

Hannimari Pihkanen

Kotini on linnani

Kokemuksia toimintaterapeutin akuuttipsykiatrisesta osastohoidosta käsin tekemistä kotikäynneistä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti AMK

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

25.2.2013

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Hannimari Pihkanen Kotini on linnani – Kokemuksia toimintaterapeutin akuuttipsykiatrisesta osastohoidosta käsin tekemistä kotikäynneistä 42 sivua + 2 liitettä 25.2.2013
Tutkinto	Toimintaterapeutti AMK
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Lehtori Anja Sario
<p>Tämän opinnäytetyön ensisijaisena tarkoituksena on palvella Auroran sairaalan toimintaterapiapalveluiden kehittämistyötä. Työn tavoitteena on selvittää potilaiden kokemuksia ja näkemyksiä akuuttipsykiatrisilta osastoilta käsin tehdyistä kotikäynneistä, sekä niiden mahdollisista vaikutuksista potilaan arkeen sairaalahoidon päättymisen jälkeen. Olen kiinnostunut myös siitä, kuinka potilaat olivat toteutuneilla kotikäynneillä kokeneet yksityisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetun.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusaineisto on kerätty teemahaastattelemalla uloskirjoitettuja potilaita, joiden luokse toimintaterapeutti oli tehnyt kotikäynnin akuuttipsykiatrisen osastohoidon aikana. Aineisto on analysoitu sisällönanalyysillä, aineistolähteisyyttä ja teoriaohjaavuutta yhdistäen.</p> <p>Sain haastattelemiltani potilailta eli kokemusasiantuntijoilta arvokkaita ajatuksia ja näkemyksiä, ohjeita sekä neuvoja siihen kuinka jatkossa voimme kehittää kotiin suuntautuvaa toimintaterapiaa entistä potilaslähtöisemmäksi ja potilaan voimavaroja hyödyntäväksi. Tämän työn perusteella keskeisin viesti potilailta kotiin suuntautuvaa työtä tekeville ammattilaisille on siinä, kuinka toinen ihminen kohdataan ja millä tavoin hänen ainutlaatuisuuttaan osataan arvostaa. Koti on ihmiselle intiimi alue ja siellä tapahtuvat kohtaamiset saavat erityisen arvon. Toivon myös muiden potilaan kotioloissa työtään tekevien ammattiryhmien hyötyvän esille tuodusta tiedosta.</p>	
Avainsanat	toimintaterapia, kotikäynnit, kotiympäristö, kodin merkitys

Author(s) Title Number of Pages Date	Hannimari Pihkanen My Home is My Castle- Patient's Point of View in Home Assessment Visit 42 pages + 2 appendices February 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructor(s)	Anja Sario, Senior Lecturer
<p>The primary purpose of this final project was to produce information that may be useful for the developmental work we do in the Aurora Psychiatric Hospital occupational therapy team. The aim was to find out patient's experiences of home assessment visits made by an occupational therapist during an acute psychiatric hospitalization and whether they found the visits useful. I also wanted to find out the patients' sense of independence and privacy were taken into consideration. The central topics were client- and resource centeredness and collaboration.</p> <p>The study material was gathered by interviewing patients in their home, four to eighteen months after the hospitalization had ended. The material was analyzed through content analysis, combining both inductive analysis and theory liability.</p> <p>This project brings out challenges and needs in our developmental work. Several different matters came up concerning the advice, directions and prohibitions the interviewees were able to give the occupational therapists. However, the results lead to the conclusion that the most important matter is the way we face and treat the patient when visiting his or her home. That is important to take into consideration whenever an occupational therapist or any other public authority visits a patient's home.</p>	
Keywords	occupational therapy, home assessment visit, collaboration

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Työelämäyhteys	2
3	Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset	5
4	Koti toimintaympäristönä	6
5	Kotiympäristön huomioiminen toimintaterapian teorioissa	9
5.1	Kotielämään liittyvät toiminnot	12
5.2	ADL ja IADL	13
6	Kotikäynnit toimintaterapeuttien kokemana	15
7	Teoreettiset lähtökohdat	18
7.1	Aiemmin tutkittua	19
7.2	Inhimillisen toiminnan mallin esittelyä	21
8	Tutkimusmenetelmät ja työtavat	25
8.1	Tutkimuksen perusjoukko	25
8.2	Tutkimuksen metodit	26
8.3	Teemahaastattelun teemoista	27
8.4	Teemahaastattelun runko	28
9	Tutkimuksen tulokset	29
9.1	Teemoittelu	31
9.2	Tyypittely	33
10	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	36
11	Yhteenveto ja pohdinta	38
	Lähteet	43
	Liitteet	
	Liite 1. Kutsu haastatteluun	
	Liite 2. Pöytäkirjanote	

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön ensisijaisena tarkoituksena on palvella Auroran sairaalan toimintaterapiapalveluiden kehittämistyötä. Työn tavoitteena on potilaita haastatteleamalla selvittää heidän kokemuksiaan ja näkemyksiään akuuttipsykiatrisilta osastoilta käsin tehdyistä kotikäynneistä, sekä niiden mahdollisista vaikutuksista arkeensa sairaalahoidon päättymisen jälkeen. Olen kiinnostunut myös siitä, kuinka potilaat ovat toteutuneilla kotikäynneillä kokeneet yksityisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetun.

Sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) että Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli 2009) peräänkuuluttavat palveluiden käyttäjien kokemusten ja asiantuntijuuden huomioimista kaikessa terveydenhuollon kehittämis- ja suunnittelutyössä. (Kaste -ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011; Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009.)

Tässä opinnäytetyössäni kuvaan toimintaterapiapalveluita ja niiden sijoittumista Helsingin kaupungin organisaatioon vuonna 2012. Vuoden 2013 alusta terveyskeskus ja sosiaalivirasto yhdistyivät, minkä johdosta rakenteissa ja ensivaiheessa varsinkin hallinnollisissa portaissa tapahtui monenlaisia muutoksia. Oma näkemykseni on, että näillä muutoksilla on kuitenkin vain vähän vaikutusta tämän opinnäytetyön kiinnostuksen kohteeseen. Potilaan kokemus muodostuu hänen ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa, ei virastotasoisissa organisatorisissa muutoksissa.

Olen työskennellyt toimintaterapeuttina Helsingin kaupungin psykiatriaosaston palveluksessa vuodesta 1996. Näiden yli viidentoista vuoden aikana olen toiminut sekä avohoidossa, että suljetuilla- ja avokuntoutusosastoilla ja suljetuilla akuuttipsykiatrisilla osastoilla ensin Hesperian sairaalassa ja myöhemmin Auroran sairaalassa. Psykiatrisen hoito ja kuntoutus, asenteet, tietotaito ja mielenterveystyötä ohjaava lainsäädäntö ovat näiden vuosien aikana kehittyneet mielestäni pääsääntöisesti parempaan suuntaan, mutta edelleen näen haasteita muun muassa siinä, kuinka sairaalakeskeiseksi potilaan hoito useinkin muodostuu. Potilasta ei myöskään aina osasta nostaa oman elämänsä asiantuntijaksi, oman kuntoutumisensa keskiöön. Itse ajattelen että jalkautuva työote, se että lähdemme mahdollisuuksien mukaan toimimaan sairaalan seinien

ulkopuolelle, voi muuttaa ajattelu- ja toimintatapojamme potilaskeskeisemmäksi ja hänen vahvuuksiaan paremmin huomioivaksi. Se, että psykiatrinen hoito ja kuntoutus auttavat ihmistä toimimaan hyvin sairaalolosuhteissa, ei mielestäni ole riittävä tavoite. Toimintaterapeutina mielenkiintoni kohde on siinä miten ihminen pärjää omassa ympäristössään ja pystyy tekemään asioita, jotka ovat hänelle itselleen merkityksellisiä. Tästä kumpuaa kiinnostus mennä potilaan kotiin ja toimia hänen asuinympäristössään.

Psykiatriaosaston toiminta ja strategiset tavoitteet pohjautuvat terveyskeskuksen strategia-suunnitelmaan vuosille 2013 - 2015, kaupungin ja terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin, talousarvio- ja taloussuunnitelmaan sekä niiden perustana oleviin kaupungin yhteisstrategioihin. Helsingin kaupunki on määritellyt toimintansa perustaksi seitsemän arvoa joista ensimmäisenä nostetaan esiin asukaskeskeisyys. Psykiatriaosasto, joka nykyiseltä nimeltään on sosiaali- ja terveysviraston päihde- ja psykiatriapalvelut, määrittelee omassa toiminnassaan asukaskeskeisyyden seuraavasti:

”Kehitämme palvelujamme väestön tarpeista lähtien ja saadun palautteen perusteella. Meille on tärkeää, että potilasta kuullaan ja hän tulee ymmärretyksi hoidossaan ja että hoitosuhde perustuu yhteistyöhön, jossa potilas sekä hänen läheisensä osallistuvat hoidon suunnitteluun ja hoitoa koskeviin päätöksiin. Kiinnitämme erityistä huomiota heikoimmassa asemassa olevien ja syrjäytyneiden ihmisten palveluihin.”
(Toimintakuvaus 2012.)

Sairaaloimintojen toimintaterapeutit ovat osaltaan sitoutuneet toimimaan näiden arvojen mukaisesti.

2 Työelämäyhteys

Pitkäaikainen työnantajani, Helsingin kaupungin terveyskeskuksen psykiatriaosasto tuottaa toimintaterapiapalveluita sekä sairaala- että avohoitotoiminnoissa. Palvelut ovat jakautuneet häiriökohtaisiin profiileihin, eli potilaan hoito on mielenterveyshäiriötyypin mukaan erikoistunutta. Päälinjat ovat mielialahäiriöt ja psykoottiset häiriöt. Toimintaterapeutit ovat olleet näitä profiilinmukaisia hoitomuotoja osaltaan kehittämässä, mutta omaa, puhtaasti toimintaterapian kehittämistyötä, on edelleen syytä jatkaa ja syventää erityisesti palveluiden käyttäjien kokemuksia kuunnellen ja kunnioittaen.

Auroran sairaalan toimintaterapiapalveluiden kehittäminen kuuluu toimenkuvaani sairaalatoimintojen vastaavana toimintaterapeutina aukottomasti. Kokoonnumme ammatillisena työryhmänä kuukausittain keskustelemaan ajankohtaisista asioista kuten koulutusasioista, yhteistyökysymyksistä ja ammatin kehittämisestä. Olen AMK-päivityskoulutukseni aikana, syyskuusta 2011 alkaen, käyttänyt näissä kokouksissa puheenvuoroja jakaakseni ja saadakseni ideoita ja ajatuksia opinnäytetyöhöni liittyen. Kun aiheeksi kevään 2012 aikana varmistuivat kotikäynnit potilaiden kokemana, aloin kirjoittamaan ylös kollegoiden ideoita, kotikäynneillä heränneitä kysymyksiä ja ilmiöitä. Näiden, sekä lukuisten kahvipöydissä käytyjen keskustelujen lisäksi pyysin ja sain kollegoilta myös sähköpostitse vapaamuotoisia ajatuksia ja kokemuksia kotikäynteihin liittyen. Kesään 2012 aikana näistä mietteistä alkoi hahmottua joukko kysymyksiä joista jatko työskentelynä kiteytyivät tutkimuskysymykset tähän opinnäytetyöhön. Itse arvostan tätä kollegoiden tuottamaa materiaalia äärimmäisen paljon, vaikka tässä työssä tarkempi analyysi kohdistuukin potilashaastatteluihin ja niistä saatuun materiaaliin. Uskon, että ammattiryhmänä tulemme hyödyntämään opinnäytetyöni tuottamaa tietoa toimintaterapiapalveluiden kehittämistyössä Auroran sairaalassa.

Esimieheni, ylilääkäri Leena Turpeinen on toiminut opinnäytetyöni työelämän yhteyshenkilönä. Hän sekä kollegat sairaalassa että avohoidossa ovat jo suunnitteluvaiheesta alkaen osallistuneet vuoroin aiheen ideointiin, vuoroin ideoiden kyseenalaistamiseen. Heiltä olen saanut neuvoja myös varsin konkreettisissa kysymyksissä liittyen esimerkiksi tutkimusluvan anomiseen, haastatteluvälineiden ja atk:n käyttöön.

Sairaalatoiminnoissa, Auroran sairaalassa, työskentelee kymmenen toimintaterapeuttia joista itseni lisäksi viisi akuuttitoimintojen palveluksessa sekä neljä kuntoutuspsykiatri-silla osastoilla. Yksi tyypillisistä työtavoista akuutinhoidon aikana potilaan diagnoosista riippumatta on toimintaterapeuttien tekemät kotikäynnit. Kotikäynnit toteutetaan joko yksittäisenä arviokäyntinä tai muutaman käynnin sarjana, jolloin tavoitteena saattaa olla jonkin tietyn kotiin tai sen lähiympäristöön liittyvän taidon tai toimintamuodon oppiminen ja käyttöönotto. Työskentelyotteemme on mahdollisimman asiakaskeskeinen, potilaan toiveisiin ja tarpeisiin kohdistuva.

Asiakaskeskeisyyden ydin on siinä, että toimintaterapeutti on kiinnostunut ihmisestä ja kunnioittaa asiakkaan omia käsityksiä, kokemuksia, merkityksiä ja elämänyhteyksiä. Toimintaterapeutti pyrkii ymmärtämään niitä, mutta säilyttää ammatillisen vastuunsa

avoimessa dialogissa. Ymmärtäminen ei ole sama asia kuin hyväksyminen. Toimintaterapiaprosessi sisältää neuvottelua ja sopimista, asioiden tutkimista ja kokeilua, yhdessä tekemistä, valintaa ja mukautumista. Kokonaisvaltaisen asiakaskeskeisen toimintaterapian tavoitteita ovat sairauden tai vamman kanssa selviäminen ja mahdollisimman hyvän elämänsaavuttaminen. Toimintakyky on määräävämpi kuin lääketieteellinen diagnoosi. Toimintaterapiassa ei keskitytä vain ongelmiin, häiriöön tai puuttuviin taitoihin, vaan myös ihmisen voimavaroihin, hallintakeinoihin, kiinnostuksiin ja oppimistyyliin. Ihmisen toiminta sisältää yksilöllisiä merkityksiä, käsityksiä ja kokemuksia, joihin kulttuuri ja luonnollinen toimintaympäristö vaikuttavat. Määrittelyt painottavat kontekstuaalisuuden vaikutusta ihmisen toimintaan. (CAOT 1997; Salo-Chydenius 2000, 2001a ja b, 2002a ja b; Sumsion 1999; Stein – Cutler 1998.) Ihminen on aktiivinen toimija, hän tekee valintoja, on oman elämänsä asiantuntija ja hän on osa omaa luonnollista toimintaympäristöään (CAOT 1997; Sumsion 1999).

Olemme Auroran sairaalassa laatineet vuonna 2009 päivitetyn palveluiden tuotteistamisen, jossa kotikäynnille määritellään tietyt kriteerit. Toimintaterapeutti miettii lisäksi työryhmänsä tai -parinsa kanssa perusteita, tavoitteita ja käytännön järjestelyjä liittyen kulloinkin suunnitteilla olevaan kotikäyntiin.

Toimintaterapeutin tekemälle kotikäynnille Auroran sairaalan akuuttipsykiatriselta osastolta käsin katsotaan olevan perusteita silloin, kun joko potilaan itsensä tai esimerkiksi omaisen tai avohoidon työntekijän mielessä on herännyt epäily, että potilaalla saattaa kotona olla ongelmaa eri toiminnoissa kuten itsestä huolehtimisessa, työssä tai vapaa-ajan aktiviteeteissa. Huomion kohteena tällöin on ihmisen toiminta arjessa ja se kuinka ihmistä voidaan auttaa osallistumaan elämän perustoimintoihin. Potilas itse saattaa ottaa esiin että on huolissaan siitä onko kotona asiat kunnossa, onko esimerkiksi ovet lukossa tai onko kotona merkkejä ulkopuolisesta henkilöstä jonka asunnossa ei kuuluisi oleskella. Potilas saattaa olla myös täysin muistamaton päivistä ja viikoista ennen sairaalaan päätymistään ja ehkä aiempien kokemustensa perusteella pitää mahdollisena että kotona on tapahtunut jotain epämääräistä, ehkä pelottavaakin. On mahdollista, että esimerkiksi omaisen tai vaikka taloyhtiön edustaja on yhteydessä sairaalaan ja tuo esiin epäilyksensä siitä että asunnossa eivät asiat ole kunnossa. Porraskäytävään saattaa tulla hajuja tai karpäsiä. Radio tai tv saattaa olla päällä vuorokaudet ympäri aiheuttaen talossa meluhaittaa. Potilas saattaa myös itse ottaa puheeksi, ettei esimerkiksi ole poistunut asunnostaan kuukausiin vaikkapa pelkojen tai häiritsevien äänien vuoksi.

Työryhmässä päätetään, onko kotikäynti mahdollista tehdä yksin vai onko se tarpeen tehdä työparina. Lähes poikkeuksetta akuuttiosastohoidon aikaiset kotikäynnit tehdään pareittain. Tällöin toimintaterapeutin työparina voi olla esimerkiksi sosiaalityöntekijä, potilaan hoitava lääkäri, vastuuhoitaja tai joku muu hoitotyöntekijä. Usein myös toimintaterapia-, sosiaali- tai hoitotyönopiskelijat toimivat kotikäynnillä toimintaterapeutin työparina. Potilaalta ja mahdollisesti hänen kanssaan samassa taloudessa asuvilta ihmisiltä kysytään suullinen lupa kotikäynnille. Tässä yhteydessä perustellaan, mistä työryhmälle on noussut ajatus, että olisi hyödyllistä, että toimintaterapeutti tekee kotikäynnin. Pääsääntöisesti potilaat suhtautuvat ajatukseen myönteisesti, vaikka joskus tarvitaan pidempiä keskusteluja ja tarkennusta siihen, mitä potilaan kotona tullaan tekemään. Toimintaterapeutti ja koko työryhmä saa kotikäynneiltä usein arvokasta tietoa potilaan arjesta ja siinä vaikuttavista haasteista sekä vahvuuksista ja voimavaroista. Tavoitteena on, että kotikäynnillä saadun tiedon avulla potilaan kotiutumiseen liittyviä epäonnistumisen uhkia huomataan ja toistuvia sairaalahoitoja kotona pärjäämättömyyden vuoksi voidaan vähentää.

Kotikäynnillä toimintaterapeutti haastattelee potilasta sekä mahdollisesti paikalle kutsuttuja omaisia ja muuta verkostoa. Potilaan toimintaa ja kotiympäristöä havainnoimalla arvioidaan potilaan kykyjä ja mahdollisuuksia pärjätä sairaalahoidon jälkeen kotonaan joko itsenäisesti tai erilaisten apujen turvin. Tarvittavat avut hankitaan ja esimerkiksi yhteistyö psykiatrisen kotihoidon kanssa käynnistetään ennen kuin potilas siirtyy avohoitoon.

3 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää kotiin suuntautuvan psykiatrisen toimintaterapian kehittämistyössä. Rajaan tutkimusaiheen nyt akuuttiosastolta käsin tehtyihin kotikäynteihin, sillä se on oman kliinisen työskentelyni myötä kiinnostukseni ja asiantuntemukseni kohde. Myös muut kotikäyntejä tekevät ammattiryhmät voivat hyötyä saadusta tiedosta. Jatkotyöskentelynä voidaan Auroran sairaalasta käsin tehdyille kotikäynneille laatia tarkemmat, potilaan kokemuksiin perustuvat laatu-kriteerit, joita ammattikunta voidaan hyödyntää yli organisaatorajojen. Työn kehittämisen kannalta löytyi mielestäni kaksi asiakokonaisuutta, jotka vaativat tarkempaa tutkimista. Halusin kuulla siitä miten kotikäynnit oli tyypillisesti toteutettu eli minkälainen mielikuva potilaalle on toteutetusta kotikäynnistä jäänyt. Toinen kysymys on, voidaanko

tehdyistä kotikäynneistä nähdä olleen jotain konkreettista apua tai hyötyä kotiutumisen ja kotona pärjäämisen kannalta.

Tutkimuskysymykset, joihin tällä opinnäytetyöllä vastauksia haetaan, ovat:

1. Onko kotikäynti toteutettu potilaan toivomalla tavalla, miten potilaan itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä on kunnioitettu?
2. Onko tehty kotikäynti potilaan mielestä tuonut sairaalahoitojaksoon tai kotiutumiseen liittyen jotain lisäarvoa, miten tehty kotikäynti mahdollisesti näkyy potilaan arjessa kotiutumisen jälkeen?

4 Koti toimintaympäristönä

Tässä luvussa esittelen eri tieteenalojen asiantuntijoiden näkökulmia liittyen kotiin ja kodin merkityksestä yksilölle. Avaan myös käsitettä sisäinen koti.

Toisen ihmisen koti on monella tapaa haastava työskentely- ja toimintaympäristö. Koteja on niin monenlaisia kuin on perheitäkin. Taidehistorian professori Kirsi Saarikankaan mukaan koti ympäristönä on erityinen paikka, sillä se sallii yksityisyyden ja siihen liittyy paljon tunteita. Nämä ovat kaikille kodeille yhteisiä piirteitä. Kodin tunteessa yhdistyvät fyysinen ja psyykinen kokemus eli koti ei ole pelkästään fyysinen tila, vaan siihen liittyy turvallisuuden- sekä oman elämän hallinnan tunne. (Saarikangas 1998: 193.) Tilasta tulee koti vasta elämysten ja kokemusten kautta. Koti on mentaalinen tila, jossa esineet luovat erilaisia tunnetiloja sekä kertovat tarinaansa asukkaan historiasta. (Saarikangas 1998: 199.) Saarikankaan mukaan rakennettu tila on laajasti ymmärrettynä analysoitavissa merkityksiä muodostavana järjestelmänä, joka jäsentää inhimillistä todellisuutta sekä tuottaa ja ylläpitää käsityksiä, tapoja ja tottumuksia. Rakennukset eivät ole vain esteettisiä ja teknisiä objekteja, ne ovat myös materiaalisia, aistittavia ja elettyjä tiloja. Ne luovat sosiaalisia merkityksiä ja jäsentävät ihmisten välisiä sosiaalisia suhteita. Ja päinvastoin, ihmisen elämä ei tapahdu tilallisessa tyhjiössä, vaan tilanjärjestelyt ovat keskeinen osa elämismaailmaamme. Koti on arjenhallinnan keskus ja komentopaikka. Kodissa tapahtuvat toimet, perhesuhteet ja etenkin vanhemmuus ylläpitävät kotia. (Saarikangas 1998: 185.)

Tiloista tulee subjektiivisesti koettuja paikkoja, kun ihminen luo niihin tunnesiteitä ja antaa niille omia merkityksiä. Yleensä tämä tapahtuu ajan myötä, arkielämän toimintojen välityksellä. (Aura – Horelli – Korpela 1997: 127.) Ympäristöpsykologit Aura, Horelli ja Korpela kuvaavat asunnon muokkaamista kodiksi oman puumerkin, persoonallisen leiman antamisena, jolloin asuntoa muokataan minuuden jatkeeksi. Esineillä voidaan vahvistaa tunnetta myös omasta menneisyydestä. Monilla esineillä voi olla tunnearvo: ne voivat symboloida jotain tai ne voivat edustaa sitä, mihin henkilö kokee kuuluvansa. Esineet toimivat usein minuuden, omien kokemusten, oman identiteetin ja omien muistojen symboleina, sekä toisaalta perheen yhteydentunnon symboleina. Esineisiin voi myös liittyä yhteisöllisiä arvoja. Tilanteissa, joissa oma arvo on kyseenalaistettu, oma huone voi toimia ikään kuin muistiavaimena, joka virittää mieleen myönteisiä kokemuksia ja palauttaa psyykkisen toimintakyvyn. (Aura ym. 1997: 61–62, 81.)

Arkkitehti, professori Juhani Pallasmaa kirjoittaa Arkkitehtilehdessä (1/1994) kodin fenomenologiasta: ”Selvästi koti ei ole objekti, rakennus, vaan vaikeasti määriteltävä, monimutkainen olotila, johon liittyvät muistot ja mielikuvat, halut, pelot, menneisyys ja tulevaisuus. Koti on myös kokoelma rituaaleja, elämänrytmejä ja arkirutiineja. Kotia ei voi luoda yhdellä kertaa: siinä on aikaulottuvuus eli se on jatkumo, joka syntyy perheen ja yksilön mukautumisesta maailmaan.” (Pallasmaa 1994: 15–16.)

Rowlesin (2003) mukaan ihmisellä on emotionaalisia tarpeita joita kodittomien ja laitoksissa asuvien kohdalla ei riittävästi oteta huomioon. Tutkimuksessaan Rowles teki havaintoja siitä, kuinka kodittomat ihmiset näkivät vaivaa tehdäkseen kulloisestakin yöpymispaikastaan henkilökohtaisesti merkityksellisen tilan.

Sisäisen kodin merkitys liittyy ihmisen tunteisiin, mielikuviin ja siihen kokemukseen, mikä hänellä kodista on. Koti on metafora hyvästä elämästä, turvallisuudesta - elämästä sellaisena kuin sen pitäisi, tai sen haluaisi elää. Sisäinen koti on oma sisäinen maailmansa, jonka saa rakentaa juuri sellaiseksi kuin itse haluaa, jonne kukaan ulkopuolinen ei pääse ilman lupaa. (Harju – Orvasto 2000: 204.)

Kodin vuorovaikutuksella sosiaalipedagogit Harju ja Orvasto tarkoittavat kotiin liittyviä vuorovaikutustaitoja sekä kodin tunnelmaan vaikuttavia tekijöitä. Vuorovaikutus on tärkeä sisäiseksi kodiksi koetun turvallisuuden kannalta. Vuorovaikutustaitoja tarvitaan myös osoittamaan itsemääräämisoikeuden rajat kotona. Fyysinen koti tarkoittaa niitä

puitteita, jotka määrittävät kodin ulkoisen olemuksen, oman tilan ja sen ilmentämisen. Tila täytyy ensin ottaa emotionaalisessa merkityksessä omakseen ennen kuin se voi toimia kotina. Tilan on oltava muusta ympäristöstä selvästi erottuva alue, joka on osa itseä. (Harju – Orvasto 2000: 204.)

Saarikangas (2002: 19, 25) toteaa: asunto tehdään kodiksi ja tila otetaan haltuun toisten ja tekemisen kautta. Hänen mukaansa antropologiset tutkimukset osoittavat että asunto ja sen tilajärjestelyt ovat sidoksissa kulloinkin vallitseviin kulttuurisiin ja yhteiskunnallisiin olosuhteisiin sekä niitä edeltäviin historiallisiin perinteisiin.

Koti saattaa olla myös väkivallan, pelon ja ahdistuksen paikka. Riitta Granfelt (1998: 114) on naisten kodittomuutta tutkiessaan kuvannut tätä puolta kodista. Kodista voi tulla väkivaltainen vankila tai työlaitos, josta ei uskalla, mutta toisaalta josta ei haluaakaan lähteä pois. Ihminen voi kokea olevansa koditon omassa kodissaan, vailla omaa ja merkityksellistä toimintaa, koska identiteettiä ja itsearvostusta ovat murentaneet ja särkeneet väkivalta ja alistavat ihmissuhteet. Granfelt puhuu sisäisestä kodittomuudesta eli sisäisen autonomian, lämmön ja turvallisuuden katoamisesta. Elämältä katoaa merkitys ja kaikkea luonnehtii tyhjyys ja tarkoituksettomuus. (Granfelt 1998: 106.)

Myös Mary Douglas (1991: 1–9) kritisoi kodin liiallista romantisoitua ja sen määrittelyä pelkästään olemassa olevan tehtävän valossa. Koti ei takaa onnea, ihmisen on mahdollista olla onnellinen myös hotellissa, laivalla tai leirintäalueella, vaikka nämä eivät ole koteja.

Horellin vuonna 1995 talonrakentajista pääkaupunkiseudulla tekemä tutkimus osoittaa, että suurin osa asujista pyrkii muokkaamaan sellaisen asunnon perusratkaisun, joka vastaa lapsuuden kodin tilallista asumistyyppiä (Horelli 1995: 110.) Samaisessa ympäristöpsykologian tutkimuksessa Horelli toteaa myös, että kodin intimitetti on miltei tabu kulttuurissamme. Toisen kotiin meneminen ilman asianomaisen läsnäoloa koetaan epämiellyttävänä ja aiheuttaa syyllisyyden ja häpeän tunnetta.

Auroran sairaalasta käsin tehdyillä kotikäynneillä on aina potilas itse mukana, mutta mielestäni on mahdollista, että potilas kokee tullessa painostetuksi kotikäyntiin, ja saattaa näin ollen kokea tilanteen epämiellyttäväksi. Vaikka potilas olisi kotikäyntiin suostuvainen ja olisi sitä jopa itse toivonut, on mahdollista että potilaan kotiin menemi-

nen tai tilanne siellä on toimintaterapeutille tai hänen työparilleen epämiellyttävä ja jopa ahdistava kokemus. Näitä kokemuksia kuvaan tarkemmin luvussa kuusi.

5 Kotiympäristön huomioiminen toimintaterapian teorioissa

Tässä luvussa tutkin kotikäyntejä sekä Doris E. Piercen on kehittämän mallin Toiminnan terapeuttisesta voimasta (Occupation by Design – Building Therapeutic Power) että Gary Kielhofnerin Inhimillisen Toiminnan Mallin (Model of Human Occupation) näkökulmasta.

Piercen mukaan toiminnan terapeuttinen voima koostuu toiminnan vetovoimasta, ainutlaatuisuudesta sekä täsmällisyydestä. Toiminnan vetovoima perustuu subjektiiviseen kokemukseen toiminnasta. Toiminnan ainutlaatuisuus kuvaa toiminnan ympäristöllisiä ulottuvuuksia. Toiminnan täsmällisyys puolestaan kuvaa sitä, kuinka toiminnalliset interventiot tapahtuvat. (Pierce 2003: 9.) Toiminnan ainutlaatuisuudella kuvataan sitä, millaisena toiminta esiintyisi yksilön tavanmukaisessa ympäristössä, jos se ei olisi osa terapeuttista interventiota. Merkillepantavaa on, että Piercen mukaan toimintoihin osallistuminen luonnollisissa ympäristöissä voi lisätä intervention vaikuttavuutta. (Pierce 2003: 11.) Tässä kohtaa huomion arvoista on se, että joidenkin psykoosisairaiden ihmisten oirekuva esimerkiksi lääkekielteisyyden tai päihteidenkäytön vuoksi on sen luonteinen, että nuoruus- ja aikuisikä saattaa mennä vaihdellen toistuvasti erilaisten laitosp- ja sairaalahoitojen, tuetun asumisen palveluiden, asuntoloiden, sukulaisten tai kavereiden nurkissa asumisen välillä. Näin ollen käsite *luonnollinen ympäristö* voi potilaan kokemana olla aivan muuta kuin mitä toimintaterapeutti asiasta ensimmäiseksi ajattelee.

Toiminnan ainutlaatuisuus voidaan ymmärtää myös terapeuttisen toiminnan luonnolliseksi tekemisenä tavanmukaista kontekstia käyttämällä. Asiakkaalle tutussa ympäristössä haasteet, esteet, sopeutuminen sekä mahdolliset ongelmien ratkaisut ovat paremmin nähtävissä kuin keinotekoisessa ympäristössä, esimerkiksi sairaalaosastolla. Toimintaan liittyvät esineet ja vihjeet ovat konkreettisesti näkyvillä asiakkaan luonnollisessa ympäristössä, eikä hänen tarvitse soveltaa keinotekoisessa ympäristössä harjoittelemaansa toimintoja omaan toimintaympäristöönsä myöhemmin. (Pierce 2001: 254.)

Psykiatrisilla potilailla, erityisesti skitsofreniaa sairastavilla henkilöillä, haasteena on mielekkäiksi koettavien toimintojen sisällyttäminen arkeen. Potilaan aloitekyky tai kyky kokea mielihyvää voi olla siinä määrin alentunut, että suurimmat kuntotumisen haasteet ovat nimenomaan toiminnan vetovoimaisuuden tavoittamisessa. Heidät saatetaan leimata ympäristön toimesta laiskoiksi ja jopa tyhmiksi. Tätä palautetta toistuvasti saadessaan ihminen voi pahimmillaan itsekkin alkaa uskoa olevansa kuvatunkaltainen. Toimintaterapeutille voi olla haasteellista esimerkiksi arviointitilanteessa tarjota tällaiselle potilaalle toimintoja, jotka olisivat hänen näkökulmastaan vetovoimaisia. Tämä vaatii kykyä kuulla potilasta ja mahdollisesti hänen läheisiään tai omaisiaan hyvin herkällä korvalla: jos juuri tällä hetkellä mikään ei innosta, löytyisikö kuitenkin vaikka menneisyydestä jokin toiminta tai rooli, jota toteuttaessaan potilas on voinut tuntea pätevyyttä ja on voinut toteuttaa arvojaan ja kokea mielihyvää?

Toimintaterapeuteille Auroran sairaalassa on luontevaa siirtyä kliinisistä ympäristöistä luonnollisiin ympäristöihin. Tämä voi johtua esimerkiksi tilojen puutteesta tai paineista lyhentää sairaalassaoloaikoja. Tärkein syy jalkautuvan työotteen yleistymiselle on kuitenkin se, että on herätty huomaamaan luonnollisen ympäristön merkitys intervention vaikuttavuudelle. Luonnollisessa ympäristössä toimiminen on myös Piercen (2003: 220–221) mukaan terapeuteille usein haastavampaa kuin toimiminen terapiatiloissa. Tavoitteisiin pyrittäessä on jatkuvasti osattava analysoida asiakkaan ajallista, tilallista ja sosiokulttuurista ympäristöä.

Rutiinit syntyvät tuttuihin tiloihin. Rutiinien toteuttamistapa säilyy samana aikojen saatossa. On tärkeää, että myös esineet joita käytetään rutiineissa säilyvät samoilla paikoilla. Kun siis rutiinit on muodostettu tilaan, myös esineiden paikat muuttuvat ennustettaviksi. Tämä vapauttaa ihmisen esineiden etsinnältä, mikä puolestaan mahdollistaa muiden asioiden ajattelemisen samalla kun toimitaan rutiininomaisesti. (Pierce 2003: 160–161.) Skitsofreniapotilaalle myös rutiinien muodostuminen ja niiden hyödyntäminen voi olla hyvin haasteellista. Erilaiset harhat (esimerkiksi käskevät tai kommentoivat äänet, vääristyvät näköhavainnot, pakkoajatukset ja pelot) voivat tehdä kustakin päivittäisestä toiminnosta kulloinkin niin ainutkertaisen, että yksinkertaiseen askareen toteuttaminen päivittäin samanlaisena ei toteudu, eikä rutiineja näin ollen juuri muodostu.

Esineiden tapaan myös tilat joissa toimimme voivat olla meille tärkeitä. Tilat ovat täynnä muistoja ja muokkaamme tiloja kuvastamaan itseämme. Identiteetti on usein sidok-

sisä paikkoihin joissa ihminen on viettänyt paljon aikaa, kuten esimerkiksi työpaikkaan tai kotiin. Kun ihminen joutuu pois tällaisesta paikasta, hän kokee suurta menetystä. Ei ainoastaan materiaalisen menetyksen vuoksi, vaan koska hän ei voi enää elää uudelleen siinä paikassa tapahtuneita muistoja ja rutiineja. Paikat joissa elämme, ovat vahvasti sidoksissa siihen miten osallistumme toimintoihin sekä siihen, miten koemme toiminnot. Tästä syystä on vaikeaa ymmärtää ihmisen toimintoja kun niitä tarkastellaan irti heidän normaalista elinympäristöstään, kuten esimerkiksi sairaalassa. Näkemättä tilaa jossa asiakas on tottunut toimimaan, on toimintaterapeutin ymmärtämys asiakkaan toimintatavoista rajoittunut. (Pierce 2003: 161.) Tähän ilmiöön liittyen on ollut hyvä huomata, että enää harvoin ja vain perustellusta syystä potilaat Auroran sairaalassa ovat osastohoidon aikana pukeutuneena muihin kuin omiin vaatteisiinsa. Tarkoituksellisesti potilaita ohjataan ylläpitämään omaa identiteettiään ja tuomaan esiin omaa persoonallisuuttaan ja toimijuuttaan myös omiin vaatteisiin pukeutumisen avulla.

Toimintaterapian teoreetikon, Inhimillisen toiminnan mallin luoja, Gary Kielhofnerin mukaan kodin ja ihmisen välisen suhteen tiedostaminen ja ymmärtäminen auttaa havainnoimaan, arvioimaan ja ymmärtämään asiakasta ja hänen tilannettaan. Koti on oleellinen osa ihmisen identiteettiä. Inhimillisen toiminnan mallissa on keskeistä ympäristön vaikutus henkilön toiminnalliseen suoriutumiseen. Ympäristön mahdollisuudet ja voimavarat heijastuvat paikoista, joissa asumme tai käymme, tavaroista ja asioista joita käytämme, ihmisistä joita kohtaamme ja joiden kanssa olemme vuorovaikutuksessa sekä toiminnoista joita on mahdollista suorittaa. Ihmisen rutiinit ja tavat muodostuvat tutussa fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä. Vakaa ja samanlaisena pysyvä ympäristö takaa roolien hankkimisen ja ylläpitämisen. Ympäristön muuttuminen, vaatimukset ja odotukset muokkaavat tapaa, miten henkilö toimii ympäristössään. (Kielhofner 2002: 99–116.)

Inhimillisen toiminnan mallin mukaan ympäristöllä tarkoitetaan fyysisiä, sosiaalisia, kulttuurisia, taloudellisia ja poliittisia tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilön toimintaan motivoitumiseen, toiminnan organisointiin ja toiminnasta suoriutumiseen. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi esineet, paikat, ihmiset, käytöstavat, raha ja lait. Ympäristötekijät vaikuttavat aina tietyssä kontekstissa, esimerkiksi kotona, koulussa tai työpaikalla. Ympäristö voi helpottaa toimintaa ja tarjota siihen mahdollisuuksia, mutta toisaalta se voi rajoittaa toimintaa tai asettaa toiminnalle tiettyjä vaatimuksia. Jokaisen henkilön omat arvot, mielenkiinnon kohteet, henkilökohtainen vaikuttaminen, roolit, tavat ja suorituskyyky vaikuttavat siihen, miten ympäristön kokee. Sama ympäristö voi esimerkiksi innostaa

jotain ihmistä, olla toisen mielestä tylsä ja kolmannen mielestä ahdistava. (Kielhofner 2008b: 86–88.)

Ihmisillä on tapana tehdä eri paikoissa eri asioita, yleensä teemme esimerkiksi kotona tiettyjä asioita ja kaupassa tai työpaikalla taas eri asioita. On yksilöstä ja tilanteesta kiinni, mitä hän tietyissä paikassa tekee, mutta toisaalta itse paikka voi määritellä, mitä yksilö siellä tekee. Tämä riippuu siitä, mitä kaikkea paikassa voi tehdä, mitä siellä saa tehdä ja mitä siellä on tapana tehdä. Ihmisillä onkin tapana hakeutua itselleen sopiviin ympäristöihin ja toisaalta he saattavat pyrkiä muokkaamaan ympäristöä itselleen sopivammaksi. (Kielhofner 2008b: 97.)

5.1 Kotielämään liittyvät toiminnot

Koska mielenkiintoni kohteena on sairaalasta käsin tehdyt kotikäynnit, joiden tavoitteena useinkin on ottaa kantaa potilaan pärjäämiseen kotonaan sairaalahoidon päätyttyä, esittelen seuraavissa alaluvuissa kotielämään liittyviä määritelmiä.

Kodin ylläpito eli itsenäisen asumisen mahdollistuminen edellyttää erilaisia taitoja kuten ruuanlaitto, hygienian hoito, asiakirjojen hoito, varainkäytön suunnittelu ja hallinta, viihtyvyyden luominen jne. Kodin ylläpidolla tarkoitetaan arkipäivän rutiineja. Näiden arjen askareiden ryhmittäminen päivittäisiin, viikoittaisiin ja kuukausittaisiin jaksoihin ja rutiineihin edellyttää ajankäytön hallintaa ja suunnittelua sekä monenlaisten taitojen omaamista. (Harju – Orvasto 2000: 205.)

Suomen Kuntaliiton ja Suomen Toimintaterapeuttiliiton vuonna 2003 julkaiseman toimintaterapianimikkeistön mukaan toimintakokonaisuuksien hallinnan arviointiin kuuluu itsestä huolehtimisen arviointi, johon sisältyy seuraavaa:

Arvioidaan pukeutumista (esimerkiksi asianmukaisuus ja siisteys), hygieniää ja peseytymistä, eri kehon osien hoitamista (esimerkiksi hampaiden pesu, kynsien leikkaaminen), wc-toimintoja, omasta terveydestä huolehtimista, ruokailua ja ruokailutottumuksia, seksuaalitoimintoja (osallistumista seksuaalista tyydytystä tuottaviin toimintoihin), henkilökohtaisista välineistä kuten silmälasit, kuulokoje, ortoosit ja proteesit huolehtimista sekä liikkumista ja siirtymistä toiminnan yhteydessä. (Toimintaterapianimikkeistö 2003.)

Asioimiseen ja kotielämään liittyvien toimintojen arviointiin sisältyy asioimisen suunnittelun ja toteutuksen arvioimista kuten esimerkiksi ostosten tekemistä, raha-asioista huolehtimista ja virastoissa asioimista. Kotielämään liittyen arvioidaan aterioiden valmistamista, selviytymistä kotitaloustöistä (esimerkiksi vaatehuolto, siivous, tiskaaminen ja kotitalouskoneiden käyttäminen), kotitalouden tavaroista, kasveista ja eläimistä huolehtimista. Kotielämään sisältyy myös toisista ihmisistä huolehtiminen kuten esimerkiksi lapsen hoidon järjestäminen ja siitä huolehtiminen. (Toimintaterapianimikkeistö 2003.)

5.2 ADL ja IADL

Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan ihmisen pärjäämisen sairaalan ulkopuolella, itsenäisesti omassa kodissaan asuen, ajatellaan korreloivan pitkälti hänen kykynsä huolehtia ADL ja IADL- toiminnoista. Toimintaterapeuteilta sairaalatoiminnoissa pyydetään usein kannanottoa potilaan toimintamahdollisuuksiin kotiympäristössään. Hyvin harvoin potilas itse tuo esiin epävarmuuttaan kyseisten toimien osalta. Arviointiprosessi voi auttaa potilasta huomaamaan ja paremmin hyväksymään sen, että näiden taitojen puute voi osoittautua osaltaan pärjäämisen esteeksi.

Catana Brown, yksi vuonna 2010 julkaistun Occupational Therapy in Mental Health – A Vision for Participation kirjan toimittajista, luonnehtii suomessakin terveydenhuollon ammattilaisten puhekieleen juurtuneita ilmaisuja ADL ja IADL-toimintoja seuraavasti:

ADL eli Activities of Daily Living ovat perustason tehtäviä joita voidaan kutsua myös itsestä huolehtimisen taidoiksi. Nämä ovat tyypillisesti asioita joita ihmiset tekevät päivittäin kulttuuritaustasta, iästä tai sukupuolesta riippumatta. The Occupational Therapy Practice Framework (AOTA 2002) määrittelee 11 ADL toimintoa:

Peseytyminen, suolen ja rakon toimintojen hallitseminen, pukeutuminen, syöminen, ravitseminen, liikkuminen, henkilökohtaisista tavaroista huolehtinen (kuten silmälasit), henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtinen, seksuaaliset toiminnot, uni ja lepo sekä wc hygienia.

IADL eli Instrumental Activities of Daily Living ovat tehtäviä joiden suorittaminen sisältää välineiden tai eri materiaalien käytön hallitsemista. Nämä tehtävät ovat usein mo-

nimutkaisempia ja haasteellisempia toteuttaa esimerkkinä puhelimen käyttö tai ruokaostosten tekeminen.

Vaikka IADL -taidot vaativat korkeampia kognitiivisia ja sosiaalisiakin taitoja, ovat ne usein tutussa ympäristössä rutiininomaisia. Kotona, tutussa ympäristössä meistä moni voi laittaa pesukoneen pyörimään muiden toimien ohessa. Vieraassa paikassa, vieraan pesukoneen käynnistäminen voi vaatia ohjekirjan lukemista ja neuvon kysymistä kokeneemmalta koneenkäyttäjältä. Vieraan pesukoneen käymistä vaatii ja silmäilee kenties huolestuneena tuon tuostakin. Kotona pystyy koneen käydessä vaivattomasti keskittymään muihin toimiin.

Brownin mukaan erilaiset mielenterveyden häiriöt voivat vaikuttaa kahdella tavalla varsinkin IADL -toiminnoista suoriutumiseen. Esimerkiksi skitsofrenian puhkeaminen myöhäisessä teini-iässä tai nuorena aikuisena voi johtaa siihen, että tavallisesti kyseiseen kehitysvaiheeseen kuuluva ADL -taitojen opettelu ja käyttöönotto jää toteutumatta kokonaan tai osittain. On myös mahdollista että IADL -taidot ovat alun perin kohtuullisen hyvät, mutta sairauden myötä tapahtunut kognitiivisen tason lasku tai aloitekyvyttömyys estää näiden taitojen käyttöönoton. (Brown – Stoffel – Phillip 2010: 660.)

Catana Brown toteaa myös, että toimintaterapeutti voi auttaa asiakastaan IADL -taitojen opettelun ja toimintojen porrastamisen lisäksi tekemään asunnostaan kodin. Tämä voi tapahtua esimerkiksi auttamalla potilasta nimeämään mielivärinsä jota käyttämällä asunnon sisustukseen voi tuoda lisää henkilökohtaisuutta ja kodinomaisuutta. Tärkeiden esineiden, taulujen ja valokuvien käyttöä sisustuksessa voi myös suosia. Brown muistuttaa, että turvallisuusasiat kuten paloturvallisuus, sähkölaitteiden käytön turvallisuus tai ovien lukitseminen pitää kuitenkin aina olla ensisijaisesti mielessä kotia laitettaessa. On myös hyvä arvioida, josko säännölliset kotikäynnit hoitavan tahon toimesta ovat tarpeellisia asukkaan turvallisuuden takaamiseksi. (Brown – Stoffel – Phillip 2010:2010: 661.)

Samaisessa Brownin ja kumppaneiden toimittamassa kirjassa toimintaterapeutti Jeanne Dallas muistuttaa, että vaikka toimintaterapeuteilla on käytössään hyviä haastattelu- ja itsearviointilomakkeita, antaa toiminnallisen tilanteen havainnointi luonnollisessa ympäristössä aina arvokkaampaa ja luotettavampaa tietoa asiakkaan todellisista toimintamahdollisuuksista. (Brown – Stoffel – Phillip 2010: 577.)

Tässä luvussa esittelin joitakin toimintaterapian kliinikkojen, teoreetikkojen sekä tutkijoiden näkemyksiä kotiympäristön huomioimisesta sekä kotiin liittyvien toimintojen merkityksestä. Aiempi teoreettinen tietämykseni perustuu kirjallisuuteen, joka on ollut saatavissa lähinnä ennen vuotta 1995 joten katsoin aiheelliseksi perehtyä siihen, mitä aiheesta on kirjoitettu 2000- luvulla, varsinkin vuodesta 2010 eteenpäin. Oli ilo huomata että toimintaterapian teorioissa on enenevässä määrin alettu huomioida toimintaterapian toteuttamisympäristöinä ihmisten omia, luonnollisia ympäristöjä sairaala- ja laitospäristöjen ohella. Tämä tukee ajatustani siitä, että myös psykiatristen sairaalapotilaiden toimintaterapia voi, ja sen on hyvä toteutua sairaalan seinien ulkopuolella.

6 Kotikäynnit toimintaterapeuttien kokemana

Toimintaterapian kehittämistyössä on mielestäni tarpeen hyödyntää teoreettisen tiedon lisäksi myös kokemuksellista tietoa. Tätä opinnäytetyötä tehdessäni olen tarkemmin analysoinut potilailta kerättyä kokemuksellista tietoa. Sen lisäksi pidän erittäin arvokkaana myös Auroran sairaalan toimintaterapeuteille karttunutta tietoa jota tässä luvussa kuvaan tarkemmin.

Keskustellessani Auroran sairaalan toimintaterapeuttien kanssa kotikäynteihin liittyvistä kokemuksista on jokainen tuonut esiin kotikäyntien hyödyllisyyden toimintamahdollisuuksia arvioitaessa ja jatkosuunnitelmia laadittaessa, sekä mahdollisen tuen tai kotivun tarpeen arvioinnissa. Toimintaterapeutit nimesivät kotikäynnin yhdeksi vaativimmista ja samalla antoisimmista toimintaterapeutin tehtävistä ja olennaiseksi osaksi psykiatrista sairaalahoitoa ja – kuntoutusta. Myös muiden ammattiryhmien moniammatillisessa työryhmässä koetaan suhtautuvan pääsääntöisesti myönteisesti kotikäynteihin, vaikka osa toimintaterapeuteista koki, että työparin saaminen mukaan kotikäynnille oli joskus haasteellista. Kotikäynnille mukaan lähtemistä saatettiin vältellä nimeämällä se tarpeettomaksi joko potilasta tai työntekijää turhan takia stressaavaksi toimenpiteeksi. Monelle työntekijälle tuntui olevan haasteellista heittäytyä havainnoijan rooliin aiemman aktiivisen neuvojan tai hoitajan roolista – kotikäynnillä kun toimintaterapeutin näkökulmasta katsottuna on tarkoitus nimenomaan tarkastella potilaan omatoimista selviytymistä eikä, hyvää tarkoittaen toki, alkaa toimittamaan arkiaskareita potilaan puolesta.

Keskusteluissa nousi esimerkkejä kotikäynneistä, jotka ovat olleet toimintaterapeuteille hankalia ja epämiellyttäviäkin tuntemuksia herättäneitä kokemuksia. Kotikäynneillä turvallisuustekijät on huomioitava eri tavalla kuin sairaalassa työskenneltäessä. Useimmat kollegoista kertoivat joskus kokeneensa turvattomuuden tunnetta kotikäynnillä vaikka esimerkiksi konkreettisia väkivaltatilanteita ei kenenkään kohdalle ollut sattunut. Epämukavaa turvattomuuden tunnetta oli aiheuttanut esimerkiksi sohvapöydällä lojuneet tuliaseet tai huoneistot jossa iv-huumeidenkäytöstä johtuen likaisia neuloja löytyy arvaamattomista paikoista. Joku kertoi tunteneensa kotikäynnillä suurta surua jouduttuaan kohtaamaan potilaan avuttomuuden ja yksinäisyyden, jonka kotikäynti osoitti kaunistelematta. Useampi toimintaterapeutti kertoi tapauksesta, jossa sairaalan tiloissa tehty toimintamahdollisuuksien arviointi sekä osastoseuranta antoivat viitettä, että potilas on varsin kykenevä, pärjäävä ja psyykkisesti hyvinvoiva ihminen. Kotikäynti on kuitenkin saattanut romuttaa alustavan arvion täysin: koti on saattanut olla esimerkiksi täysin kalustamaton, hämärä huone, jonka askeettisuus todentaa potilaan psyykkistä tyhjyyttä, avuttomuutta ja pärjäämättömyyttä.

Joskus vakavastikin arjen sujuvuutta haittaavat pakko-oireet tulevat näkyväksi vasta kotona. Pakko-oireisuus saattaa lamauttaa toimintakyvyn, sekä aiheuttaa potilaalle suunnattomia sosiaalisia ja taloudellisiakin haittoja: ei ole harvinaista että potilaan eläkkeestä menee esimerkiksi yksittäispakattuihin desifointiliinoiniin valtaosa ja silti asukkaan mieltä piinaa jatkuva, toimintakyvyn lamauttava kauhu siitä, että ne jonain päivänä loppuvat kesken - vaikka liinoja olisi asunnossa satamäärin, satojen eurojen arvosta.

Monella kollegoistani oli myös kokemusta siitä, kuinka osastohoidon aikana henkilökohtaisesta hygieniastaan moitteettomasti huolta pitävän potilaan kodin siivottomuus on saattanut tulla kotikäynnillä esiin järkyttävinäkin näkyinä: vastaan on tullut koteja joissa kuukautisverta, virtsaa tai ulostetta on lattiailla, seinillä, sängyillä tai sitä on jostain syystä kerätty erinäisiin astioihin. Kärpäset, loiseläimet ja homeen kasvu aiheuttavat tällaisissa asunnossa terveysriskin jo lyhyellä käynnillä. Järkytystä oli erään kollegan mukaan aiheuttanut myös huoneisto, joka oli täynnä pieniä tulipalonjälkiä tai josta löytyi kuolleita tai kituvia lemmikkieläimiä. Tällaisen kodin kohtaaminen on joissain tapauksessa myös asukkaalle itselleen kova järkytys, sillä useinkin on niin, ettei potilas itse muista sairaalaan päätymistä edeltävistä päivistä tai viikoista mitään. Potilas voi olla hyvinkin sitä mieltä, että hänen kotonaan on käynyt ”joku muu” sotkemassa tai sytyttelemässä tulipaloja. Joskus potilas voi psykoosin pahenemisvaiheessa alkaa raken-

telemaan erilaisia suoja ja turvajärjestelmiä kokemiansa vainoajia vastaan: foliolla, jätösäkeillä tai muilla vastaavilla materiaaleilla peitetyt ikkunat, huonekaluilla tukitut oviaukot, joskus jopa hengenvaaralliset, itse tehdyt sähköiset ”puolustusjärjestelmät” kertovat että asunnossa on saatettu elää kauhun päiviä ennen sairaalahoitoon päättymistä. Nämä kauhun tunteet saattavat joskus kotikäynnillä palata potilaan mieleen, mutta yleensä toisen ihmisen läsnäolo ja tuki auttaa siihen, etteivät harhat kotikäynnillä aktivoitu. Toimintaterapeutti voi erilaisilla tekniikoilla (esimerkiksi niin sanotut tietoisien läsnäolon harjoitukset) auttaa potilasta kotikäynnin aikana pysymään kontaktissa ja paremmin tässä ja nyt - hetkessä.

Auroran toimintaterapeuteille on kertynyt myös omaa sanastoa kotikäynteihin liittyen. Muillekin kotikäyntejä suorittaville ammattiryhmille ainakin termi ”skitsofreniakäytävä” on tuttu: on koteja, jossa asukas on kenties vuosikymmenten ajan, joko pakko-oireisen häiriön oireena tai mahdollisesti äänien käskemänä kerännyt esimerkiksi sanomalehtiä, pizzalaatikoita, vhs-kasetteja, vessapaperirullia, muovikelmua tai mitä tahansa muuta tavaraa kotinsa niin täyteen, että pahimmillaan siellä kulkee muutaman kymmenen senttimetrin levyisiä käytäviä jos enää niitäkään. Skitsofrenian oireena myös pelkkä aloitekyvyn lasku voi johtaa siihen, että jätteet ja likapyykki jää niille sijoilleen vaikka asukas ”tietääkin”, että ne pitäisi viedä roskiin tai pestä.

Toimintaterapeutit kuvasivat kotikäyntiä interventioksi, jossa suhde potilaaseen saattaa muodostua nopeastikin eräällä tapaa intiimiksi. Potilaan reviiirille mennessään ja siellä toimiessaan toimintaterapeutti voi potilaan kokemana muuttua viranomaisesta enemmänkin kyläilemään tulleeeksi ystäväksi. Tapauskohtaisesti on hyvä pohtia, kuinka tarkasti ammatillista roolia kotikäynnillä on syytä korostaa ja onko tilanteita jolloin sen häivyttäminen taka-alalle onkin potilaan edun mukaista ja hoidollisesta näkökulmasta perusteltua. Auroran sairaalassa toimintaterapeutit työskentelevät omiin vaatteisiinsa pukeutuneina, mutta kotikäynnille mennessä jopa nimineula tulisi poistaa näkyvistä potilaan yksityisyyden suojaamiseksi. Tämä voi symbolisesti ainakin osalle potilaita merkitä työntekijän ammatillisen roolin suojan vähenemistä. Myös useampi toimintaterapeutti kertoi kokeneensa, että tilanteessa, jossa on toisen ihmisen kodissa vieraana, on pakostakin läsnä enemmän omana itsenään, omine tapoineen ja tottumuksineen, vaikka ammattiroolissaan sinänsä vahvasti pysyttelisikin. Moni kertoi useinkin kuulevansa potilaan kertovan, ettei hänen kotonaan ole vuosiin, tai ei ehkä koskaan, käynyt ketään muita ihmisiä. Näin ollen on helppo ymmärtää, että kotikäynnin tehnyt toimintaterapeutti on tällaisen potilaan maailmassa erityisessä asemassa. Hän voi olla se, jon-

ka edessä potilas paljastaa puolen, jota eniten itsessään häpeää tai yhtäläillä sen puolen mikä todistaa että kaikesta sairaudesta ja pärjäämättömyydestä huolimatta potilaalla on voinut säilyä halu ja kyky vaalia ja hoitaa kotiaan. Usein potilas on hyvin eri tavalla, luonnollisemmin, kontaktissa kotikäyntien aikana ja keskusteluissa saatetaan päästä huomattavasti syvemmälle kuin sairaalan neuvottelupöydän ääressä istuttaessa.

Toimintaterapeutit kuvasivat kotikäyntejä aina hyvin informatiivisiksi interventioiksi ja siitä syystä niin sanotusti turhaa tai epäonnistunutta kotikäyntiä ei ole. Se, että kotikäynnille on lähdetty liian kiireellä sopimatta selkeästi etukäteen mitä, miksi ja millä tavoin toisen kotona toimitaan, on saattanut tuoda eteen kiusalliseksi koettuja tilanteita. Esimerkiksi eräs Auroran toimintaterapeuteista kertoi joutuneensa potilaan kotona potilaan ja tämän omaisten kuullen kieltämään työpariaan avaamasta potilaan posteja, käräjäoikeudesta saapuneita kirjeitä, ilman lupaa. Kiusallisiksi on koettu myös tilanteet, joissa etukäteen sopimatta kotikäynnille tupsahtaa mukaan myös pari opiskelijaa, jotka toki saattavat osata toimia käynnillä sinänsä adekvaatisti, mutta potilaan pienessä yksiossassa neljä henkilökunnan edustajaa ja potilas itse saattavat aiheuttaa sellaisen summun, että varsinaista luonnollisessa toimintaympäristössä havainnointia ei enää pystytä toteuttamaan. Yleisesti kuitenkin todettiin, että hyvin suunniteltu kotikäynti ja asiallisesti annettu ohjaus varmistavat niin työntekijöille, opiskelijoille kuin potilaallekin kotikäynnistä hyvin informatiivisen ja opettavaisen kokemuksen.

7 Teoreettiset lähtökohdat

Tässä luvussa esittelen muutamia mielenkiintoisia tutkimustuloksia ja artikkeleita joita on kirjoitettu kotikäynneistä ja potilaan kotona toteutettavasta toimintaterapiasta 2000-luvulla. Esittelen myös tarkemmin Inhimillisen toiminnan mallia (MOHO), joka on ohjannut omaa työskentelyäni toimintaterapeuttina yhdeksänkymmentäluvun puolivälistä alkaen ja jonka vuonna 2008 päivitetty versio ohjaa ajattelua myös tätä opinnäytetyötä tehdessäni.

Psykiatrista hoitotyötä, erilaisia hoitomalleja ja näyttöön perustuvia menetelmiä sekä niiden vaikuttavuutta on tutkittu 2000-luvulla suhteellisen paljon. Kotikäynneistä psykiatrisen avohoidon työvälineenä hoitotyön näkökulmasta löytyy runsaasti tutkittua tietoa. Myös lääkäreiden tekemistä päivystyksellisistä kotikäynneistä löytyy mielenkiintoista materiaalia kuten esimerkiksi Sami Räsäsen ja Juha Moringin (2002) vuosituhannen alus-

sa kirjoittama artikkeli lääketieteellisessä aikakauskirja Duodecimissa. Toimintaterapeutin psykiatristen potilaiden luo tekemistä kotikäynneistä löytyy tutkimustietoa kovin niukasti.

7.1 Aiemmin tutkittua

Kotikäynneistä ja kotona toteutetusta toimintaterapiasta löytyy osin ristiriitaistakin tutkimustietoa: Brown tutkijaryhmineen teki vuonna 1996 havainnon, että mielenterveyspalveluiden käyttäjien päivittäisten askareiden toteuttamisessa on epäjohdonmukaisuutta ja ristiriitaisuutta riippuen siitä, toimivatko he simuloitussa vai luonnollisessa ympäristössä. Näin ollen he suosittelevat IADL taitojen arviointia mieluummin aina, jos mahdollista, luonnollisessa ympäristössä. (Brown – Moore – Hemman - Yunek, 1996: 202–206.)

Duncomben (2004: 272–278) mukaan kotioloissa toteutettu keittiötaitojen harjoittelu ei ole taitojen oppimisen kannalta sen tehokkaampaa kuin harjoittelu klinikan tiloissa. Silti näiden taitojen harjoittelu koetaan usein mielekkäämmäksi toteuttaa todellisessa, potilaan omassa ympäristössä aina, jos se suinkin on mahdollista.

Asiakkaan kodin toimiessa toimintaterapiaympäristönä terapia keskittyy asiakkaan taitojen kehittämiseen juuri siinä ympäristössä missä asiakas tulee taitoja käyttämään. Tällöin ympäristöä voidaan myös tarvittaessa muokata tukemaan päivittäisiä toimintoja. (Lilja – Borell 2001: 52.)

Toimintaterapian saralta mielenkiintoista tutkimusta esittelee Amanda Welchin ja Sylvia Lowesin British Journal of Occupational Therapy- lehteen huhtikuussa 2005 kirjoittama artikkeli: Home Assessment Visits Within the Acute Setting: a Discussion and Literature Review. Artikkelin käsittelee tutkimuksia ikäihmisille somaattisesta akuuttisairaalaan käsin tehtyihin kotikäynneihin liittyen. Niissä esiin nousevat seikat ovat huomionarvoisia myös akuuttipsykiatrisesta osastohoidosta käsin tehtäviä kotikäynnejä suunniteltaessa. Artikkelissa kerrotaan että College of Occupational Therapists (COT 1990) kutsuu toimintaterapeutin sairaalapotilaan kotiin, potilaan kanssa toimintamahdollisuuksien arviointitarkoituksella tehtyä kotikäyntiä nimellä HAV (a Home Assessment Visit). Artikkelin kirjoittajat tuovat esille, että HAV -työskentelyä pidetään moni ammatillisessa työryh-

mässä korkeassa arvossa. Sen myötä tulee parhaiten näkyväksi ne riskit joita kotiutumisen myötä potilas joutuu omassa ympäristössään kohtaamaan sekä myös voimavarat, jotka eivät sairaalan osasto-olosuhteissa tule näkyviksi. Vaikka paineita nopeisiin uloskirjoituksiin usein onkin, muistuttavat kirjoittajat toimintaterapeutteja siitä, että yksittäinen kotikäynti antaa tietoa vain juuri sen hetkisestä tilanteesta eikä sen perusteella saisi lähteä tekemään kauaskantoisia suosituksia. Usein on tarpeen tehdä uusi kotikäynti avohoidosta käsin jonkin ajan kuluttua kotiutumisesta. Welch ja Lowes kirjoittavat, että vaikka kotikäyntien suosiminen akuuttiosastolta käsin arviointikäyntinä ennen lopullista uloskirjoitusta on tutkimusten valossa varsin perusteltua, on kyseisestä aihealueesta vielä paljon tutkittavaa. Tutkimusaiheita ovat kotikäynnin ajoitus, potilasryhmän erityistarpeet, omaisten huomioiminen sekä kotikäyntien vaikuttavuus uuden sairaalahoidon tarpeen uusiutumiseen eli niin sanottuun pyörövi-ilmiöön liittyen.

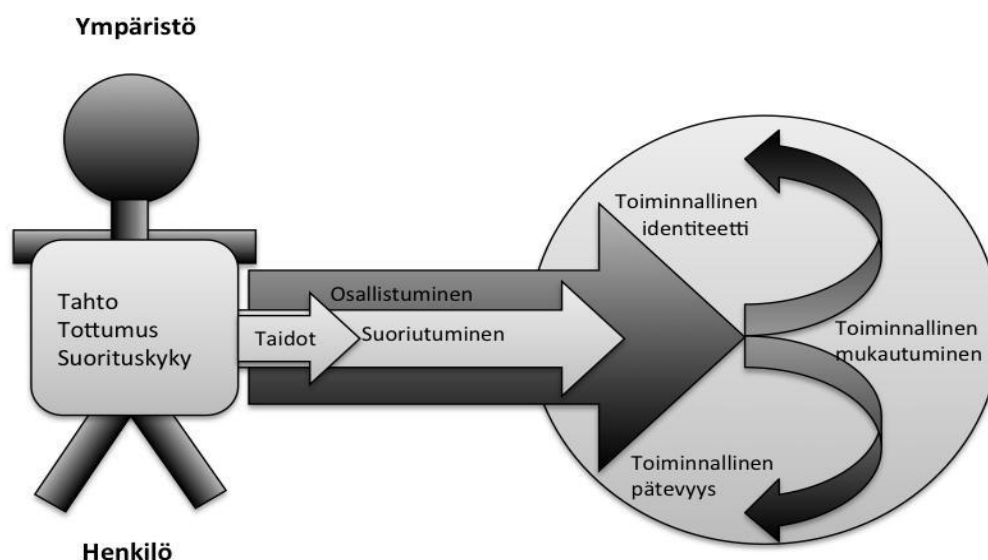
Suomessa toimintaterapian alalta löytyy kotikäynteihin liittyviä opinnäytetöitä (Pro Gradu sekä AMK) koskien lähinnä ikäihmisiä sekä jonkin verran myös äitiyshuoltoa ja lapsia. Näissä tutkimuksissa näkökulma on usein toimintaterapeutin työtä kuvaava ja tavoitteena niissä on ollut tuottaa tietoa toimintaterapiasta muille ammattiryhmille sekä mahdollisesti luoda uudenlaisia työtapoja yhteistyökumppaneiden kanssa.

Muissa pohjoismaissa tehtyjä toimintaterapiatutkimuksia löytyy huomattavasti laajemmin. Ikääntyneiden parissa asiakkaan kotona toteutetun toimintaterapian tutkijoista mainittakoon ruotsalaiset professorit Margareta Lilja ja Lena Borell. Heidän mukaansa yksi itsestä huolehtimisen ja toimintakyvyn väliseen suhteeseen vaikuttava tekijä saattaa olla motivaatio. Lilja ja Borell (1997) tutkivat ikääntyvien päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä luokittelemalla ADL toiminnoista selviytymisen kolmeen dimensioon: pystyy tekemään/ tekee/ haluaa tehdä. He saivat selville, että ryhmä ikääntyviä ei pystynyt tekemään eikä tehnyt päivittäisiä toimiaan, vaikka olisikin halunnut suoriutua niistä. Toisaalta oli myös henkilöitä, joiden arvioitiin omaavan kapasiteettia päivittäisten askareiden tekemiseen, mutta jotka eivät halunneet tehdä niitä, eivätkä myöskään tehneet. Muutamaa vuotta aiemmin tehdyssä Smitsin ja Keen (1992) tutkimuksessa itsestä huolenpidon ja toimintakyvyn välillä ei löytynyt suoraa yhteyttä. Sen sijaan heidän tutkimuksessaan ilmeni, että itsestä huolenpidon ja minäkäsityksen sekä minäkäsityksen ja toimintakyvyn välillä oli voimakas riippuvuussuhde. Vastaavantyyppisiä havaintoja olen tehnyt myös omassa arkityössäni psykiatristen aikuispotilaiden kanssa työskennellessäni.

Omassa opinnäytetyössäni halusin ensisijaisesti nostaa esiin potilaiden eli palveluiden käyttäjien kokemuksia kotikäynneistä ja siitä minkälaista lisäarvoa ne potilaan kokemuksen mukaan häneen hoitoonsa mahdollisesti toivat. Yhtälaillla olin kiinnostunut siitä, mitkä asiat tehdyissä kotikäynneissä on koettu epämiellyttäväksi ehkä jopa haitalliseksi. Toivoin saavani myös hyvin konkreettisia ehdotuksia ja ideoita kyseisen työtavan parantamiseksi ja tehostamiseksi.

7.2 Inhimillisen toiminnan mallin esittelyä

Opinnäytetyöni haastattelurungon teemat on mietitty Inhimillisen toiminnan mallin käsitteitä hyödyntäen. Gary Kielhofner (2008) selittää ihmisen toimintaa mallilla, jonka lyhenne MOHO tulee sanoista Model of Human Occupation. Käsite inhimillinen toiminta viittaa tuotteliaisuuden, leikin tai päivittäisten toimintojen tekemiseen ajallisessa, fyysisessä ja sosiokulttuurisessa ympäristössä ja sillä on keskeinen merkitys ihmisten elämässä. Inhimillisen toiminnan malli on asiakaslähtöinen sillä se ohjaa toimintaterapeutteja tarkastelemaan asiakasta ainutkertaisena henkilönä, jolla on yksilöllinen elämäntilanne ja omat näkemyksensä (Kielhofner 2008a: 3). Inhimillisen toiminnan mallin peruskäsitteitä ovat henkilö, tekeminen, ympäristö, toiminnallinen identiteetti, pätevyys ja mukautuminen (Forsyth – Parkinson 2008: 7-12.)



Kuvio 1. Inhimillisen toiminnan mallin keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet Forsythia ja Parkinsonia (2008: 10) mukailten. (Marttila 2012)

MOHO:n mukaan toimintaan vaikuttavat yksilön **tahto** (volition), **tottumus** (habituation), **suorituskyky** (performance capacity) ja **ympäristö** (environment). Tahto kertoo yksilön motivaatiosta, johon vaikuttavat mielenkiinnot, arvot ja tunne siitä, kuinka pystyy vaikuttamaan toimintaan ja onko pätevä toiminnassa. Tottumus kertoo yksilön rutiineista, tavoista ja rooleista tehdä asiat omalla tavallaan. Suorituskyky viittaa taitoihin, joita ovat motoriset, prosessointi-, vuorovaikutus- sekä kommunikaatiotaidot. Ympäristö voi tukea tai estää yksilön toimintaa. Kielhofner korostaa toiminnan olevan muuttuva prosessi, jossa edellä mainitut asiat vaikuttavat toinen toisiinsa.

Kokemuksen ja toiminnan kautta muovautuu toiminnallinen identiteetti, joka on yksilön käsitys siitä, kuka hän on, ja millaiseksi hän haluaa tulla toiminnallisena yksilönä. Identiteettiin kuuluvat toiminnallinen pätevyys ja toiminnallinen adaptaatio, jotka kertovat kuinka hyvin yksilö pystyy osallistumaan haluamiinsa toimintoihin ja miten hän pystyy mukauttamaan toimintaansa eri ympäristöissä. (Kielhofner 2008a: 12–22, 106–108.)

Toiminnan tärkein motiivi on ihmisen halu toimia. Tämän toimimisen tarpeen tai halun lisäksi jokainen ihminen miettii toimintaan liittyen onko hän hyvä siinä, onko se tekemisen arvoista ja pitääkö hän siitä. MOHO:ssa näitä tahtoon liittyviä tunteita ja ajatuksia kutsutaan henkilökohtaiseksi vaikuttamiseksi (personal causation). Kun ihminen ajan kuluessa tekee yhä enemmän asioita, hän huomaa mitä hän kykenee tekemään ja mitä hänen tekonsa voivat saada aikaan. (Kielhofner 2008a: 35.) Henkilökohtainen vaikuttaminen sisältää kaksi osa-aluetta, jotka ovat tunne henkilökohtaisesta kyvykkyydestä (sense of personal capacity) ja minäpystyvyys (selfefficacy). (Kielhofner 2008a: 35.)

Tunne henkilökohtaisesta kyvykkyydestä on tietoisuutta omista kyvyistä, joita ihminen tarvitsee haluamansa elämän elämiseen. Elämän aikana uudet kokemukset voivat muuttaa tunnetta omasta kyvykkyydestä. Ihmisillä on taipumus tehdä asioita, joihin he kokevat olevansa kykeneviä ja välttää tekemästä asioita, joihin liittyy epäonnistumisen mahdollisuus. Heillä, jotka kokevat olevansa kykeneviä, on tapana toimia ja näin vahvistaa tunnetta omasta kyvykkyydestä, mutta itseään kykenemättöminä pitävät toimivat päinvastaisesti. Kun ihmisen tunnetta kyvykkyydestä hallitsee häpeä tai epäonnistumisen pelko, on hänen vaikeampi ottaa riskejä, oppia uusia taitoja tai hyödyntää kykyjään täysimittaisesti. Negatiivinen tunne omasta kyvykkyydestä voi rajoittaa henkilön toimintaa enemmän kuin hänen todelliset toimintakyvyn rajoitteensa. (Kielhofner 2008a: 37–38.)

Minäpystyvyyden sisältää henkilön käsityksen omasta itsehillinnästään sekä kyvystään saada aikaan haluamia asioita. Kokemuksen kautta ihmiset luovat kuvaa siitä, miten taitavia he ovat hyödyntämään kykyjään ja miten hyvin he onnistuvat siinä. Ihmisten näkemys siitä, voivatko he käyttää kykyjään vaikuttaakseen asioihin, motivoi voimakkaasti toimimiseen. Minäpystyvyyteen sisältyy myös ajatus siitä, ovatko omat yritykset riittäviä, jotta saavuttaisi haluamansa päämäärän. (Kielhofner 2008: 38.) Skitsofrenia oireilee sekä niin sanotuin negatiivisin oirein (esimerkiksi vetäytyminen sosiaalisista kontakteista sekä aloitekyvyttömyys) että positiivisin oirein (esimerkiksi kuulo- tai näköharhat). Tässä valossa on helppo ymmärtää, että sekä henkilökohtainen kyvykkyyden että minäpystyvyyden aivan arkistenkin toimien suorittamisessa jää helposti alakanttiin. Monasti tarkemmin tarkasteltuna ilmenee että potilaalla on runsaasti yksittäisiä kodinhoitoon tarvittavia taitoja mutta ainakaan ei ilman ulkopuolista tukea kykyä ottaa näitä taitoja käyttöön.

Toimintaterapiassa pyritään etsimään toimintoja estäviä ja tukevia asioita (Law – Baum 2001: 3, 7; Law – Baum – Dunn 2001: 1, 2). Toimintojen analysoinnin, mukauttamisen ja uuden oppimisen tukemisen kautta tavoitteena on mahdollistaa potilasta saavuttamaan mielekäs ja tuottava elämäntapa. Keskeistä on auttaa potilasta suoriutumaan hänelle merkityksellisistä toiminnoista. (Law – Baum 2001: 7.) MOHO:n mukaan toimintaterapiassa asiakas nähdään kokonaisvaltaisesti ymmärtämällä laajemmin asiakkaan toimintaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä (Kielhofner 2008c: 29).

Tavallisesti ihminen voi omassa kodissaan toimia pitkälti oman tahtonsa mukaisesti. Jokaiselle ihmiselle kerääntyy henkilökohtainen toimintojen ja kokemusten historia, mikä muokkaa tahtoa. (Kielhofner 2008d: 35.) Henkilökohtainen vaikuttaminen (personal causation) kuvaa ihmisen tunnetta omista kyvyistään ja vaikutusmahdollisuuksistaan, sekä tehokkuudesta hallita omaa suoriutumistaan ja saavuttaa haluamia päämääriä. Negatiivinen käsitys omasta suorituskyvystä voi rajoittaa varsinaista toimintakyvyn rajoitetta enemmän. (Kielhofner 2008d: 35, 37.)

Toisen ihmisen kotiin mentäessä on mielestäni sekä erityisen tärkeää, että erityisen haastavaa toimia niin, että ei tule loukanneeksi potilaan oikeutta yksityisyyteen ja oikeuteen toimia kotonaan omia tapojaan ja tottumuksiaan noudattaen. Aika-ajoin joudutaan silti jopa vastoin potilaan omaa näkemystä tilaamaan kotiin tehtäväksi esimerkiksi niin sanottu raivaussiivous tai tuholaismyrkytys ennen kuin voidaan ajatella että kotiin

palaaminen ei aiheuta potilaalle välitöntä terveydellistä haittaa. Tällaisessakin tilanteessa pyrkimyksenä on toimia mahdollisimman hienovaraisesti ja huomioida esimerkiksi se, että talonmiehille, huoltoyhtiöille tai muille vastaaville toimijoille ei tule paljastaa minkäänlaista tietoa potilaan terveydentilaan liittyen.

Mielenkiinnonkohteet (interest) jakautuvat kahteen osa-alueeseen; taipumukseen nauttia tietäntyyppisestä tekemisestä sekä mieltymyksiin (interest pattern), jotka kertovat, miten ja millainen toiminta miellyttää. Sairaalaosastolla tapahtuvat toiminnot (kuten ruokailut, keskustelut, lääkkeenjaot, mahdolliset hoitokokoukset) ja virikkeet muodostuvat siitä, mikä esimerkiksi turvallisuusseikat ja potilaiden toisistaan paljonkin eroavat tarpeet ja toiveet huomioonottaen, on mahdollista. Kotioloissa sen sijaan on mahdollista muokata ympäristöä asukkaan mielenkiinnonkohteet huomioiden. Kotikäynneillä ilmenee potilaasta usein piirteitä (vahvuuksia ja voimavaroja) joita osasto-olosuhteissa ei olisi osattu ottaa puheeksi eikä näin ollen huomioitaisi jatkohoitosuunnitelmaa laadittaessa. Tottumus (habituation) kuvaa toimintojen muotoutumista jokapäiväistä elämää jäsentäviksi rutiineiksi eli tavoiksi ja rooleiksi tietyssä ajallisessa, fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä. Tavat voidaan määritellä hankituiksi taipumuksiksi reagoida automaattisesti ja suoriutua tietyllä yhdenmukaisella tavalla tutussa ympäristössä ja tilanteessa. Tavat vähentävät tarvittavaa ponnistelua toiminnalliseen suoriutumiseen vähentämällä tiedostetun tarkkaavaisuuden tarvetta. (Kielhofner 2008d: 53–54.) Tavan kehittymiseksi tulee tiettyä toimintaa toistaa riittävästi ja ympäristön olosuhteiden olla yhdenmukaiset. (Kielhofner 2008d: 16.)

Kokemukseni mukaan, sairaalaosastohoidon vähänkin pitkittyessä, on monasti nähtävissä laitostumiseksi kuvattua ilmiötä: potilas osaa toimia sairaalan selkeiden ohjeiden ja aikataulujen mukaan sujuvasti, mutta kotiin päästyä toiminnan taso romahtaa täysin, eivätkä edes aiemmin tutut toiminnot ota sujuakseen. Toisaalta on olemassa myös joukko ihmisiä jotka osastolla tarvitsevat runsaasti ohjausta ja tukea kaikissa toimitaan (alkaen peseytymisessä ja pukeutumisessa) mutta jo lyhyellä kotikäynnillä, tutussa ympäristössä, alkavat toimia täysin itsenäisesti ja adekvaatisti.

8 Tutkimusmenetelmät ja työtavat

Valitsin laadullisen tutkimusmenetelmän määrällisen sijaan, sillä opinnäytetyöni ei hyödy numeerisesta tiedosta eikä haastateltavia valittu satunnaisotannalla. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2007.) Laadullisilla eli kvalitatiivisilla menetelmillä päästään lähemmäksi niitä merkityksiä, joita ihmiset antavat ilmiöille ja tapahtumille. Ne tuovat esille tutkittavien näkökulman ja kuuluviin heidän äänensä. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 28.) Kvalitatiivinen tutkimusote myös sallii ja huomioi paremmin tutkijan osallisuuden tutkittavaan ilmiöön. Tutkija ja kohde ovat objektiivisuuteen pyrkimisen sijaan lähtökohteisesti vuorovaikutuksessa ja ominaista on henkilökohtainen osallistuminen sekä pyrkimys empaattiseen ymmärtämiseen. Tutkimuksessa sovelletaan aineistolähtöistä analyysia varsinkin silloin, kun tarvitaan perustietoa jonkin ilmiön olemuksesta. (Eskola – Suoranta 1998: 16, 19). Tällaisessa tutkimuksessa tavoitellaan siis deskriptiivistä tietoa jostain, joka on välittömän havainnoinnin ulottumattomissa (Vilkkä 2007: 97–98). Tässä työssä aikomukseni oli hyödyntää aineistolähtöisen sisällönanalyysin lisäksi abduktiivista päättelyä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että laadullista tutkimusta ei nähdä joko induktiivisena aineistolähtöisenä tai deduktiivisena teorialähtöisenä prosessina vaan abduktiona eli päättelyprosessina, jossa teorian ja käytännön näkökulmat vuorottelevat johtopäätösten muodostamisessa. Induktiiviseen tai abduktiiviseen päättelyyn nojaavassa logiikassa, joita kumpaakin laadullinen tutkimus edustaa, edetään asiantuntijuuden perusteella havaitun ilmiön tutkimisesta ja ilmiön piirteitä kuvaavasta aineistosta käsin ja johdetaan päättelyä kohti teoreettisia malleja. (Tuomi – Sarajärvi 2009).

8.1 Tutkimuksen perusjoukko

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat potilaat, jotka ovat vuosien 2011-2012 aikana olleet akuuttipsykiatrisella hoitajaksoilla Auran sairaalassa, ja jonka hoitajaksoon on sisältynyt allekirjoittaneen toimintaterapeutin (mahdollisesti työparinsa kanssa) tekemä kotikäynti. Kotikäynneistä ei Aurorassa pidetä erillistä tilastoa, joten arvio niiden määrästä perustuu kunkin työntekijän omaan arvioon vuoden aikana tehdyistä kotikäynneistä. Yhteensä kotikäynnejä voidaan karkeasti arvioida tehdyn kyseisten vuosien aikana akuuttiosastoilta käsin noin parin- kolmen sadan potilaan luokse, allekirjoittaneen toimesta viitisenkymmentä. Tavoitteenani oli haastatella näistä kolmesta kuuteen henkilöä. Lähetin kutsun ensivaiheessa seitsemälle henkilölle, lopulta päädyin haastattele-

maan heistä neljää. Kaksi eivät vastanneet kutsuun (mahdollisesti vanhentuneiden yhteystietojen vuoksi) lainkaan, yksi kieltäytyi kohteliaasti.

Tutkimuslupaa Helsingin terveystieteiden tutkimuslupalautakunnalta (Tutka) hakiesani jouduin pohtimaan sitä, miten tutkimustulokseen mahdollisesti vaikuttaa se, että päädyin ottamaan haastateltavakseni potilaita joiden luokse itse olin tehnyt kotikäynnin. Ajattelin, että tietosuojan näkökulmasta on perustellumpaa hakea lupaa palata niiden potilaiden potilastietoihin, joihin olen joskus ollut hoitosuhteessa, kuin alkaa sattumanvaraisesti tutkia ventovieraiden potilaiden tietoja siinä toivossa että onnistuisin hakusanoja käyttämällä poimimaan joukosta sellaisia joiden luokse on kriteerit täyttävä kotikäynti tehty. Ajattelin myös, että minun on helpompi penätä kielteistä kritiikkiä kun se kohdistuu omiin toimiini, kuin pyytää potilasta moittimaan kollegoitteeni toimia.

8.2 Tutkimuksen metodit

Aineisto hankittiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Menetelmässä ei ole yksityiskohtaisia kysymyksiä, vaan haastattelu kohdennetaan tiettyihin keskeisiin teemoihin, joiden varassa se vapaasti etenee (Hirsjärvi – Hurme 2000: 48).

Haastattelut toteutettiin kunkin potilaan kotona. Kullekin haastattelulle oli varattu aikaa puolitoista tuntia. Vaikeutena kyseisessä metodissa oli ennakoida riittävä haastateltavien määrä. Neljän haastattelun jälkeen tuntui, että materiaalia oli kertynyt riittävästi. Toisaalta kunkin haastattelutilanteen lämmin ja intensiivinen tunnelma olisi innostanut tekemään haastatteluja vielä yhden toisensa perään.

Ennen sisällön analyysia, tutkimusaineisto piti muuttaa muotoon, jossa sitä voidaan tutkia. Näiden haastattelujen kohdalla äänimateriaali muutettiin tekstiksi eli litteroitiin. Tekstimateriaalia kertyi runsaat viisikymmentä liuskaa. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä aineiston tulee aina olla kuva- tai tekstimuodossa. Joissain tapauksissa on myös mahdollista osittainen litterointi, kun analyysitapa ja -välineet antavat myöden, mutta tämän tutkimuksen yhteydessä tehdyt haastattelut litteroitiin sanasta sanaan. (Vilka 2007: 115–116.) Koska tunsin itseni epävarmaksi haastatteluvälineiden käyttäjäksi, käytin haastatteluja tehdessäni samanaikaisesti kahta taltiointivälinettä, sekä nauhuria että digitaalista tallenninta. Ennen haastattelujen purkua tallensin digitaalisen

äänimateriaalin cd-levylle. Työni valmistuttua kaikki haastattelumateriaali on tuhottava huolellisesti.

Analyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti, jolloin aineistoa ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva luokittelurunko (Kyngäs – Vanhanen 1999; Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001). Tätä opinnäytetyötä tehdessäni analysoin litteroidun aineiston sisällönanalyysiä ja abduktiivista päättelyä soveltaen. Se on menetelmä, jolla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Se on tapa järjestellä, kuvailla ja määrällistää tutkittavaa ilmiötä.

Aineiston analyysissä käydään läpi neljä vaihetta. Ensin piti päättää mikä kerätyssä aineistossa kiinnostaa eli analyysiyksikkö. Analyysiyksikön valinnassa ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on aineistossa esiintyvä yksikkö: sana, lause, lauseen osa, lausuma eli ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Tässä työssä laadulliselle tutkimukselle tyypilliseen tapaan, analyysiyksiköksi soveltui ajatuksellinen kokonaisuus, useimmiten kokonainen virke. Analyysiyksikön valinnan jälkeen etsin aineistosta vain ne asiat, jotka vastasivat kiinnostusta. Kun tarvittava aineisto oli eroteltu tarpeettomasta, teemoittelin ja tyypittelin aineiston. Lopuksi kirjoitin aineistosta tiivistetysti yhteenvedon, jossa aineiston avulla kuvasin tutkittua ilmiötä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 92, 108.) Sisällönanalyysi ei ole pelkkä yksinkertaista kuvausta tuottava tekniikka, vaan sen on tarkoitus tuoda esiin aineistossa ilmenevät merkitykset, tarkoitukset ja aikomukset, seuraukset sekä yhteydet. (Latvala – Vanhanen-Nuutinen 2001: 23.)

8.3 Teemahaastattelun teemoista

Haastattelun teemoja pohtiessani pidin mielessäni sekä ne kysymykset joilla uskoin parhaiten tarvitsemaani tietoa saavani, että MOHOn teoreettiset, käsitteet joiden mukaisesti keräämäni tietoa suunnittelin luokittelevani:

- Tahto (motivaatio, mielenkiinnot, arvot, pätevyys tunne)
- Tottumus (rutiinit, tavat, roolit)
- Suorituskyky (taidot)
- Ympäristö (miten edistää, haittaa toimintaa) (Kielhofner 2008a: 5.)

Tavoitteeksi asetin saada vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Onko käynti toteutettu potilaan toivomalla tavalla, miten potilaan itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä on kunnioitettu sekä onko tehty kotikäynti potilaan mielestä tuonut sairaalahoitajakseen tai kotiutumiseen liittyen jotain lisäarvoa, miten tehty kotikäynti näkyy potilaan arjessa kotiutumisen jälkeen?

Teemahaastattelu tehdään ilman valmiita kysymyksiä. Haastattelurunko on silti hyvä olla mietittynä. Tällöin voidaan varmistaa, ettei aiheesta eksytä kovin kauas, ja että tietyt asiat tulevat puheeksi, vaikkei haastateltava ota niitä esiin itse.

8.4 Teemahaastattelun runko

Vaikka olen kokenut haastattelija, katsoin tarpeelliseksi laatia haastattelutilannetta varten rungon jota haastatellessa muistilistan omaisesti käytinkin. Haastattelurungon ohella annoin haastateltavan puhua myös ohi aiheen. Koin olevani sekä ”velvollinen”, että aidon kiinnostunut kuuleman asioista, joista haastateltava halusi puhua. Koin tämän ainutlaatuiseksi tilaisuudeksi kuulla mitä näille ihmisille muutenkin kuuluu, miten elämä on sairaalahoidon jälkeen lähtenyt kantamaan. Pääsääntöisesti sairaalaosastoilla työskennellessäni olen huomannut että ajatusmaailma potilaiden pärjäämisen suhteen herkästi vääristyy, tapaanhän lähinnä vain niitä joilla syystä tai toisesta vointi on heikentynyt ja ihmisen on pitänyt palata sairaalaan. Haastattelemillani ihmisillä oli toki useita sairaalahoitoja takanaan, mutta kunkin vointi oli haastatteluhetkellä hyvä. Psykoosioireiden pahenemisvaihetta eli relapsia ei ajankohtaisesti ollut yhdelläkään.

Haastattelurunko muodostui seuraavista aiheista:

1. Taustat

- Ikä
- Asuminen (missä ja kenen kanssa)
- Kauanko haastateltava oli sairaalassa ja mistä syystä?
- Kuinka pitkä aika kotiutumisesta on?

2. Kotikäynti

- Kotikäynti haastateltavan kuvaamana
- Tuliko haastateltava kuulluksi kotikäynnin tarpeellisuutta pohdittaessa?
- Pääsikö haastateltava vaikuttamaan siihen, mitä kotikäynnillä tehtiin ja ketkä siihen osallistuivat?
- Toteutettiinko kotikäynti haastateltavan toiveiden mukaisesti, mistä kokemus syntyi?
- Näkyykö tehty kotikäynti haastateltavan arjessa sairaalahoitajakson päätyttyä: esimerkiksi hankittiinko kotikäynnin perusteella siivousapua, kotisairaanhoidoa tai muuta vastaavantyyppistä palvelua?

3. Kotiutumisen onnistuminen

- Mitkä tekijät koetaan tärkeiksi kotiutusprosessissa?
- Mistä koostuu hyvä arki, mitkä asiat edistävät hyvän arjen toteutumista?
- Konkreettisia ehdotuksia siitä, miten tai mitä tehtäisiin toisin jos kotikäynti tehtäisiin nyt uudestaan

9 Tutkimuksen tulokset

Tässä luvussa kuvaan analyysin etenemistä teemoittelun ja tyypittelyn kautta tuloksiin joita olen jäsentänyt Inhimillisen toiminnan mallin kautta.

Sanasta sanaan litteroidut haastattelut sisälsivät ammattini puolesta erittäin mielenkiintoisia ja ajatuksia herättäviä kertomuksia. Yksi kertoi hyvin koskettavasti niistä kerroista kun "poliisi on raamit kaulassa tullut väkisin, kesken joulun vieton, kotoa hakemaan perheen parista sairaalaan" tai huolestaan, kuinka todennäköisesti lapsensa tulee sairastumaan skitsofreniaan. Toisen haastateltavan vahva usko enkeleihin ja henkiparantamiseen sai minut vakavasti miettimään, kuinka hyvin ja aidosti voimme väittää uskonvapauden todella toteutuvan yhteiskunnassamme. Kolmannen kohdalla jäin miettimään sitä, kuinka tabu skitsofreniaa sairastavan ihmisen seksuaalisuus hoitoyhteisös-

sä onkaan ja neljännen kohdalla sitä, kuinka helposti päihderiippuvaisen skitsofreniapotilaan hoitovastuuta onnistutaankaan välttelemään vedoten nimenomaan päihderiippuvuuteen. Nämä sinänsä tärkeät asiat eivät kuitenkaan tämän opinnäytetyön tavoitteeksi asetettujen kysymyksiin vastanneet, joten päästäkseni lähemmäs vastauksia, päätin aloittaa aineiston käsittelyn koodaamalla tekstistä ajatuksia, lauseita ja toteamuksia eri värein MOHOn käsitteiden mukaisesti.

Lauseet (ajatukselliset kokonaisuudet), joissa puhuttiin esimerkiksi Tahto-alasysteemiin kuuluvista ilmiöistä (motivaatio, mielenkiinnot, arvot, pätevyyden tunne) maalasin tekstinkäsittelyohjelmalla ensin punaisiksi. Käytyäni läpi kaikki haastattelut, kopioin punaisiksi maalatut lauseet omaan tiedostoonsa. Samalla tavalla, eri värejä käyttäen, tein Tottumus-, Suorituskyky-, ja Ympäristö-alasysteemien kohdalla. Olin tällä tapaa toimituani saanut kasaan neljä nippua haastattelumateriaalia, joka oli kyllä jollain tapaa selkiytynyt omassa mielessäni, mutta josta en edelleenkään pystynyt näkemään vastauksia tutkimuskysymyksiini. Tässä vaiheessa tuli aiheelliseksi palata tutkimusmetodologisen kirjallisuuden pariin.

Päätelyssä käytetyn logiikan perusteella on laadullinen analyysi jaoteltavissa aineistolähtöiseen, teorialähtöiseen ja teoriaohjaavaan analyysiin, joista viimeksi mainitussa aiempaa tietoa voidaan käyttää tukena aineistosta induktiivisesti valikoidun tiedon jäsentämisessä, aineiston pohjalta, tutkijan päättämässä vaiheessa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95–100.) Havahduin koodaustyylilläni ajautuneeni umpikujaan tekemällä liian teorialähtöistä analyysiä ja aloin etsimään toista lähestymistapaa. Päädyin hermeneuttiselle kehälle.

Käsitteellä hermeneuttinen kehä kuvataan sitä, kuinka totuutta lähestytään (aproksimoidaan) jatkuvasti ja vähitellen. Menetelmällä pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan ihmisen toimintaa, kulttuuria tai tekstiä ja selvittämään merkityksiä. Tutkimuksen edetessä tutkija pyrkii kyseenalaistamaan omia ennakkokäsityksiään ja korjaamaan niitä. Täsmällistä tutkimuksen kulun ennakkosuunnittelua ja käsitteenmäärittelyä painottava määrällinen tutkimus ja merkityksiä selvittämään pyrkivä laadullinen tutkimus voivat olla myös toisiaan täydentäviä tutkimustapoja. (Siljander 1988: 115–119.)

Jo opinnäytetyöni aihetta miettiessäni minulla oli mielessäni oletuksia siitä, mitä potilaat mahdollisesti ajattelevat osastohoidolta käsin tehdyistä kotikäynneistä. Ounailin suurimman osan suhtautuvan niihin etukäteen jokseenkin myönteisesti, käynnin jälkeen

jopa erittäin myönteisesti. Yhtälailla minulla oli jonkinlainen oletus siitä, minkälaisen seikkojen henkilökunta ajatteli vaikuttavan potilaan onnistuneeseen kotiutumiseen ja kotona pärjäämiseen osastohoidon jälkeen. Useimmiten, kun tätä asiaa moniammatillisen työryhmän kesken pohditaan, esiin nousee potilaan adl-aidot, mahdolliset puutteet niissä sekä joissain tapauksissa myös kognitiivissa valmiuksissa. Aineistoa tähän asti käsiteltyäni, huomasi muodostavani materiaalin perusteella uudenlaisen esiympäristön aiheesta: yksikään haastatelluista potilaista ei ollut tuonut esiin epäilyä pärjäämisensä suhteen liittyen Suorituskyky-alasysteemiin (aidot). Sinisellä koodaamani suorituskyky-tiedosto sisälsi vain muutaman huomion esimerkiksi Kelan lomakkeiden täyttämisen vaikeudesta. Joku oli myös ottanut esiin aloitekyvyn ongelmat, jotka alun perin olin koodannut kuuluvaksi suorituskyvyn alle vaikkakin tarkemmin asiaan perehdyttyäni totesin niiden mahdollisesti kuuluvan Tahto-alasysteemiin alle liittyen pikemminkin mielenkiintoon ja motivaatioon. Työläs koodausvaihe ei ollutkaan mennyt täysin hukkaan, vaan pystyin jatkamaan analyysiä siirtyen käyttämään astetta aineistolähtöisempää eli teoriasidonnaista päättelyä, jossa aineiston analyysi ei perustu teoriaan mutta kytkennät siihen ovat havaittavissa. Eskolan (2001a) mukaan tällöin aineistosta tehdyille löydöksille etsitään tulkintojen tueksi teoriasta selityksiä tai vahvistusta. Tutkija voi tehdä huomioita empirian vastaamattomuudesta aiempiin tutkimuksiin. Teoriasidonnaista lähestymistapaa aineistoon voidaan kutsua myös abduktiiviseksi päättelyksi (Tuomi – Sarajärvi 2002: 99).

Palasin litteroidun aineiston äärelle asettaen tutkimuskysymykset sekä teemahaastattelun rungon ohjaamaan teemoitteluksi kutsutun työvaiheen toteutumista.

9.1 Teemoittelu

Teemoittelulla tarkoitetaan laadullisen aineiston pilkkomista ja ryhmittelyä erilaisten aihepiirien mukaan. Periaatteessa se muistuttaa luokittelua, mutta siinä korostuu lukumäärien sijasta teeman sisältö: mitä teemasta on sanottu tai mitä asioita siihen katsotaan sisältyvän. Alustavan luokittelun jälkeen aineistosta etsitään varsinaisia teemoja. Ideana on etsiä aineistosta tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. Näin saadaan luokiteltua sisällöllisiä näkemyseroja, joita eri teemoilla on. (Kajaanin AMK opinnäytetyöpakki 2013.)

Teemoittelun myötä vastauksia tutkimuskysymyksiin alkoi jo hahmottumaan. Tässäkin työvaiheessa ilmeni, että tutkijan liiallinen kiinnostus tutkimuskysymyksiin liittymättömiin tarinoinhin kostautuu viimeistään tässä vaiheessa. Vaikka teemoittelu runsaan materiaalin takia oli edelleen työlästä, koin tämän vaiheen erittäin kiinnostavaksi. Tässä vaiheessa kävin materiaalin läpi etsien yksinkertaisesti vastauksia asettamiini kysymyksiin. Nyt väritin punaisella ne ajatukselliset kokonaisuudet jotka mielestäni vastasivat kysymykseen siitä, mitä potilas ajattelee tehdyn kotikäynnin vaikutuksista arkeen sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja sinisellä ne, miten haastateltava itse määrittelee hyvää arkea ja pärjäämistään kotona. Näistä esimerkkinä muutama lainaus:

“Me sitte sovittiin siinä kotikäynnillä et ne kotisairaanhoidon tyypit vois sit käydä joka ilta kattomassa et mulla menee oikeet lääkkeet suuhun saakka, et pari kuukautta menis sillee. Kylhän mä nyt hoidan ne ite ihan rutiinilla, mut alkuun se oli ihan hyvä systeemi.”

“No mulle se hyvä arki on sitä, et pystyy huolehtimaan itestään ja muista ja olemaan tärkeä jotakin varten, niinku tarpeellinen. Mä olen tarpeellinen mun pojalle.”

“Mä olin kolme vuotta ollu täällä aika sekasin, tai siis kämppä oli sekaisin, tai no, olin mäkin. Et nyt huomaa mikä ero on siinä, et kun tulee vesi ja saa valot päälle.”

Kysymykseen siitä, oliko kotikäynnillä jätetty jotain oleellista huomioimatta tai tekemättä, löysin yllättävän vähän vastauksia. Haastateltavat toivat esiin aiheellista kritiikkiä itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittamisen suhteen, mutta yksikään haastatelluista ei olisi kertomansa mukaan esimerkiksi odottanut saavansa kotikäynnin perusteella enempää tai vähempää tukea tai apua kotiinsa kuin mitä nyt oli saanut. Tämä toki on linjassa sen huomion suhteen, että haastateltavat itse eivät juurikaan tuoneet esiin taitojen puutetta tai ainakaan uskoneet niiden vaikuttavan kotona pärjäämiseensä. Kotiin saatava apu kun pääsääntöisesti on kokemukseni mukaan luonteeltaan joko arjen askareiden tekemiseen opastavaa tai lääkehoidon asianmukaisen toteutumisen varmistamista.

Vihreällä merkitsemäni teemat liittyen itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittamiseen nousivat määrällisesti isoimmaksi joukoksi. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen yksityisyyden kunnioittamisesta ja itsemääräämisoikeuden loukkaamattomuudesta täytyy tämän tutkimuksen valossa vastata, että parantamisen varaa löytyy runsaasti. Tästä materiaalista saisi helpostikin koottua useampisivuisen vihkosen, jos-

sa listanomaisesti kerrotaan potilaiden kokemana pahimmat virheet ja loukkaukset, mitä kotikäyntejä tekevä toimintaterapeutti, tai muu kotikäyntejä tekevä viranomainen voi tehdä. Nämä ovat seikkoja, joita voimme sellaisinaan hyödyntää Auroran sairaalasta käsin tehtävien kotikäyntien kehittämistyössä. Yksinkertaisimmillaan kommentit olivat selkeitä kieltoja ja toiveita:

“ Et kyl pitäis kysyä lupa ennenkuin heittää mitään pois, ihan pienikin juttu voi olla toiselle tosi tärkeä.”

“Ei toisen kamoja saa mennä penkomaan ellei ole poliisi ja silläkin sellanen etsintäluopa.”

“Postit voi nostaa lattialta mut ei niit saa mennä selaamaan, et onks tullu sitä tai tätä päätöstä tai laskua sieltä tai täältä... Kysyä saa jos asia kiinnostaa.”

“Se on tosi loukkaavaa jos ollaan mun kotona ja ihmiset puhuu toisilleen mun asioista niinkun mä en olisi paikalla ollenkaan.”

Kuitenkin, sen sijaan, että tässä opinnäytetyössä tyytyisin ainoastaan kokoamaan listaa huonoiksi koetuista toimintatavoista, halusin pyrkiä näkemään syvemmälle ja etsimään hyviä omatoimijuutta tukevia toimintatapoja.

9.2 Tyypittely

Menetelmäopetuksen tietovaranto – KvaliMOTV ohjeistaa kvalitatiivista tutkimusta tehdessä etenemään teemoittelusta tyyppien rakentamiseen siten, että eri teemoja yhdistellään saman nimikkeen alle luoden teemoja yhdistäviä tyyppikuvauksia tai -kertomuksia. Tässä kohtaa tuntui mielekkäältä lähteä kokeilemaan, löytyisikö tyyppitellyyn raameja Inhimillisen toiminnan mallista. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.)

Aloitin etsimällä tyyppillisiä **Suoritus**-alasysteemiin meneviä ilmiöitä. Kuten aiemmin jo mainitsin, merkillepantavaa on, että yksikään haastatelluista ei ottanut esiin toiveita sen suhteen, että omaisi esimerkiksi parempia adl-taitoja. Adl-taitojen, niiden arvioimisen ja kuntouttamisen voidaan kuitenkin sanoa olevan sekä toimintaterapiakirjallisuudessa,

että sairaalassa toteutettavan toimintaterapian keskiössä. Ainoastaan vuorovaikutustilanteisiin liittyvät taidottomuuden kokemukset nousivat esiin, nekin tosin vain yhden haastateltavan kohdalla. Toinen mainitsi toiveensa osata hyödyntää arjessaan paremmin tietotekniikan mahdollisuuksia, tämäkin liittyi ihmissuhteiden ja nimenomaan seurustelusuhteiden aloittamiseen ja ylläpitämiseen tietotekniikkaa hyödyntäen.

Ympäristö-alasysteemiin katson kuuluvan ne huomiot mitä haastateltavat toivat esiin liittyen kotiin ja kodin merkitykseen.

“Kotona mä voin olla oma itteni ja tehdä mitä mä haluan, tai mitä mun tarvii tehdä, niinku omasta mielestäni.”

“Et sit mä tiedän, jos äänet sanoo jotain muuta, et mikä on totta, kun mä oon kotona. Kotona asiat on tutulla tolalla. Se on turvallista.”

“Tää on sopiva paikka; täällä ylettyy joka paikkaan ja kaikki on sopivan lähellä.”

“Täällä mua ei solvata.”

Aiemmin tässä työssä esittelin eri tieteenalojen asiantuntijoiden ajatuksia liittyen kotiin ja sen merkityksestä ihmiselle. Haastatteluja tehdessäni huomasin useamman kerran hämmästeleväni kuinka jotkut haastateltavien kommentteista olivat lähes sanasta saanaan yhteneväisiä näiden asiantuntijoiden tekemien huomioiden kanssa. Sillä ei tuntunut olevan merkitystä kuinka siisti tai hoidettu haastateltavan asunto oli – itse asiassa raivoisammin omaa reviiriään puolusti haastateltavista juuri se, jonka koti oli niin sairaalasta käsin tehdyn kotikäynnin aikaan kuin haastatteluhetkelläkin kaunistelematta hurjassa kunnossa: koti oli täynnä ruoan tähteitä, likaisia tekstiilejä, karpäsiä, hajuja, lääkepakkauksia. Silti tämäkin koti oli asukkaalleen paikka jossa hän oli itse olemukseltaan kuin kuningatar. Koti oli paikka, jossa hänen tarpeensa, toiveensa ja tapansa olivat laki jota myös vierailijoiden oletettiin kunnioittavan.

Toisen haastateltavan koti oli ulkoasultaan tyylikäs, kaunis ja arvokas. Tässäkin kodissa asukkaan suhde kotiinsa oli toki läheinen ja merkityksellinen, mutta hänen puheissaan ei niinkään noussut esiin suhde fyysisiin objekteihin vaan siihen, että koti on paikka mikä mahdollistaa ajanvieton ystävien ja läheisten kanssa.

Jokaisella haastateltavista oli takanaan ainakin yksi pidempi (kuukausien mittainen) sairaalahoito eli kokemus siitä, että joutuu yöpymään ja jakamaan muun muassa sanitteetitilat vieraan ihmiseen kanssa. Tämä nosti oman kodin mahdollistaman yksityisyyden erityiseen arvoon. Haastateltavat pitivät merkityksellisenä sitä, että oma koti mahdollisti omien tapojen, rutiinien ja roolien toteuttamisen eli **Tottumus**-alasysteemiin kuuluvat tarpeet tulivat tyydytetyiksi.

Tahto-alasysteemiin kuuluvien motivaation, mielenkiintojen, arvojen ja pätevyyden tunteen huomioiminen nousee tämän tutkimuksen myötä merkittävimmäksi tekijäksi kotikäynnin muodostumisesta potilaalle hyväksi ja kotiutumisprosessia tukevaksi toimenpiteeksi. Näin uskallan väittää, sillä sekä määrällisesti että laadullisesti sisällökkäämmät huomiot liittyvät tyypillisimmin tähän alasysteemiin. Skitsofreniaa sairastavan ihmisen kohdalla tahto-alasysteemiin kuuluvan mahdollisuuden toteuttaa mielenkiinnonkohteitaan, tekee erityisen haastavaksi se, että monilla sairaus itsessään oireilee aiheuttamalla niin sanottua anhedoniaa, eli kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää. Skitsofreniaoireistoon niin ikään kuuluva aloitekyvyn puute ja taipumus vetäytyä sosiaalisista suhteista tekee erityisen haastavaksi löytää arkeen toimintoja, jotka innostavat lähtemään kodin ulkopuolelle, hakeutumaan ihmiskontakteihin jotka kuitenkin uuden psykoosivaiheen puhkeamisen ehkäisemisen kannalta olisivat äärimmäisen tärkeitä.

Kotikäynti nimettiin useamman haastateltavan toimesta tapahtumaksi, joka parhaimmillaan muistuttaa potilasta siitä, että omassa elämässä on muitakin rooleja kuin sairaan-, potilaan-, autettavan- tai joku muu huonommin toimiva rooli, mikä pitkään sairaalassa ollessa voi helposti jäädä ”päälle”. Potilaan yli ja ohi puhuminen, hänen toiveidensa tai asiallisten vaatimustensa huomioimatta jättäminen, ei omanarvontuntoa lisää, eikä kannusta pärjäävämmän roolin ottamista. Mitätöivä suhtautuminen potilaaseen horjuttaa hänen uskoa omiin taitoihinsa ja kykyihinsä. Eräs haastatelluista kuvasi ilmiötä seuraavasti:

”Se on hieno tunne jos kokee kuuluvansa siihen tiimiin, mistä ne puhuu. Et on niinku muutkin, yhtä vakavastiotettava. Tai enemmänkin. Kyllähän mun pitäis olla enemmänkin: kyllähän mä ite parhaiten tiedän mikä mun elämässä mättää. Ja tiedän senkin mitä mä oon valmis tekee sen eteen et asiat muuttuis. Ja mitä en.”

Tässä näen vastauksen toiseen tutkimuskysymykseeni. Haastattelemani potilaat eivät tuo esiin sitä, että he olisivat kotikäynnin myötä kokeneet tarvetta välttämättä opetella

tai ottaa haltuun yksittäisiä adl-taitoja tai muitakaan arjen rutiineja. Kukaan ei olisi erityisesti halunnut järjestettävän kotiinsa siivous- tai muutakaan apua. Arjen asiat nähdään toki tärkeinä ja niitä lähtökohtaisesti ollaan tarvittaessa valmiita opettelemaankin mutta sairaalasta käsin tehdyn kotikäynnin ensisijainen hyöty ja merkitys haastatelluille näyttäytyi siinä, että hyvin toteutettu kotikäynti auttoi sekä heitä itseään, että hoitoryhmää löytämään potilaan omasta ympäristöstä aineksia joista pärjääminen ja hyvä elämänlaatu omassa arjessa koostuu.

Yksi haastatelluista kiteytti asian osuvasti:

”Kato sitten ku joku kohtelee sua kunnioittavasti ni sä rupeet iteki kohtelee itteäs niinku hyvin. Siitä se sit lähtee, siivet kantamaan.”

10 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tässä luvussa tarkastelen opinnäytetyöni eettisyyttä ja luotettavuutta. Itse koin hetimitäin haasteelliseksi tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa eettisesti hyviä tutkimusmenetelmiä noudattaen. Tälläkin hetkellä muutoksen kourissa oleva mielenterveyslaki osoittaa, että esimerkiksi potilaan itsemääräämisoikeus ja toisaalta oikeus saada parasta mahdollista hoitoa jopa tahtonsa vastaisesti, eivät ole mitenkään yksiselitteisiä asioita. Oma lukunsa on mielenterveyspotilaisiin edelleenkin vaikuttava stigma, tai pelkästään sen pelko. Tätä opinnäytetyötä tehdessäni jouduin itse useaan otteeseen pohtimaan, josko esimerkiksi käyttämäni ilmaisut ovat liian leimaavia tai ennakkoluuloja ruokkivia.

Yleisohjeena laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on, että tutkijan tulee antaa riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on tehty (Tuomi – Sarajärvi 2009: 134–141). Pyrkimykseni on tässä työssä ollut kuvata tiedonkeruun ja analyysin tekemisen prosessia vilpittömästi myös oman kokemattomuuteni myöntäen. Päällimmäisenä ohjenuorana on mielessäni ollut se, että en petä haastattelemini potilaiden luottamusta heidän anonymiteettinsä suojaamisen suhteen. Näin ollen en ole esimerkiksi juurikaan kuvaillut koteja, joissa haastattelut on tehty enkä avannut haastateltujen taustoja tai sairaushistoriaa. Luotettavuuden kannalta on oleellista että tutkija pystyy luotettavasti kuvaamaan, miten on päätynyt luokittelemaan ja kuvaamaan tutkittavien maailman juuri niin kuin on sen tehnyt. (Hirsjärvi – Hurme 2000: 189.)

Luotettavuuden lisäämiseksi olen käyttänyt raportissa myös suoria lainauksia haastateltavilta. Sain monipuolisesti erilaisia näkemyksiä tutkimuskysymyksiin liittyen, mutta koska jokaisen kokemus on aina omanlaisensa, ei yleistettävyyttä voi näin pienellä otannalla tavoitella.

Mielenterveyspotilaiden itsemääräämisoikeutta joudutaan joskus mielenterveystilain nojalla rajoittamaan. Vaikka varsinaisiin rajoittamistoimiin ei jouduttaisi turvautumaan, on monella potilaalla kuitenkin kokemuksia siitä, kuinka sairautensa vuoksi on tullut kanssaihminen- jopa hoitavan tahon toimesta loukatuksi, mitätöidyksi, alistetuksi tai vähätellyksi. Hyvää tarkoittavat interventiot saattavat potilaan kokemuksena olla tungettelevia ja jopa traumatisoivia. Tästä opinnäytetyötäni varten tekemästäni haastatteluhetkestä pyrin tekemään potilaalle emansipatorisen eli hyvän, kannustavan, itsetietoisuutta ja omatoimijuutta kohentavan kokemuksen. Uskoakseni haastateltavat luottivat siihen, etten riko luottamuksellisuutta ja toimin kaikella tapaa eettisesti korkealaatuisesti.

Helsingin kaupungin psykiatrinen sairaalahoito oli aiemmin niin sanotusti aluemallin mukaisesti organisoitunut, mistä johtuen edelleenkin tietyissä kaupunginosissa asuvat ihmiset päätyvät hoitoon tietyille osastoille. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että osastoilla, joilla pääsääntöisesti työskentelen, on kyseisen kaupunginosan sosioekonomisesta rakenteesta johtuen usein keskimääräistä korkeammin koulutettuja ja taloudellisesti paremmin toimeen tulevia ihmisiä. Haastattelemistani potilaista kahdella on skitsofreniadiagnoosista huolimatta ylempi korkeakoulututkinto ja nämä myös asuvat omistamissaan asunnoissa. Vain yksi haastatelluista otti esiin vaikean taloudellisen tilanteensa, vaikka tyypillisesti pidempään skitsofreniaa sairastavien tulotaso on erittäin matala, sillä työeläkettä ei useinkaan ole sairastumisesta johtuen ehtinyt kertyä. Pidän myös mahdollisena, että haasteltaviksi suostui potilaita, joiden hoitomyönteisyys on keskimääräistä korkeampi ja jotka kuvaavat myös kokemuksia kotikäynneistä keskimääräistä myönteisimmiksi.

Otantaan tehdessä oli perusteltua kysyä, olivatko haastateltaviksi päätyneet potilaat ihmisiä, joiden sairaalahoito ja siihen sisältynyt kotikäynti on toteutunut poikkeuksellisen hyvässä yhteistyössä tai poikkeuksellisen hyvin tuloksin, tai jotka muuten olivat mahdollisesti poikkeuksellisen hoitomyönteisiä. Joskus akuuttipsykiatrisen osastohoidon luonteesta tai yksittäisen potilaan käyttämistä psykologisista mekanismeista johtuen, tapahtuu potilaiden taholta niin sanottua

splittaamista eli henkilökunnan jakamista ”hyviin ja pahoihin”. Inhimillistä on, että kukin työntekijä haluaa nähdä ja kokea työssään onnistumista mikä näkyy potilaiden toimintakyvyn kohenemisena. Usein erityistyöntekijät, joihin toimintaterapeutitkin lukeutuu, edustavat osasto-olosuhteissa ”terveyttä” ja ”normaalia” maailmaa ja näin tulevat splittaavien potilaiden toimesta sijoitetuksi ”hyviin” työntekijöihin. Tämän seurauksena toimintaterapeutin tekemät interventiot saattavat näyttäytyä potilaalle erityisen tärkeinä ja tehokkaina. Haastatteluja analysoidessani oli tarpeen muistaa, että potilaan toimintaterapeutin työskentelyä ylistävät lausumat saattoivat liittyä yllä kuvattuun ilmiöön. Toki potilaan kokemus on arvokas silloinkin, kun hän itse ei pysty näkemään kokemukseensa vaikuttaneita taustailmiöitä.

Itselläni haastattelijana voidaan nähdä olleen suuri vastuu siitä, etten johdatellut potilasta kuvaamaan tehtyä kotikäyntiä kokemuksena paremmaksi kuin mitä hän todella oli kokenut. Potilas olisi saattanut haastattelutilanteessa pelätä, että kriittinen suhtautuminen saatuun hoitoon tarkoittaa sitä, että jatkossa hoito jää saamatta. Monella potilailla on usein myös taipumusta kokea riittämättömyyttä ja huonouden tunnetta, mikäli eivät pysty osoittamaan paranemista saadusta hoidosta huolimatta.

Pitkä työkokemukseni toimintaterapeutina vaikutti siihen, että vaikka tutkimusasetelma ja teemahaastattelu menetelmänä oli allekirjoittaneelle vieras, oli haastattelemineen ja syrjähtelevänkin potilaan ohjaaminen takaisin aiheen äärelle, sinänsä tuttua ja sujui pinnistelemättä.

11 Yhteenveto ja pohdinta

Opinnäytetyöni pääasiallinen tarkoitus oli saada potilaiden ääni, heidän näkemyksensä ja kokemuksensa kuuluviin Aurooran sairaalan toimintaterapiapalveluita kehitettäessä. Valitsin tarkastelun kohteeksi psykiatrisilta akuuttiosastoilta käsin tehdyt kotikäynnit. Kotikäyntejä tehdään verraten runsaasti, toimintaterapeuttien lisäksi myös enenevässä määrin muiden ammattikuntien edustajien toimesta.

Opinnäytetyön myötä käsitykseni siitä, että hyvin suunniteltu ja toteutettu kotikäynti tuo niin potilaan hoitoon, toimintaterapiaprosessiin kuin kotiutumiseenkin, runsaasti lisäarvoa, vahvistui. Koen työskentelyn potilaan omassa ympäristössä toki haasteelliseksi, mutta ennen kaikkea hyvin informatiiviseksi ja antoisaksi. Tunnistan potilaan kotona

työskenneltäessä riskin, että työntekijä ajattelemattomuuttaan loukkaa potilaan yksityisyyttä, toimii hänen arvojensa vastaisesti tai hänen itsemääräämisoikeuttaan loukaten. Parhaimmillaan ajattelen kotikäynnin olevan kuitenkin tapahtuma, jossa potilaan ainutkertaisuutta ja yksilöllisyyttä kunnioittaen, hänen tapojaan ja sääntöjään noudattaen, työskennellään tasavertaisina toimijoina. Potilas itse, hänen verkostonsa ja hoitotahon edustajat yhdessä, toimivat yhteisiä tavoitteita kohti pyrkien. Potilaan kotona työskenneltäessä on hyvät mahdollisuudet päästä aitoon tasa-arvoiseen ja yhteistoiminnalliseen yhteistyöhön. Potilaan rooli oman elämänsä asiantuntijana korostuu ja antaa potilaalle itselleen mahdollisuuden ottaa aktiivisen roolin omassa hoidossaan ja kuntoutumisessaan.

Valitsin opinnäytetyöni teoreettiseksi viitekehikseksi Inhimillisen toiminnan mallin. Tämä tuntui luonnolliselta valinnalta, sillä kyseinen malli ohjaa työskentelyäni ja ammatillista ajattelua toimintaterapeuttina myös arkityötä tehdessäni. Käytössäni on MOHO-pohjaisia arviointivälineitä ja koen Gary Kielhofnerin ajattelun käyvän yksiin oman ajattelutapani kanssa. Toisaalta olisi voinut olla hedelmällistä ottaa työni teoreettiseksi taustaksi myös jokin aivan muu, itselleni uusi näkökulma. Opinnäytetyöprosessin aikana toki tutustuin muihinkin, muiden muassa Doris Piercen sekä Elizabeth Townsendin ajatuksiin, ja koen saaneeni heiltä evästä uudenlaiseen ammatilliseen ajatteluun. Esimerkiksi Townsendin lanseeraama käsite *toiminnallinen oikeudenmukaisuus* (Townsend – Wilcock 2004) antaa ajattelemisen aihetta kotikäynteihinkin liittyen. Tähän työhön en kuitenkaan osannut näitä ajatuksia riittävästi soveltaa, uskon prosessin siltä osin olevan vasta alkuvaiheessa. Kielhofnerilainen tapa jäsentää ihmisyyttä, ihmisen toimintaa ja ympäristön vaikutusta ja merkitystä ihmiselle, sen sijaan tuntui alkuvaikeuksien jälkeen suhteellisen sujuvalta.

Laadullinen tutkimus, teemahaastattelu, litterointi ja litteroidun materiaalin analysointi teemoitteluineen ja tyypittelyineen olivat uusia, osin läkähdyttäviä, osin innostavia tuttavuuksia. Koen oivaltaneeni sekä oppineeni tämäntyyppisestä tutkimusmetodista paljon. Saattaisin jopa tarttua tilaisuuteen, jos minulle jatkossa tarjoutuisi mahdollisuus osallistua laajemmankin tutkimuksen tekemiseen näitä menetelmiä käyttäen. Joka tapauksessa uskon tästä opinnäytetyöstä nousseen materiaalin hyödyttävän työryhmäämme, Mahdollisesti ammattikuntaamme laajemminkin, toimintaterapiapalveluiden kehittämistyössä. Omaa tapaaani työskennellä opinnäytetyöni ohjaa edelleen kohti yhä potilaslähtöisempää ja potilaan omatoimijuutta korostavampaa työtettä. Vaikka jatkosakin uskon toimintaterapian sairaalapsykiatriassa keskittyvän ainakin osittain adl-

taitojen arvioimiseen ja kuntouttamiseen, toivon, että opimme huomioimaan ja hyödyntämään entistä paremmin myös potilaan motivaation, mielenkiinnon, arvot, pätevyyden tunteen, rutiinit, tavat ja roolit – vähintään siinä määrin kun potilas itse näille merkityksiä antaa. Uskoakseni myös ympäristön merkitys osataan hyödyntää kuntoutusprosesseissa entistäkin paremmin. Kodin sisäiset merkitykset on mielestäni tärkeä huomioida myös erilaisten mielenterveyskuntoutujille suunnattujen tuettujen asumismuotojen, kuntoutuskotien, palveluasumisen ja erilaisten asuntoloiden soveltuvuutta kullekin pohdittaessa.

Potilaan äänen kuuluvaksi tekemisen lisäksi toin työhöni myös Auroran sairaalassa työskentelevien toimintaterapeuttien kokemuksia kotikäynneistä. Tätä opinnäytetyötä tehdessäni keräsin kollegoiltani kokemuksia ja ajatuksia aiheeseen liittyen. Näitä ylös kirjatessani panin merkille, kuinka arvokas asia ammatillinen työryhmä onkaan: niin ammatillisen kehittymisen kuin työnkehittämisenkin näkökulmasta on huima mahdollisuus saada helposti heti kymmeneltä eri toimintaterapeutilta näkemyksiä kulloinkin kiinnostavaan aiheeseen. Myös työssä jaksamisen kannalta on suunnattoman arvokas asia, että hankalaa tai kysymyksiä herättänyttä kokemusta pääsee käymään läpi kollegan eli samasta ammatillisesta tulokulmasta katsovan työntekijän kanssa. Isohko työryhmä tekee näkyväksi myös sen, että vaikka kukin työskentelee omaa persoonaansa käyttäen, omien kokemustensa ja arvojensa ohjaamana, on toimintaterapeutin koulutus, ammatillinen identiteetti ja eettiset ohjeet vahvasti työtämme ja ihmiskuvaamme muokkaamassa. Näkemyksemme siitä, miten kotikäynti parhaimmillaan toteutetaan, kenelle ja millä ehdoin, on kokolailla yhtenevä.

Tämän opinnäytetyön tehtyäni voin myös vilpittömästi todeta, että työtämme vastaa haastattelemieni potilaiden näkemystä siitä, miten toteutetaan onnistunut, kotiutus- ja kuntoutumisprosessia edistävä ja kunnioittavassa hengessä tehty kotikäynti. Haastattelemani potilaat toivat monin sanakääntein esiin kotikäyntien hyödyllisyyttä, mikä näkyy varsinkin itsevarmuuden ja itsearvostuksen kohenemisena. Usko itsenäiseen pärjäämiseen sairaalan ulkopuolella kasvoi, kun toinen ihminen, alan asiantuntija tuli kotiin, oman arkielämän keskukseen tämän toteamaan. Toki haastateltavat antoivat aiheellisesti myös kritiikkiä: Joissain tilanteissa potilaan mukaan ottaminen jo kotikäynnin suunnitteluvaiheessa oli jäänyt liian vähäiselle huomiolle, usein kiireeseen vedoten. Potilas oli liian harvoin saanut olla mukana miettimässä etukäteen keitä kotikäynnille olisi hyvä kutsua mukaan, mitä siellä on lupa tehdä ja mitä kotikäynnistä kirjataan potilaan sähköiseen sairauskertomukseen. Joissain tilanteissa kotikäynnin oli koettu jää-

neen muusta hoitoprosessista irralliseksi interventioksi, eikä käynnillä ilmenneitä vahvuuksia ja voimavaroja oltu osattu riittävästi hyödyntää jatkohoitoa suunniteltaessa. Tämän tutkimuksen valossa uskallan kuitenkin väittää, että potilaalle muodostuvan kokemuksen kannalta oleellisinta ei ole se **mitä** toimenpiteitä kotikäynnillä, ennen sitä tai sen jälkeen tehdään, vaan se **miten** ne tehdään.

Kielhofner puhuu toiminnallisen identiteetin muodostumisesta (Kielhofner 2008d: 12–22). Tämän opinnäytetyön tekemisen myötä olen tullut siihen johtopäätökseen, että toimintaterapeuteilla, kuten myös muulla psykiatrissa työtä tekevällä henkilöstöllä, on suuri vaikuttamisen mahdollisuus omilla toimillaan, puheillaan ja asenteillaan nimenomaan siihen, millaiseksi psykiatriseen sairaalahoitoon päätyneen toiminnallinen identiteetti muodostuu. Väitän, että potilaan kotiympäristössä toimittaessa nimenomaan tämä vaikuttamisen mahdollisuus korostuu, niin hyvässä kuin pahassa. Loukkaavaksi, alentavaksi tai epäluottamusta herättäväksi koettu sana tai teko kasvaa voimakkuudeltaan moninkertaiseksi, kun se lausutaan ihmisen omassa kodissa. Yhtälailta kannustus, kunnioitus ja luottamuksen osoitus on helpompi ottaa vastaan ja todesta kun ollaan potilaan omalla reviirillä, hänelle tuttujen ja tärkeiden asioiden äärellä.

Tämän opinnäytetyön tehtyäni koen tarpeelliseksi kiinnittää jatkossa entistäkin enemmän huomiota siihen, että ammatilliselle keskustelulle, kokemusten ja ajatusten vaihtamiselle sekä kollegiaaliselle reflektoinnille järjestetään arjen kiireistä huolimatta riittävästi aikaa. Tässä apuna voi toimia niin ulkopuolinen työnohjaus, mentorointi (niin sanotun hiljaisen tiedon siirtäminen työntekijältä toiselle) sekä koulutus. Koulutustarvetta näen muun muassa siinä, että oppisimme vielä paremmin ymmärtämään psykoosisairauksien myötä nousevia toimintakyvyn esteitä ja haasteita mutta toisaalta myös siinä, että näistä haasteista huolimatta oppisimme etsimään ja ottamaan käyttöön kunkin ihmisen arjesta ja hänen omasta ympäristöstään niitä vahvuuksia jotka hänen elämässään ovat merkityksellisiä ja kantavat eteenpäin.

Osallistavaa kuntoutusotetta tulee mielestäni tietoisesti opetella. Myös puhtaasti asenteisiin vaikuttamaan pyrkivää koulutusta tulee suosia: ylimielinen, potilasta ja hänen verkostoansa vähättelevä asenne ei mahdollista inhimillisen, tehokkaan ja viimeisimmän tutkimustiedon nojalla tehokkaimman hoidon toteuttamista nykyaikaisessa psykiatrisessa sairaalatoiminnassa. Sen sijaan asetelma, jossa työntekijä tuo terapia- tai hoitosuhteeseen ammatillisen osaamisensa mutta ymmärtää potilaan olevan oman elämänsä asiantuntija, mahdollistaa vastavuoroisen ja potilaan omaa osallistumista suosi-

van sairaalahoidon. Yhtenä sairaalahoidon menestyksekkään päättämisen ja sairaalahoidon ja avohoidon välisen kuilun kaventamisen keinona näen sen, että sairaalasta käsin jalkaudutaan sekä ajatuksellisesti että fyysisesti potilaan arkeen. Katson toimintaterapeuteilla olevan koulutuksensa, teoreettisen osaamisensa sekä kokemuksellisen tietonsa nojalla hyvät taidot ja valmiudet kuvaamani työtavan toteuttamiseen.

Lähteet

Aura, S. – Horelli, L. – Korpela, K. 1997. Ympäristöpsykologian perusteet. Porvoo: WSOY

Brown, C. – Moore, W.P. – Hemman, D. - Yunek, A. 1996. Influence of instrumental activities of daily living assessment method on judgments of independence. *American Journal of Occupational Therapy*, 50.

Brown, C. – Stoffel, V. – Phillip, J. 2010. *Occupational Therapy in Mental Health. A Vision for Participation*. F. A. Davis Company, Philadelphia.

CAOT Canadian Association of Occupational Therapists 1997. *Enabling Occupation: An Occupational therapy Perspective*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

College of Occupational Therapists 1990 Statement on home visiting with hospital in-patients. *Standards, Policies and Proceedings* 170. London: COT.

Douglas, M. 1991. The idea of home: A kind of space. *Social research*, VOL 58. Issue 1.

Duncombe, L.W. 2004. Comparing learning of cooking in home and clinic for people with schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*. 58.

Eskola, J. – Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere. Vastapaino.

Eskola, J. 2001a Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen tutkimuksen analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, Juhani – Valli, Raine (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus. 133-157.

Forsyth, K – Parkinson, S 2008. *MOHOST, Inhimillisen toiminnan mallin seulonta-arviointi*. Käsikirja. Helsinki: Psykologien Kustannus Oy.

Granfelt, R. 1998. *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Harju, J. – Orvasto, R. 2000. *Perhekeskeisyydestä kotikeskeisyyteen*. Teoksessa *Sosiaalipedagoginen aikakauskirja 2/2000*. Suomen sosiaalipedagoginen seura ry.

Hautala, T – Hämäläinen, T – Mäkelä, L – Rusi-Pyykönen, M 2011. *Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä*. Helsinki: Edita.

Helsingin terveystieteiden keskus, psykiatriaosasto Toimintakuvaus 2012. Verkkodokumentti. <http://helmi/terke/osastot/psykiatria/toiminnansuunnittelu/sivut/default.aspx>. Luettu 18.8.2012

Hirsjärvi, S. – Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Horelli, L. 1995. Self-Planned Housing and the reproduction of gender and identity. In L.Ottes et al. (Eds.) Gender and the Built Environment. pp. 22-28. Assen, The Netherlands: Van Gorcum.

Kajaanin AMK opinnäytetyöpakki, verkkodokumentti, luettu 12.1.2013

Kaste -ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Kallinen-Kräkin, Salme (toim.). Yliopistopaino. Helsinki 2009 Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7533.pdf>. Luettu 10.11.2011.

Karjalainen, V. 2007. Yksilöllistymiskehitys muuttaa kuntoutusta – mutta miten? Teoksessa Karjalainen, V. - Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Gummerus kirjapaino oy.

Kielhofner, G 2002. Model of Human Occupation: theory and application. 3rd ed. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.

Kielhofner, G 2008a. Introduction to the Model of Human Occupation: Teoksessa Kielhofner, Gary: Model of Human Occupation: Theory and Application. 4. painos. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 1–7.

Kielhofner, G 2008b. The Basic concepts of Human Occupation: Teoksessa Kielhofner, Gary: Model of Human Occupation: Theory and Application. 4. painos. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 10–23.

Kielhofner, G 2008c. The Dynamics of Human Occupation: Teoksessa Kielhofner, Gary: Model of Human Occupation: Theory and Application. 4. painos. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 24–31.

Kielhofner, G 2008d. Volition: Teoksessa Kielhofner, Gary: Model of Human Occupation: Theory and Application. 4. painos. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 32–50.

Kyngäs, H. – Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 3–11.

Latvala, E. – Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteen tutkimuksen perusprosessi: Sisällön analyysi. Teoksessa: Janhinen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. 21–43.

Law, M. – Baum, C. 2001. Measurement in Occupational Therapy. Teoksessa *Measuring Occupational Performance. Supporting best practice in occupational therapy.* Toim. Law, L – Baum, C – Dunn, W. USA: SLACK Incorporated. 3–19.

Law, L. – Baum, C. – Dunn, W. 2001. Foundations of Occupational Therapy Measurement Practice. Teoksessa *Measurement in Occupational Therapy. Supporting best practice in occupational therapy.* Toim. Law, L – Baum, C – Dunn, W. USA: SLACK Incorporated, 1–2.

Lilja, M. – Borell, L. 2001. Occupational therapy practice patterns with older Swedish persons at home. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 68(1). 51–59.

Lilja, M. – Borell, L. 1997. Elderly people's daily activities and need for mobility support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 11. 73–80.

Marttila, S. 2012. Kohti kokonaisvaltaisempaa toimintaterapiaa. Psykkisen toimintakyvyn arviointia edistämässä Helsingin kaupungin terveyskeskuksen toimintaterapiassa. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielen-terveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Verkkodokumentti.
<<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>>. Luettu 10.11.2011.

Pallasmaa, J. 1994. *Arkkitehtilehti* 1/1994.

Pierce, D. E. 2003. *Occupation by design: Building Therapeutic Power.* Philadelphia: F.A. Davis Company.

Riikonen, E. – Järvikoski, A. 2001. Mielenterveysongelmat. Teoksessa Kallanranta, T., Rissanen, P. – Vilkkumaa, I. (toim.). *Kuntoutus.* Jyväskylä: Duodecim. Roos, J. 1987.

Rowles, G.D. The meaning of place as a component of self. In E.B. Grepeau, E.S. Cohn, - B.A.B. Schell (Eds.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (10th ed., pp.111–119). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Saaranen-Kauppinen, A. – Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkojulkaisu.
<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. Luettu 12.1.2013.

Saarikangas, K. 1998. Tilan tekijät. Teoksessa Elovirta, A. – Lukkarinen, V. (toim.). *Katseen rajat. Taidehistorian metodologiaa.* Jyväskylä: Gummerus.

Saarikangas, K. 2002. Asunnon muodonmuutoksia. Puhtauden estetiikka ja sukupuoli modernissa arkkitehtuurissa. Suomalaisen kirjallisuuden seuran toimituksia 860. Helsinki.

Salo-Chydenius, S. 2000. Asiakaskeskeisyyden todentuminen mielenterveystyön toimintaterapiassa tarkasteltuna yhden toimintaterapiayksikön etnografisen tutkimuksen kautta. Julkaisemamaton opinnäytetyö. Helsingin yliopisto, lääketieteellisen ja psykologisen antropologian yksikkö, terveyden ja sairauden etnografia. DPPH Doctoral School of Public Health tutkijankoulutuskurssi 04.09.-10.11.2000.

Salo-Chydenius, S. 2001a. Itsearviointi toimintaterapian välineenä mielenterveystyössä. Kuntoutus 2001/1. 24–31.

Salo-Chydenius, S. 2001b. IN SEARCH OF THE FUTURE the self-assessment instrument of everyday occupations and drug-abuse for the individual with dual diagnosis. Julkaisematon kandidaattityö, Jyväskylän yliopisto, liikunta ja terveystieteiden laitos, toimintaterapia.

Salo-Chydenius, S. (toim.) 2002a. IHMINEN OMAN ELÄMÄNSÄ TEKIJÄNÄ – toimintaterapian toteuttamisen kertomuksia. Helsinki: Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry. – Finlands Ergoterapeutförbund rf.

Salo-Chydenius, S. 2002b. The self-assessment instrument of everyday occupations and drug-abuse for the individual with dual diagnosis. Paper presented in 13th World Congress of Occupational Therapists, June 23–28, Stockholm.

Skitsofrenian käypähoitosuositus, Duodecim 2008.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/>

Siljander, P. 1988. Hermeneuttisen pedagogiikan pääsuuntauksat. Oulun yliopiston kasvatustieteellinen tiedekunta. Oulu.

Smits MW – Kee CC 1992. Correlates of self-care among the independent elderly. Self-concept affects well-being. Journal of Gerontological Nursing 18. 13–8.

Sumsion, T. (ed.) 1999. Client-Centred Practice in Occupational Therapy. A Guide to Implementation. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Stein, F. – Cutler, S. K. 1998. Psychosocial Occupational Therapy. A Holistic Approach. San Diego: Singular Publishing Group Inc.

Toimintaterapianimikkeistö 2003. Suomen Kuntaliitto ja Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry.

Townsend, E – Wilcock, A. 2004b. Occupational justice and client-centred practice: a

dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2, 71, 75–87.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 5. painos. Jyväskylä: Tammi.

Vilka, Hanna 2007. *Tutki ja kehitä*. 1-2. painos. Helsinki: Tammi.

Welch, A. – Lowes, S. 2005. Home Assessment Visits Within the Acute Setting: a Discussion and Literature Review. *British Journal of Occupational Therapy* April 2005 68(4).

Kutsu haastatteluun

Arvoisa vastaanottaja!

Olen Metropolia ammattikorkeakoulun toimintaterapian AMK- päivitysopiskelija ja tarkoituksenani on haastatella opinnäytetyötäni varten henkilöitä, joille olen toimintaterapeuttina tehnyt kotikäynnin Auran sairaalan akuuttipsykiatriselta osastolta käsin. Opinnäytetyöllä pyrin kehittämään Auran sairaalan toimintaterapiapalveluita.

Haastatteluissa kerään tietoa potilaiden kokemuksista tehtyjen kotikäyntien suhteen. Tarkoituksenani on saada potilaiden ääni kuuluviin heidän elämänsä koskevassa päätöksenteossa. Haastatteluilla saatavalla aineistolla pyrin kehittämään kotiutumisosuutta ja löytämään näkökulmia kotiutumisen ja kotona pärjäämisen tukemiseksi.

Pyydän teiltä lupaa haastatteluun, sen nauhoittamiseen sekä tulosten käyttämiseen opinnäytetyöni aineistona.

Painotan, että käsittelen haastattelut luottamuksellisesti eikä haastateltavien henkilöllisyys tule ulkopuolisten tietoon. Minua sitoo vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus. Haastatteluaineisto hävitetään sen jälkeen, kun sitä ei enää tarvita.

Teillä on oikeus milloin tahansa peruuttaa annettu lupa ja kieltää haastattelujen käyttö opinnäytetyössä.

Tarkoitukseni on toteuttaa haastattelut haastateltavan kotona. Halutessanne voimme sopia myös jonkin toisen paikan haastattelua varten. Haastatteluajankohdasta ja -paikasta sovitaan erikseen haastatteluun suostuneiden kanssa. Tulen lähiaikoina olemaan teihin yhteydessä puhelimitse jolloin voitte suullisesti ilmaista halunne osallistua tai olla osallistumatta haastatteluun. Päätöksenne ei tule muiden henkilöiden tietoon eikä tule vaikuttamaan saamaanne hoitoon. Tutkimukseen, sekä osoitetietojenne poimimiseen potilastietojärjestelmästä, on Helsingin terveyskeskuksen toimitusjohtajan lupa.

Ystävällisin terveisin,

Hannimari Pihkanen

AMK-päivitysopiskelija,

vastaava toimintaterapeutti

Helsingin terveyskeskus

psykiatriaosasto, sairaalatoiminnot

hannimari.pihkanen@hel.fi

p. 0504022594

Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan yhteystiedot:

Lehtori Anja Sario: anja.sario@metropolia.fi, p.0403345482

HELSINGIN KAUPUNKI PÖYTÄKIRJANOTE 8/2012

1 (2) TERVEYSKESKUS Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä 24.9.2012

Postiosoite Käyntiosoite Puhelin Faksi PL 6000 Siltasaarenkatu 13 +358 9 310 4011 +358 9 310 42504 00099
HELSINGIN KAUPUNKI terveystakeskus@hel.fi Helsinki 53 http://www.hel.fi/terveyskeskus/

185 §

HANNIMARI PAULIINA PIHKASEN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

HEL 2012-011284

Hakija Toimintaterapeutti, Metropolia Ammattikorkeakoulun toimintaterapian AMK-päivityskoulutuksen opiskelija, Helsingin terveystakeskuksen psykiatriaosaston sairaalatoimintojen vastaava toimintaterapeutti Hannimari Pauliina Pihkanen Ohjaaja Lehtori Anja Sario, Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Aihe: Toimintaterapiapalveluiden kehittäminen psykiatriaosaston sairaalatoiminnoissa; Toimintaterapeutin akuuttiosastolta käsin tekemän koti-käynnin tarkastelua potilaan näkökulmasta (AMK-opinnäytetyö)

Lausunto Johtajapsykiatri toteaa lausunnossaan 26.8.2012, että aihe on melko tärkeä ja puoltaa tutkimuslupan myöntämistä todeten, että tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän sihteerin hakijalle 23.8.2012 lähettämät kommentit ja ohjeet on tarpeen ottaa huomioon. Yhteyshenkilöksi hän nimeää ylilääkäri Leena Turpeisen. Päätös Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä puoltaa tutkimuslupan myöntämistä ehdolla, että:

Hannimari Pihkaselle myönnetään erilliset Pegasos-oikeudet potentiaalisten tutkittavien kotiosoitteiden etsimistä varten ajalle 1.10. - 31.12.2012. Nämä oikeudet hänen tulee hakea tietohallintolääkäri Kirsiliina Leinoselta.

Tutkimuksessa syntyvä henkilörekisteri hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla.

Suostumuslomakkeen toinen lause tulee korjata muotoon ”Olen tietoinen, **ettei** henkilöllisyyteni...”

Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistunutta henkilöä Terveystakeskuksen yhteyshenkilö on ylilääkäri Leena Turpeinen.

Yhteyshenkilön tehtävänä on valvoa, että tutkimus toteutetaan terveystakeskuksessa suunnitelman ja lupaehtojen mukaisesti.

Tutkimuksesta ei saa aiheutua kustannuksia terveystakeskukselle, joten se tulee suorittaa työajan ulkopuolella.

Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan terveystakeskuksen käyttöön (os. Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Terveystakeskus, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki).

Tutkija saapuu pyydettäessä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia siihen työyhteisöön, jota tutkimus koskee.
(Ilmoitus toimitusjohtajalle)

Hanna-Leena Nuutinen

sihteer