensa suunnitteluun.

Kehittämistyön tehtävät:

1. Luoda yhteinen missio ryhmätoiminnalle
2. Arvioida ovatko tämän hetkiset ryhmäpalvelut Käypä hoito – suosituksen ja kuntoutuksen ekologisen toimintamallin mukaisia sekä tehdä palveluihin tarvittaessa muutosehdotuksia
3. Kuvata ryhmiin liittyvät hyvän käytännön perusteet ryhmätoiminnan mission ja ryhmäkuvausten perusteella

6 Kehittämistyön eteneminen

Työyhteisölähtöinen kehittäminen pohjautuu työssä ja työyhteisössä tunnistettuihin muutostarpeisiin. Kehittämisoitteessa on keskeistä yhteisöllinen tavoitteenasettelu ja tiedonmuodostus. Työyhteisölähtöisessä prosessikehittämisessä hyödynnetään erilaisia menetelmiä, joiden avulla työyhteisö saa palautetta omasta toiminnastaan. (Seppänen-Järvelä – Vataja 2009: 13-15.) Tämä ryhmätoimintoihin liittyvä kehittäminen on saanut alkunsa keväällä 2010 käytyjen kuntoutuspoliklinikan tiimien kehityskeskusteluissa nousseiden kehittämistarpeiden pohjalta. Keskeisimpinä ryhmätoimintoja koskevinä kysymyksinä esille nousi ovatko kuntoutuspoliklinikan ryhmät skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen mukaisia? Ryhmäpalvelut vaihtelevat kolmen kunnan alueella, joka on osaltaan herättänyt kysymyksiä mm. siitä mistä erot johtuvat. Tärkeäksi koettiin myös yhteisten käsitteiden löytäminen liittyen kuntouttavaan ryhmätoimintaan.

6.1 Tutkimuksellinen kehittäminen

Kehittämistyöhön liittyvä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittäminen. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan käsite voidaan ymmärtää väljänä yläkäsitteenä, jolla kuvataan tutkimustoiminnan ja kehittämistoiminnan yhteyttä (Toikko - Rantanen 2009:21). Kehittämistyössä lähestytään aihetta kehittämisen suunnasta ja hyödynnetään tutkimuksen logiikkaa ja menetelmiä tarpeen mukaan. Tässä kehittämisessä hyödynne-

tään toimintatutkimuksen logiikkaa. Toimintatutkimuksessa on kyse väljästä tutkimustrategisesta lähestymistavasta, joka saa sisältönsä pitkälti kulloiseltakin kohdealueeltaan. (Heikkinen – Jyrkämä 1999: 35).

6.1.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimukselle on tyypillistä käytännönläheisyys, muutokseen pyrkiminen sekä osallistujien osallistaminen muutosprosessiin. (Heikkinen - Jyrkämä 1999: 25.) Kehittämistyön aihe on syntynyt työyhteisön tarpeesta kehittää omaa toimintaansa ja kehittämisen on tarkoitus toteutua yhteistoiminnassa. Toimintatutkimuksessa ongelman määrittely ja ratkaisu tapahtuu sen yhteisön sisällä, joka jakaa saman todellisuuden. Kehittämistyön tarkoituksena on arvioida ja kehittää kuntoutuspoliklinikan ryhmätoimintaa. Yhteisen arvioinnin pohjalta tehdään muutosehdotuksia ja viedään niitä eteenpäin. Toimintatutkimus tähtää muutokseen ja muutoksen on tarkoitus tuottaa jotakin uutta. Tässä kehittämistyössä luodaan yhteinen tietoperusta sekä käytäntö liittyen ryhmiin.

Toimintatutkimuksessa toiminta sekä tutkimus tapahtuvat samanaikaisesti, joten se sopii hyvin tilanteisiin missä toiminnan avulla pyritään muuttamaan jotakin ja samanaikaisesti pyritään lisäämään tietoa ja ymmärrystä muutosta kohtaan. Tutkijan tai tässä tapauksessa kehittäjän rooli ei ole ulkopuolinen vaan pikemminkin tehtäväni on kehittäjän roolissa auttaa osallistujia ideoiden syventämisessä ja käsitteellistämässä. Kehittämistyön tuloksena ei saada yleistettävää tietoa liittyen ryhmätoimintaan vaan täsmällistä tietoa liittyen kehittämisympäristön tarpeisiin. (Anttila 2005: 439-440). Toimintatutkimus prosessina kuvataan usein etenevänä spiraalina, jossa toiminta ja ajattelu liittyvät toisiinsa peräkkäisinä suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektion ja uudelleensuunnittelun sykleinä. (Heikkinen - Jyrkämä 1999: 45.)

Lopuksi kehittämistyön tuotos palautetaan vielä kerran koko työryhmän arvioitavaksi ja siihen tehdään tarvittaessa vielä muutoksia. Työyhteisön toiminnan kehittäminen on jatkuva prosessi, eikä toimintatutkimuksenkaan tuloksena voida pitää jotain tiettyä uutta toimintakäytäntöä, jota toteutetaan pitkälle tulevaisuuteen saakka. Parempi käytäntö on tilapäinen kunnes kehitetään vielä parempi tapa toimia. (Heikkinen - Jyrkämä 1999: 45) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä on tarkoitus saavuttaa toimintatutkimuk-

sen ensimmäinen osa eli suunnitteluvaihe. Toivottavaa olisi, että jatkossa ryhmäpalveluita arvioitaisiin säännöllisesti ja tällöin mukaan otettaisiin myös asiakasnäkökulma.

6.1.2 Kompetenssi – menetelmä

Tässä kehittämistyössä sovelletaan kompetenssi-arviointia. Menetelmä on luotu tanskalaisessa arviointimenetelmien kehittämisprojektissa ja se perustuu David Fettermanin lanseeraamaan empowerment-arviointiin. Kompetenssi-menetelmän avulla on mahdollista arvioida ja dokumentoida systemaattisesti työyhteisölähtöistä kehittämistä. Menetelmän tavoitteena on vahvistaa työntekijöiden yhteistä näkemystä työn tavoitteista ja keinoista niiden saavuttamiseksi. Kompetenssi-menetelmässä on keskeistä ajatusten näkyväksi tekeminen ja jakaminen arvioinnin keinoin ja sen pohjalta käydyssä yhteisöllisessä keskustelussa. Menetelmä pyrkii pienentämään kuilua sen välillä, minkä työyhteisö näkee keskeiseksi tehtäväksi ja mitä se käytännössä tekee. (Krogstrup 2004: 3, 7-8, Vataja 2009: 141-145). Kehittämistyössä on tärkeä lähteä liikkeelle siitä, että luodaan yhteinen pohja liittyen ryhmätoimintaan.

Kompetenssi-malli pohjautuu osallistamisen teoriaan, jossa oletetaan työntekijöiden sitoutuvan ja panostavan päätöksiin sitä enemmän, mitä enemmän he osallistuvat päätöksentekoprosessiin. Arvioinnin tavoitteena on, että toiminnan kannalta keskeiset henkilöt keksivät uusia ideoita ja strategioita tehtävien hoitamiseen ja parantavat siten yksikön tuloksia. Kokemusten mukaan yhteinen arviointiprosessi auttaa luomaan yhteistä kieltä ja ymmärrystä. Menetelmä tuo tehokkaasti esille työyhteisössä vallitsevaa ajattelua ja käsityksiä, mutta toisaalta se nostaa esille myös jännitteitä ja ristiriitoja. Tämän vuoksi menetelmä ei sovi tulehtuneisiin yhteisöihin. (Vataja 2009: 143).

Kehittämistyössä pyritään työn kehittämiseen hyödyntämällä käytäntöasiantuntijuutta. Kuntoutuksen tutkimus tuo jatkuvasti uusia kuntoutusmuotoja mielenterveyskuntoutukseen. Muutokset työtapoihin ja uusien toimintojen integroituminen osaksi kokonaisuutta ovat hitaita prosesseja. Työyhteisöstä lähtevä kehittäminen ja arviointi lisäävät ymmärrystä siitä mitä työyhteisössä tällä hetkellä tehdään ja onko se linjassa yksikön yleisten tavoitteiden kanssa. Näin uusia toimintoja ja niiden tarpeellisuutta on helpompi arvioida kun on selkeä käsitys siitä mitä nyt tehdään ja miksi.

Kompetenssi- mallin toteuttaminen vaatii työyhteisöltä aikaa ja sitoutumista. Menetelmän tarkoituksena on lisätä työyhteisön kehittämisaamasta ja sen toistamisella saada kehittämissuunnitelmaan jatkuvuutta ja palautetta. Työskentely vaatii vetovastuun määrittelyä sekä dokumentointia. Tärkeää on, että pitkäjänteiseen kehittämiseen löytyy esimiesten tuki, siten että kaikilla on tasavertaiset mahdollisuudet osallistua työn määrittelyyn ja kehittämiseen. (Vataja 2009: 162-163.) Ryhmätoimintojen kehittämiseen ovat sitoutuneet henkilökunnan lisäksi kuntoutuspoliklinikan osastonhoitaja ja osastoryhmäpäällikkö sekä apulaisylilääkäri. He ovat tuomassa mukaan johdon näkemyksiä ja odotuksia liittyen ryhmätoimintoihin.

6.2 Työryhmätyöskentelyn toteutus ja kokoonpano

Kehittämissuunnitelma alkoi helmikuussa 2011 yhteisellä aamupäivällä, johon osallistui kuntoutuspoliklinikan osastoryhmäpäällikkö, osastonhoitaja sekä muu henkilökunta (yhteensä 20 hlöä). Aamupäivän aikana keskityttiin ryhmätoimintaan liittyviin tavoitteisiin eli tarkennettiin sitä miksi ryhmiä on kuntoutuspoliklinikalla ja mihin niillä pyritään. Tavoitteena oli luoda yhteinen missio liittyen ryhmätoimintaan. Missio voidaan ymmärtää kirjallisena ilmauksena niistä perustavoitteista, arvoista ja filosofiasta, jotka määrittävät työyhteisön toimintaa. (Vataja 2009: 148). Käytännön kuntoutustyötä ohjaavat arvot, jotka koostuvat niistä perususkomuksista minkä uskotaan olevan tärkeää, arvokasta ja oleellista. Kuntoutusta ohjaavien arvojen tulisi olla yhteneväiset kaikilla mielenterveyskuntoutukseen osallistuvilla tahoilla. Sheetsin (2002) mukaan arvoperusta määrää sen, miten tehokasta toiminta on. Hänen mukaansa kuntoutus on sitä tuloksellisempaa mitä paremmin toiminnan perustana olevat arvot tunnetaan ja tunnistetaan sekä saadaan elämään käytännön työssä. (Koskisuus 2004:45.) Aamupäivän aikana käytiin myös keskustelua kehittämisen päämäärästä ja siitä miten kehittäminen tukee koko työyhteisön perustehtävää.

Aamupäivän aikana kehittämistyössä päästiin hyvälle alulle. Tapaamisessa sovittiin, että kehittämisen parissa jatkava pienempi työryhmä työstää tavoitteet valmiiksi ensimmäisen tapaamisen aikana, jonka jälkeen ne hyväksytetään koko työryhmällä. Tämän lisäksi koko työryhmän tapaamisella valikoitiin 8 tärkeintä ryhmää, jonka parissa pienempi ryhmä jatkaa ryhmätoiminnan mission työstämisen jälkeen työskentelyä eteenpäin. Ryhmät valittiin äänestämällä. Kehittämissuunnitelmaan valittiin arviointiryhmä,

oireidenhallintaryhmä, sosiaalisten taitojen ryhmä, kognitiivisten taitojen ryhmä, päihderyhmä, elämäntapa-ryhmä, liikuntaryhmä sekä lääkehoitoryhmä. Lääkehoitoryhmä jätettiin kuitenkin kehittämistyön ulkopuolelle, koska pienemmässä kehittämistyöryhmässä ei ollut lääkärinedustusta.

Pienempään kehittämisryhmään valikoitui vapaaehtoisuuden pohjalta 9 työntekijää. Työryhmän kokoonpano ja osallistuminen tapaamisiin on esiteltynä kuviossa 4. Työryhmästä puuttui poliklinikan moniammatillisesta työryhmän kokoonpanosta edustus lääkäreiden sekä ohjaajien osuudelta. Tämä johtui heidän työtilanteestaan. Työryhmän kokoontumisissa tämä tuli esille ja myös heidän näkökulmiaan olisi kehittämisessä toivottu.

Ammattiryhmät	1 kerta huhtikuu	2 kerta toukokuu	3 kerta kesäkuu	4 kerta elokuu
sairaanhoitaja	1	1	1	-
mielenterveyshoitaja	2	1	1	2
toimintaterapeutti	3	3	3	2
kuntoutusohjaaja	1	1	1	1
psykologi	1	1	-	1
sosiaalityöntekijä	1	1	1	-
Yhteensä:	9/9	8/9	7/9	6/9

Kuvio 2 Työryhmän kokoonpano ja kokoontumiset

Työryhmän ensimmäinen tapaaminen: Ryhmäpalveluiden missio

Työryhmän ensimmäiseen tapaamiseen osallistuivat kaikki siihen etukäteen ilmoittautuneet jäsenet. Työskentelyn aluksi kerrattiin tapaamisen tarkoitus eli ryhmätoiminnan mission luominen. Työskentely aloitettiin jakautumalla kahteen ryhmään. Pienryhmissä palattiin kuntoutuspoliklinikan kehittämispäivässä syntyneisiin ryhmätöihin ja niiden pohjalta molemmat ryhmät loivat oman ehdotuksen ryhmäpalveluiden missiosta.

Ryhmätöiden esittelyyn sekä niiden herättämien ajatusten jakamiseen oli varattu aikaa 30 minuuttia. Keskustelu ja töiden esittely nauhoitettiin. Kaikki osallistujat osallistuivat keskusteluun aktiivisesti. Tehtävään ja sen purkamiseen varattu aika (1,5 h), tuntuivat ryhmäläisiltä liian lyhyeltä. Heille jäi tunne, että keskustelu jäi vielä kesken. Ryhmä ei

ehtinyt myöskään viimeistelemään missiota. Tapaamisen lopuksi sovittiin, että seuraavalla kerralla palataan ryhmämissioon ja sitä muokataan vielä keskustelun pohjalta syntyneen yhteenvedon jälkeen.

Työryhmän toinen tapaaminen: Ryhmäpalveluiden arviointi

Työryhmän toisen tapaamiskerran aluksi käytiin läpi edellisen kerran keskusteluiden yhteenvedo sekä muokattiin sen pohjalta ryhmätoiminnan missio lopulliseen muotoon. Tämän jälkeen jakauduttiin kolmeen ryhmään ja jokainen ryhmä sai tehtäväkseen arvioida kaksi ryhmäpalvelua ja tehdä niihin kehittämisehdotuksia. Tämän jälkeen kokoonnuttiin taas yhteen ja jokainen ryhmä esitteli oman arviointinsa tuloksia. Lopuksi käytiin 30 minuutin keskustelu arvioinnin herättämistä ajatuksista.

Ryhmäläiset kokivat arvioinnin vaikeana. Pienryhmien jäsenet työskentelivät eri toimipisteissä. He totesivat heti alkuun ryhmien olevan erilaisia eri toimipisteissä.

Työryhmän kolmas tapaaminen: Tulevaisuuden muistelu

Työryhmän kolmannen tapaamisen tarkoituksena oli alun perin kirjoittaa ryhmäkuvauksia. Edellisten tapaamisten pohjalta kerätyn aineiston pohjalta päädyttiin varaamaan yksi tapaamiskerta tulevaisuuden muistelulle. Aikaisemmillä tapaamiskerroilla korostuivat asiat jotka eivät toimi tällä hetkellä ja näkökulma ryhmäpalveluihin oli vahvasti tämän hetkessä tilanteessa. Lähes kaikki kehittämistyöhön osallistuneet ovat tehneet jo useamman vuoden töitä poliklinikalla, joten työryhmäläiset kokivat vaikeana nähdä ryhmäpalveluja uudesta näkökulmasta käsin. Tulevaisuuden muistelu on nk. ennakoitidialogeihin kuuluva menetelmä, jota käytetään erilaisissa asiakastyön, auttamistyön ja moniammatillisen yhteistyön pulmatilanteissa. Menetelmää voi hyödyntää myös toiminnan kehittämisessä. Se auttaa laajentamaan näkökulmaa tästä hetkestä tulevaisuuteen. (Kokko 2007: 166-167.)

Tulevaisuuden muistelu nauhoitettiin kokonaisuudessaan. Muistelu kesti 1,5 tuntia.

Työryhmän neljäs tapaaminen: Palvelukuvausten kirjoittaminen

Työryhmä oli aloittanut palvelukuvausten kirjoittamisen pienryhmätapaamisten välissä. Viimeisellä ryhmäkerralla niihin tehtiin vielä yhdessä muutoksia. Lopuksi käytiin vielä kokoava keskustelu liittyen kehittämissuunnitelman toteutumiseen. Keskustelussa nostettiin myös tärkeitä teemoja esille liittyen koko kuntoutuspoliklinikan työryhmän yhteiseen tapaamiseen.

6.3 Aineisto ja sen analysointi

Kehittämistyöhön liittyvän opinnäytetyön aineiston muodostavat pienryhmien kokouksissa tehtyjen ryhmätyöt ym. kirjalliset tuotokset sekä tapaamiskertojen lopuksi käytävä kokoava keskustelu. Nauhoitetut keskustelut on litteroitu, jokaisen tapaamiskerran jälkeen. Kooste keskusteluista palautettiin ryhmälle jokaisen tapaamiskerran jälkeen.

Pienryhmätapaamisten jälkeen aineisto analysoitiin käyttäen sisällönanalyysiä. Kehittämistyössä kerätty aineisto kuvaa ryhmätoimintoja ilmiönä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tästä ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Tuomi – Sarajarvi 2009: 108.) Sisällönanalyysi on tutkimusmenetelmä, jonka avulla voidaan tehdä toistettavia ja päteviä päätelmiä tutkimusaineiston suhteesta sen asia – ja sisältöyhteyteen. Sen avulla voidaan tuottaa uutta tietoa, uusia näkemyksiä sekä saattaa esiin piileviä tosiasioita. (Anttila 2005:292.)

Ennen analyysin aloittamista sisällönanalyysissä tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause, lausekokonaisuus tai ajatuskokonaisuus. (Tuomi – Sarajarvi 2009: 110.) Aineiston analyysillä pyritään tiivistämään aineistoa ryhmittelyyn, luokittelun ja abstrahoinnin avulla. Ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaisut käydään tarkasti läpi. Aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ryhmittelyä seuraa luokittelu, jossa aineisto tiivistyy. Luokittelussa samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi, joka nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Sisällönanalyysin viimeisessä vaiheessa eli aineis-

ton abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsityksiä. (Tuomi- Sarajärvi 2009: 111-115.)

Tutkimusaineisto muodostui nauhoitetuista keskusteluista, joiden kesto oli yhteensä 3 h 8 minuuttia sekä erilaisista ryhmätöistä. Nauhoitettuja keskusteluja oli auki kirjoitettuna lähes 20 sivua ja erilaisia ryhmätöitä A1 kokoisilla arkeilla yhteensä 11. Aineistosta lähdettiin etsimään ajatuskokonaisuuksia ja lauseita, sillä ne vastasivat myös tutkimuskysymykseen parhaiten. Aineiston analyysi alkoi aineistoon huolellisella lukemisella, jotta aineisto tuli tutuksi. Ensimmäisessä vaiheessa aineistosta kerättiin alkuperäisilmaisuja 1. ja 2. tutkimuskysymyksen pohjalta alleviivaamalla ne litteroiduista teksteistä ja muistiinpanoista sekä ryhmätöistä. Alkuperäisilmaisuja pyrittiin järjestelemään toisiinsa sopiviksi ryhmiksi. Aineistossa oli myös tutkimuskysymyksen ulkopuolelle jäävää materiaalia, kuten ryhmien järjestelyihin liittyviä kokemuksia ja kommentteja, jotka karsittiin pois. Aineiston analyysin toisessa vaiheessa eli luokittelussa käytiin läpi tarkasti aineistosta koodatut alkuperäisilmaisut ja etsittiin samankaltaisuuksia kuvaavia lauseita tai lauseenosia ja yhdistettiin niitä luokiksi. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla edettiin aina pääluokkaan asti (kts. liite1). Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla muodostui yläluokkia (kts liite 2). Alkuperäistä aineistoa on kuljetettu koko analyysin ajan rinnalla, jotta mitään oleellista ei jäisi huomioimatta.

7 Tulokset

Kehittämistyön tuloksena syntyi kuntoutuspoliklinikan ryhmätoimintaa kuvaava missio ja kuvaukset seitsemän ryhmän osalta. Kehittämistyöhön liittyneet 7 ryhmää on avattu tekstissä tarkemmin ja niiden kuvaukset kahden ryhmän osalta ovat liitteenä (liite 1 ja 2). Kursivoidut tekstit ovat suoria lainauksia työryhmän kokoontumisissa tehdyistä ryhmätöistä tai keskusteluista.

7.1 Ryhmätoiminnan missio

Ryhmätoiminnan mission tarkoituksena on ilmaista ryhmätoimintojen taustalla olevia yhteisiä arvoja ja tavoitteita sekä yleisiä ajatuksia. Ryhmätoiminnan mission kokoami-

nen alkoi kuntoutuspoliklinikan kehittämispäivässä helmikuussa 2011. Missio eli omaa elämäänsä pienemmän kehittämistyöryhmän tapaamisissa. Lopulliseen muotoon missio kirjoitettiin syyskuussa 2011 kuntoutuspoliklinikan toisessa kehittämispäivässä.

Kehittämistyöryhmän työskentelyn perusteella kuntoutuspoliklinikan ryhmätoiminnassa keskeiseksi arvoksi, toimintaa ohjaavaksi ajatukseksi ja tavoitteeksi muodostuivat asiakaslähtöisyys ja osallisuus. Asiakaslähtöisyys tunnistettiin ohjaavan kaikkea kuntoutuspoliklinikan toimintaa. Asiakaslähtöisyys koettiin myös edellytyksenä osallisuuden saavuttamiseksi. Ryhmätoiminnan nähtiin tukevan osallisuuden saavuttamista ryhmätoiminnassa saatujen kokemusten kautta voimaantumisen ja elämänhallinnan lisääntymisen avulla.

Asiakaslähtöisyys

Työryhmän mukaan asiakaslähtöisyys ryhmätoiminnoissa toteutuu kun kuntoutujalla on mahdollisuus vaikuttaa mihin ryhmään hän osallistuu. Kuntoutujalla täytyy olla myös mahdollisuus kuntoutua. Ryhmätoimintojen tulisi sisältää elementtejä, jotka tukevat kuntoutumisen prosessia.

Työryhmän näkemyksen mukaan kuntoutujia tulisi kunnioittaa ja kuulla tasavertaisina ihmisinä. Kuntoutujien on vaikea usein tuoda mielipiteitään esille ja päätösten tekeminen vie aikaa. Kuntoutajat voivat myös arvostaa työntekijöiden mielipiteitä enemmän kuin omiaan. Kuntoutujille tulisi alusta alkaen korostaa sitä, että työntekijöiden asiantuntijuus perustuu ammatin tietoperustaan ja kuntoutajat ovat oman elämänsä asiantuntijoista. Kuntoutusprosessissa tarvitaan molempia näkökulmia. Kuntoutujia halutaan myös suojella turhilta pettymyksiltä, jolloin saatetaan osin tiedostamattakin ohjata heidän päätöksentekoa. Työryhmän kokemusten mukaan kuntoutujien kuulluksi tuleminen edellyttää luottamusta ja luottamus syntyy pikkuhiljaa tasa-arvoisen ja kunnioittavan kohtelun seurauksena. Työryhmässä nähtiin tärkeänä myös kuntoutujien haastaminen ja rohkaiseminen muutokseen ja kasvuun.

... meidän pitää huomioida se kuntoutuja siellä ja kuunnella häntä myös eikä lähteä ylhäältä päin johtamaan...

Kuntoutujat tarvitsevat tietoa pystyäkseen osallistumaan omaa kuntoutusta koskevaan päätöksen tekoon. Työryhmän kokemusten mukaan ryhmätoimintoihin liittyvää tietoa ei ole aina riittävästi tarjolla. Päätöksiä ryhmiin osallistumisesta tehdään pääasiassa hoitoneuvotteluissa, joissa ei ole paikalla kaikkien ryhmien ohjaajia. Näin ollen ryhmistä tiedottaminen saattaa jäädä puutteelliseksi ja kuntoutujien täytyy tehdä valintoja puutteellisen tiedon pohjalta. Monilla kuntoutujilla on huonoja kokemuksia ryhmistä esimerkiksi kouluajoilta, joten heillä voi olla suuri kynnys rohkaistua ylipäättään kuntouttavaan ryhmätoimintaan. Tiedon puutteen ongelmat vaikeuttavat kuntoutujien ohjautumista oikeanlaisiin ryhmiin ja heille saattaa syntyä vääränlaisia odotuksia liittyen ryhmiin. Nämä voivat osaltaan lisätä ryhmiin liittyvää negatiivisten kokemusten ketjua.

Päätöksiä ei voi tehdä, jos ei tiedä mitä on päättämässä. Kuntoutujilla tulisi olla mahdollisuus saada hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää tietoa selkeällä ymmärrettävällä kielellä ja heillä tulisi olla aikaa tutustua aiheeseen ennen päätöksentekoa.

... erityisesti tiedon antaminen, jos ei kerrota selkeästi mikä sen ryhmän sisältö on ja mihin sillä pyritään vastaamaan niin ei voi valita...

Jokainen kuntoutuja tulisi huomioida yksilönä. Työryhmän mukaan välillä arkityössä tulee ajatelleeksi kuntoutuspoliklinikan kuntoutujia ryhmänä tai vielä kärjistetympin skitsofreenikkoina. Heistä jokaisella sairaus näkyy elämässä kuitenkin eri tavoin ja heidän tavoitteensa ovat yksilöllisiä. Ryhmämuotoisen kuntoutuksen tulisi korostaa mahdollisuuksia ja voimavaroja, ei rajoitteita. Kuntoutuksen pitäisi pohjautua yhteiseen arviointiin, jossa tunnistetaan kuntoutumistarpeet. Tarkoituksena ei ole tarjota kaikille kuntoutujille samanlaista "kuntoutusputkea" vaan ennemminkin löytää jokaiselle omanlainen yksilöllinen polku.

...et kaikki ei menis saman sapluunan kautta ... vaan se voi olla hyvinkin yksilöllistä...

Tavoitteellisuus ryhmätoiminnassa nähtiin erityisen haastavana asiana. Työryhmän kokemusten mukaan kuntoutujien on vaikea nimetä omalle kuntoutumiselle tavoitteita. Psykkinen sairastuminen on voinut katkaista elämää ohjanneet suunnitelmat kuten

opiskelun ja vaikuttaa itsetuntoon. Kuntoutujat tarvitsevat työntekijöiden tukea tunnistaakseen muutostoiveitaan, rohkaistuakseen nimeämään niitä ja muuttaakseen ne tavoitteen muotoon. Psykoosisairaudet aiheuttavat usein mm. keskittymiskyvyn ongelmia, mikä voi vaikeuttaa kykyä hahmottaa mikä on ryhmässä "punainen lanka" eli mikä on olennaista ja pitää siitä kiinni. Myös tästä syystä työryhmässä nähtiin tärkeänä, että tavoitteiden eteen tehdään töitä. Varsinkin toiminnalliset ryhmät saattavat nostaa pintaan monenlaisia tunteita ja muistoja. Ryhmän ohjaajilta vaaditaankin kokemusta ottaa vain ryhmän tavoitteiden kannalta oleelliset asiat käsittelyyn.

...yksilötapaamisista pitäis sitä (tavoitteita) lähteä työstämään...

...potilaan varsinkin pitäis tietää oma tavoite ...

Ryhmätoimintojen yleisenä tavoitteena nähtiin mm. toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Keskeisenä nähtiin myös toivon ylläpitäminen ja motivaation kehittyminen. Ryhmässä pohdittiin myös missä vaiheessa kuntoutumista ryhmään osallistumisen tavoitteeksi riittää, että tulee lähdettyä pois kotoa. Kokemusten mukaan tavoitteen löytymisessä omalle kuntoutumiselle on auttanut joskus myös muiden eri vaiheessa kuntoutumistaan olevien kuntoutujien kohtaaminen. Työryhmä näki tärkeänä, että myös tämä vaihe kuntoutumisessa olisi tietoista.

...alkuun ne perustuu siihen et saa ihmisen pois kotoa aika pitkälti

Työryhmässä nähtiin tärkeänä, että ryhmäpalveluissa kiinnitettäisiin enemmän huomiota tuloksellisuuteen. Heidän mukaansa kuntoutujilla tulee olla käsitys siitä minkälaiseen tietoon heille tarjotut ryhmät perustuvat. Kuntoutujilla täytyy olla mahdollisuus päästä tavoitteisiinsa ja ryhmäpalveluiden tulisikin perustua parhaaseen tutkittuun tietoon ja käsitykseen. Työryhmän kokemusten mukaan liian pitkään jatkuneet ryhmät eivät enää edesauta kuntoutumista. Kuntouttavien ryhmien tulisi perustua kuntoutuksen ja kuntoutumisen ilmiöiden ymmärtämiseen.

Onko meillä sellaisia elementtejä ryhmässä jotka olis vaikuttanut kuntoutujaan niin et hän olis päässyt pois täältä? (kuntoutuspoliklinikan ryhmistä)

Osallisuus

Kuntoutujien mahdollisuuksista elää osallisena yhteiskunnassa puhuttiin työryhmässä paljon ja se herätti ristiriitaisia ajatuksia. Keskusteluissa pohdittiin mm. mitä osallisuudella oikeastaan tarkoitetaan. Kokemuksia oli myös siitä, että osallisuus ja osallistuminen sotkeutuvat toisiinsa ja toisinaan niillä tarkoitetaan samaa asiaa. Työryhmässä nähtiin ryhmien joskus myös estävän osallisuuden mahdollistumista. Näin saattaa käydä, jos esimerkiksi ryhmään osallistuminen nähdään tavoitteena, ei keinona.

... syrjäytetäänkö kun kuntoutetaan ryhmissä...

Työryhmän mukaan ryhmätoimintojen tulisi tarjota keinoja, jonka avulla sairastunut rohkaistuu takaisin osalliseksi yhteiskuntaan. Ryhmätoimintojen tulisi sisältää elementtejä, jotka mahdollistavat voimaantumisen ja lisäävät elämänhallinnan kokemusta.

Vaikean ja pitkäaikaisen sairauden kanssa eläminen vaatii voimavaroja. Työryhmä näki tärkeänä ryhmätoiminnassa sen, että kuntoutujilla on mahdollisuus ryhmien avulla jakaa kokemuksia samantyyllisessä elämäntilanteessa olevien ihmisten kanssa. Toivoa on joskus vaikea pitää yllä. Ryhmien toiminta sisältää jakamista ja tukea. Työryhmän kokemusten mukaan osallistumalla toimintaan eristäytyminen ja yksinäisyyden tunteet usein vähenevät. Kokemusten jakaminen, hyväksytyksi tuleminen ja tutustuminen muihin ryhmäläiseen luovat uskoa ja toivoa siitä, että sairauden kanssa voi selvitä ja sen ei tarvitse muodostua elämän sisällöksi.

...luodaan yhteenkuuluvuutta... erillisyys ja yksinäisyys vähenee

Ryhmätoiminnoissa pyritään nostamaan esille kuntoutujan vahvuuksia. Työryhmän mukaan ryhmätoiminnassa on tärkeää korostaa onnistumisen kokemuksia ja onnistuminen lisää tyytyväisyyden tunteita. Ryhmätoiminnoissa ihmisiä rohkaistaan sopivassa määrin ottamaan myös vastuuta. Kuntoutujille tarjotaan mahdollisuuksia vaikuttaa ryhmässä tehtäviin päätöksiin sekä tehdä ryhmässä erilaisia valintoja. Ryhmätoiminnoissa ohjaajan tehtävä on mahdollistaa tämä riippumatta kuntoutujan kyvyistä.

...ne vahvuudet tulee eritavalla esiin.. ryhmässä ... kuin jossain yksilötapaamisessa...

Voimaantumiseen liittyy työryhmän mukaan oleellisesti myös se, että ryhmätoiminnoissa kuntoutujille tarjoutuu mahdollisuus kokeilla erilaisia rooleja. Potilaan roolista siirtyminen kuntoutujan rooliin onnistui työryhmän kokemusten mukaan helpommin ryhmässä. Ryhmätoiminnassa on elementtejä, joiden turvin potilas rohkaistuu elämään täyttä elämää, eikä vain potilaan elämää.

...muutos lähtee siitä kun potilas muuttuu ryhmässä osallistujaksi.

Ryhmätoimintojen tarkoitus on myös tukea elämän hallinnan lisääntymistä. Työryhmän mukaan elämän hallintaa lisäävät tiedon saaminen sekä valmiuksien ja taitojen kehittyminen. Psykoosisairauden vaikutukset elämään ovat moninaisia. Kuntoutujat tarvitsevat mm. keinoja pystyäkseen hallitsemaan pitkäaikaista sairauttaan sen erilaisine oireineen. Sairastumisen myötä kuntoutuja voi menettää oppimiaan taitojaan tai hän voi tarvita tukea pitääkseen niitä yllä. Elämän hallinnan kokemusten nähtiin työryhmässä vaikuttavat myös elämänlaatuun. Elämänlaatu ymmärrettiin olevan enemmän kuin elämän hallintaa.

Ihmiset oppivat toinen toisiltaan. Työryhmän mukaan ryhmässä paljon elementtejä, joita ei ole kahdenkeskisissä tilanteissa.

"Ryhmä on enemmän kuin osiensa summa"

Ryhmätoiminnan missio:

JMT kuntoutuspoliklinikan ryhmämuotoisen toiminnan tarkoitus on vastata kuntoutussuunnitelmassa yhdessä määritettyihin potilaan yksilöllisiin tarpeisiin.

Ryhmässä on mahdollista oppia tunnistamaan oman hyvinvoinnin kannalta tärkeitä asioita sekä harjoitella taitoja, joiden avulla pystyy toimimaan paremmin omassa ympäristössä. Ryhmien yleisenä tavoitteena on estää tai vähentää toimintakyvyn heikkenemistä sekä vahvistaa toimijuutta ja osallisuutta. Ennen kaikkea ryhmissä korostuu potilaan

voimavarojen merkitys ja niissä pyritään tukemaan motivaation kehittymistä. Ryhmässä on myös mahdollisuus vertaistukeen.

Ryhmätoiminnan hyödyn kannalta on olennaista, että ryhmiin osallistuminen toteutuu suunnitelmallisesti ja oikea-aikaisesti. Potilaan osallistuminen päätöksentekoon ja tavoitteiden asettamiseen on tärkeää.

7.2 Ryhmäkuvaukset

Kehittämistyöhön valikoitui äänestämisen perusteella 7 ryhmää: arviointiryhmä, oireenhallintaryhmä, sosiaalisten taitojen ryhmä, kognitiivisten taitojen ryhmä, päihderyhmä, elämänkaariryhmät ja liikuntaryhmä. Näitä ryhmiä arvioitiin työryhmässä Skitsofrenian Käypä –hoito suosituksen ja kuntoutuksen valtaistavan ja ekologisen toimintamallin pohjalta. Työryhmä teki arvioinnin jälkeen kehittämisehdotuksia, jotka esiteltiin yhteisessä kehittämisaamupäivässä syyskuussa. Kehittämispäivässä ei ehditty käsitellä kaikkia ryhmiä, joten palvelukuvaukset eivät ole vielä lopullisia. Ryhmien nimiä mietittiin työryhmässä paljonkin ja myös niihin toivottiin muutosta. Tässä kehittämistyössä päädyttiin kuitenkin pitämään ryhmien nimet ennallaan.

Työryhmän arvioinnin mukaan kehittämistyöhön valikoituneille ryhmille löytyy perusteet Skitsofrenian Käypä hoito- suosituksesta. Ryhmätoimintoja koskevat kehittämisehdotukset liittyivät kuntoutujaan suhtautumiseen, ryhmätoimintojen suunnitelmallisuuteen, tavoitteellisuuden lisääntymiseen ja perusteltujen keinojen käyttämiseen. Kaikkien ryhmien kohdalla pidettiin tärkeänä, että ryhmän suunnittelussa ja toteutuksessa huomioidaan psykoosisairaudelle tyypilliset toimintakykyyn vaikuttavat tekijät kuten kognitiiviset puutokset. Seuraavassa on avattu kehittämistyöhön valikoituneita ryhmätoimintoja kuvaamalla niiden nykykäytäntöä, niiden perusteita pohjautuen mm. Käypä hoito –suositukseen sekä kehittämisehdotuksia.

Arviointiryhmä

Kuntoutuspoliklinikalla on aikaisemmin kokoontunut yhdessä toimipisteessä kuntoutusvalmiuksien arviointiryhmiä, jonka tavoitteena on ollut yhdessä potilaan kanssa löytää keinoja hänen aktivoitumiseen sekä hoitoon ja kuntoutumiseen kiinnittymiseen. Ryhmä

on ollut lyhytkestoinen (6x) ja kokoontunut aina tarpeen mukaan. Arviointiin on sisällytynyt ryhmän lisäksi 3 yksilöllistä toimintaterapeutin tapaamista.

Työryhmä näki tärkeänä, että myös jatkossa palveluvalikoimassa olisi jokaisessa toimipisteessä arviointiryhmä. Arviointi nähtiin tärkeänä asiana suhteessa kuntoutuksen tavoitteiden löytymiseen ja suunnitelmallisuuden lisääntymiseen. Psykoosisairaus aiheuttaa usein haasteita ja rajoituksia useammalla alueella. Työryhmän mukaan tarvittaisiin suunnitelmallisuutta miten näissä tilanteissa edettäisiin. Työryhmällä oli huonoja kokemuksia siitä, kuinka joskus kuntoutujalle on suunniteltu liian monta ryhmää kerrallaan tai kuntoutuja on joutunut liian haasteelliseen ryhmään suhteessa omiin sen hetkisiin valmiuksiin.

... useimmilla kuntoutujilla on eri osa-alueissa niitä vaikeuksia et miten valitaan se mikä on se ensimmäinen ja mikä seuraava et tää on kans aika tärkeä tekijä mistä ei kauheesti puhuta.

... onko mielekästä et juoksee kahdessa ryhmässä samana päivänä?

Kuntoutuksen suunnittelun pitäisi perustua aina arviointiin. (Lähteenlahti 2008:199.) Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen (2008) mukaan skitsofreniaan sairastuneen kuntoutussuunnitelman tukena tulisi olla toimintaterapeutin suorittama arviointi. (Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus 2008.) Ryhmämuotoisen arviointi voidaan nähdä kannattavana toimintana taloudellisesti, mutta sillä on myös muita perusteita. Sosiaalinen toimintakyky on keskeinen psykiatrisen toipumisen ennustetekijä (Lähteenlahti 2008:207). Tästä johtuen on olennaista arvioida myös kuntoutujien sosiaalista toimintakykyä.

... Ja se on tärkeä sit kans huomata et ryhmä on yks menetelmä... eikä ryhmiä pidetä sen takia et saada halvalla.

Työryhmän kokemuksen mukaan arviointiryhmää ei hyödynnetä riittävässä määrin. Kokemusten mukaan potilaita on vaikea motivoida arviointiryhmää, sillä he eivät näe välttämättä samoin arvioinnin tarpeellisuutta kuin henkilökunta. Arviointiryhmän palvelukuvauksessa tulisi näkyä selkeästi myös kuntoutujan aktiivinen rooli arvioinnissa sekä

ryhmän tarjoama hyöty heille. Ryhmä voisi sisältää myös enemmän tietoa eri kuntoutusmahdollisuuksista. Tässä osiossa voisi hyödyntää esimerkiksi kuntoutusohjaajaa.

...arvioitavaksi joutuminen ei tunnu mukavalta..

Oireidenhallintaryhmä

Oireidenhallintaryhmiä on kokoontunut kuntoutuspoliklinikoilla jo useiden vuosien ajan. Oireidenhallintaryhmät pohjautuvat psykoedukaatioon. Ryhmien yleisenä tavoitteena on ollut tiedon jakaminen psykoosisairaudesta, hoidosta ja kuntoutuksesta sekä kuntoutujien elämän hallinnan lisääntyminen. Ryhmissä on käytetty erilaisia työkirjoja ja niiden kesto on vaihdellut muutaman kerran ryhmistä aina vuoden kestäneisiin ryhmiin asti. Oireidenhallintaryhmiä on kokoontunut jokaisessa kolmessa toimipisteessä.

Skitsofrenian Käypä –hoito suosituksen (2008) mukaan psykoedukaation eli koulutuksellisen terapian tulisi kuulua osana skitsofreniapotilaan hoitoon. Tutkimusten mukaan psykoedukaatio vähentää sairauden oireita, lisää tietoa sairaudesta, parantaa lääkehoidon toteutumista, kuntoutujien toimintakykyä ja heidän perheidensä hyvinvointia sekä vähentää psykoosin uusiutumista ja sairaalahoitoon joutumisen riskiä. (Skitsofrenia: Käypä hoito –suositus 2008.)

Työryhmässä pohdittiin käytössä olevien materiaalien kirjoja sekä käsityksiä ryhmästä. Työryhmä näki ryhmän raskaana ja oirekeskeisenä sekä heidän mielestään ryhmiin oli vaikea motivoida kuntoutujia. Monilla oli myös käsitys siitä, että kaikki kuntoutujat ovat jo käyneet oireidenhallintaryhmän sairaalassa. Työryhmässä todettiin kuitenkin, että nämä käsitykset eivät pidä välttämättä paikkaansa. Kokemuksia oli myös siitä, että ryhmä on ollut kuntoutujille merkityksellinen ja he ovat hyötynneet saamastaan tiedosta ja oppimistaan oireidenhallintakeinoista.

... on vaan semmonen mielikuva, et kaikkihan sen on käynyt.

... ryhmissä pitäis korostua voimavarat, ei ongelmat.

Työryhmässä nähtiin tarpeellisena yhdenmukaistaa ryhmissä käytettävää materiaalia. Osa käytössä olevista materiaaleista perustuu jo osaltaan vanhentuneeseen tietoon. Osalla työryhmästä oli hyviä kokemuksia esimerkiksi psykologi Kati Mustosen (2009)

psykoedukaatio-ohjelmasta, joka perustuu mm. Skitsofrenian Käypä hoito – suositukseen. Ohjelman ensisijainen tavoite on tiedon jakaminen. Ryhmän ohjaajat kertovat ryhmässä mitä psykoosisairauksista tiedetään ja kuntoutujia tuetaan tunnistamaan miten sairaus heidän elämässään näkyy. Tavoitteena ryhmässä ei ole pysyvästi poistaa oireita vaan parantaa kuntoutujien elämänlaatua sairaudesta huolimatta.

Koko työryhmän tapaamisessa kuitenkin päädyttiin siihen, että palveluvalikoimassa olisi hyvä olla tarjolla kahdenlaisia oireenhallintaryhmiä. Pidemmässä ryhmässä on enemmän aikaa syventyä kuntoutujien elämäntilanteeseen ja hallintakeinojen harjoitteluun. Ryhmä voi toimia lyhyemmän ryhmän jatkona kuntoutujille, jotka kokevat hyötyvänsä tavoitteensa saavuttamiseksi tämältyyppisestä työskentelystä.

Sosiaalisten taitojen ryhmä

Kuntoutuspoliklinikalla on yhdessä toimipisteessä toiminut sosiaalisten taitojen ryhmä. Ryhmä on ollut toimintaterapeuttien ohjaama ja sitä ei ole suunnattu erityisesti millekään diagnoosiryhmälle. Ryhmä on ollut tarkoitettu kuntoutujille, jotka kokevat sosiaaliset tilanteet itselleen haasteellisina ja haluavat tarkastella omaa sosiaalista rooliaan. Menetelminä ryhmässä käytetään keskustelun lisäksi mm. pelejä, rooliharjoituksia, sosio- ja psykodraamaa sekä muita vuorovaikutusharjoituksia. Muissa toimipisteissä on katsottu muiden ryhmien mahdollistavan riittävästi sosiaalisten taitojen harjoittelua.

Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen (2008) mukaan sosiaalisten taitojen harjoittelu parantaa skitsofreniaan sairastuneiden sosiaalisia taitoja ja sosiaalista toimintakykyä. (Skitsofrenia: Käypä hoito-suositus 2008.) Sosiaalisten taitojen harjoittelua tulisi järjestää osana kuntoutusta ja harjoittelun tulisi jatkua riittävän pitkään. Sosiaalisten taitojen harjoitteluun on kehitetty erilaisia valmisohjelmia. Sosiaali- ja terveysministeriön (2002) suosituksen mukaan kehitystavoitteena on ulkomailla kehitettyjen strukturoitujen ja asteittaiseen oppimiseen perustuvien social skills -ohjelmien soveltaminen Suomessa. (Sosiaali – ja terveysministeriö 2002.)

Työryhmä näki sosiaalisten taitojen ryhmät tärkeänä osana kuntoutusta. Heillä oli kuitenkin kokemuksia siitä, että kuntoutujat, joilla on puutteita sosiaalisissa taidoissa, ei-

vät halua osallistua ryhmään. Ryhmään on aikaisemmin saatu motivoitua pääasiassa vain kuntoutujia, jotka ovat jo edenneet kuntoutumisessaan pidemmälle.

... on jo jonkinlainen käsitys siitä mihin haluaa muutosta

Työryhmän mukaan tarvittaisiin kuitenkin myös ryhmiä, joissa kuntoutujien olisi mahdollisuus rohkaistua sosiaaliseen kanssakäymiseen. Ryhmien tulisi olla riittävän yksinkertaisia, jotta jokainen pääsisi osallistumaan omalla tasollaan ja ryhmästä muodostuisi hyvä kokemus.

... osaamisen ja onnistumisen korostaminen ryhmässä on tärkeää

Työryhmässä nähtiin tärkeänä, että työntekijät rohkaistuvat puhumaan sosiaalisiin tilanteisiin liittyvistä hankaluuksista avoimesti ja luovat uskoa kuntoutujille siitä, että heillä on mahdollisuus oppia ymmärtämään sosiaalisia tilanteita paremmin.

Psykoosit vastualueella on sairaalassa kokeiltu Social Cognition and Interaction Training (SCIT) –ohjelmaa. (Roberts ym. 2009.) Kuntoutujien ja ohjaajien kokemukset ryhmästä ovat olleet positiivisia. Myös avohoidon työntekijöillä osalla on koulutus kyseiseen ryhmäterapiaohjelmaan. Työryhmässä päädyttiin ehdottamaan, että jatkossa sosiaalisten taitojen ryhmät toimisivat SCIT-ryhminä. SCIT:n tekniikat on suunniteltu selkeästi yhdistämään sosiaalisen kognition harjoitukset kuntoutujien vaikeuksiin tosielämän toiminnassa. Tämä nähtiin tärkeänä seikkana, sillä työryhmän kokemusten mukaan taitojen siirtyminen kuntoutujien arkeen on haasteellista.

... tavoitteena pitäisi olla että kuntoutuja saa ne taidot käyttöön siellä omassa elämässä

Koko työryhmän tapaamisessa asiasta keskusteltiin, mutta työntekijät kokivat edelleen haastavana saada kuntoutujia motivoitumaan sosiaalistaitojen ryhmään. He kokivat tarvitsevansa lisää tietoa ryhmästä, joka tukisi kuntoutujien motivoitumista ryhmään.

Kognitiivisten taitojen ryhmä

Kognitiivisten taitojen ryhmät erosivat eri toimipisteissä toisistaan. Yhden toimipisteen ryhmissä korostui selkeästi taitoja harjoittava puoli ja toiset ryhmät taas keskittyivät enemmän toimintoihin, joissa kognitiiviset taidot ovat käytössä kuten peleihin. Kehittämisyhmä päätyi arvioimaan ja tekemään kehitysehdotuksia taitoja aktiivisesti harjoitettavaan ryhmään.

Skitsofrenian Käypä hoito –suosituksessa (2008) todetaan, että kognitiiviset kuntoutusohjelmat saattavat parantaa toiminnanohjausta, tarkkaavuutta ja muistia. Kuntoutusohjelmien tulokset ovat olleet lupaavia, mutta toistaiseksi Käypä hoito-suosituksen mukaan ne eivät sovi rutiinikäyttöön. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2008.) JMT kuntoutuspoliklinikalla ei ole ollut ryhmissä käytössä mitään tiettyä ohjelmaa. Kognitiivisten taitojen ryhmän ohjaajilla on kognitiivisen remediaatioterapian (CRT) koulutus, jonka periaatteita on myös ryhmässä hyödynnetty. Osa ryhmään ohjautuneista kuntoutujista onkin käynyt ensin yksilöllisen kuntoutusohjelman (CRT).

Työryhmän kokemuksen mukaan osan kuntoutujista on vaikea arvioida omaa tarvettaan kohentaa kognitiivisia valmiuksia ja taitoja tai ylipäätään niiden yhteyttä omaan kuntoutumiseen. Kognitiivisten taidot on hankala käsite ja se täytyisi osata selittää arkikielellä kuntoutujille. Kokemusten mukaan kuntoutujat pitävät ryhmää myös liian haasteellisena. Kuntoutujien keskeisiä oireita ovat mm. väsymys ja ahdistus. He eivät välttämättä koe jaksavansa osallistua ryhmään, jossa pitäisi pystyä muistamaan ja keskittymään. Kuntoutujat tarvitsevat rohkaisua ja kannustusta osallistuakseen ryhmään. Palvelukuvauksissa toivottiin näkyvän mitä mahdollistuu kun esimerkiksi kognitiiviset taidot kohenee. Tämän uskottiin motivoivan myös kuntoutujia.

... Kognitiivinen sanana on semmoinen et se täytyy avata... kun puhutaan toiminnan ohjauksesta, niin se ei ole välttämättä selvää mitä se tarkoittaa...

Työryhmän kokemusten mukaan kuntoutujilla on monenlaisia kognitiivisia haasteita, jotka vaikeuttavat selviytymistä arjesta, opiskelusta, työstä tai kuntouttavasta työstä. Heidän voi olla esimerkiksi vaikea ylläpitää tehtävissä vaadittavaa tarkkaavaisuutta, sulkea pois häiritseviä tekijöitä ja poimia esiin olennaisia asioita. Myös muistiin liittyvät

ongelmat ovat yleisiä. Vaikeudet vaikuttavat itsetuntoon, joten kognitiivisten taitojen ryhmien kohdalla nähtiin tärkeänä, että niissä korostetaan onnistumisen kokemuksia. Ryhmässä on mahdollisuus jakaa myös kokemuksia muiden kanssa. Aikaisempien ryhmien kokemusten perusteella kuntoutujat ovatkin osanneet jakaa parhaita ideoita toinen toisilleen siitä miten he ovat arjen hankaluuksia pyrkineet ratkomaan.

...onnistumiskokemuksia, jotka lisäävät varmasti itseluottamusta ja ehkä uskallustakin

Kognitiivisten taitojen ryhmä on pyritty pitämään hyvin käytännön läheisenä. Ryhmässä ei ole luennoitu psykoosin aiheuttamista kognitiivisista puutoksista vaan kuntoutumisen kannalta oleellista tietoa on pyritty liittämään harjoituksiin ja tehtäviin. Harjoitukset tulisi olla monipuolisia ja ryhmässä pitäisi pyrkiä löytämään yksilöllisiä ratkaisuja kuntoutujien haasteisiin.

... ei saisi tulla liian rutiininomaista et aina vetää samalla sapluunalla vaan mitä sen ryhmän jäsenet tarvitsee

Myös kognitiivisten taitojen ryhmässä on käytetty toimintamuotona pelejä. Pelit ovat kokemusten mukaan erinomaisia välineitä monenlaiseen harjoitteluun. Pelit mahdollistavat myös hauskanpidon yhdessä ja rohkaisevat sosiaaliseen osallistumiseen. Työryhmän mukaan kognitiivisten taitojen ryhmät ovat keskittyneet vahvasti ryhmässä tapahtuvan toimintaan ja kokemusten mukaan ryhmässä opittuja taitoja on ollut vaikea siirtää kuntoutujien omiin toimintaympäristöihin. Ryhmissä voisi hyödyntää esimerkiksi koti- / välitehtäviä, jotka tukisivat taidon siirtymistä.

... aktiivisuuden lisääntyminen kotonakin et jos ryhmässä oppii vaikka jonkin korttipelin et sitä vois pelata sit kotona vanhempien tai sitten vaikka jonkun kaverin kanssa...

Päihderyhmä

Kuntoutuspoliklinikalla on toiminut 3 vuotta päihderyhmä. Kokemusten mukaan ryhmä on ollut tarpeellinen ja toiminut melko hyvin. Haasteena ryhmissä on ollut mm. se, että ryhmät ovat olleet heterogeenisiä. Palvelukuvauksiin toivottiin selkeyttä siihen, kenelle

ryhmä on ensisijaisesti suunnattu. Tarkennusta haluttiin mm. sen suhteen onko ryhmä tarkoitus toimia arvioivana eli tietoa antavana siitä miten potilas käsittää ja pystyy työskentelemään oman päihdeongelmansa kanssa, eteenpäin ohjaavana vai tiiviimpänä terapiaryhmänä. Keskusteluissa nähtiin tarve kaikkiin vaihtoehtoihin.

...osa pystyy vähentämään tällä (tuella) ja ongelma on nyt se että siellä nyt kaikki samassa...

Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen (2008) mukaan alkoholi- tai huumeriippuvuudesta kärsivät skitsofreniapotilaat tarvitsevat psykoosin hoidon ohella myös riippuvuuden hoitoa ja sosiaalista kuntoutusta. (Skitsofrenia: Käypä hoito-suositus 2008.) Työryhmän kokemusten mukaan vähäinenkin päihteiden käyttö voi heikentää psyykkistä vointia ja vaikuttaa kuntoutujien tavoitteiden saavuttamiseen.

...moni ei näe sitä et on mitään ongelmaa tai se on vaarallista terveydelle tai toimimiselle sitä ei voi sivuuttaa, koska se voi olla este kaikelle kuntoutumiselle...

Ryhmiiin ohjautumisessa pidettiin keskeisenä asiana, että potilas itse rohkaistuu ja motivoituu tarkastelemaan omaa päihteidenkäyttöä. Työryhmän näkemyksen mukaan myös työntekijät tarvitsevat asian suhteen rohkaistumista. Päihteiden vaikutuksesta kuntoutumiselle pitäisi puhua avoimesti. Kokemusten mukaan päihteidenkäyttö ohitetaan usein turhan pikaisella kysymyksellä.

...puheeksi ottaminen ja voi edes arvioida rehellisesti ja uskaltaa tutkia miksi juon ja minkä verran juon ...

Päihderyhmän ohjaajilla on päihteisiin liittyvää lisäkoulutusta, joka koettiin erittäin tärkeäksi. Ryhmät perustuvat psykoedukatiiviseen lähestymistapaan. Ryhmän työmuotoja ovat tiedon antamisen lisäksi, motivoiva haastattelu, erilaiset itsearviointi -menetelmät sekä toiminnalliset harjoitukset.

..tietoa antavaa, joka herättelee sitä tarvetta koska osa ehkä tarvitsee jatkossa pitkäaikaista päihdehoitoa.

Päihderyhmä oli ainut arvioitavista ryhmistä, joissa on ollut jo käytössä välineitä millä ryhmän tuloksellisuutta on arvioitu. Ryhmässä oli käytetty esimerkiksi ryhmän alussa ja lopussa Audit-testiä.

Päihderyhmät toimivat kahdessa toimipisteessä ja kuntoutujat ovat voineet valita ryhmän missä käyvät vapaasti. Työryhmässä pohdittiin voisiko ryhmät olla erilaisia tavoitteiltaan. Toinen ryhmistä voisi olla jatkuvasti täydentyvä, jossa tavoitteena olisi tiedon saaminen päihteiden vaikutuksesta sekä oman päihteidenkäytön arviointi. Toinen ryhmistä voisi olla kiinteä, jossa korostuisi kokemusten jakaminen ja toinen toisiltaan oppiminen.

...et ei tarvitsis odottaa puolta vuotta päästäkseen ryhmään.

...alkuun oli kuntoutujien vaikeaa puhua, mutta myöhemmin uskalsi puhua kun ryhmä tuntui tutulta ja turvalliselta.

Työryhmä näki päihderyhmän osalta tärkeänä yhteistyön tekemisen yli organisaatiorajojen. Aikaisemmin yhteistyötä on tehty yksittäisten kuntoutujien kohdalla, mikä on nähty myös hyvänä vaihtoehtona. Laajempi verkostoituminen eri päihdeosaajien kesken lisäisi kuitenkin kuntoutujien mahdollisuuksia löytää juuri hänen tavoitteita vastaava ryhmä.

Elämäkaariryhmät

Kuntoutuspoliklinikoilla on kokoontunut kahdessa toimipisteessä nuorten aikuisten ryhmiä sekä senioriryhmiä. Eri toimipisteissä kokoontuneet ryhmät ovat eronneet toimintatavoiltaan ja tavoitteiltaan toisistaan. Yhteisenä tekijänä ryhmissä on ollut kerätä samanikäisiä potilaita, joilla on samantyylinen elämäntilanne yhteen ja tukea ikäkaudelle tyypillisiä kehitystehtäviä sekä elämänlaatua.

Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksessa (2008) ei varsinaisesti mainita tämän tyyllisiä ryhmiä. Myöskään arkielämän taitojen harjoittelusta skitsofrenia kuntoutujien hoidossa ja kuntoutuksessa ei ole riittävästi tutkimustietoa, mutta klinisen kokemuksen mukaan taitojen harjoittelusta hyötyvät toimintakyvyn puutteista kärsivät kuntoutujat. (Skitsofrenia: Käypä hoito-suositus 2008.)

Työryhmä näki tärkeänä, että ryhmätoiminnoissa olisi myös jatkossa eri-ikäisille suunnattuja ryhmiä. Heidän kokemusten mukaan kuntoutujat ovat hyötäneet ryhmistä. Ryhmiin osallistumista on ollut helppo perustella kuntoutujille, sillä ne ovat keskittyneet normaalien asioiden äärelle kuten esim. nuorten aikuisten kohdalla itsenäistymiseen ja vastuunoton harjoitteluun tai senioriryhmissä vanhenemiseen liittyvien tukipalveluihin tutustumiseen.

... monella puutteita käytännön arkiasioiden hoitamisessa.

Elämänkaariryhmissä korostuu työryhmän mukaan vertaistuki ja kokemusten jakaminen. Taitojen kohentumisen ja itsetunnon lisääntymisen kautta kuntoutujat ovat rohkaistuneet elämässään eteenpäin. Tärkeänä tekijänä nähtiin se, että eri vaiheessa kuntoutumistaan olevat kuntoutujat tukevat toinen toisiaan. Pidemmälle edenneiden kuntoutujien malli auttaa muita jaksamaan kamppailla oman sairautensa kanssa. Kokemukset hyväksytyksi tulemisesta lisäävät elämänlaatua.

... hoitoon motivoituminen lisääntyy ryhmässä.

Työryhmän mukaan ryhmien yhdenmukaistaminen ei välttämättä ole tarpeellista. Ryhmissä on tärkeitä suunnitella ja toteuttaa ne yhdessä kuntoutujien kanssa niin, että ne parhaiten tukisivat heidän omassa ympäristössä selviytymistä. Elämänkaariryhmiä voisi kehittää yhä enemmän kohti kuntoutujien omaa ympäristöä sekä muita kuntoutusverkoston toimijoita. Nuorten aikuisten kohdalla on suunnitelmissa yhteistyön lisääminen välimuotoyksikön eli sairaalan ja avohoidon välimaastossa toimivan Varhaisen psykoosin tutkimus ja hoitoyksikön kanssa. Hoitoyksikön ideologiaan kuuluu kuntoutujien hoito ja tutkimus mahdollisimman pitkälle heidän omassa ympäristössään. Toisaalta taas yhteistyötä voisi lisätä pidemmälle edenneiden kuntoutujien kanssa ammatillisen kuntoutuksen eri yksiköiden kanssa. Senioreiden kohdalla yhteistyötä voisi lisätä mm. kunnan ja kolmannen sektorin kanssa. Työryhmän mukaan ryhmissä tulisi korostaa vielä enemmän tavoitteellisuutta ja määräaikaaisuutta.

...Meidän pitäisi itte lähteä luomaan uus kulttuuri luomaan siihen et uudet nuoremmat kun tulee niin me ei enää pyritäkään pitämään niitä täällä.

Liikuntaryhmät

Liikuntaryhmät koettiin tärkeänä kuntoutuksen tukimuotona, mutta toisaalta käytiin myös paljon keskustelua siitä millaisia liikuntaryhmien tulisi olla. Liikuntaryhmissä nähtiin keskeisenä se, että ryhmiin ohjaututaan oman kiinnostuksen perusteella. Ryhmään ohjautuminen olisi tärkeää olla suunnitelmallista. Työryhmän kokemuksen mukaan ilman omaa kiinnostusta liikuntaryhmiin ohjautuneiden ihmisten on myös ryhmässä ollut vaikea muuttaa käsitystään liikunnasta positiivisempaan suuntaan.

...täytyy itsestä lähteä se halu ja ryhmän valinnassa huomioida se yksilöllisyys. Ei liian nopeita ratkaisuja.

... se voi olla shokki jollekin kun heittää et mee pelaamaan sählyä jos ei ole liikunut pitkään aikaan. Siinäkin pitäisi olla samalla lailla arviointia...

Skitsofrenian Käypä hoito –suosituksessa (2008) todetaan, että liikunta lisähoitona saattaa lievittää skitsofreniapotilaiden negatiivisia oireita ja auttaa heitä positiivisten oireiden kanssa selviytymisessä, mutta tutkimustieto tästä puuttuu. (Skitsofrenia: Käypä hoito-suositus 2008.) Vakavaan ja pitkäaikaiseen sairauteen sairastumista voi seurata alakuloisuutta, surua, ahdistusta ja jopa masennusta. Mielialan lasku voi heikentää elämänlaatua enemmän kuin aistiharhat tai harhaluulot. (Isohanni ym. 2008: 90.) Liikunnalla on todettu olevan edullisia vaikutuksia fyysiseen ja psyykkiseen jännittyneisyyteen ja mielialaan, joka taas vaikuttaa positiivisesti mielenterveyteen sekä uneen ja elämänlaatuun. (Vuori 2009.)

Työryhmässä liikunnan nähtiin vaikuttavan terveyteen monin tavoin. Liikuntaryhmissä olisikin tärkeätä itse suorittamisen lisäksi keskustella liikunnan eri vaikutuksista. Kuntoutujia tulisi työryhmän mukaan enemmän haastaa tutkimaan millaisia terveysvaikutuksia liikunnalla on juuri heidän kohdalla. Nämä voisi toimia positiivisina kannustimia liikunnan lisäämiseen. Liikuntaryhmiin voisi sitoa myös enemmän ”kotitehtäviä tai väliharjoituksia”, joiden kokemuksia voisi jakaa yhdessä ryhmässä.

...ryhmän tuki olemassa ja sitten liikunnasta tulee iloa ja ilman muuta

Työryhmän mukaan liikuntaryhmien tehtävänä erikoissairaanhoidossa on mm. herätellä ja motivoida kuntoutujia etsimään itselleen sopiva tapa harrastaa liikuntaa sekä tukea sen toteutumista. Liikuntaryhmissä voisi kiinnittää enemmän huomiota tavoitteisiin ja tuloksellisuuteen. Työryhmässä nähtiin tärkeänä, että liikuntaan liittyviä kokemuksia jaetaan ryhmässä tasa-vertaisesti ohjaajien ja kuntoutujien kesken. Lenkille lähteminen on itse kullekin joskus hankalaa. Kuntoutujien on välillä tärkeä huomata, että kaikki ei ole kiinni heidän sairaudestaan vaan kokemukset voivat olla yhteisiä kaikille.

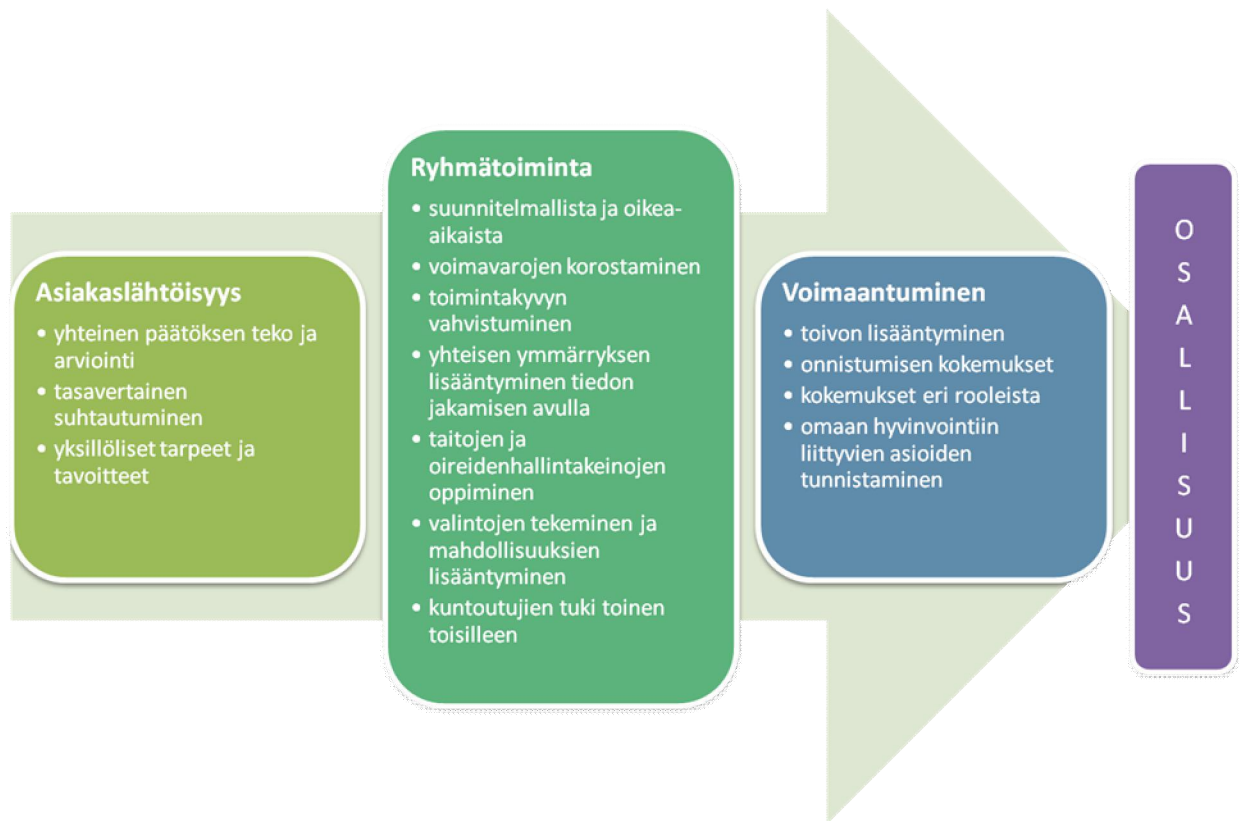
... liikunta on meille kaikille tärkeää

Verkostoituminen myös liikuntaryhmien kohdalla on työryhmän mielestä jatkokehittämisen paikka kuntoutuspoliklinikalla.

.... Mut joku tässä ontuu, et jos meidän palveluita käytetään paljon et jos ryhmässä on kävijöitä mut miks ne ei jatka tästä eteenpäin kaupungin palveluihin?

7.3 Hyvän ryhmäkäytännön perusteet

Hyvä kuntoutuskäytäntö tulee määritellä ennen kuin sitä voidaan tavoitella tai sen toteutumista arvioida. (Alaranta – Lindberg - Holma 2008: 647). Tässä kehittämistyössä hyvän ryhmäkäytännön perusteet on luotu ryhmätoiminnan mission ja ryhmäkuvausten pohjalta.



Kuvio 3 Hyvän ryhmäkäytännön perusteet JMT kuntoutuspoliklinikalla ryhmätoiminnan mission ja ryhmäkuvausten perusteella

Asiakaslähtöisyys on nimetty kuntoutuspoliklinikan toimintaa ohjaavaksi arvoksi. Asiakaslähtöisyyden tulisi näkyä myös ryhmätoiminnoissa. Ryhmiin ohjautuminen toteutuu parhaimmillaan yhteisen arvioinnin pohjalta. Kuntoutumistarpeen lähtökohtana tulisi olla kuntoutujan itsensä kokema tarve. Kuntoutuja itse tuntee ongelmansa ja sen vaikutukset elämään paremmin kuin kukaan muu. Kuntoutujalla on yleensä kuitenkin vähemmän tietoa kuntoutuspalveluista, niiden sisällöstä ja tuloksellisuudesta. Kuntoutujia tulisikin rohkaista osallistumaan yhteiseen päätöksentekoon tukemalla kuntoutujia tunnistamaan omia tarpeitaan ja toiveitaan liittyen kuntoutumiseen sekä antamalla heille riittävästi tietoa eri ryhmävaihtoehtoista ja niiden sisällöistä. Kuntoutujilla tulisi olla riittävästi aikaa oman tilanteensa tunnistamiseen ja eri vaihtoehtojen miettimiseen. Tätä työtä ei pysty tekemään pelkästään hoitoneuvotteluiden yhteydessä vaan siihen tulisi varata riittävästi aikaa oman hoitajan tai kuntoutusvastaavan kanssa.

Ryhmätoiminnan tulee perustua kuntoutuksen ja kuntoutumisen ilmiöiden ymmärtämiseen. Kuntoutuksessa on keskeistä ajatus tavoitteellisuudesta. Tarjottavien palveluiden

tulisi vastata kuntoutujien tavoitteisiin ja tarpeisiin. Ryhmätoimintojen yleisenä tavoitteena on estää tai vähentää kuntoutujien toimintakyvyn heikkenemistä sekä vahvistaa toimijuutta ja osallisuutta. Ryhmätoiminnoissa tulisi korostaa voimavaroja vajavuuksien sijaan sekä niiden tulisi sisältää toimintoja, jotka tukevat toimintakyvyn kehittymistä ja elämän hallinnan tunteen lisääntymistä.

Ryhmätoiminnoissa ohjaajien tehtävänä on tukea kuntoutujien kuntoutumista. Kuntoutujilla on usein vaikeuksia sairastumisen jälkeen rohkaistua sosiaalisiin tilanteisiin, sopeutua sairauden mukanaan tuomiin oireisiin ja hankaluuksiin. He tarvitsevat tukea myös motivoituaikseen pitämään kiinni heille tärkeistä asioista. Ohjaajien tehtävänä ryhmässä on saada aikaan luottamuksellinen ja kannustava ilmapiiri. Ryhmässä on tärkeää luoda myös yhteistä ymmärrystä tiedon jakamisen avulla kuntoutujien ja ohjaajien kesken. Kuntoutujien keskinäinen tuki on erityisen tärkeää ja se mahdollistuu parhaiten ryhmätoiminnoissa.

Kuntoutustoiminnan tulisi olla tuloksellista. Tuloksien arvioinnissa tulisi huomioida myös kuntoutujien näkökulma. Kehittämistyöhön valikoituneet ryhmät ovat elämänkaariryhmiä lukuun ottamatta Skitsofrenian Käypä hoito-suosituksen mukaan sellaisia, joiden on katsottu tukevan psykoosiin sairastuneiden kuntoutumista. Työryhmän kokemusten mukaan elämänkaariryhmät ovat kuitenkin keskeisiä ryhmätoimintoja, jotka tukevat mm. voimaantumista. Näissä ryhmissä korostuvat normaaliin elämään kuuluvien taitojen ja toimintojen tarkastelu sekä erilaisten mahdollisuuksien pohtiminen yhdessä samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien kanssa. Ryhmissä ei korostu kuntoutujien vajavuus vaan yhdessä pyritään löytämään uusia reittejä esimerkiksi nuorten kuntoutujien kohdalla kohti opiskelua tai työelämää.

Ryhmätoimintojen kuten muunkin kuntoutustoiminnan tavoitteena on tukea kuntoutujien osallisuutta omassa ympäristössä. Ryhmätoiminnot toteutuvat pääasiassa kuntoutuspoliklinikan tiloissa, mutta kuntoutumisen kannalta on keskeistä, että ryhmissä huomioidaan myös kuntoutujien omat toimintaympäristöt.

8 Pohdintaa

Kehittämistyön tarkoituksena oli luoda perusteet hyvälle ryhmäkäytännölle. Hyvään kuntoutuskäytäntöön liittyy monia näkökulmia. Tässä kehittämistyössä nousi keskeiseen asemaan kuntoutujien roolin vahvistaminen ryhmätoiminnoissa. Ryhmätoimintojen keskeisenä tavoitteena nähtiin osallisuuden mahdollistuminen kuntoutujille.

Kuntoutukselta odotetaan tehokasta toimintaa ja kykyä vastata sekä kuntoutujien sekä muuttuvien toimintaympäristöjen vaatimuksiin (Lindh – Suikkanen 2008: 68). Käsitys psykoosisairauksista on muuttunut vuosien saatossa. Lääkehoitoa pidetään edelleen tärkeimpänä hoitomuotona, mutta lääkehoidon rinnalle tarvitaan myös muuta hoitoa ja kuntoutusta. Painopiste psykoosisairauksien hoidossa on yhä enemmän avohoidossa, lähellä kuntoutujien omaa elinympäristöä. Hoidon ja kuntoutuksen tuloksena korostetaan yhä enemmän toiminnallista toipumista (recovery.) Uusimpien tutkimusten mukaan esimerkiksi työn tekeminen auttaa toipumisen prosessia. (Warner 2009:379.).

Työyhteisöissä tarvitaan siis jatkuvaa kehittämistä ja sisäistä uudistumista, jotta näihin muuttuviin haasteisiin pystytään vastaamaan. Työyhteisön hyvä toimintakyky näkyy kyvyssä kohdata muutoksia, mutta ennen kaikkea se on vahvuutta vastata perustehtävään. (Seppänen-Järvelä – Vataja: 2009:13). Kuntoutuksen tuloksellisuuden kannalta on tärkeää, että työryhmä tietää mikä sen tehtävä on. Psykoosisairaudet vaikuttavat toimintakykyyn ja ovat pitkäaikaisia. Tyypillistä on, että hoitoon ja kuntoutukseen osallistuu useita ammattilaisia. Tärkeää olisi, että kuntoutukseen osallistuvilla olisi yhteinen kieli ja käsitteet, joiden avulla voitaisiin ymmärrettävästi kuvata, ei pelkästään rajoitteita vaan myös selviytymistä arjen haasteista. Tämän kehittämistyön avulla lisättiin yhteistä ymmärrystä liittyen kuntoutuspoliklinikan ryhmätoimintoihin sekä niiden taustalla oleviin arvoihin, asenteisiin ja tavoitteisiin.

Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Vastuullinen kehittämistoiminta edellyttää huomioimaan tutkimus- ja ammattieettisiä sekä luotettavuuteen liittyviä kysymyksiä koko prosessin ajan. (Toikko - Rantanen 2009:128.) Kehittämistyöhön liittyi tutkimuksellinen osuus, joten eettisten kysymysten yhteydessä toimintani on verrattavissa tutkijan työhön. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä kuten rehellisyyttä, yleistä huo-

lellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Hyviin käytäntöihin kuuluu myös, että tiedon hankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Kehittämistyön raportoinnissa on noudatettu avoimuutta. Kehittämistyö on pyritty suunnittelemaan, toteuttamaan ja raportoimaan yksityiskohdaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (TENK 2006.) Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) mukaan ensisijainen vastuu oman työnsä eettisyydestä on tutkijalla itsellään. Eri toimijoilla kuten sairaanhoitopiireillä ja kunnilla on eettisiä toimikuntia, jotka tutkijan oman vastuun lisäksi osaltaan vahvistavat tutkimusten eettisen luonteen. Tämä kehittäminen on saanut tutkimusluvan Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtajalta.

Kehittämistyöstä täytyy olla hyötyä jollekin ihmisryhmälle, jotta sen voidaan katsoa olevan eettisesti hyväksyttävää toimintaa. (Häyry 1999). Kuntoutus on kuntoutujan avustamista kuntoutumisessa. Tässä kehittämisessä pyrittiin kehittämään ryhmätoimintoja niin, että ne tukisivat parhaalla mahdollisella tavalla kuntoutujaa saavuttamaan hänen tavoitteensa suhteessa hyvään elämään.

Eri ammattikuntien työtä ohjaavat omat eettiset periaatteet ja usein oletamme, että näitä ohjeita noudattamalla toiminta on automaattisesti eettistä. Seedhousen (2002) mukaan tämä oletus on väärä. Eettisiin ohjeisiin liittyy tulkinnanvaraisuus. Hänen mielestään olisi tärkeää, että sosiaali- ja terveysalan työntekijät sitoutuisivat yhdenmukaiseen teoriaan terveydenedistämisestä. Hän kuvaa tätä jaettuna eettisenä siteenä työntekijöiden kesken. (Seedhouse 2002: 253.) Yhteistoiminnassa tapahtuva kehittäminen omalta osaltaan tarjoaa mahdollisuuden ottaa esille työhön liittyviä eettisiä kysymyksiä. Kehittäjän vastuulla on, että ilmapiiri pysyy luottamuksellisena ja että kaikilla olisi tasapuolinen mahdollisuus tuoda oma äänensä kuuluville. Kuntoutuspoliklinikan yhteisissä kehittämissaamupäivissä sekä pienemmän työryhmän työskentelyssä eettiset kysymykset liittyen ryhmätoimintoihin olivat vahvasti läsnä.

Ryhmätoimintojen kehittäminen aloitettiin yhteisellä pohdinnalla siitä, mihin kuntoutuspoliklinikan työryhmän mukaan ryhmätoiminnot perustuvat. Keskusteluissa nousi esille arvoja ja asenteita liittyen kuntoutukseen ylipäätään sekä ryhmätoimintojen mahdollisuuksiin ja rajoituksiin. Jokaisella työntekijällä oli mahdollisuus vaikuttaa ryhmätoimin-

nan mission sisältöön. Mission muodostuminen yhteistoiminnallisesti auttaa työntekijöitä myös jatkossa sitoutumaan ja vaalimaan yhdessä luotuja periaatteita. Mönkkösen (2007) mukaan työyhteisössä syntyy helposti ristiriitoja ja hämmennystä, mikäli sen sisällä on hyvin erilaisia näkökulmia, asenteita ja arvoja esimerkiksi liittyen kuntoutujiin. Tämä taas saattaa vaikuttaa moniin asioihin kuten työn laatuun tai ylipäätään työssä jaksamiseen. (Mönkkönen 2007:33.)

Kehittämistyön tutkimuksellisessa osuudessa hyödynnettiin toimintatutkimuksen logiikkaa. Toimintatutkimuksessa luotettavuus perustuu siihen, että henkilön omat havainnot ja kokemukset heijastetaan muiden vastaavia kokemuksia omaavien henkilöiden ja ympäristöjen näkemyksiin. Myös työryhmän asiantuntemus vaikuttaa tutkimuksellisen osuuden luotettavuuteen. (Anttila 2005:446.) Tässä kehittämistyössä kehittämiseen osallistui moniammatillinen työryhmä, jolla on pitkäaikainen kokemus kuntouttavien ryhmien ohjaamisesta.

Kehittämistyöhön pienempään työryhmään valikoitui vapaaehtoisuuden pohjalta 8 jäsentä. Työryhmän työskentelystä huomasi, että jäsenet olivat sekä kiinnostuneita kehittämään toimintaa sekä tunsivat ryhmiin liittyviä ilmiöitä. Ryhmätöissä ja tapaamisten lopuksi käydyissä keskusteluissa pysyttäydettiin hyvin aiheessa. Kehittämistyön osallistujat sitoutuivat hyvin prosessiin. Poissaolot johtuivat pääasiassa sairastumisista.

Kehittämistyössä tutkimuksellisella osuudella pyritään kokemusperäisen tiedon validointiin. Luotettavuuden kannalta on keskeistä, että osataan erottaa todelliset ilmiöt sekä asiat mitkä tutkittavaan ilmiöön liittyvät ja mikä ja miten ilmiöön voi vaikuttaa. Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy systemaattisen palautteen hyväksikäyttö ja syklien moninkertainen läpikäyminen. (Anttila 2005: 446-447.) Tutkimuksellisen osuuden luotettavuutta pyrittiin lisäämään mm. kierrättämällä mission eri versioita koko työryhmän ja pienemmän kehittämistyöryhmän välillä. Pienemmän työryhmän jäseniä kehoitettiin myös tapaamisten välillä keskustelemaan omissa työryhmissä kehittämistyön aikana syntyneistä ajatuksista ja näkökulmista. Tällä haluttiin pitää kehittämisnäkökulmaa esillä koko kuntoutuspoliklinikan työryhmässä ja hyödyntää myös muiden ajatuksia pienemmän työryhmän työskentelyn aikana siitä ollaanko kehittämisessä oikealla suunnalla.

Kehittämistyössä käytettiin kompetenssi-menetelmää, joka perustuu kommunikatiivisen arvioinnin periaatteille. Kommunikatiivisen arviointi perustuu käsitykselle, että kuntoutus ymmärretään toimintajärjestelmänä, jonka osa-alueet ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa. Arviointitutkimuksen tehtävänä ei ole pelkästään kriittisesti arvioida kuntoutuksen vaikutuksia vaan myös kehittää kuntoutuksen mahdollisuuksia. (Lindh – Suikkanen 2008: 71). Kehittämistyössä ei oltu kiinnostuneista siitä miten ryhmät toimivat tällä hetkellä vaan miten ne parhaimmillaan vastaisivat kuntoutujien yksilöllisiin tarpeisiin. Työryhmässä keskusteltiin myös tämän hetken haasteista ja hankaluuksista. Kehittämistyöryhmän vetäjänä pyrin kuitenkin kääntämään asioita mahdollisuuksiin ja saamaan esille myös hyviä kokemuksia ja onnistumisia liittyen ryhmätoimintaan.

Kompetenssi-menetelmä koettiin melko vaikeaksi. Toisaalta työryhmässä syntyi luottamuksellinen ilmapiiri ja asioista puhuttiin varsin avoimesti. Kehittämistyön luotettavuuden kannalta on keskeistä, että kehittämiseen osallistuvien henkilöt ovat tasavertaisessa asemassa kehittämistoiminnassa riippumatta esimerkiksi heidän taustastaan tai ammatista. Ryhmätoiminnot poikkesivat eri toimipisteissä toisistaan ja osa työryhmästä koki vaikeana arvioida ryhmiä yleisellä tasolla. Ryhmien arviointi tuntui jopa hämmentävältä ja herätti monenlaisia ajatuksia. Työryhmässä pohdittiin ryhmien lukumäärää kuntoutuspoliklinikalla. Lähinnä ajatuksia nousi siitä, että onko ryhmiä tarjolla liikaa? Työryhmällä oli kokemuksia siitä, että joissakin tapauksissa ryhmät muodostivat kuntoutujille turvallisen toimintaympäristön, josta ei haluta siirtyä eteenpäin. Tällöin ryhmät eivät palvele kuntoutumisen tavoitteista suhteessa osallisuuteen.

Kehittämistyön aineiston muodostivat työryhmän tapaamisissa tehdyt ryhmätyöt sekä jokaisen tapaamisen lopuksi käyty kokoava keskustelu. Aineiston keruussa olisi ollut hyvä, jos joku ulkopuolinen olisi vastannut nauhoituksista. Työryhmän tapaamisiin oli varattu aikaa kaksi tuntia ja työryhmän työskentelyltä vei turhaa aikaa keskusteluiden nauhoittamiseen liittyvien haasteiden ratkaiseminen. Ensimmäisellä kerralla työryhmän jäsenet pohtivat myös nauhoittamisen tarpeellisuutta ja vaikutusta omaan osallistumiseen. Käytännössä he unohtivat kuitenkin nauhoituksen melko pian ja keskustelu eteni vapautuneesti. Kehittäjänä olin mukana keskusteluissa ja osittain myös ohjasin keskustelua, niin että tapaamiskerran aihe tuli käsiteltyä mahdollisimman monipuolisesti. Tämä on vaikuttanut tutkimuksen tuloksiin ja siten luotettavuuteen.

Työryhmän keskustelujen yhteenveto käytiin aina jokaisen tapaamiskerran aluksi läpi. Tällä haluttiin vielä varmistaa kerätyn aineiston luotettavuutta. Kehittämistyön lopuksi, lopullisen aineiston analyysin jälkeen, tuloksista keskusteltiin vielä keittämistyön pienemmän ryhmän kanssa. He hyväksyivät tulokset eivätkä toivoneet niihin muutoksia.

Tulosten pohdintaa

Työryhmän kokemusten mukaan kuntoutujia on vaikea saada osallistumaan heitä itseään koskevaan päätöksentekoon. Kuntoutusprosessi etenee kuitenkin yleensä sujuvammin ja johtaa parempaan lopputulokseen, kun kuntoutuja itse on mukana tilanteen määrittelyssä ja tavoitteiden asettelussa. (Järvikoski – Härkäpää:2008:61).

Mielenterveystyötä kuvaavassa kirjallisuudessa törmää usein siihen, ettei kuntoutujia kohdata itsenäisenä aikuisena vaan jonkinlaisena 'alaikäistettynä aikuisena'. Näissä tilanteissa otetaan vastuu pois ihmiseltä itseltään, joka kuitenkin täytyy olla, että pysyy elämään tasavertaista elämää yhteiskunnassa. (Salo 2010.) Työryhmässä pohdittiin paljon sitä, että luotammeko riittävästi kuntoutujien kykyyn tehdä päätöksiä vai kuvittelemmeko ammattilaisina tietävämme jotain enemmän? Päätöksiä ei voi kuitenkaan tehdä, jos ei tiedä mitä on päättämässä. Tämä oli työryhmän mukaan tärkeä peruste sille, että kuntoutujilla tulisi olla mahdollisuus saada hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää tietoa selkeällä ymmärrettävällä kielellä. Heillä tulisi olla myös aikaa ja tarvittaessa tukea aiheeseen tutustumiseen ennen päätöksentekoa.

Työryhmä näki tärkeänä myös kuntoutujien perheiden ja muiden läheisten ottamisen mukaan myös ryhmätoimintoihin osallistumista suunniteltaessa. Työryhmällä oli hyviä kokemuksia siitä, että tämä auttoi mm. kuntoutujien sitoutumiseen ryhmään sekä harjoiteltavien asioiden siirtymistä arkeen. Ryhmäkuvausten tarkoitus on jatkossa tukea kuntoutujien ja heidän omaisten osallistumista yhteiseen päätöksentekoon. Kuvausten kirjoittaminen koettiin vaikeana. Tällä hetkellä ne ovat sellaisessa muodossa, joka auttaa työntekijöitä hahmottamaan niiden sisältöjä ja tietoperustaa sekä vertailemaan ja yhtenäistämään toimintaa eri toimipisteissä. Ryhmäkuvauksia on syytä vielä työstää eteenpäin, jotta ne palvelisivat niiden tarkoitusta myös kuntoutujien osallistumisen näkökulmasta. Tässä työssä voisi apuna käyttää kuntoutujia.

Kuntoutuspoliklinikan toimintasuunnitelmassa ja prosessikuvauksessa on sitouduttu Skitsofrenian Käypä hoito –suositukseen. Kehittämistyössä oli tarkoituksena arvioida ovatko seitsemän kehittämistyöhön valikoitunutta ryhmää suosituksen mukaisia. Työryhmällä oli tieto siitä, mitä Käypä hoito -suositus sisältää, mutta he eivät olleet pohtineet asiaa tarkemmin arkityössään tai suunnitellessaan ryhmiä. Osa piti tärkeänä, että omalle työlle löytyisi perusteita myös tutkimuksista. Toisaalta tunnistettiin myös haasteet, jotka liittyvät kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimukseen.

Näyttöön perustuvaan lääketieteeseen kohdistuu paljon tunteita, koska yleisesti ajatellaan, että systemaattisiin katsauksiin otetaan vain satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia. (Vilkkumaa 2008: 155). Tämä aiheutti myös työryhmässä keskustelua. Lähinnä yleisenä mielipiteenä oli, että kuntoutuksen osalta suosituksessa painottuu liikaa sairauden oireisiin liittyvät menetelmät. Epäilyksiä nostatti myös erilaisten uusien tutkittujen ja tehokkaiksi todettujen interventioiden mukanaan tuomat käsikirjat, jotka epäilyksien mukaan saattavat lisätä asiantuntijakeskeisyyttä. Tämä näkyi mm. ajattelussa, että ensin asiantuntijat tekevät mahdollisimman tarkat tutkimukset, määrittelevät diagnoosin, jonka pohjalta valitaan sopivat palvelut ja lopputuloksena on ”terve” kuntoutuja / potilas. Kehittämistyö lisäsi kuitenkin ymmärrystä liittyen käytettyihin menetelmiin ja vähensi ennakkoluuloja uusia menetelmiä kohtaan.

Ryhmätoiminnoissa tuloksellisuus nähtiin tärkeänä. Työryhmän mukaan kuntoutujilla tulisi olla mahdollisuus kuntoutua ryhmätoimintojen avulla. Ryhmätoiminnoissa haluttiin korostaa sitä, että niiden tavoitteena ei vain ole kuntoutujien arjen rikastaminen ja mielekäs päivätoiminta. Ryhmätoimintojen keskeisenä tavoitteena nähtiin niiden tukeminen osallisuuteen. Osallisuus nähtiin mahdollistuvan ryhmätoiminnoissa voimaantumisen ja elämän hallinnan kokemusten kautta.

Osallisuudesta ja osallistumisesta puhutaan kuntoutuksessa kahdella eri tasolla. Osallisuus kuntoutustapahtumassa voidaan nähdä mm. osallistumisena tavoitteiden asetteluun, suunnitteluun ja saavutettujen tulosten arviointiin. Toisaalta osallisuus nähdään myös yleisempänä osallisuutena yhteiskunnassa ja yhteisöissä. (Järvikoski - Hokkanen – Härkäpää 2009:22.) Kehittämistyön tulosten mukaan ryhmätoimintojen tavoitteena tulisi olla juuri osallisuus yhteiskunnassa ja yhteisössä. Toisaalta tunnistettiin myös tähän liittyviä haasteita. Mielenterveysongelmiin liittyy paljon ennakkoluuloja ja työ-

ryhmän huoli olikin, että kuntoutammeko me ihmisiä tyhjyyteen? Onko yhteiskunnassa tilaa erilaisille ihmisille?

Laitilan (2006) tutkimuksessa asiakkaan osallisuus mielenterveys ja päihdetyössä tarkoitti palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Tutkimuksen mukaan osallisuus ryhmätoiminnoissa voi työntekijöiden mukaan olla ryhmätoiminnan suunnittelua, ryhmien sisällöstä päättämistä sekä ryhmien vetämistä joko yksin tai yhdessä työntekijän kanssa. (Laitila 2006:118, 138.) Kehittämistyössä keskityttiin kuntoutuspoliklinikan ryhmiin, eikä keskusteluissa noussut esille että niissä voisi nostaa kuntoutujat myös ryhmää ohjaamaan ja että näin voisi tukea myös osallisuuden vahvistumista. Vertaisohjaajien käyttö myös erikoissairaanhoidon palveluissa nostaisi kuntoutujien asiantuntijuuden konkreettisesti, ei vain puheen tasolla, yhtä vahvaksi työntekijöiden rinnalle.

Kehittämistyössä korostettiin arvioinnin merkitystä myös ryhmätoiminnoissa. Kokemusten mukaan kuntoutujat tarvitsevat tukea tunnistaakseen omia toiveitaan, tarpeitaan ja tavoitteitaan liittyen kuntoutukseen. Työryhmässä heräsikin ajatuksia siitä, että löytyykö meiltä tarvittavia tukikeinoja tämän tyyppiseen työskentelyyn? Mielenterveyden keskusliitolla on hyviä kokemuksia kuntoutujien työkirjasta, jossa käydään läpi kuntoutumisen prosessia. Jatkossa olisikin hyvä pohtia olisiko tämän tyyppisestä tiedosta hyötyä myös arvioinnissa, jotta kuntoutujille syntyisi käsitys siitä mitä hyötyä arvioinnista voi heille olla. Tärkeää olisi myös löytää keinoja, joilla kuntoutujien osallisuutta arviointiprosessiin saataisiin vahvistettua.

Tiedon jakaminen ja yhteisen tiedon synnyttäminen koettiin työntekijöiden kokemusten mukaan tärkeänä ryhmätoiminnoissa. Hotin (2004) tutkimuksen mukaan myös kuntoutujat haluavat runsaasti tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Tutkimuksen mukaan tietoa tulisi saada varhaisen vaiheen lisäksi toistuvasti. Kuntoutujat kokivat myös, että tiedon saaminen vähensi sairauden kokemista kielteisenä ja salattavana. (Hotti 2004:120-121.) Tiedon jakamisella on merkitystä myös osallisuuden mahdollistumiseen ja kuntoutujien voimaantumiseen. Toiminnallista toipumista (recovery) korostava kuntoutus nostaa esille sen, että sekä työntekijöiden että kuntoutujien kesken tulisi jatkuvasti seurata toipumista koskevaa tutkimusta ja pitää yllä toivoa sekä toipumisesta sekä osallisuuden mahdollisuuksista. (Warner 2009:375,379, Kelly ym. 2009: 573.)

Sosiaalisten taitojen harjoitteluohjelmilla on todettu Skitsofrenian Käypä hoito –suosituksen (2008) mukaan olevan vaikutusta sosiaalisten taitojen kehittymiseen. Taitojen harjoittelun haasteena on kokemusten sekä tutkimusten mukaan niiden siirtyminen kuntoutujien omaan arkeen. Siirtovaikutus nähtiin tärkeänä asiana ja taitojen kuten muidenkin harjoiteltavien asioiden siirtyminen kuntoutujien omaa toimintaympäristöön nähtiin keskeisenä. Työryhmässä pohdittiin eri keinoja kuten kotitehtäviä siirtovaikutuksen aikaansaamiseksi.

Sosiaalisen kognition harjoitteluohjelmat ovat askeleen edellä perinteisiin sosiaalisten taitojen harjoitteluohjelmiin nähden. Sosiaalisen kognition harjoitteluohjelmat ovat uusin lähestymistapa psykoosiin sairastuneiden toimintakyvyn kohentamiseen. Tähänastiset tutkimukset näistä harjoitteluohjelmista ovat olleet lupaavia, mutta varsinaisia suosituksia ei näistä ohjelmista vielä löydy. (Kern ym. 2009: 347, 356-357.) Suomessa on tehty yhteistyötä eri toimijoiden kesken, jotta esimerkiksi sosiaalisen kognition kuntoutusohjelmiin on saatu koulutusta ja käsikirjoja käännettyä suomenkielelle. SCIT-ohjelman käännöstyössä sekä koulutuksessa on ollut mukana mm. Helsingin kaupunki sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toimijoita Peijaksesta, Jorvista ja Kellokoskelta. Kuntoutuspoliklinikalla on juuri alkanut ensimmäinen sosiaalisen kognition kuntoutukseen suunnattu ryhmä (SCIT), joten käytännön kokemuksia kuntoutuspoliklinikan työntekijöillä ei sosiaalisen kognition harjoitteluohjelmista vielä ole. Työryhmässä nähtiin tärkeänä kokeilla rohkeasti myös uusia toimintamuotoja. Tukea uuden ryhmän aloittamiseen saatiin sairaalan työntekijöiltä, joilla on jo kyseisestä ohjelmasta kokemusta. Yhteistyön lisääntyminen eri toimijoiden kesken lisää myös kuntoutujien mahdollisuuksia saada uusia kuntoutusmuotoja kuntoutumisensa tueksi.

Uusien kokemusten saaminen ja eri rooleissa toimiminen katsottiin olevan myös kuntoutumisen kannalta tärkeää. Toimintaan osallistuminen ja kaikenlainen tekeminen yhdessä ryhmässä nähtiin vievän kuntoutujia eteenpäin enemmän kuin yksinolo ja toimettomuus. Varsinkin kuntoutumisen varhaisessa vaiheessa nähtiin tärkeänä se, että kuntoutujat rohkaistuvat sosiaaliseen kanssakäymiseen.

Ryhmistä puhuttaessa haluttiin korostaa myös yksilöllisyyttä. Yksilöllisyydellä tässä yhteydessä tarkoitettiin sitä että ryhmätoiminta kuntoutuspoliklinikalla ei ole portaittain

etenevä "kuntoutusputki". Jokaisen kuntoutujan kohdalla ryhmiin osallistumista harkitaan yhdessä kuntoutujan kanssa ja pyritään löytämään kuntoutujan tarpeiden ja tavoitteiden kannalta sopiva ryhmä. Ryhmää valittaessa tulisi myös huomioida muiden toimijoiden tarjoamat palvelut. Mielenterveyskuntoutajat viettävät paljon aikaa heille suunnatuissa paikoissa. Kuntoutuksen pitäisi tukea heitä siirtymään kaikille kuuluvien palvelujen ja mahdollisuuksien pariin. (Bates ym. 2006: 16.)

Psykoosisairaudet kuten muutkin pitkäaikaiset mielenterveyden ongelmat syrjäyttävät työ- ja sosiaalisesta elämästä monin tavoin. Elämänlaatu ei synny oireiden poistuessa tai kuntoutujan opittua riittävästi taitoja vaan kyse on laajemmista kokonaisuuksista kuten tyytyväisyydestä ihmissuhteissa, rakkaudesta, ystävyysuhteista, älyllisistä ja sosiaalisista haasteista sekä hengellisyydestä. (Koskisu 2004:55.) Elämänlaadun korostaminen kuntoutuksen tavoitteena heijastaa ajatusta, että hoidon ja kuntoutuksen tavoitteena ei ole parantaminen vaan monimutkaisempi hyvinvoinnin ja tyytyväisyyden päämäärä, jonka tavoittelemiseen myös kuntoutujat osallistuvat. (Saarni – Pirkola 2010: 6.) Ryhmätoiminnoilla halutaan tukea kuntoutujien mahdollisuuksia osallisuuteen yhteiskunnassa ja tätä kautta mahdollistaa kuntoutujien elämänlaadun kohentuminen. Kuntoutustyöntekijöiden tulisi omalta osaltaan olla vähentämässä kuntoutujien syrjäytymistä yhteiskunnasta.

Jatkosuositukset

Kehittämistoiminnassa tutkimukselliset asetelmat ja pyrkimys luotettavaan tiedontuotantoon palvelevat kehittämisprosessia ja niiden tulosten siirrettävyyttä. Näin ollen tutkimukselliset asetelmat ja huomion kiinnittäminen luotettavuuteen tuovat lisäarvoa kehittämistoiminnalle. (Toikko – Rantanen 2009: 159). Tässä kehittämistyössä saavutettuja tuloksia ei voi siirtää suoraan toiseen ympäristöön. Ne auttavat kuitenkin jatkossa kuntoutuspoliklinikan toiminnan kehittämisessä. Kehittämistyön tulokset auttavat hahmottamaan minkälaiseen tietoon kuntoutuspoliklinikan ryhmätoiminta perustuu ja mihin suuntaa sitä olisi jatkossa hyvä kehittää.

Kuntoutusasiakkaan osallisuus nousi keskeiseen asemaan tässä työssä. Kuntoutusprosessin suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi jatkossa entistä tarkemmin miettiä miten osallisuuden saavuttamista pystyttäisiin parhaiten tukemaan. Toiminnallista toipumista (recovery) korostavien toimintamallien tutkimusta on myös hyvä seurata ja pohtia löy-

tyykö sieltä uusia välineitä, joilla voisi tukea kuntoutujien voimaantumista. Kuntoutuji-
en elämän hahmottaminen kokonaisuutena on erityisen tärkeää. Jatkossa on hyvä kiin-
nittää huomiota yhä enemmän kuntoutujien voimavaroihin vajavaisuuksien sijaan sekä
sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön.

Lähteet

Aalto Mauri 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksois-diagnoosin hoidollinen haaste. Aikakauskirja Duodecim 2007;123(11):1293-8.

Aho-Mustonen Kati 2009. Skitsofreniapotilaiden potilaspsykoedukaatio – Manuaali. Joensuun yliopisto.

Alaranta Hannu – Lindberg Heidi – Holma Tupu 2008. Hyvä kuntoutuskäytäntö. Teoksessa: Rissanen Paavo – Kallanranta Tapani – Suikkanen Asko (toim) 2008. Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Arnkil Tom Erik –Seikkula Jaakko 2010. Kuntoutusta, ymmärrystä, dialogia sosiaalisissa verkostoissa. Kuntoutus kanssamme – Ihmisen toimijuuden tukeminen. Vappu Karjalainen – Ilpo Vilkkumaa (toim.). Jyväskylä: WS Bookwell OY.

Bates Peter – Gee Helen – Klingel Ursula – Lippmann Wendy 2006. Moving to inclusion – a simple traffic light system can help guide the modernisation of day services. Mental Health Today. April, 16-18. Verkkodokumentti. Luettu 20.10.2011.

<http://www.socialinclusion.org.uk/publications/Movingtoinclusion.pdf>

Bellack Alan S – Green Michael F – Cook Judith A – Fenton Wayne – Harvey Philip W – Heaton Robert K – Laughren Thomas – Leon Andrew C – Mayo Donna J – Donald Patrick L – Patterson Thomas L – Rose Andrew – Stower Ellen –Wykes Till 2007. Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a white paper based on an NIMH- sponsored workshop. Schizophrenia Bulletin 2007, 33:805-822.

Berg Leif – Tiitta Liisa (toim.) Psykkisen toimintakyvyn häiriöt – tukea ja apua kognitiivisiin toimintahäiriöihin. Lievestuore: ER-Paino Oy.

Blatner Adam 1997: Toiminnalliset menetelmät terapiassa ja koulutuksessa. Psykoodraaman ja sosiokraaman tekniikat käyttöön sovellettuna. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Cole Marilyn B 2005: Group Dynamics in Occupational Therapy. The Theoretical Practice Application of Group intervention. USA:SLACK Incorporated.

Corrigan, Patrick W – Penn, David L (edited by) 2001. Social Cognition and Schizophrenia. Washington DC: American Psychological Association.

Dalky Heyam F. 2011. Mentall Illness Stigma Reducion Interventions: Review of Intervention Trials. Western Journal of Nursing Research. Verkkodokumentti. Luettu: 19.9.2011. <http://wjn.sagepub.com/content/early/2011/03/08/0193945911400638>

Dixon Lisa B – Dickerson Faith – Bellack Alan S – Dickinson Dwight – Goldberg Richard W – Lehman Anthony – Tenhula Wendy N – Calmes Christine – Pasillas Rebecca M – Peer Janson – Kreyenbuhl Julie 2009. The Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. Schizophrenia Bulletin vol. 36 no. 1 pp. 48-70, 2010.

Farkas Marianne - Gagne Cheryl - Anthony William - Champerlin Judi 2005. Impelmenting Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. Community Mental Health Journal, Vol. 41, No. 2, April 2005. 141-158.

Finlay Linda 2004. The Practice of Psychosocial Occupational Therapy. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.

Hautala Tiina – Hämäläinen Tuula – Mäkelä Leila – Rusi-Pyykönen Mari 2011. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita Prima.

Heikkinen Hannu L.T. – Jyrkämä Jyrki 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa: Siinä tutkija missä tekijä – Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY-kirjapainoyksikkö.

Hotti Aira 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Tutkimus skitsofreniaan sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeista. Väitöskirja. Annales Universitatis Turkuensis C212, Turun yliopisto, Psykiatrian klinikka.

HUS Psykiatrian toimintasuunnitelma 2010-2015. Hallitus 11.10.2010.

Hyväkäytäntö.fi - sosiaali- ja terveystieteiden hyvät käytännöt. Verkkodokumentti. Luettu 17.1.2011. <http://www.sosiaaliporssi.fi/fi-FI/Hyvakaytanto/>

Isohanni Matti - Honkonen Teija - Vartiainen Heikki - Lönnqvist Jouko 2008. Skitsofrenia. Teoksessa: Lönnqvist Jouko - Heikkinen Markus - Henriksson Markus - Marttunen Mauri - Partonen Timo (toim.) 2008. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Jaakkola, Elina - Orava, Markus - Varjonen, Virpi 2009. Palveluiden tuotteistamisesta kilpailuetua. Opas yrityksille. Helsinki: Libris Oy. C:\Documents and Settings\user\Local Settings\Temp\Palvelujen_tuotteistamisesta_kilpailuetua.pdf. Luettu 17.1.2011.

Järvikoski Aila - Hokkanen Liisa - Härkäpää Kristiina (toim.) 2009. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Yliopistopaino.

Järvikoski Aila - Härkäpää Kristiina 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa: Rissanen Paavo - Kallanranta Tapani - Suikkanen Asko (toim) 2008. Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kauppila, Reijo A. 2000. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Keuruu: PS-Kustannus.

Kelly J - Wellman N - Sin J 2009. HEART - the Hounslow Early Active Recovery Team: implementing an inclusive strength-based model of care for people with early psychosis. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2009, 16, 569-577.

Kern Robert S, Glynn Shirley M, Horan William P, Mardner Stephen R 2009. Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery In Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin vol. 35 no. 2 pp.347-361.

Kokko Riitta-Liisa 2007. Tulevaisuuden muistelu -palaveri –toiveikkuutta tuottava yhteistyömenetelmä. Verkkodokumentti. Luettu 31.5.2011.

<http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/27B63574-192D-4402-BA42-53755CB84AE4/0/072kokko.pdf>

Koski-Jännes Anja, Riittinen Liisa, Saarnio Pekka (toim.) 2008. Kohti muutosta. Motiivintimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Koskisu Jari 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.

Koskisu Jari 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Edita Prima Oy.

Krogstrup Hanne Kathrine 2004. Kompetenssi-arviointimalli – Työyhteisön kehittämisen väline. FinSoc Hyvät käytännöt arviointiraportteja 3. Helsinki: Stakes.

Kuntoutusselonteko 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntoutusalan neuvottelukunta. STM julkaisuja 2002:6.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö: Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19.

Kurzban Seth – Davis Lisa – Brekke John S 2010. Vocational, Social and Cognitive Rehabilitation for Individuals Diagnosed With Schizophrenia: A Review of Recent Research and Trends. Current Psychiatry Reports 2010, Volume 12, Number 4, 345-355.

Kylmä Jari – Juvakka Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laitila Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Kuopio: Kopyjyvä Oy.

Lappalainen, Raimo – Lehtonen, Tuula – Hynninen, Mirka – Loimala, Päivi – Mikkola, Anna – Väättäin, Satu – Rantanen, Minna 2004. Sosiaaliset taidot työkirja. Psykologipalveluiden kehittämisyksikön julkaisuja 2 /2004. Tampereen yliopisto.

Lindberg Teija - Arokoski Saija 2010. JMT kuntoutuspoliklinikan toimintasuunnitelma ja tuloskortti vuodelle 2010. / HUS, Hyvinkään sairaanhoitoalue, psykiatrian tulosityksikkö.

Lindh Jari – Suikkanen Asko 2008. Kommunikatiivisen arviointikulttuurin jäljillä. Kuntoutus –lehti 3 / 2008: 68-74.

Lähteenlahti Yrjö 2008. Kuntoutus eri sairausryhmissä: Psykoosit. Teoksessa: Rissanen Paavo – Kallanranta Tapani – Suikkanen Asko (toim.) 2008: Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Lönnqvist Jouko – Lehtonen Johannes 2008. Psykiatria ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa: Lönnqvist Jouko – Heikkinen Markus - Henriksson Markus – Marttunen Mauri – Partonen Timo (toim.) 2008: Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Niemistö Raimo 2000. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Tampere: Tammer-Paino.

Nordlig Esa 2006. Kehittämishankkeen prosessin arviointia. Teoksessa: Turhala Satu – Kettunen Sinikka (toim.) 2006. Liiku mieli hyväksi. Malleja ja kokemuksia mielenterveyskuntoutujien liikuntatoiminnan kehittämisestä. Dark Oy.

Ojanen Markku 2006. Liikunnan teoriaa, käsitteitä ja tutkimuksia. Teoksessa: Turhala Satu – Kettunen Sinikka (toim.) 2006. Liiku mieli hyväksi. Malleja ja kokemuksia mielenterveyskuntoutujien liikuntatoiminnan kehittämisestä. Dark Oy.

Pylkkänen Kari 2008. Psykiatrian hoitojärjestelmät. Teoksessa: Lönnqvist Jouko – Heikkinen Markus - Henriksson Markus – Marttunen Mauri – Partonen Timo (toim.) 2008. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Pylkkänen Kari – Moilanen Irma 2008. Kuntoutus eri sairausryhmissä: Muut kuin psyykkiset häiriöt. Teoksessa: Rissanen Paavo – Kallanranta Tapani – Suikkanen Asko (toim) 2008: Kuntoutus. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Rissanen Päivi 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Kehitys Oy.

Roberts David L – Penn David L – Combs Dennis R 2009. Social Cognition and Interaction Training (SCIT). Treatment Manual.

Saarni Samuli I – Pirkola Sami 2010. Psykiatristen potilaiden elämänlaatu. Aikakauskirja Duodecim 2010;126(19):2265-73.

Salo, Markku 2010: Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemuserviöinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Helsinki: Yliopistopaino.

http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/DDAAFD9B-BEA0-44F0-8AF6-E51F56371CE5/0/ITHACA_hankkeen_Suomen_Raportti_2010.pdf (Luettu 15.11.2010)

Seedhouse, David 2002: Commitment to health: a shared ethical bond between professions. Journal of Interprofessional Care, VOL.16, NO.3, 2002.

Seppänen–Järvelä Riitta – Vataja Katri (toim.) 2009. Työyhteisö uusille urille – Kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva. PS-kustannus.

Silvola Kirsti – Klemelä Esko 2010. Ryhmien käyttö tulevaisuuden psykiatriassa – toivon projekti vai kauhukuviin alistuminen? Teoksessa: Kuiskaa kovaa – Keskustelua psykiatriasta. Tallinna: Paino Printon TrUkikoda AS.

Skitsofrenian Käypä hoito -suositus 2008. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2008. www.kaypahoito.fi. Luettu: 17.9.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011.

Sosiaaliportti.fi. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen ylläpitämä verkkopalvelu sosiaalialan ammattilaisille. www.sosiaaliportti.fi. Luettu 17.9.2011.

Tuomi Jouni – Sarajärvi Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia Print.

Tuominen Päivi, Koskinen-Ollonqvist Pirjo, Rouvinen-Wilenius Päivi. Terveyden edistämisen hyvät käytännöt – Hyvät käytännöt kirjallisuuteen ja käytännön hankkeisiin perustuvan tarkastelun kohteena. Verkkodokumentti. Luettu 6.1.2011. www.health.fi/content/files/Hyvat_kaytannot.pdf

Turhala Satu, Nordling Esa 2006. Pohdintaa mielenterveyskuntoutujien liikunnan kehittämishankkeen jatkosta. Teoksessa: Turhala Satu – Kettunen Sinikka (toim.) 2006. Liiku mieli hyväksi. Malleja ja kokemuksia mielenterveyskuntoutujien liikuntatoiminnan kehittämisestä. Dark Oy.

Vataja Katri 2009. Kompetenssi – kehittävää arviointia. Teoksessa: Seppänen – Järvelä Riitta – Vataja Katri (toim.) 2009. Työyhteisö uusille urille – Kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva: PS-kustannus.

Vilkkumaa, Ilpo 2008: Kuntoutus vaikuttavuuden pelikentällä.

Teoksessa: Mäkitalo, Jorma – Turunen, Jari – Vilkkumaa, Ilpo (toim.) 2008: Vaikuttavuus muutoksessa. Verve.

Virtanen Petri – Suoheimo Maria – Lamminmäki Sara – Ahonen Päivi – Suokas Markku 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämiseen. Teke-sin katsaus 281/2011. Helsinki 2011. Verkkodokumentti. Luettu 20.6.2011. www.tekes.fi/fi/document/49804/matkaopas_pdf

Vuori Ilkka 2009. Liikunnan lisääminen. Sairauksien ehkäisy. Kustannus Oy Duodecim. Verkkoartikkeli. Luettu 29.8.2011.

Warner Richard 2009. Recovery from Schizophrenia and recovery model. Current Opin-ion in Psychiatry 2009, 22:374-380.

Liite 1 Analyysin kulku 1. tutkimuskysymyksen kohdalla

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> ❖ kunnioitetaan ja kuul- laan kuntoutujaa ❖ luotetaan kuntoutujan kykyyn tehdä päätöksiä ja valintoja ❖ annetaan tarvittavaa tietoa päätöksenteon tueksi 	Kuntoutujalla mahdollisuus vaikuttaa mihin ryhmään osal- listuu.	
		Asiakaslähtöisyys
<ul style="list-style-type: none"> ❖ nähdään kuntoutuja yksilönä ❖ tuetaan kuntoutujaa löytämään ja nimeä- mään tavoitteita ❖ tarjolla kuntoutumista tukevia ryhmätoiminto- ja 	Kuntoutujalla mahdollisuus kuntoutua.	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ toivon lisääntyminen ❖ onnistumisen koke- mukset ❖ valintojen tekeminen ❖ kokemukset eri rooleis- ta 	voimaantuminen	
		Osallisuus
<ul style="list-style-type: none"> ❖ tiedon saaminen ❖ taitojen kehittyminen ❖ valmiuksien kehitty- minen 	elämän hallinta	

Liite 2 Analyysin kulku 2. tutkimuskysymyksen kohdalla

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> ❖ kuntoutuja tietää itse omasta sairaudestaan parhaiten ❖ kuntoutuja kykenee kantamaan vastuuta ❖ kuntoutuja kykenee tekemään päätöksiä ❖ pohjautuu yhteiseen arviointiin ❖ suunnitellaan yhdessä ❖ määräaikaisuus ❖ potilaalla oma tavoite ❖ ryhmä tukee potilaan tavoitteen toteutumista ❖ edukatiiviset menetelmät ❖ huomioidaan psykoosisairauden erityispiirteet ❖ positiivinen ilmapiiri ja kannustus ❖ runsas, monipuolinen harjoittelu 	<p>kuntoutujaan suhtaudutaan tasa-vertaisena kumppanina</p> <p>ryhmätoimintoihin osallistuminen on suunnitelmallista</p> <p>ryhmätoiminnan yleisenä tavoitteena on lisätä kuntoutujan mahdollisuuksia osallisuuteen</p> <p>käytetään perusteltuja keinoja kuntoutumisen tukena</p>