

ASIAKKAAN OSALLISTUMISEN JA SUORIUTUMISEN ARVIOINTI HOITOKOTI KUIKANPESÄSSÄ

Hirvonen Kati
Härkönen Matti

Opinnäytetyö
Joulukuu 2011

Toimintaterapian koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) SUKUNIMI, Etunimi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 14.12.2011
Hirvonen, Kati Härkönen, Matti	Sivumäärä 56+10	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi OPINNÄYTETYÖN NIMI Asiakkaan osallistumisen ja suoriutumisen arviointi Hoitokoti Kuikanpesässä		
Koulutusohjelma Toimintaterapia		
Työn ohjaaja(t) RITSILÄ, Jaana HEISKANEN, Tuija		
Toimeksiantaja(t) Hoitokoti Kuikanpesä		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön toimeksiantaja ja yhteistyökumppani oli Ilomantsissa toimiva Hoitokoti Kuikanpesä, joka tarjoaa palveluasumista sekä tehostettua palveluasumista mielenterveys- ja mielenterveyspäihdekuntoutujille. Hoitokoti on aloittanut toimintansa keväällä 2011. Opinnäytetyön tavoitteena oli löytää luotettava ja työelämässä psykiatristen asiakkaiden kanssa käyttökelpoiseksi havaittu toimintaterapian arviointikokonaisuus hoitokodin toimintaterapeutin käyttöön. Tarkoituksena oli, että opinnäytetyön pohjalta suositeltu arviointikokonaisuus sisältää yhden havainnointi-, haastattelu- ja itsearviointimenetelmän. Opinnäytetyöhön valittiin vain toimintaterapiassa käytettäviä mielenterveyskuntoutujan osallistumista ja suoriutumista arvioivia menetelmiä.</p> <p>Opinnäytetyö oli kolmeosainen ja se toteutettiin projektimuotoisena. Työ sisälsi sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista aineistonkeruuta. Ensimmäisessä vaiheessa tehtiin alustava tiedonhaku, jossa tutkittiin osallistumista ja suoriutumista arvioivien menetelmien luotettavuutta ja toistettavuutta. Tämän vaiheen tavoitteena oli löytää luotettavia arviointimenetelmiä käyttäjäkyselyä varten. Toisessa vaiheessa toteutettiin käyttäjäkysely, joka lähetettiin sähköpostin kautta aikuispsykiatristen asiakkaiden parissa työskenteleville toimintaterapeuteille. Kyselytutkimuksen aineisto analysoitiin tilastollisen aineistonanalyysin avulla. Kolmannessa vaiheessa tehtiin tarkennettu tiedonhaku kyselyn perusteella työelämässä käytetyimmiksi nousseista kolmesta arviointimenetelmästä.</p> <p>Käyttäjäkyselyn ja tarkennetun tiedonhaun perusteella Hoitokoti Kuikanpesään suositeltiin arviointikokonaisuutta, joka sisälsi MOHOST havainnointi-, OPHI-II haastattelu- ja OSA itsearviointimenetelmän. Arviointikokonaisuuteen valitut menetelmät olivat kansainvälisen tutkimustiedon mukaan luotettava ja toistettava sekä käyttäjäkyselyn perusteella Suomessa aikuispsykiatristen asiakkaiden toimintaterapia-arvioinnissa paljon käytettyjä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Aikuispsykiatria, toimintaterapian arviointimenetelmät, luotettavuus, toistettavuus, suoriutuminen, osallistuminen, näyttöön perustuva käytäntö ja kyselytutkimus.		
Muut tiedot		



Author(s) LAST, First	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 14122011
HIRVONEN, Kati HÄRKÖNEN, Matti	Pages 56+10	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Evaluation of coping and participation in Hoitokoti Kuikanpesä		
Degree Programme Occupational therapy		
Tutor(s) RITSILÄ, Jaana HEISKANEN, Tuija		
Assigned by Hoitokoti Kuikanpesä		
<p>Abstract</p> <p>The client of this thesis was an Ilomantsi-based nursing home called Hoitokoti Kuikanpesä, a company providing sheltered and intensified sheltered accommodation for mental health and drug abuse rehabilitees. Kuikanpesä started its operations in spring 2011. The goal of the thesis was to find an occupational therapy evaluation method that would be both reliable and practicable in the work of an occupational therapist among the psychiatric clients of Kuikanpesä. This method, recommended on the basis of the thesis, was meant to include one procedure for observation, interviewing and self-assessment each. The selection of procedures included only those that are used in occupational therapy for the evaluation of mental health rehabilitees' participation and coping.</p> <p>The thesis consisted of three stages and it was carried out in a project form. It contained both qualitative and quantitative collection of data. The first stage was to make a preliminary literature review in which the reliability and repeatability of evaluation procedures for participation and coping were explored. The aim of this stage was to find reliable evaluation procedures for a user survey. In the second stage an e-mail based user survey was sent to occupational therapists working among adult psychiatric clients. The material acquired from the study was analysed statistically. In the third stage a specified literature review was conducted on the three most widely used evaluation procedures found in the survey.</p> <p>On the basis of the user survey and the specified literature review a method proposal was made to Hoitokoti Kuikanpesä. It included the MOHOST observation procedure, OPHI-II interview procedure and OSA self-assessment procedure. The procedures selected for the method were internationally recognised for their reliability and repeatability. Moreover, according to the user survey, they were frequently used in adult psychiatric clients' occupational therapy evaluations in Finland.</p>		
Keywords Psychiatric client, evaluating procedures in occupational therapy, validity, reliability, coping, participation, evidence-based practice, survey.		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 YHTEISTYÖKUMPPANI	5
3 TOIMINTAKYKY JA TOIMINTA.....	5
4 MIELENTERVEYS	6
4.1 Mielenterveyshäiriöt, niiden esiintyvyys ja päihteet.....	7
4.2 Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut	8
4.3 Mielenterveyskuntoutus	9
4.4 Toiminnan merkitys mielenterveyskuntoutujille.....	10
5 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI.....	11
5.1 Toimintaterapia-arviointi.....	12
5.1.1 Arviointiprosessin kulku	14
5.1.2 Arviointikokonaisuus	17
5.2 Suoritukset ja osallistuminen ICF-luokituksessa.....	17
6 OPINNÄYTETYÖ TYÖELÄMÄN KEHITTÄMISPROJEKTINA	19
6.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	19
6.2. Projektin toteutuminen	20
6.3 Kehittämiprojektin vaiheet	22
6.3.1 Tiedonhaku	22
6.3.2 Käyttäjäkysely	23
6.3.3 Tarkennettu tiedonhaku.....	24
6.4 Arviointi ja seuranta	26
7 KÄYTTÄJÄKYSÉLYN TULOKSET	26
7.1 Yhteenveto	26
7.2 Havainnointimenetelmät	28
7.2.1 AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills)	28
7.2.2 MOHOST (The Model of Human Occupation Screening Tool).....	30
7.2.3 VQ (The Volitional Questionnaire).....	32
7.3 Haastattelumenetelmät	34
7.3.1 COPM (The Canadian Occupational Performance Measure).....	34
7.3.2 WRI (The Worker Role Interview)	36
7.3.3 OPHI-II (The Occupational Performance History Interview II)	38
7.4 Itsearviointimenetelmä OSA (The Occupational Self Assessment).....	40
8 TARKENNETTU TIEDONHAKU.....	42
8.1 MOHOST.....	43
8.2 OPHI-II.....	44
8.3 OSA.....	45
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	47
10 POHDINTA.....	47
10.1 Aineistonkeruumenetelmien tarkastelu	49
10.2 Tulosten tarkastelu	51
10.3 Luotettavuus	53
10.4 Eettisyys	54
10.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	55
LÄHTEET	57
LIITTEET	62
LIITE 1. Käyttäjäkysely	62

KUVIOT

KUVIO 1. Top-Down ajatusmalli	14
KUVIO 2. ICF-luokitus	18
KUVIO 3. Suoritukset ja osallistuminen ICF-luokituksessa	19
KUVIO 4. Projektin vaiheistus	21
KUVIO 5. Tarkennettuun tiedonhakuun valittujen tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit	25
KUVIO 6. Yhteenveto käyttäjäkyselyn tuloksista	27
KUVIO 7. AMPS:a käytettiin mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	29
KUVIO 8. AMPS:a ei käytetty mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	30
KUVIO 9. MOHOST:ia käytettiin mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	31
KUVIO 10. MOHOST:ia ei käytetty mielenterveysasiakkaan arvioinnissa ..	32
KUVIO 11. VQ:a käytettiin mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	33
KUVIO 12. VQ:a ei käytetty mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	34
KUVIO 13. COPM:a käytettiin mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	35
KUVIO 14. COPM:a ei käytetty mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	36
KUVIO 15. WRI:a käytettiin mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	37
KUVIO 16. WRI:a ei käytetty mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	38
KUVIO 17. OPHI-II:a käytettiin mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	39
KUVIO 18. OPHI-II:a ei käytetty mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	40
KUVIO 19. OSA:a käytettiin mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	41
KUVIO 20. OSA:a ei käytetty mielenterveysasiakkaan arvioinnissa	42

1 JOHDANTO

Kliinisen työn tueksi vaaditaan enenevässä määrin näyttöä ja tieteellisiä perusteluita, sillä yhteiskunnassamme pyritään jatkuvasti kustannustehokkaampaan terveydenhuoltoon. Kuntoutuksessa on viime aikoina alettu yhä enemmän arvostaa toimintakyvyn arvioinnin asiakaslähtöisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta. Laaja-alainen asiakkaan elämäntilanteen kartoitus edistää asiakkaan sitoutumista hoitoon ja hoidon onnistumista. (Harra, Aralinna, Heikkilä, Korkiatupa, Löytönen & Onkalo-Okkonen 2006, 5.)

Toimintaterapiassa keskeisenä arvioinnin kohteena on ihmisen toiminta. Toiminta on vahvasti sidoksissa yksilön mielenterveyteen. Mielenterveyden ongelmiin liittyy aina ajoittaista tai pysyvää toimintakyvyn heikkenemistä. Toimintakyvyn vaikuttavia ongelmia voivat olla esimerkiksi aloitekyvyttömyys, pelot, passiivisuus, alentunut itsearvostus ja vaikeus selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Toimintakyvyn ongelmat voivat ilmetä oppimis- ja ajattelukyvyn vaikeutena sekä osallistumis- ja selviytymismahdollisuuksien heikkenemisenä. (Salonen 1998, 70–73.) Toimintakyvyn ongelmat voivat vaikuttaa siihen, että ihminen ei mielellään osallistu yhteiseen tekemiseen ja tilanteisiin, joissa olisi mahdollisuus saada kontakti muihin ihmisiin (Koskisuus 2003, 29).

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti työelämästä noussut tarve ja allekirjoittaneiden opinnäytetyöntekijöiden kiinnostus perehtyä tarkemmin psykiatrisen asiakkaan toimintaterapiassa käytettäviin arviointimenetelmiin ja niiden käyttökokemuksiin. Opinnäytetyöntekijät saivat yhteistyökumppanilta pyynnön tutkia mitkä toimintaterapian arviointimenetelmät soveltuisivat parhaiten Hoitokoti Kuikanpesän käyttöön. Kuikanpesän yrittäjät toivoivat saavansa opinnäytetyön kautta täsmällistä tietoa siitä mitkä arviointimenetelmät heidän kannattaisi hankkia tulevan toimintaterapeutintensa käyttöön.

Tavoitteena oli työelämän käyttäjäkokemusten ja tutkittuun tietoon pohjautuvan kirjallisuuskatsauksen avulla koota suomalaiseen kulttuuriin sopiva, käytökelpoinen, luotettava ja toistettava psykiatrisen aikuisasiakkaan arviointimenetelmäkokonaisuus Hoitokoti Kuikanpesälle. Tässä työssä käyttökelpoisella tarkoitetaan, että arviointimenetelmä on työelämässä aikuispsykiatristen asiakkaiden kanssa paljon käytetty. Tarkoituksena oli, että opinnäytetyön pohjalta suositeltu arviointikokonaisuus sisältää yhden havainnointi-, haastattelu- ja itsearviointimenetelmän. Hyvän arviointimenetelmän kriteereitä ovat luotettavuus, pätevyys ja käytännöllisyys. (Metsämuuronen 2006, 66–68).

Arviointimenetelmien käyttäjäkokemuksia kerättiin sähköpostin kautta lähetettävän kyselyn avulla. Käyttäjäkysely lähetettiin aikuispsykiatristen asiakkaiden parissa työskenteleville toimintaterapeuteille. Alustavan ja tarkennetun tiedonhaun avulla arvioitiin työelämässä käytetyimpien arviointimenetelmien luotettavuutta ja toistettavuutta. Tiedonhaussa tietoa haettiin suomalaisista ja kansainvälisistä terveydenhuollon tietokannoista.

Opinnäytetyö rajattiin toimeksiantajan pyynnöstä käsittelemään aikuisille soveltuvia vain toimintaterapeuttien käyttämiä arviointimenetelmiä, koska hoitokodin muulla henkilökunnalla on käytössä omia ja moniammatillisia arviointivälineitä. Koska Law & Baumin (2005, 3–20) mukaan toimintaterapia- arvioinnissa ollaan siirtymässä toimintavalmiuksien mittaamisesta kohti toiminnan ja osallistumisen arviointia, niin työhön valittiin vain toimintaterapiassa käytettäviä mielenterveyskuntoutujan osallistumista ja suoriutumista arvioivia havainnointi-, haastattelu- ja itsearviointimenetelmiä. Opinnäytetyöstä on rajattu pois toimintaterapeuttien käyttämät muut arviointivälineet, kuten kognitiota, hahmottamista, motoriikkaa ja muistia arvioivat välineet.

Opinnäytetyö on työelämälähtöinen kehittämistehtävä ja se toteutettiin projektimuotoisena. Opinnäytetyön suunnittelun ja toteutuksen pohjana käytettiin

Silfverbergin (2007) projektisyklinallia ja työ sisälsi kvalitatiivista ja kvantitatiivista aineistonkeruuta. (Silfvenberg 2007, 10).

2 YHTEISTYÖKUMPPANI

Yhteistyökumppani on Ilomantsissa toimiva Hoitokoti Kuikanpesä, joka on aloittanut toimintansa helmikuussa 2011. Kuikanpesä tarjoaa palveluasumista ja tehostettua palveluasumista aikuisille mielenterveys- ja mielenterveyspäihdekuntoutujille, jotka ovat tällä hetkellä muuttamassa hoitokodin tiloihin. Asiakaspaiikkoja on yhteensä 22, joista tehostetun palveluasumisen puolella 10 paikkaa ja palveluasumisen puolella 12 paikkaa. Moniammatilliseen henkilökuntaan kuuluu kaksi lääkäriä, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosionomi ja viisi lähihoitajaa. Lisäksi toinen meistä opinnäytetyöntekijöistä aloittaa valmistumisen jälkeen työt Kuikanpesässä, jolloin henkilökuntaan saadaan fysio-/toimintaterapeutti.

3 TOIMINTAKYKY JA TOIMINTA

Yleisesti toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä arjen haasteista kotona, työpaikalla ja vapaa-aikana. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 94). Toimintakykyinen ihminen pystyy toimimaan eri rooleissa erilaisissa olosuhteissa ja toimintaympäristöissä. Toimintakyky liittyy aina ihmisen omien voimavarojen lisäksi vuorovaikutukseen elinympäristön kanssa. (Launiainen, Matikka, Talvite & Gould 2001, 133.) Psyykinen toimintakyky sisältää kyvyn vastaanottaa ja käsitellä tietoa ja tunteita sekä muodostaa käsityksiä itsestä ja ympäröivästä maailmasta. Psyykkisesti toimintakykyinen ihminen kykenee suunnittelemaan

elämäänsä ja tekemään sitä koskevia realistisia ratkaisuja ja valintoja. (Elovainio, Lindfors, Uutela & Heponiemi 2001.)

Toimintaa voidaan tarkastella useista lähtökohdista. Toimintaterapiassa toimintaa tarkastellaan erilaisten teoreettisten mallien kautta, kuten esimerkiksi Kielhofnerin (2008, 5) Inhimillisen toiminnan mallin tai Polatajko, Townsend & Craikin (2007, 22–24) Kanadalaisen toiminnan toteuttamisen mallin avulla. Toimintaterapiassa toiminta jaetaan neljään alueeseen, jotka ovat itsestä huolehtiminen, vapaa-aika, tuottava toiminta ja lepo. Kaikki toiminta tapahtuu yhteydessä ympäristöön eli aikaan, tilaan, yhteiskuntaan ja kulttuuriin. Ne taas vaikuttavat itse toimintaan, toiminnan syihin tai toiminnan tuottamiin tunteisiin ja ajatuksiin. Toimintaa ohjaavat myös henkilökohtaiset arvot, asenteet ja roolit. Ihmiselle on luontaista halu tehdä asioita ja viettää aikaa toimimalla ja tekemällä. Toiminta myös muovaa elämän suuntaa ja ennakoit tulevaisuutta. (Kielhofner 2008, 5.)

4 MIELENTERVEYS

Mielenterveydestä on useita määritelmiä ja määrittelyyn heijastuu, miten mielenterveys nähdään eri kulttuureissa. Määritelmät ovat tutkijoiden, teoreetikkojen ja käytännön työntekijöiden näkökulmia aiheeseen. Vaikka eri tieteenalat katsovat mielenterveyttä omasta näkökulmastaan, niin niissä on paljon päällekkäisyyttä ja käsitykset mielenterveydestä ovat pääosin sopimuksenvaraisia ja sidottuja kulttuuriin. (Sohlman 2004, 22–27.)

Mielenterveyttä voidaan lähestyä normaalius-käsitteen kautta. Normaalius ei kuitenkaan ole yksiselitteinen käsite, vaan psyykinen normaalius vaihtelee eri aikoina yhteiskunnassa vallitsevien arvojen ja normien mukaan. Tilastollisesti katsottuna normaali voidaan erottaa epänormaalista yleisyyden ja keskimää-

räisyyden perusteella. Eettisesti normaalia on se, mikä koetaan kulttuurissa toivottavaksi ja arvokkaaksi. Koska kulttuuri vaikuttaa voimakkaasti psyykkisen normaaliuden määrittelyyn, tulisi myös mielenterveys määritellä suhteessa siihen kulttuuriin, missä ihmistä tarkastellaan. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 11–12.)

Mielenterveys voidaan nähdä myös olemassaolon tilana, johon olennaisesti liittyy itsenäisyys, itsetunto, toiminta-, sopeutumis- ja ongelmanratkaisukyky sekä kyky virkistäytyä ja solmia sosiaalisia suhteita (Terveyskirjasto 2007). Mielenterveys muovautuu persoonallisen kasvun ja kehityksen myötä ja sen aste saattaa vaihdella huonovointisuudesta hyvään oloon. Mielenterveys on monitahoinen, positiivinen, dynaaminen ja kokonaisvaltainen ilmiö, joka kehittyy vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 11–12.)

4.1 Mielenterveyshäiriöt, niiden esiintyvyys ja päihteet

Mielenterveyden häiriössä toimintakyky heikkenee ja käyttäytymisessä ja mielen toiminnossa esiintyy erilaisia oireita. Persoonallisuuden ja todellisuuden tajun hämärtyminen on myös tyypillistä psyykkisissä häiriöissä. (Terveyskirjasto 2007.) Useiden tutkimusten mukaan noin neljännes suomalaisista kärsii ajoittain haittaavassa määrin psyykkisistä oireista. (Pirkola & Lönnqvist 2002, 51–54). Suomalaisilla tavallisimpia ja kansanterveydellisesti merkityksellisimpiä mielenterveyshäiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja psykoottiset häiriöt. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2001.) Vastaavien kansainvälisten tutkimusten mukaan näyttää tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä esiintyvän Suomessa suunnilleen yhtä paljon kuin muissakin länsimaissa. (WHO 2000, 413–426).

Suomalaisväestön fyysinen terveydentila on viime vuosina parantunut erilais-
ten elämäntapamuutosten myötä, mutta tutkimusten mukaan mielentervey-
dessä ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Toisaalta mielenterveyden häiriöi-
den määrä vastoin yleistä luuloa ei ole myöskään lisääntynyt. Mielenterveyden
häiriöitä esiintyy lähes yhtä paljon molemmilla sukupuolilla, miehillä 51 % ja
naisilla 49 %. Joidenkin tiettyjen mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydessä on
suuria eroja sukupuolten välillä. Naiset kärsivät huomattavasti useammin ma-
sennuksesta ja miehet puolestaan alkoholismista. (Pirkola, Isometsä, Suvisaa-
ri, Aro, Joukamaa, Koskinen, Aromaa & Lönnqvist 2005, 1–10.)

Päihteiden käyttöä, päihdeongelmia ja päihderiippuvuutta esiintyy mielenter-
veyshäiriöiden yhteydessä runsaasti. Päihderiippuvuuden lisäksi yleisimpiä
päihteiden käyttöön liittyviä mielenterveyshäiriöitä ovat mieliala-, ahdistunei-
suus-, persoonallisuus- ja psykoottiset häiriöt. Mielenterveyskuntoutujilla päih-
teiden käyttö aiheuttaa ja pahentaa monia psyykkisiä oireita ja haittaa usein
oikean hoitopaikan löytymistä ja hoitoon kiinnittymistä. (Pirkola & Sohlman
2005.)

4.2 Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut

Psykiatrisessa hoidossa tapahtui 1970-luvulta alkaen voimakas palveluraken-
teenmuutos, joka keskittyi laitospaikkojen vähentämiseen. Laitospaikkojen
vähentämiseen ovat vaikuttaneet hoitajaksojen lyheneminen ja mielenterveys-
asiakkaiden siirtyminen laitosasumisesta avohoitoon palveluin tuettuun asumi-
seen. (Pirkola & Sohlman 2005.)

Mielenterveyskuntoutujan palveluasumisen järjestäminen pohjautuu mielen-
terveyslain viidenteen pykälään, jonka mukaan kuntoutujalle on järjestettävä

hänen tarvitsemaansa palvelua. Asumispalveluilla tarkoitetaan palvelukokonaisuutta, joilla asumispalveluiden lisäksi pyritään tukemaan kuntoutujan itsestä selviytymistä sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun parantumista. (Ahonen & Fröjd 2009, 7–10.) Lainsäädännössä asumispalvelut on luokiteltu kuuluvaksi sosiaalihuollon ja sosiaalihuoltolain piiriin, jolloin niiden järjestämisvastuu on kunnalla. Asumispalvelua järjestetään palvelu- ja tukiasunnoissa. (Asumista ja kuntoutusta - mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus 2007, 15.)

Yksityiset asumispalvelut ovat nykyisin keskeinen osa mielenterveyshäiriöisten kuntoutus- ja palveluketjua. Yritykset ja järjestöt tuottavat 86 prosenttia psykiatrian asumispalveluista. Ne tarjoavat valvottua ja tuettua asumispalvelua ja mahdollistavat mielenterveyskuntoutujalle asumisen varsinaisten psykiatristen laitosten ulkopuolella. Näiden palveluiden laadunvalvonnan välineeksi on sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin toimesta pyritty luomaan sekä alueellisia että valtakunnallisia laatukriteereitä. (Pirkola & Sohlman 2005.)

Hoitokoti Kuikanpesä on yksityinen mielenterveysasiakkaiden asumispalveluita tuottava yritys, jonka palvelut on suunniteltu huomioimaan myös päihdeongelmaisten asiakkaiden tarpeet. Aiemmin mielenterveys- ja päihdeasiakkaita on hoidettu erillisissä hoitopaikoissa, vaikka monilla asiakkaista on sekä mielenterveys- että päihdeongelmia. Nykyinen, asiakasta kokonaisvaltaisemmin huomioiva suuntaus on, että molempia ongelmia hoidetaan integroidusti samassa yksikössä. Kokonaishoidon vaikuttavuuden on huomattu lisääntyneen, kun asumispalveluihin liitetään arjen tukitoimet ja riittävän tiivis palveluohjaus. (Suojasalmi 2009, 4.)

4.3 Mielenterveyskuntoutus

Mielenterveyskuntoutus on käsitteenä monimutkainen ja laaja. Kuntoutus menee osittain päällekkäin hoidon ja terapian kanssa, mikä vaikeuttaa määritte-

lyä entisestään. (Sariola & Ojanen 1997, 286.) Laajasti ajateltuna kuntoutus on toimintaa, jolla pyritään vaikuttamaan yksilöön ja hänen ympäristöönsä löytämällä sairaudesta aiheutuvat ongelmat ja mielenterveyteen positiivisesti vaikuttavat tekijät. Kuntoutuksen hyötyjä kuntoutujan näkökulmasta ovat parempi toimintakyky ja selviytyminen elämän eri ympäristöissä. (Koskisuus 2004, 10–11.)

Mielenterveyskuntoutuksessa on hiljattain siirrytty oirekeskeisestä ajattelusta voimavarakeskeiseen ajatteluun, jolloin kuntoutuksessa keskitytään yksilön kykyjen, voimavarojen ja pätevyyden kehittämiseen. Kuntoutujan aktiivinen osallistuminen ja sitoutuminen kuntoutumisprosessiin ovat tärkeitä. Mielenterveyskuntoutuksessa keskeinen vaikuttava tekijä on toivo, joka antaa kuntoutujalle motivaatiota, uskoa ja voimaa muutosten tekemiseen. (Koskisuus 2004, 45–56.) Jokainen kuntoutumisprosessi on yksilöllinen ja siksi jokaisen kuntoutuksen lähtökohtana on yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Yksilöllisesti määritellyjä tavoitteita vastaamaan määritetään keinot, millä niihin pyritään. (Rissanen 2007, 100–101.)

4.4 Toiminnan merkitys mielenterveyskuntoutujille

Toiminnan merkitys mielenterveyskuntoutujille huomattiin jo 1800-luvun loppupuolella. Adolf Myer ja hänen vaimonsa kirjoittivat työn ja mielekkään toiminnan olevan tärkeää päivärytmin ja riittävän levon ohella. 1900-luvun alussa Dorothy Robertson painotti psykiatrisen potilaan hoidossa käytettyjen toiminnallisten menetelmien tärkeyttä. Esimerkiksi korien punonnan ja lelujen teon nähtiin antavan voimaannuttavia kokemuksia potilaille. Käsitöiden tekemisen huomattiin lisäävän potilaiden mielenkiintoa myös muihin toimintoihin. (Creek & Lougher 2008, 8–10.)

Vaikka lääketieteen kehitys on 1950-luvun jälkeen tuonut tehokkaita lääkkeitä mielenterveysongelmien hoitoon, niin merkityksellinen toiminta nähdään lääkeshoidon rinnalla erittäin tärkeänä osana psykiatrisen asiakkaan kuntoutumista. Toiminnan kautta kuntoutuja saa tyydytystä toiminnan suunnittelusta, tekemisestä, toimintaan osallistumisesta, toiminnan lopputuloksesta ja keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Toiminnallisuuden kautta itsetunto vahvistuu. Itsetunnon vahvistumisen seurauksena myönteinen asennoituminen itseen, vastuun kantaminen omasta selviytymisestä ja aktiivisuus ihmissuhteissa lisääntyvät. (Lappalainen, Pelkonen & Kylmänen 2004, 62.)

Hvalsøe ja Josephssonin (2003) tutkimuksessa korostui neljä asiaa, jotka tekivät toiminnasta merkityksellistä mielenterveyskuntoutujalle. On tärkeää, että toiminnan avulla syntyy konkreettinen tuotos. Tämä todistaa kuntoutujalle, että hänellä on kykyä saada aikaan jotakin. Toiminnan tuli olla kuntoutujan omien arvojen mukaista ja tärkeää itselle, mutta myös hyödyllistä muille. Hyödyllisyyden tunne lisäsi yhteisöön kuuluvuuden tunnetta. Toiminnan tuli mahdollistaa sosiaalinen vuorovaikutus itselle sopivalla ja turvallisella tavalla. Toiminta koettiin välineeksi, jonka avulla oli mahdollisuus harjoitella vuorovaikutusta ja sosiaalisia taitoja. Toiminnan kautta pätevyys ja tarpeellisuuden tunne lisääntyi, mikä loi tyydytystä, hyvää oloa ja positiivisia tunteita. (Hvalsøe & Josephsson 2003, 61–69.)

5 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Kuntoutuksen perustana on toimintakyvyn arviointi ja toimintakyvyn laaja-alainen kuvaus. Toimintakyvyn arvioinnin perusteita voivat olla toimintakyvyssä esille tullut haitta tai rajoite, työkyvyttömyyden- tai yleisen syrjäytymisen uhka. Kuntoutusprosessin alussa arvioinnin perusteella määritellään kuntoutustavoitteet ja prosessin jatkuessa arviointi kuvaa kuntoutuksen toteutumista ja muutosta toimintakyvyssä. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 23–25, 143.) Alkuarviointi sijoittuu intervention alkuun, väliarviointi tai -arvioinnit tarpeen mu-

kaan prosessin eri vaiheisiin ja loppuarviointi intervention loppuun. (Neistadt 1998, 150–151.)

Kuntoutuksessa on viimeaikoina alettu yhä enemmän arvostaa toimintakyvyn arvioinnin asiakaslähtöisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta. Laaja-alainen asiakkaan elämäntilanteen kartoitus edistää asiakkaan sitoutumista hoitoon ja hoidon onnistumista. Kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn arviointiin tarvitaan sekä laadullista että numeerista tietoa antavia arviointimenetelmiä. (Harra, Aralinn, Heikkilä, Korkiatupa, Löytönen & Onkalo-Okkonen 2006, 5.) Hyvän arviointimenetelmän kriteereitä ovat luotettavuus, toistettavuus ja käytännöllisyys. Luotettava eli validi arviointimenetelmä mittaa sitä mitä sen on tarkoitettu mittaavan. Toistettava eli reliaabeli arviointimenetelmä antaa eri arviointikerroilla samanlaisia tuloksia arvioijasta riippumatta. (Metsämuuronen 2006, 66–68.)

5.1 Toimintaterapia-arviointi

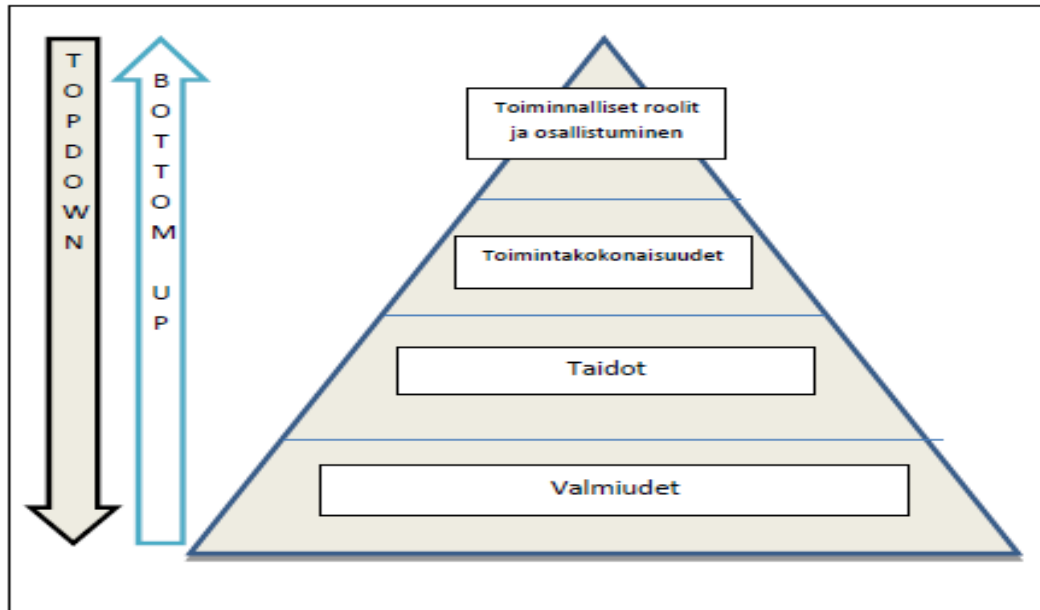
Toimintaterapiassa arvioinnin kohteena on asiakkaalle merkityksellinen ja tarkoituksenmukainen toiminta. Toimintaa pyritään arvioimaan asiakaslähtöisesti asiakkaan omassa ympäristössä. Asiakkaan toimintaa, suoriutumista ja osallistumista arvioidaan kokonaisvaltaisesti kaikilla toiminnan osa-alueilla, joita ovat itsestä huolehtiminen, vapaa-aika, tuottava toiminta ja lepo. Toimintaterapia-arvioinnissa huomioidaan laaja-alaisesti yksilön, ympäristön ja toiminnan vuorovaikutusta. Arvioinnin tavoitteena on terapiatarpeen selvittäminen ja asiakkaalle tarkoituksenmukaisen ja mielekkään terapian suunnitteleminen. (Suomen toimintaterapialiitto RY 2010.)

Toimintaterapia-arvioinnissa olisi hyvä käyttää, aina kun mahdollista, objektiivisia, tieteellisesti tutkittuja standardoituja arviointimenetelmiä. Standardoitu arviointimenetelmä sisältää tarkat ohjeet menetelmän käyttöön sekä tulosten

kirjaamiseen, pisteyttämiseen ja raportointiin. Standardoitujen arviointivälineiden käyttö lisää arvioinnin luotettavuutta, edistää näyttöön perustuvaa käytäntöä ja sitä kautta lisää alan uskottavuutta. (Mulligan 2003, 152.)

Law & Baumin (2005, 3–20) mukaan toimintaterapia-arvioinnissa ollaan siirtymässä toimintavalmiuksien mittaamisesta kohti toiminnan ja osallistumisen arviointia. Arvioinnissa tulisi ensisijaisesti arvioida asiakasta hänen omassa toimintaympäristössään hänelle mielekkäiden toimintojen parissa. Tutussa ympäristössä tapahtuvan toiminnallisen suoriutumisen arvioinnin lisäksi asiakaslähtöisessä arvioinnissa huomioidaan myös asiakkaan omat kokemukset omasta toiminnastaan ja siihen vaikuttavista asioista. Vaikka toimintavalmiudet ovat tärkeitä osatekijöitä toiminnallisessa suoriutumisessa, niin nykyään niiden arviointia yksistään ei pidetä riittävänä toimintaterapian tuloksellisuutta arvioitaessa. (Law & Baum 2005, 3–20.)

Toimintaterapia-arvioinnissa asiakasta pyritään lähestymään Top-Down – ajatusmallin mukaan (KUVIO 1). Top-Down ajattelussa arvioinnin ensisijaisena kiinnostuksen kohteena ovat asiakkaan toimintakokonaisuudet, esimerkiksi peseytyminen tai pukeutuminen, ja niissä selviytyminen. Taitoja ja toimintavalmiuksia, esimerkiksi käden motoriikkaa, on syytä arvioida vain silloin, kun ongelmat toimintakokonaisuuksissa mahdollisesti johtuvat niistä. (Law & Baum 2005, 3–15.)



KUVIO 1. Top-Down ajatusmalli. (Law, Baum & Dunn 2005, 14–15, muokattu)

Toimintaterapian laaja-alainen näkemys asiakkaasta ja hänen toiminnallisesta suoriutumisesta asettaa arviointimenetelmille vaatimuksen olla riippumattomia arvioitavan henkilön lääketieteellisestä tilasta. Niiden tulee mitata toiminnallista suoriutumista ja sen häiriön laajuutta kaikissa sairausryhmissä, elämäntilanteissa ja ympäristöissä. (Law & Baum 2005, 3–15.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään arviointimenetelmiin, jotka mittaavat asiakkaan toiminnallista suoriutumista ja osallistumista.

5.1.1 Arviointiprosessin kulku

Toimintaterapia-arviointiprosessia ohjaavat eri toimintaterapian mallit, jotka antavat viitekehyksen toimintaterapeutin toiminnalle. Näitä malleja ovat esimerkiksi MOHO (The Model of Human Occupation), CMOP (Canadian Model of Occupational Performance), PEO (The Person Environment Occupation Model) ja Kawa (The Kawa Model). Arviointiprosessi etenee samoja pääpiirteitä noudattaen riippumatta siitä mitä mallia toimintaterapeutti käyttää ohjaa-

massa ajatteluaan ja työtään, sillä kaikki toimintaterapian mallit lähestyvät asiakasta yksilöllisesti ja asiakkaan valintoja kunnioittaen. (Law & Baum 2005, 3–21.)

Toimintaterapia-arviointiprosessi useimmiten aloitetaan haastattelemalla asiakasta ja/tai hänelle tärkeitä läheisiä ihmisiä. Haastattelun avulla saadaan selville millä toiminnan osa-alueilla asiakas kokee vaikeuksia ja ongelmia ja mitkä asiat hän näkee vahvuuksinaan. Vaikeudet ja ongelmat kartoitetaan vain niistä toiminnoista, joista asiakas haluaa tai hänen tarvitsee suoriutua. Keskustelunomainen haastattelu on asiakaslähtöinen lähestymistapa ja se luo samalla terapiaprosessille tärkeän vuorovaikutussuhteen asiakkaan ja terapeutin välille. (Law, King & Russell 2001, 33–44.) Toimintaterapiassa käytettäviä haastattelumenetelmiä ovat mm. OPHI-II (The Occupational Performance History Interview), WRI (The Worker Role Interview) ja COPM (The Canadian Occupational Performance Measure).

Kun haastattelun avulla on selvitetty asiakkaan esille tuomat toiminnallisen suoriutumisen vaikeudet, niin seuraavaksi pyritään selvittämään mistä vaikeudet johtuvat. Asiakkaan toiminnallista suoriutumista ja osallistumista voidaan arvioida erilaisten havainnointimenetelmien avulla. Havainnoitavia toimintakykyyn ja osallistumiseen vaikuttavia asioita voivat olla mm. kommunikaatio- ja vuorovaikutustaidot, tahto, oman toiminnan ohjailu ja motoriset taidot. Toimintaterapiassa havainnoidaan lähes aina myös asiakkaan ympäristöä, sillä se voi vaikuttaa toiminnalliseen suoriutumiseen. Tarkoituksenmukaisinta olisi suorittaa arviointi asiakkaan omassa toimintaympäristössä, kotona, työ- tai harrastuspaikalla. Mikäli tämä ei ole mahdollista, niin johtopäätöksissä tulee muistaa, että havainnot kertovat asiakkaan toiminnasta vain siinä ympäristössä ja tilanteessa. (Law, King & Russell 2001, 33–44.) Toimintaterapian havainnointimenetelmiä ovat mm. VQ (The Volitional Questionnaire), ACIS (The Assessment of Communication and Interaction Skills), MOHOST (The

Model of Human Occupation Screening Tool) ja AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills).

Toimintaterapia-arvioinnissa käytetään myös itsearviointia, jossa asiakas itse arvioi omaa toiminnallista suoriutumistaan ja osallistumistaan. OSA (The Occupational Self Assessment) on yksi toimintaterapian itsearviointimenetelmä. Itsearvioinnin luotettavuutta on epäilty, koska siinä asiakkaalla on valta tuoda tai jättää tuomatta esille sitä tietoa mitä hän itse haluaa. Itsearviointi kuitenkin tukee toimintaterapian asiakaslähtöistä ajattelutapaa ja se on vain yksi osa toimintaterapia arviointikokonaisuutta. Toisaalta itsearvioinnista voi nousta esille sellaista tietoa, jota havainnoimalla ja haastatteleamalla ei ole saatu. (Sturgess, Rodger & Ozanne 2002, 113.)

Arviointiprosessin lopuksi tehdään arvioinnista saadun tiedon pohjalta johtopäätökset, joiden perusteella suunnitellaan jatkotoimenpiteet. Arviointiyhteen-
veto raportoidaan asiakkaalle ja mahdollisesti hänen omaisille sekä muille asiakasta kuntouttaville tahoille. Arvioinnista saadun tiedon perusteella voidaan asettaa tavoitteet toimintaterapiainventiolle ja/ tai arvioida intervention tuloksellisuutta. (Law, King & Russell 2001, 35.)

Arviointimenetelmien valintaan tulee kiinnittää huomiota ja niiden tulee tukea terapeutin omaa ajattelutapaa. Käytännön työ ja työpaikka asettavat kuitenkin tiettyjä ehtoja käytettävälle arviointivälineille. Jos asiakasta ehditään tapamaan vain muutamia kertoja, on arviointivälineen oltava helppokäyttöinen ja annettava mahdollisimman paljon tietoa lyhyessä ajassa. Mielenterveystyössä asiakassuhteet ovat useimmiten pitkiä ja asiakkaan kokonaisvaltainen arviointi voi vaatia aikaa vieviä narratiivisia eli elämäntarinallisia arviointimenetelmiä. (Law, King & Russell 2001, 33–34.)

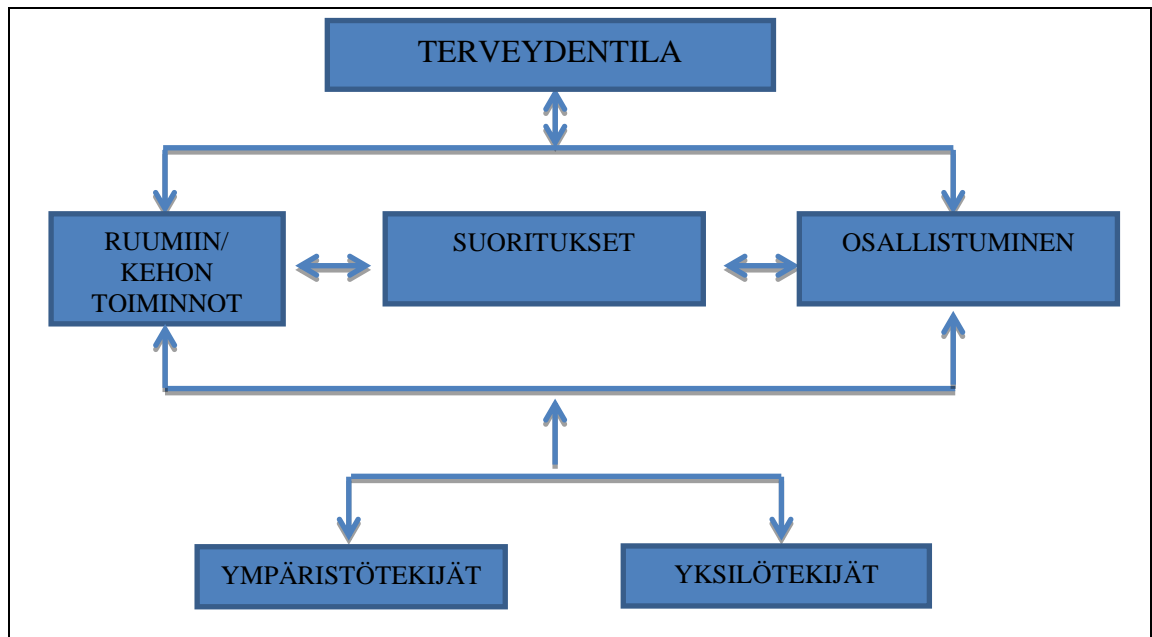
5.1.2 Arviointikokonaisuus

Tässä opinnäytetyössä arviointikokonaisuudella tarkoitetaan tutkittuun tietoon ja käyttäjäkokemuksiin perustuvaa, mahdollisimman hyvin Hoitokoti Kuikanpesän palveluasumisen kontekstiin soveltuvaa toimintaterapian arviointimenetelmäkokonaisuutta.

5.2 Suoritukset ja osallistuminen ICF-luokituksessa

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Se avaa ja jäsentää toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ja antaa niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin yhteisen käsitteistön terveydenhuollon eri ammattiryhmille. Se soveltuu terveydenhuollon kliiniseen työhön apuvälineeksi kuntoutustarpeen-, työkyvyn- ja terveydenhuollon palvelujen tuloksellisuuden arviointiin. (ICF 2004, 5–6.)

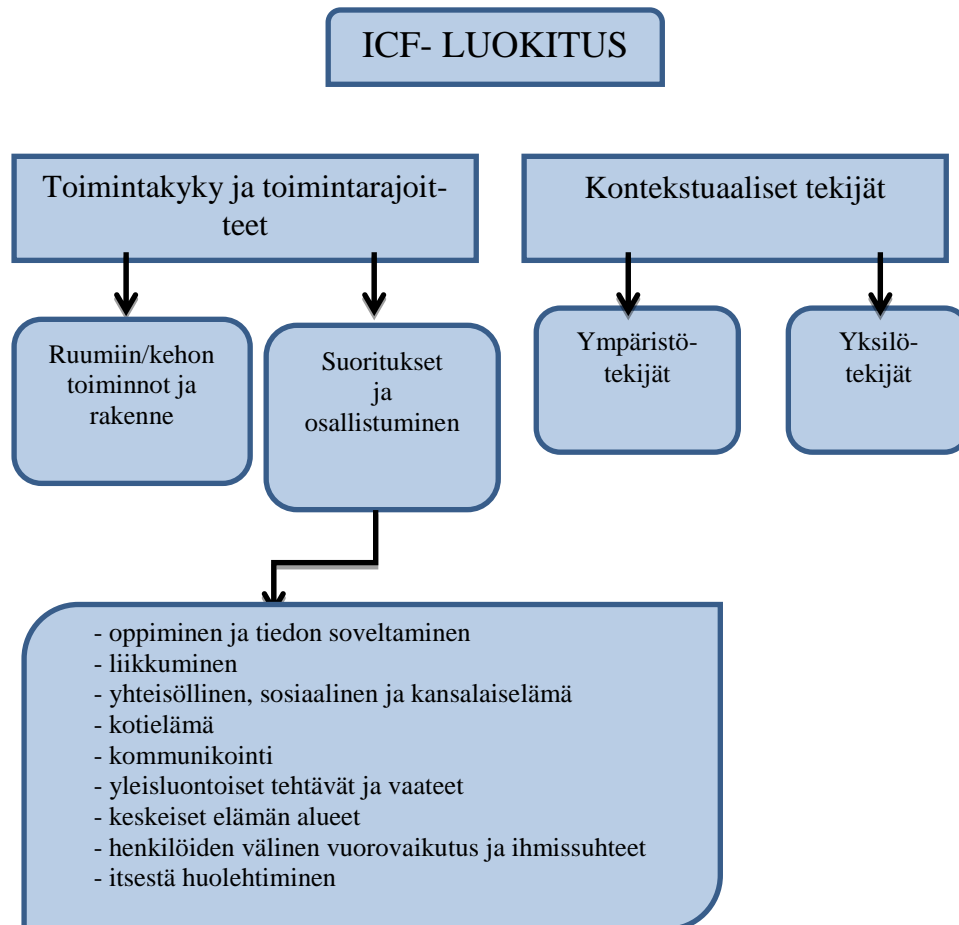
ICF-luokitus koostuu kahdesta osasta, jotka ovat toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä kontekstuaaliset yksilö- ja ympäristötekijät (KUVIO 2). Toimintakyvyn ja -rajoitteiden osa-alueita ovat ruumiin/kehon toiminnot ja rakenne sekä suoritukset ja osallistuminen. ICF-luokituksen eri osa-alueiden välillä vallitsee dynaaminen vuorovaikutussuhde ja yhdelle osa-alueelle kohdistettu interventio saattaa vaikuttaa yhteen tai useampaan muuhun osa-alueeseen (ICF 2004, 11–19.)



KUVIO 2. ICF-luokitus. (ICF 2004, 14)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan lähemmin ICF-luokituksen suoritukset ja osallistuminen osa-aluetta. Käyttäjäkyselyyn valittiin toimintaterapian suoriutumista ja osallistumista mittaavia arviointimenetelmiä, koska mielenterveysasiakkailla on usein ongelmia kyseisillä toimintakyvyn osa-alueilla. Suoritus on ihmisen toteuttama tehtävä tai toimi ja osallistuminen on osallisuutta elämän eri tilanteisiin (ICF 2004, 14.)

ICF-luokituksessa suoritukset ja osallistuminen jaetaan yhdeksään pääluokkaan: oppiminen ja tiedon soveltaminen, yleisluontoiset tehtävät ja vaateet, liikkuminen, kommunikointi, itsestä huolehtiminen, kotielämä, henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämän alueet sekä yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (KUVIO 3). (ICF 2004, 11–16.) Tämän opinnäytetyön käyttäjäkyselyyn valitut toimintaterapian eri arviointimenetelmät arvioivat laajasti mielenterveysasiakkaan suoriutumista ja osallistumista, kuten itsestä huolehtimista, kommunikointia, kotielämää ja vuorovaikutussuhteita.



KUVIO 3. Suoritukset ja osallistuminen ICF-luokituksessa. (ICF 2004, 18, muokattu)

6 OPINNÄYTETYÖ TYÖELÄMÄN KEHITTÄMISPROJEKTINA

6.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tavoitteena oli löytää luotettava ja työelämässä psykiatristen asiakkaiden kanssa käyttökelpoiseksi havaittu toimintaterapian arviointikokous Hoitokoti Kuikanpesän toimintaterapeutin käyttöön. Tarkoituksena oli,

että opinnäytetyön pohjalta suositeltu arviointikokonaisuus sisältää yhden ha-
vainnointi-, haastattelu- ja itsearviointimenetelmän.

Opinnäytetyössä etsittiin vastausta yhteensä neljään tutkimuskysymykseen.
Yhteen pääkysymykseen haettiin vastausta kolmella tarkentavalla kysymyk-
sellä. Kahteen ensimmäiseen tarkentavaan kysymykseen etsittiin vastausta
käyttäjäkyselyn avulla ja kolmanteen tarkennetun tiedonhaun avulla. Käyttäjä-
kysely lähetettiin aikuispsykiatristen asiakkaiden parissa työskenteleville toi-
mintaterapeuteille. Tiedonhaussa tietoa haettiin erilaisista suomalaisista ja
kansainvälisistä tietolähteistä.

Päätutkimuskysymys:

Mikä on Hoitokoti Kuikanpesän toimintaan sopiva, luotettava ja käyttökelpoi-
nen toimintaterapian arviointikokonaisuus?

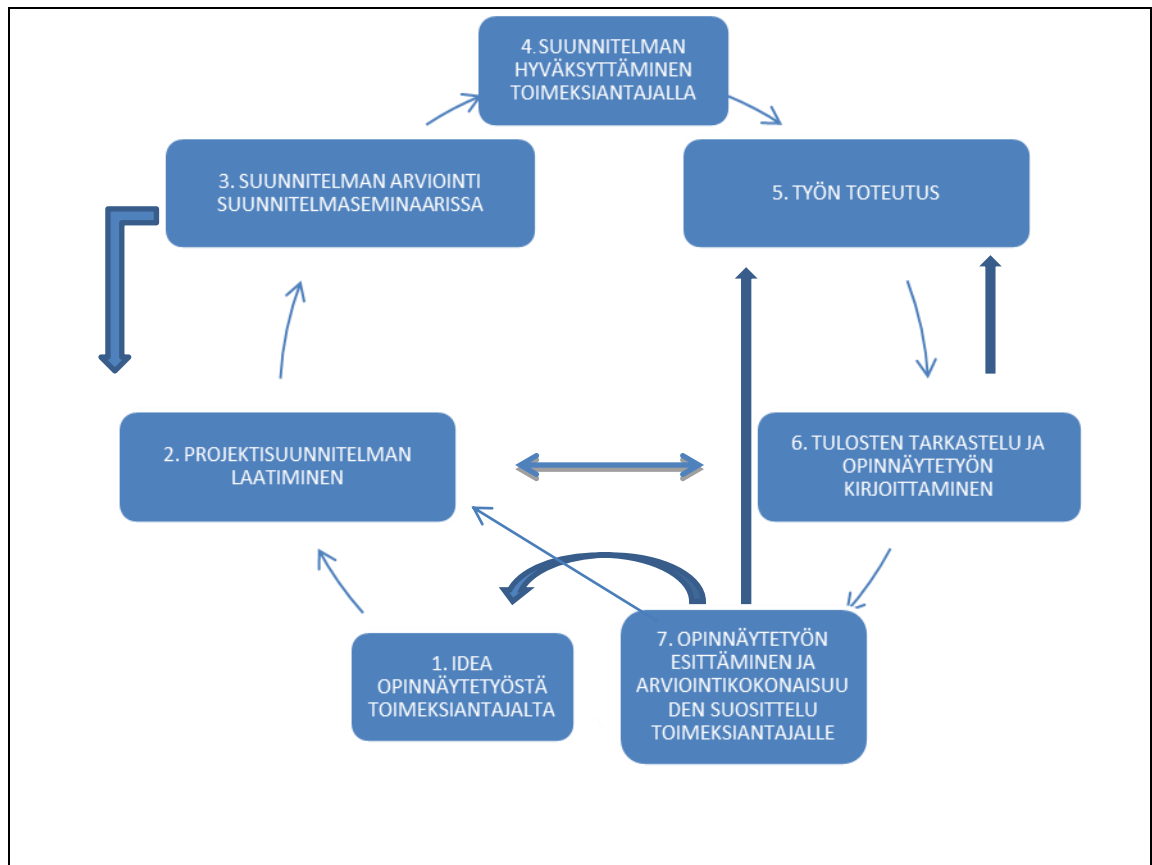
Tarkentavat tutkimuskysymykset, joiden perusteella tehtiin valinta arvi- ointikokonaisuuden sisällöstä Kuikanpesälle:

1. Mitä toimintaterapian arviointimenetelmiä kyselyyn vastanneet toimintatera-
peutit käyttivät aikuispsykiatristen asiakkaiden arvioinnissa?
2. Minkälaisia käyttäjäkokemuksia kyselyyn vastanneilla toimintaterapeuteilla
on mainitsemistaan arviointimenetelmistä?
3. Minkälainen luotettavuus ja toistettavuus työelämässä käytetyimmillä arvi-
ointivälineillä on tutkitun tiedon mukaan?

6.2. Projektin toteutuminen

Opinnäytetyö toteutettiin työelämän kehittämisprojektina. Sen konkreettisenä
välittömänä tavoitteena oli tutkimustyön kautta saatavan tiedon pohjalta suosi-

tella Hoitokoti Kuikanpesään toimintaterapian arviointikokonaisuutta. Projektin pitkän ajan kehitystavoitteena on luotettavan ja käyttökelpoisen arviointikokonaisuuden myötä parantaa laadukkaan ja näyttöön perustuvan toimintaterapian toteutusta hoitokodissa. Opinnäytetyön suunnittelun ja toteutuksen tukena käytettiin Silfverbergin (2007) projektin vaiheistusta eli projektisyklimalia (KUVIO 4).



KUVIO 4. Projektin vaiheistus. (Silfverberg 2007, 10, muokattu)

1. Idea opinnäytetyöhön saatiin joulukuussa 2010 toimeksiantajan kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta.
2. Opinnäytetyösuunnitelmaa laadittiin kevään 2011 aikana ja siitä muodostettiin työelämän kehittämisprojekti.
3. Projektisuunnitelma hyväksyttiin ammattikorkeakoululla opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa huhtikuussa 2011.

4. Suunnitelmaseminaarin jälkeen pidettiin toimeksiantajan kanssa palaveri, jossa projektisuunnitelma lopullisesti hyväksyttiin.
5. Toteutusvaihe oli kolmeosainen, se sisälsi tiedonhaun, käyttäjäkyselyn ja tarkennetun tiedonhaun.
6. Kerätty aineisto analysoitiin ja opinnäytetyö kirjoitettiin esitettävään muotoon.
7. Opinnäytetyö esitettiin opinnäytetyöseminaarissa ja yhteistyökumppanille suositeltiin arviointikokonaisuutta, joka sisältää yhden haastattelu-, havainnointi- ja itsearviointimenetelmän.

6.3 Kehittämiprojektin vaiheet

6.3.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön tiedonhankinta alkoi perehtymällä olemassa olevaan tietoon toimintaterapian suoriutumista ja osallistumista arvioivista menetelmistä. Tiedonhaun avulla perehdyttiin aiheeseen liittyviin aikaisempiin tutkimuksiin. Tutkimuksista etsittiin alustavaa näyttöä toimintaterapian arviointivälineiden luotettavuudesta ja toistettavuudesta. Opinnäytetyöntekijät valitsivat käyttäjäkyselyyn seitsemän toimintaterapian arviointivälinettä, joista tiedonhaussa löytyi kohtalaisen laadukkaita ja isoilla tutkimusjoukoilla tehtyjä tutkimuksia. Tiedonhaun perusteella käyttäjäkyselyyn valittiin kolme haastattelu-, kolme havainnointi- ja yksi itsearviointimenetelmä.

Tiedonhaun perusteella käyttäjäkyselyyn valitut haastattelumenetelmät olivat OPHI-II (The Occupational Performance History Interview II), COPM (The Canadian Occupational Performance Measure) ja WRI (The Worker Role Interview). Havainnointimenetelmiksi valittiin AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills), MOHOST (The Model of Human Occupation Screening Tool) ja VQ (The Volitional Questionnaire). Itsearviointimenetelmäksi valittiin OSA (The Occupational Self Assessment). Toimintaterapeuteille suunnattu kom-

munikaatio- ja vuorovaikutustaitojen arviointimenetelmä ACIS (The Assessment of Communication and Interaction Skills) jätettiin kyselystä pois, koska siitä ei opinnäytetyöntekijöiden mielestä löytynyt tarpeeksi laadukkaita luotettavuus- ja toistettavuustutkimuksia.

6.3.2 Käyttäjäkysely

Opinnäytetyöntekijät olivat aiemmin keväällä 2011 kartoittaneet kaikille sairaanhoitopiireille ja muutamille yksityisille hoitokodeille lähettämässään sähköpostikyselyssä kuinka monta mahdollista vastaajaa sähköpostin kautta lähetettävään käyttäjäkyselyyn saadaan. Vastaajakriteerit olivat, että vastaajan on oltava toimintaterapeutti ja työskenneltävä aikuispsykiatristen asiakkaiden parissa. Tutkimuslupapyyntöjen toimittamisen jälkeen saatiin yhteensä 60 edellä mainitut kriteerit täyttävän toimintaterapeutin yhteystiedot.

Kyselyn avulla haluttiin saada tietoa arviointimenetelmien käyttäjäkokemuksista, mitä arviointimenetelmiä työelämässä käytetään, miksi niitä käytetään ja miksi joitakin menetelmiä ei käytetä. Lisäksi kyselyssä oli avoin kohta, johon vastaaja sai luetella perusteluineen mahdolliset muut käyttämänsä asiakkaan toiminnallista suoriutumista ja osallistumista arvioivat menetelmät. Kysely tehtiin Digium Enterprise-ohjelmistoa käyttäen.

Käyttäjäkysely pilotoitiin eli koelähetettiin toukokuussa 2011. Pilottikyselyn vastaajiksi valittiin käytännön syistä opinnäytetyöntekijöiden kurssikaverit ja opettajat. Pilotoinnin tarkoituksena oli testata vastaamisen teknistä suorittamista, kyselyn vastaamiseen kuluva aika ja lisäksi saada vastaajilta mielipiteitä kyselyn sisällöstä ja ulkoasusta. Pilottikyselyyn vastasi 11 henkilöä. Pilotoinnin jälkeen tehtiin lopulliset muutokset kyselyyn ja kysely (LIITE) julkaistiin 22.5.2011. Kysely lähetettiin kaikille niille 60 toimintaterapeutille, joiden yhteystiedot oli saatu aiemmin keväällä. Vastausaikaa annettiin kolme viikkoa. Määräaikaan mennessä vastauksia tuli 29. Määräajan umpeutumisen jälkeen

lähetettiin muistutus niille, jotka eivät olleet vielä vastanneet kyselyyn. Kyselyn sulkemispäivänä 2.7.2011 lopullinen vastaajien lukumäärä oli 39.

Kyselyaineisto analysoitiin tilastollisesti kuvaavan aineistonanalyysin avulla. Analyysissa tutkimusaineistoa kuvataan tilastollisesti ja havainnollistetaan graafisesti taulukoiden avulla. Tilastollisella analyysilla voidaan todeta aineistosta esimerkiksi ilmiöiden yleisyyttä, määrää, sekä mahdollista jakautumista luokkiin. (Jyväskylän yliopiston kurssi- ja oppimateriaalipöytäkirja 2011.) Koska opinnäytetyöntekijöillä ei ollut tarkoitus vertailla eri arviointimenetelmien käyttöä keskenään, vaan tarkoituksena oli selvittää mitä arviointimenetelmiä työelämässä käytetään ja miksi käytetään, ei ristiinvertailua nähty tarpeelliseksi. Tarkemman tarkastelun kohteena kyselyssä oli arviointimenetelmien käytettävyys, soveltuvuus ja luotettavuus (ks. kappale 8).

6.3.3 Tarkennettu tiedonhaku

Käyttäjäkyselyn tulosten perusteella valittiin tarkempaan tiedonhakuun ne kolme arviointimenetelmää (ks. kappale 9), jotka nousivat käyttäjäkokemusten perusteella käytetyimmiksi psykiatrisen asiakkaan toiminnallisen suoriutumisen ja osallistumisen arvioinnissa. Tarkennetussa tiedonhaussa tietoa haettiin ulkomaisista ja kotimaisista tietokannoista kuten Cinahl (Ebsco), Pubmed, Google Scholar, terveystietokanta ja kuntoutusportti. Tiedonhaussa käytettiin seuraavia hakutermejä: mielenterveys, arviointi, toimintaterapia, occupational therapy, mental health, assessment, psychiatric patient.

Tiedonhaun tuloksena löydettyjen tutkimusten valinta tarkennettuun tiedonhaakuun määräytyi alla olevan taulukon (KUVIO 5) mukaisesti.

	Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
VÄESTÖ	Mielenterveys- ja mielenterveyspäihdeasiakkaat	Muut diagnoosit
INTERVENTIO	Lähteessä käsitellään kirjallisuuskatsaukseen valittuja arviointimenetelmiä: OSA, MOHOST, OPHI-II	Lähteessä ei käsitellä kyseisiä arviointimenetelmiä
TUTKIMUSASETELMA	Arviointimenetelmän validiteettia ja reliabiliteettia on tutkittu	Arviointimenetelmää ei ole tutkittu
AJANMUKAISUUS	Tutkimus on ilmestynyt vuonna 2000 tai myöhemmin	Tutkimus on ilmestynyt ennen vuotta 2000

KUVIO 5. Tarkennettuun tiedonhakuun valittujen tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Lopuksi kyselystä saatuja tuloksia ja tarkennetusta tiedonhausta kerättyä tietoa vertailtiin. Vertailun perusteella tehtiin johtopäätökset ja suositukset hyvästä arviointikokonaisuudesta yhteistyökumppanille.

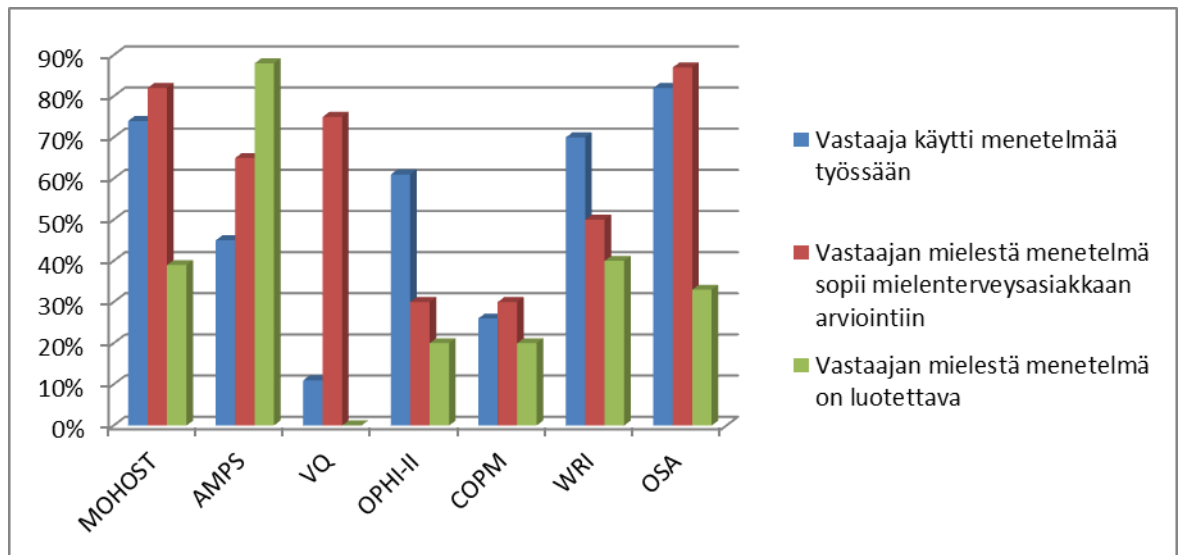
6.4 Arviointi ja seuranta

Tämän projektimuotoisen opinnäytetyön ensisijaisena tarkoituksena oli suositella työelämän käyttökokemusten ja kirjallisuuskatsauksen pohjalta hoitokodissa työskentelynsä aloittavalle toimintaterapeutille mahdollisimman hyvää arviointikokonaisuutta mielenterveyskuntoutujan arviointiin. Projektin tuotoksen eli suositellun arviointikokonaisuuden toimivuutta ja soveltuvuutta Hoitokoti Kuikanpesän tarpeisiin arvioi ensikädessä toimintaterapeutti. Toimintaterapian tuloksellisuutta ja sitä kautta arviointikokonaisuuden toimivuutta arvioidaan tulevaisuudessa myös yrityksen sisäisissä ja mahdollisesti ulkoisissa auditoinneissa. Hoitokodin toimintamuotojen ja toimintaterapeutin työnkuvan selkiytymisen myötä on mahdollista, että toimintaterapiassa käytettäviä arviointimenetelmiä tarvitaan tulevaisuudessa lisää.

7 KÄYTTÄJÄKYSÉLYN TULOKSET

7.1 Yhteenveto

Kyselyyn vastasi yhteensä 39 toimintaterapeuttia (N=39). Yhden vastaajan lomake jouduttiin hylkäämään, koska siinä ei oltu valittu yhtään vastausta. Näin ollen hyväksyttäviä vastauksia tuli 38, joka oli 62 % kokonaisotannasta. Tulosten yhteenveto esitetään graafisesti seuraavassa taulukossa (KUVIO 6).



KUVIO 6. Yhteenveto käyttäjäkyselyn tuloksista (N=38)

Kyselyn perusteella havainnointimenetelmistä käytettiin eniten MOHOST:ia (74 % vastaajista). Käyttäjistä yli 80 %:n mielestä se soveltuu psykiatrisen asiakkaan arviointiin ja 39 %:n mielestä se oli luotettava arviointimenetelmä. AMPS:a käytti 45 % vastanneista. Heistä 65 % koki menetelmän soveltuvan psykiatrisen asiakkaan arviointiin. AMPS:n luotettavuus koettiin hyväksi (88 % käyttäjistä). VQ oli kyselyn perusteella vähiten käytetty havainnointimenetelmä. Vastaajista neljä käytti sitä työssään ja heistä kolmen mielestä se sopii psykiatrisen asiakkaan arviointiin. Käyttäjistä kukaan ei ilmoittanut käyttävänsä VQ:a sen luotettavuuden takia.

Haastattelumenetelmistä käytettiin eniten WRI:a (70 % kaikista vastaajista). Puolet käyttäjistä (50 %) oli sitä mieltä, että se soveltuu hyvin psykiatrisen asiakkaan arviointiin ja menetelmän koki luotettavaksi 40 % käyttäjistä. OPHI-II käytti 61 % vastanneista. Heistä 74 % koki menetelmän soveltuvan psykiatrisen asiakkaan arviointiin ja 13 % koki sen olevan luotettava haastattelumenetelmä. COPM:a käytettiin haastattelumenetelmistä vähiten (26 %). Käyttäjistä 30 % koki sen soveltuvan psykiatrisen asiakkaan arviointiin. Luotettavuuden käyttökriteerikseen ilmoitti 20 %.

Toimintamahdollisuuksien itsearviointimenetelmä OSA:a käytti vastaajista 82%. Menetelmän nähtiin soveltuvan hyvin psykiatrisen asiakkaan arviointiin (87 % käyttäjistä). Vastaajista kolmanneksen (33 %) mielestä menetelmä on luotettava.

Käyttäjäkyselyssä oli myös avoin kysymys, jossa vastaaja sai kertoa mitä muita arviointivälineitä hän käyttää työssään. Neljä vastaajaa kertoi käyttävänsä satunnaisesti kommunikointi- ja vuorovaikutustaitojen havainnointimenetelmää ACIS:a muun havainnoinnin tukemiseksi. Lisäksi kaksi vastaajaa ilmoitti käyttävänsä toiminnan analyysia havainnoinnin tukena. Heidän vastauksistaan ei käynyt ilmi, käytettiinkö analyysin pohjana jotakin valmista analyysirunkoa.

Erilaisia strukturoimattomia ja standardoimattomia haastattelumenetelmiä käytettiin vastaajien keskuudessa runsaasti. 13 vastaajaa (34 %) käytti toimintaterapeuttien itse laatimia haastattelurunkoja. Potilaan haastattelussa nähtiin tärkeäksi vapaamuotoinen keskustelu ja haastattelun luontevuus. Tämän takia osa vastaajista oli sitä mieltä, etteivät tarkkaan strukturoidut kysymykset sovellu psykiatrisen asiakkaan arviointiin. Moni vastaaja ilmoitti käyttävänsä haastattelun pohjana erilaisia itsearviointilomakkeita.

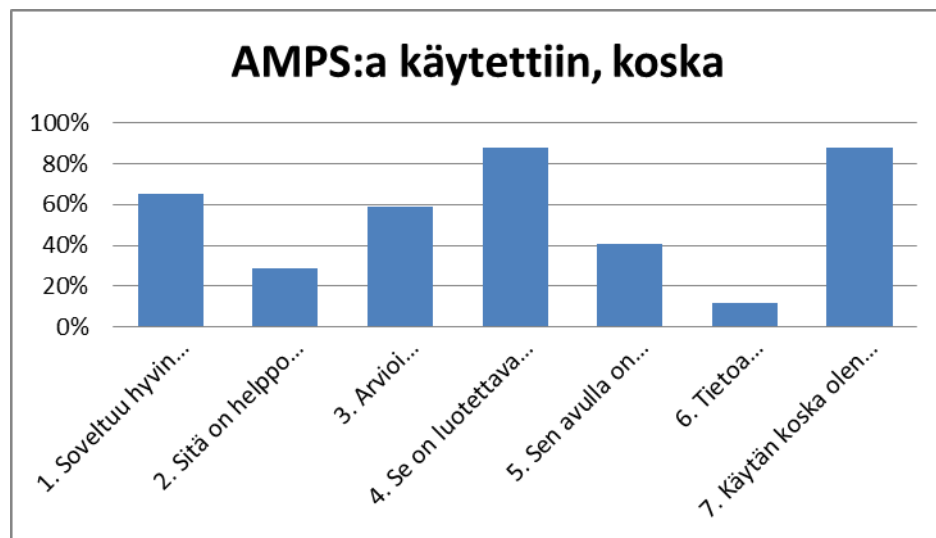
Itsearviointimenetelminä käytettiin yleisesti moniammatillisia menetelmiä. Eri-laiset päivittäisten toimintojen, sosiaalisten taitojen ja päihteiden käytön itsearviointit olivat yleisesti käytettyjä mittareita. Ihmissuhdekartat, elämänjanapiirrokset sekä tunne- ja vahvuuskortit mainittiin myös useissa vastauksissa.

7.2 Havainnointimenetelmät

7.2.1 AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills)

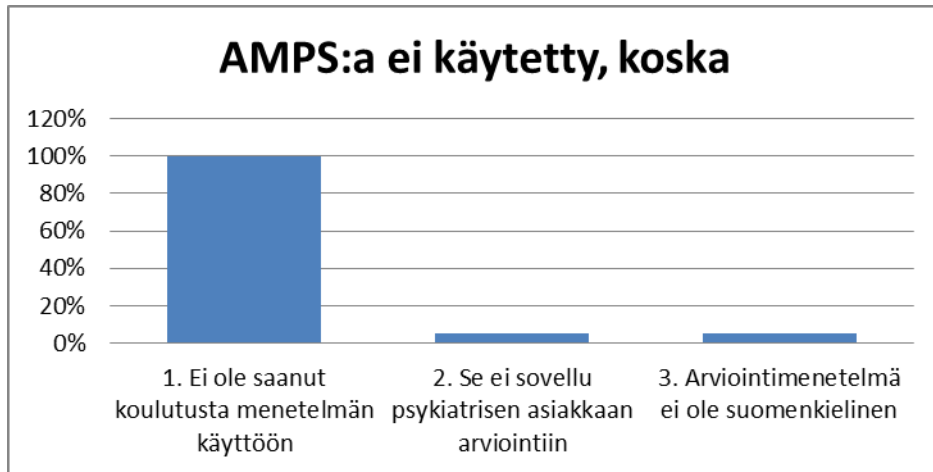
Vastaajista (N=38) 17 (45 %) ilmoitti käyttävänsä AMPS- arviointimenetelmää (KUVIO 7). Perusteluna käytölle nähtiin, että se soveltuu hyvin psykiatrisen

asiakkaan arviointiin (65 % käyttäjistä), sitä on helppo käyttää (29 % käyttäjistä), se arvioi monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä (59 % käyttäjistä), arviointimenetelmä on luotettava (88 % käyttäjistä), sen avulla on helppo seurata asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia (41 % käyttäjistä), tietoa menetelmän käytöstä on hyvin saatavilla (12 % käyttäjistä) ja 88 %:a vastaajista käytti menetelmää, koska oli saanut siihen koulutuksen.



KUVIO 7. AMPS:a käytettiin (N=17) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa.

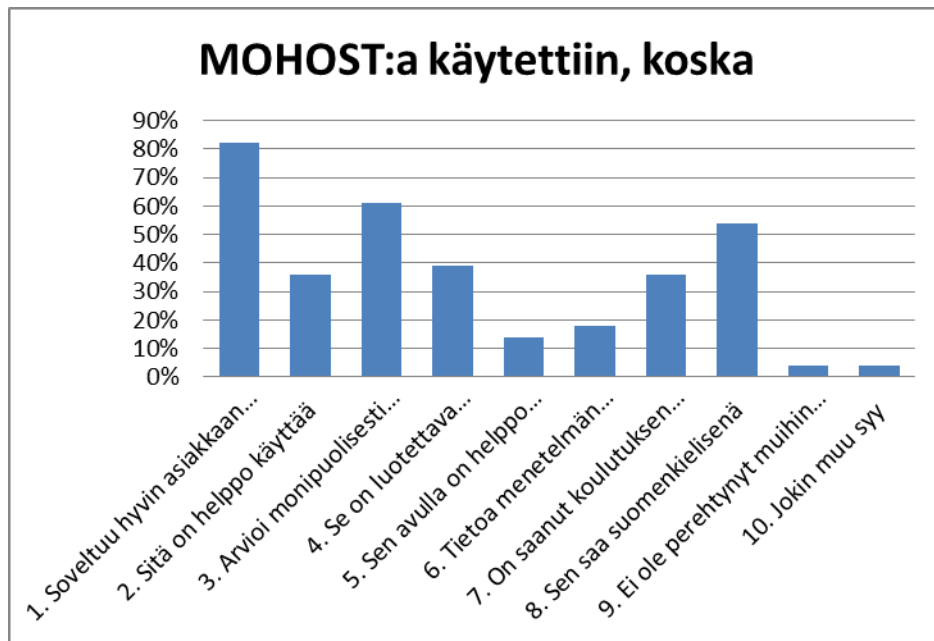
Vastaajista 21 (55 %) ilmoitti, ettei käytä (KUVIO 8) kyseistä arviointimenetelmää ja heistä kaikki (100 %) kertoivat syyksi, etteivät ole saaneet koulutusta arviointimenetelmän käyttöön. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, ettei menetelmä sovellu psykiatrisen asiakkaan arviointiin. Yksi vastaaja ilmoitti, ettei käytä arviointimenetelmää, koska se ei ole suomenkielinen.



KUVIO 8. AMPS:a ei käytetty (N=21) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

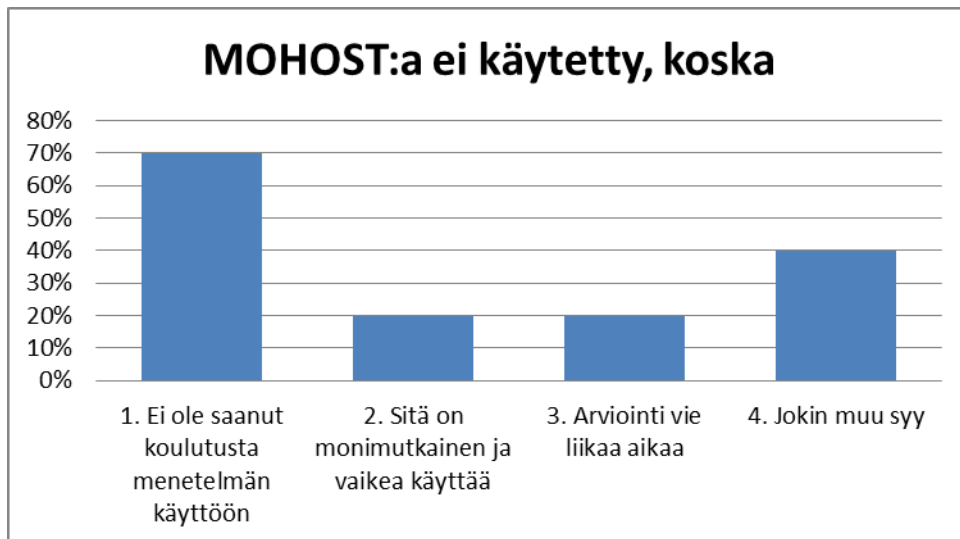
7.2.2 MOHOST (The Model of Human Occupation Screening Tool)

Vastaajista (N=38) 28 (74 %) ilmoitti käyttävänsä MOHOST- arviointimenetelmää (KUVIO 9). Perusteluna käytölle nähtiin, että se soveltuu hyvin psykiatrisen asiakkaan arviointiin (82 % käyttäjistä), sitä on helppo käyttää (36 % käyttäjistä), se arvioi monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä (61 % käyttäjistä), arviointimenetelmä on luotettava (39 % käyttäjistä), sen avulla on helppo seurata asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia (14 % käyttäjistä), tietoa menetelmän käytöstä on hyvin saatavilla (18 % käyttäjistä) ja 54 % käytti menetelmää koska oli saanut siihen koulutuksen. Lisäksi yksi käyttäjä ilmoitti käyttävänsä menetelmää koska ei ole perehtynyt muiden havainnointimenetelmien käyttöön. Jonkin muun syyn takia arviointimenetelmää käytti yksi vastaaja. Perusteluna hänellä oli, että arviointimenetelmän käyttö helpottaa kokonais kuvan saamista ja kirjaamisen jäsentämistä.



KUVIO 9. MOHOST:ia käytettiin (N=28) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

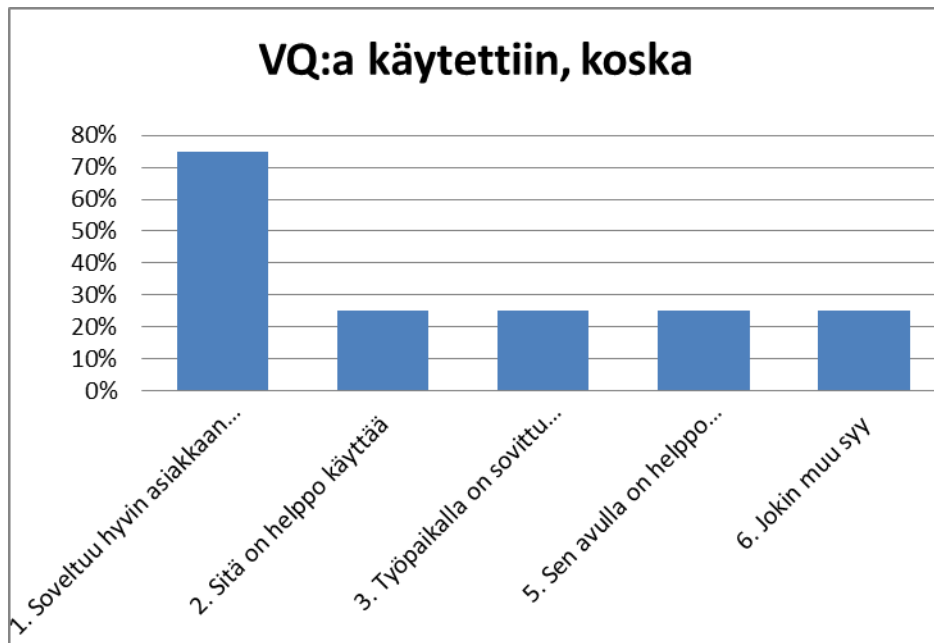
10 vastaajaa (26 %) ilmoitti, ettei käytä kyseistä arviointimenetelmää (KUVIO 10). Heistä seitsemän (70 %) ei käyttänyt arviointimenetelmää, koska eivät olleet saaneet siihen koulutusta. Kahden vastaajan (20 %) mielestä se on liian monimutkainen käyttää ja kaksi (20 %) oli sitä mieltä että sen käyttö vie liikaa aikaa. Jonkin muun syyn olla käyttämättä kyseistä arviointimenetelmää ilmoitti neljä vastaajaa. Heistä kaksi ilmoitti, etteivät ole perehtyneet riittävästi arviointimenetelmän käyttöön, yksi ilmoitti saavansa omassa työssään tarvittavan tiedon esille muilla menetelmillä ja yksi ilmoitti, ettei menetelmä kuulu yksikössä sovitujen arviointimenetelmien joukkoon.



KUVIO 10. MOHOST:ia ei käytetty (N=10) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

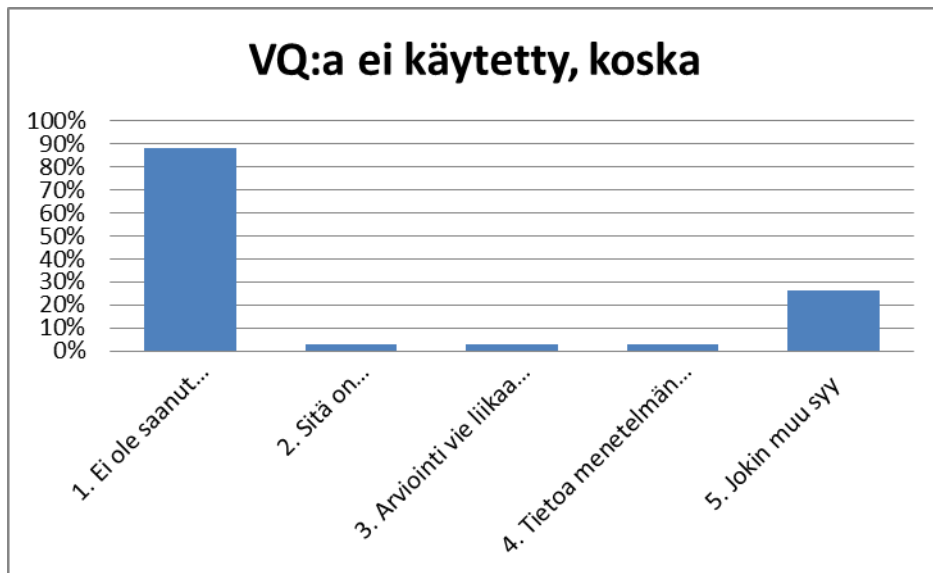
7.2.3 VQ (The Volitional Questionnaire)

Tahtoa havainnoivaa arviointimenetelmää VQ:a ilmoitti käyttävänsä 11 % eli neljä vastaajaa (KUVIO 11). Heistä kolme oli sitä mieltä että se soveltuu hyvin psykiatrisen asiakkaan arviointiin. Yksi ilmoitti syyksi menetelmän helppouden, yhden mielestä menetelmän avulla on helppo seurata asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia ja yksi ilmoitti käyttävänsä menetelmää, koska niin oli työpaikalla sovittu. Valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi yksi vastaaja ilmoitti käyttävänsä menetelmää, koska se arvioi tahtoa hyvin ja antaa syvyyttä tahdon arviointiin havainnoimalla.



KUVIO 11. VQ:a käytettiin (N=4) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

Vastaajista (N=38) 34 (89 %) ilmoitti, ettei käytä VQ:a työssään (KUVIO 12). Heistä 30 (88 %) ilmoitti syyksi, ettei ole saanut koulutusta menetelmän käyttöön. Yksi vastaaja näki menetelmän käytön olevan monimutkaista, yhden mielestä menetelmän käyttö vie liikaa aikaa ja yhden vastaajan mielestä tietoa menetelmän käytöstä on vaikea saada. Jokin muu syy vaikutti menetelmän käyttämättömyyteen yhdeksällä vastaajalla. Menetelmää ei ollut työpaikalla, tai menetelmän käyttöön ei oltu perehdytty. Kaksi vastaajaa ilmoitti syyksi, ettei sitä löydy suomenkielisenä ja yksi oli sitä mieltä, ettei sitä ole tällä hetkellä saatavilla.

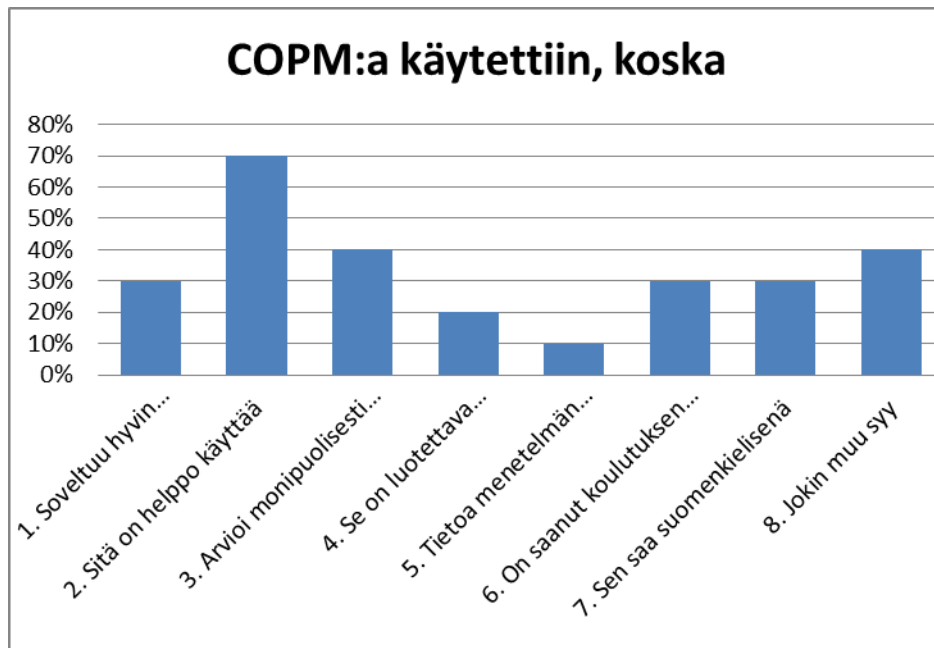


KUVIO 12. VQ:a ei käytetty (N=34) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

7.3 Haastattelumenetelmät

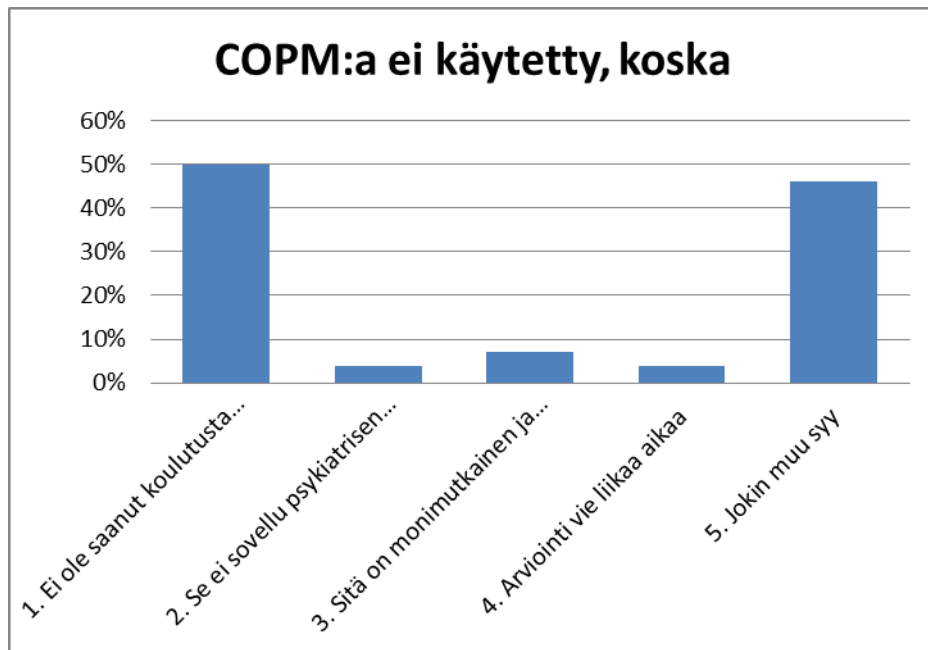
7.3.1 COPM (The Canadian Occupational Performance Measure)

Vastaajista (N=38) 10 (26 %) ilmoitti käyttävänsä COPM- arviointimenetelmää (KUVIO 13). Perusteluna käytölle nähtiin, että se soveltuu hyvin psykiatrisen asiakkaan arviointiin (30 % käyttäjistä), sitä on helppo käyttää (70 % käyttäjistä), se arvioi monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä (40 % käyttäjistä), arviointimenetelmä on luotettava (20 % käyttäjistä), tietoa menetelmän käytöstä on hyvin saatavilla (10 % käyttäjistä), on saanut koulutuksen menetelmän käyttöön (30 % käyttäjistä), se on saatavilla suomenkielisenä (30 % käyttäjistä) ja jonkin muun syyn takia menetelmää käyttää 40 %. Muista syistä tärkeimmäksi nousi se, että menetelmän käyttö tuo esille asiakkaan oman näkemyksen tilanteestaan ja asiakas motivoituu oman tilanteensa hahmottamisen jälkeen paremmin terapiaan.



KUVIO 13. COPM:a käytettiin (N=10) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

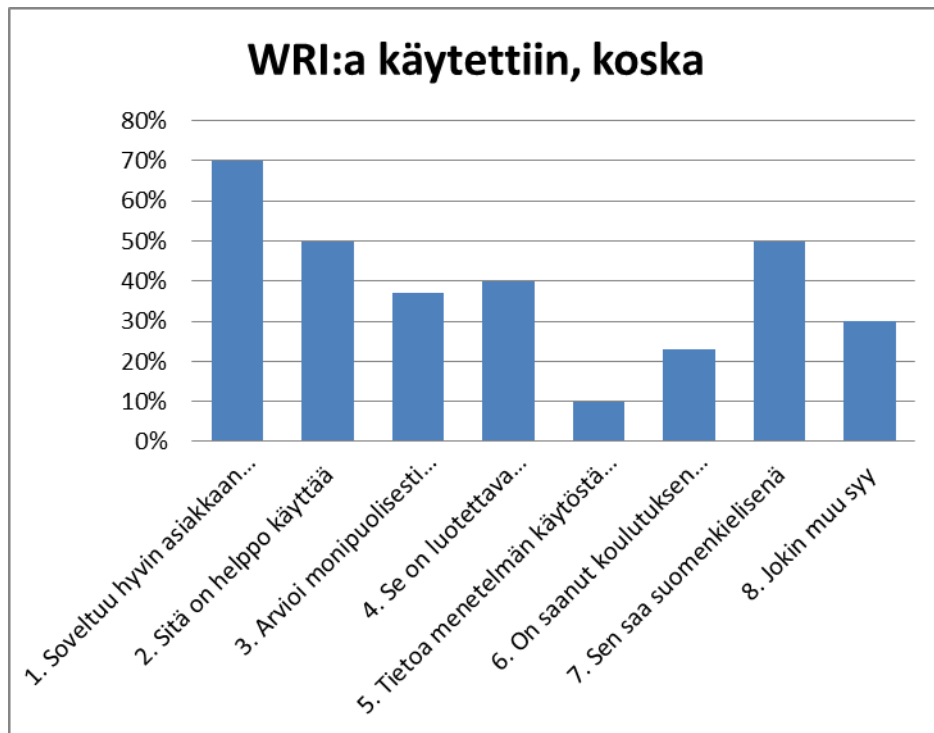
Vastaajista (N=38) 28 (74 %) ilmoitti, ettei käytä COPM:a työssään (KUVIO 14). Heistä 14 (50 %) ilmoitti syyksi, ettei ole saanut koulutusta menetelmän käyttöön. Yhden (4 %) vastaajan mielestä menetelmä ei sovellu psykiatrisen asiakkaan arviointiin. Kaksi (7 %) oli sitä mieltä, että menetelmän käyttö on monimutkaista ja vaikeaa. Yhden (4 %) mielestä menetelmän käyttö vie liikaa aikaa. Jokin muu syy vaikutti menetelmän käyttämättömyyteen 13 (52 %) vastaajalla. Menetelmää ei ollut työpaikalla, menetelmän käyttöön ei oltu ehditty perehtyä tai menetelmää oltiin vasta hankkimassa työpaikalle. Myös niiden terapeuttien keskuudessa, jotka eivät käyttäneet menetelmää, nähtiin COPM luotettavana ja soveltuvana psykiatrisen asiakkaan arviointiin ja vastaajien mielestä sitä tullaan jatkossa käyttämään enemmän.



KUVIO 14. COPM:a ei käytetty (N=28) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

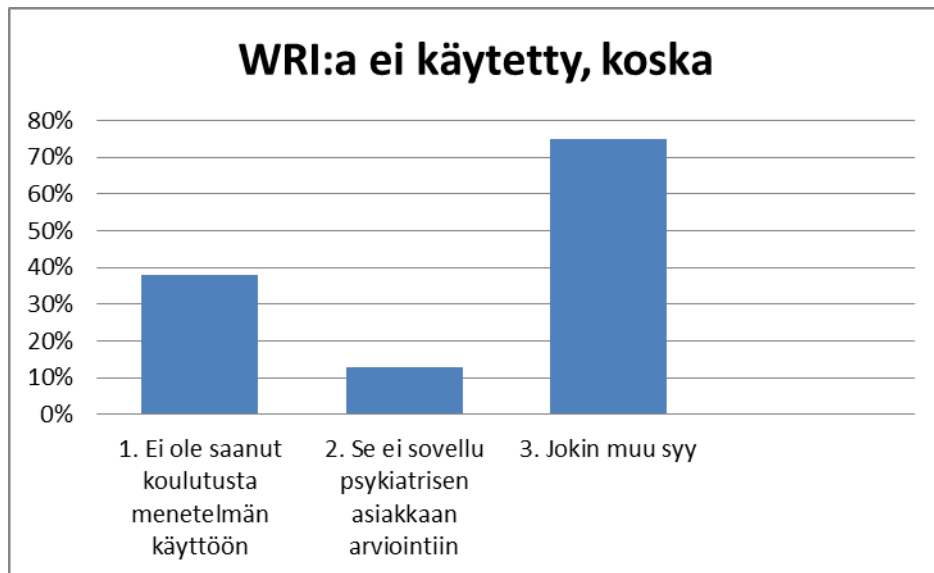
7.3.2 WRI (The Worker Role Interview)

Vastaajista (N=38) 30 (70 %) ilmoitti käyttävänsä WRI- haastattelumenetelmää (KUVIO 15). Puolet (50 %) käyttäjistä oli sitä mieltä, että se soveltuu hyvin psykiatrisen asiakkaan arviointiin. 21 käyttäjää (70 %) koki sen helppokäyttöiseksi ja 11 (37 %) oli sitä mieltä että menetelmä arvioi monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä. 12 (40 %) terapeuttia käytti menetelmää, koska pitivät sitä luotettavana menetelmänä. Kolmen (10 %) mielestä tietoa menetelmän käytöstä on hyvin saatavilla. Seitsemän (23 %) ilmoitti käyttävänsä WRI:a, koska on saanut koulutuksen menetelmän käyttöön. Puolet käyttäjistä (50 %) perusteli käyttöönsä muun muassa sillä että menetelmä on saatavilla suomenkielisenä. Jonkin muun syyn takia menetelmää käytti yhdeksän (30 %). Menetelmä nähtiin hyvänä työroolia ja työkuntoisuutta arvioivana menetelmänä työ- ja toimintakyvyn arviointijaksolla olevien asiakkaiden keskuudessa.



KUVIO 15. WRI:a käytettiin (N=30) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

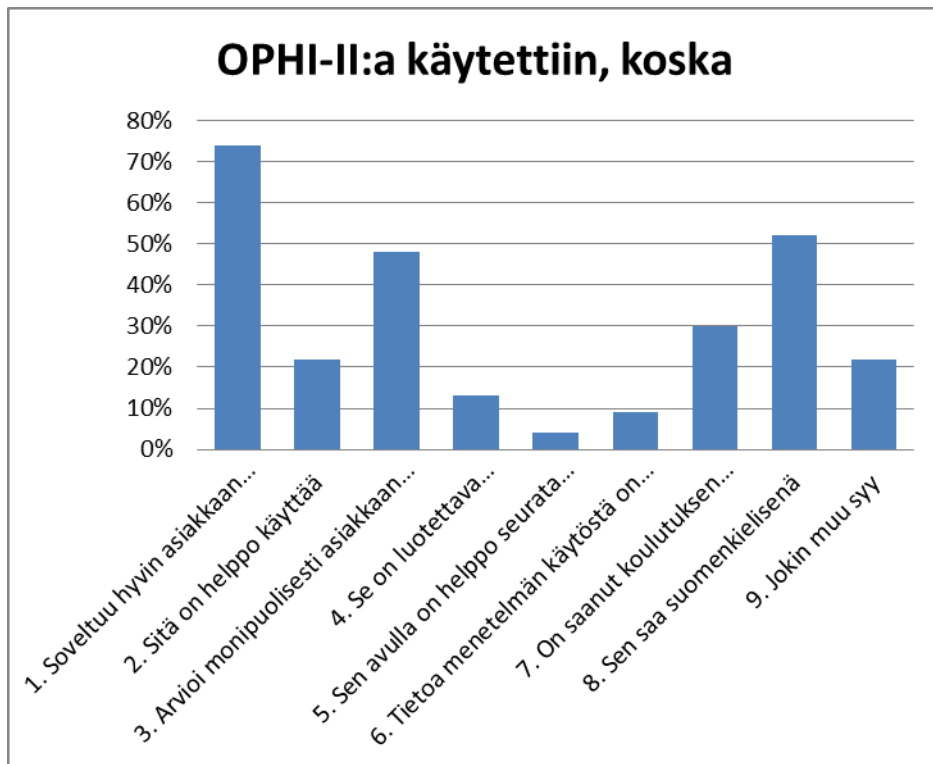
Vastaajista (N=38) kahdeksan (21 %) ilmoitti, ettei käytä WRI-haastattelumenetelmää työssään (KUVIO 16). Heistä kolme ei käytä, koska ei ole saanut koulutusta arviointimenetelmän käyttöön. Yhden mielestä kyseinen menetelmä ei sovellu psykiatrisen asiakkaan arviointiin. Kuusi terapeuttia (75 %) ilmoittivat jonkin muun syyn käyttämättä jättämiselle. Muita syitä olivat, etteivät toimintaterapeutit tarvitse kyseistä menetelmää työn luonteen takia. Syynä oli, että yksikössä on sovittu käytettävien muiden menetelmien ja menetelmää ei ole hankittu työpaikalle.



KUVIO 16. WRI:a ei käytetty (N=8) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

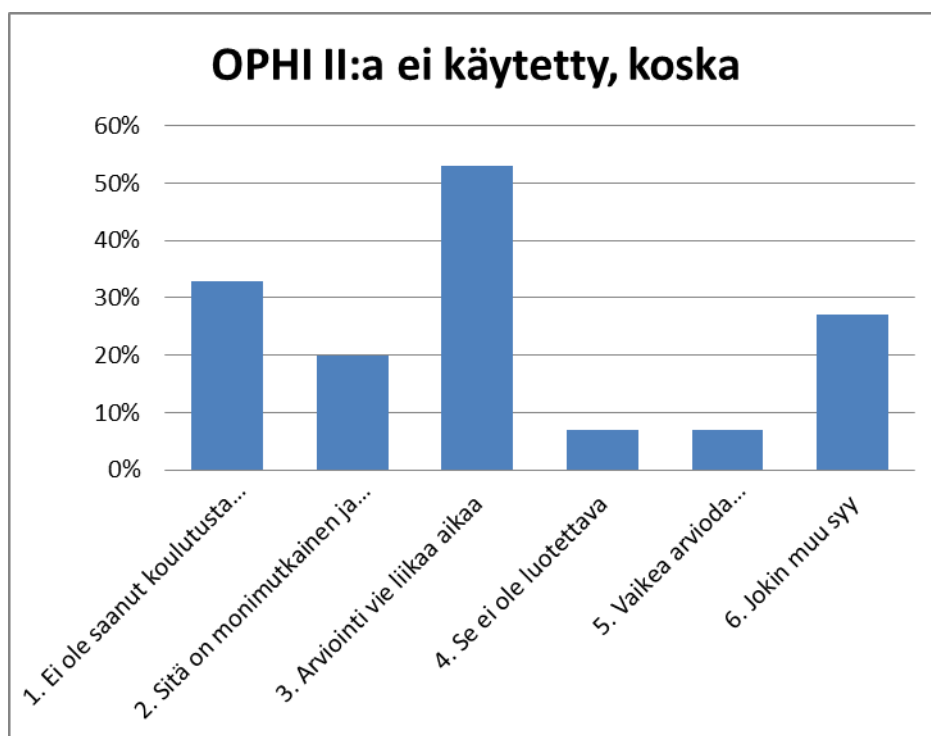
7.3.3 OPHI-II (The Occupational Performance History Interview II)

Vastaajista (N=38) 23 (61 %) ilmoitti käyttävänsä OPHI-II- arviointimenetelmää (KUVIO 17). Perusteluna käytölle nähtiin, että se soveltuu hyvin psykiatrisen asiakkaan arviointiin (74 % käyttäjistä), sitä on helppo käyttää (22 % käyttäjistä), se arvioi monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä (48 % käyttäjistä), arviointimenetelmä on luotettava (13 % käyttäjistä), sen avulla on helppo seurata asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia (4 % käyttäjistä), tietoa menetelmän käytöstä on hyvin saatavilla (9 % käyttäjistä), on saanut koulutuksen menetelmän käyttöön (30 % käyttäjistä), se on saatavilla suomenkielisenä (52 % käyttäjistä) ja jonkin muun syyn takia menetelmää käyttää 22 %. Avoin kysymys toi esille OPHI- II:n narratiivisuuden, jota vastaajat pitivät tärkeänä ominaisuutena kyseiselle arviointimenetelmälle.



KUVIO 17. OPHI-II:a käytettiin (N=23) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

15 vastaajaa (39 %) ilmoitti, etteivät käytä kyseistä arviointimenetelmää (KUVIO 18). Heistä viisi (33 %) ei käyttänyt arviointimenetelmää, koska eivät olleet saaneet siihen koulutusta. Kolmen vastaajan (20 %) mielestä se on liian monimutkainen käyttää ja kahdeksan (53 %) oli sitä mieltä että sen käyttö vie liikaa aikaa. Yhden vastaajan mielestä menetelmää ei ole luotettava. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että menetelmällä on vaikea arvioida asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia. Jonkin muun syyn olla käyttämättä kyseistä arviointimenetelmää ilmoitti neljä (26 %) vastaajaa. Heistä yksi ilmoitti, ettei hänellä ole riittävästi kokemusta arviointimenetelmän käyttöön. Yksi vastaaja ilmoitti, ettei koe menetelmää tarpeellisenä, yhden perusteluna oli, ettei hänen työ painotu arviointeihin ja yksi ilmoitti, ettei OPHI-II kuulu yksikössä käytettävien arviointimenetelmien joukkoon.

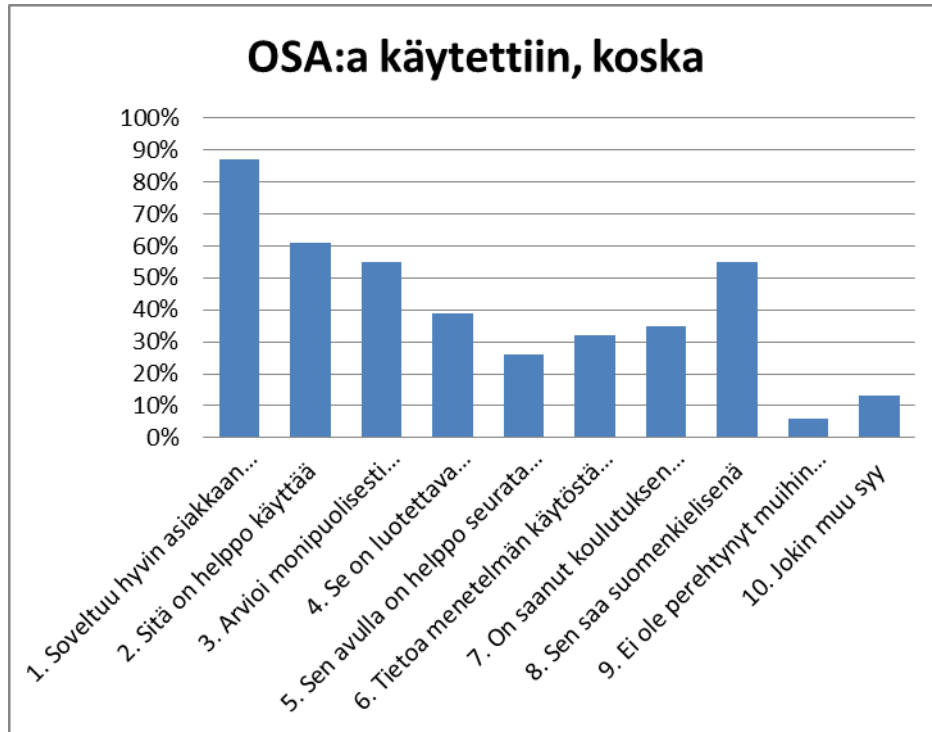


KUVIO 18. OPHI-II:a ei käytetty (N=15) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

7.4 Itsearviointimenetelmä OSA (The Occupational Self Assessment)

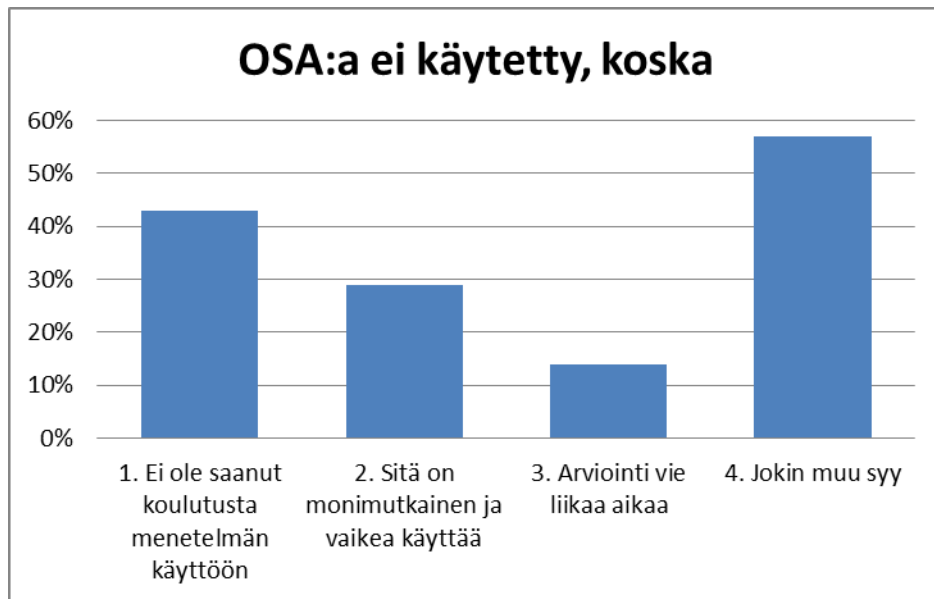
Toimintamahdollisuuksien itsearviointimenetelmä OSA:a käytti (KUVIO 19) vastaajista (N=38) 31 henkilöä (82 %). Menetelmä nähtiin soveltuvan hyvin psykiatrisen asiakkaan arviointiin (87 % käyttäjistä), sitä on helppo käyttää (61 % käyttäjistä) ja menetelmä arvioi monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä (55 % käyttäjistä). Vastaajista kolmanneksen (33 %) mielestä menetelmä on luotettava. 26 % käyttäjistä oli sitä mieltä että menetelmällä on helppo seurata asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia. 32 % käyttäjistä näki, että menetelmästä on saatavilla hyvin tietoa. 35 % käytti menetelmää, koska oli saanut siihen koulutuksen ja 55 % ilmoitti yhdeksi valintakriteeriksi menetelmän saatavuuden suomenkielisenä. Kuusi prosenttia vastaajista ilmoitti käyttävänsä menetelmää, koska ei ollut perehtynyt muihin itsearviointimenetel-

miin. Muita syitä menetelmän käytölle olivat asiakaslähtöisyys ja se, että arvioinnin avulla tavoitteiden asettaminen interventiolle on helpompaa.



KUVIO 19. OSA:a käytettiin (N=31) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

Vastaajista (N=38) seitsemän (18 %) ilmoitti, ettei käytä OSA- itsearviointimenetelmää työssään (KUVIO 20). Heistä kolme ei käytä, koska ei ole saanut koulutusta arviointimenetelmän käyttöön. Kaksi oli sitä mieltä, että menetelmää on monimutkainen ja vaikea käyttää ja yhden mielestä se vie liikaa aikaa. Jonkun muun syyn jättää menetelmä käyttämättä ilmoitti neljä terapeuttia. Yksi ei kokenut käyttöä tarpeelliseksi, kaksi ei ollut vielä ehtinyt perehtymään menetelmän käyttöön tarkemmin ja yhden yksikössä on sovittu käytettävän muita menetelmiä.



KUVIO 20. OSA:a ei käytetty (N=7) mielenterveysasiakkaan arvioinnissa

8 TARKENNETTU TIEDONHAKU

Käyttäjäkyselyn tulosten perusteella tarkempaan tiedonhakuun valittiin kulta-kin arvioinnin osa-alueelta (havainnointi, haastattelu ja itsearviointi) yksi arviointimenetelmä. Nämä arviointimenetelmät ovat MOHOST, OPHI-II ja OSA. Kriteereinä valinnalle olivat hyvät käyttäjäkokemukset aikuispsykiatristen asiakkaiden toimintaterapia-arvioinnissa sekä soveltuvuus Hoitokoti Kuikanpesän käyttöön. MOHOST ja OSA olivat selkeät valinnat tarkennettuun tiedonhakuun, koska molemmat olivat omilla osa-alueillaan käytetyimpiä arviointimenetelmiä ja niiden käyttöprosentit olivat yli 80 %. Haastattelumenetelmistä WRI nousi kyselyssä käytetyimmäksi (70 %), mutta tiedonhakuun valittiin OPHI-II, jota käytti 61 % vastaajista. Opinnäytetyöntekijöiden mielestä WRI arvioi asiakkaan toimintakykyä liian yksipuolisesti ja OPHI-II sopii paremmin palveluasumisyksikköön elämäkerrallisen luonteensa vuoksi.

Tarkennetussa tiedonhaussa laadukasta kansainvälistä mielenterveyskuntoutujien parissa tehtyä tutkimusta löytyi tässä opinnäytetyössä käytetyistä tietokannoista eniten MOHOST:sta. OSA:sta ja OHPI-II:sta löytyi myös laadukkaita tutkimuksia, mutta määrällisesti vähemmän. Löydettyjen tutkimusten määrä vaihteli sen mukaan, miten tiukasti tutkimusten mukaanotto- ja poissulkukriteerejä noudatettiin. Tutkimustietoa löytyi kaikista arviointimenetelmistä huomattavasti enemmän, jos mukaanottokriteereiksi hyväksyttiin muitakin diagnooseja kuin mielenterveysongelmat. Mukaanotto- ja poissulkukriteerejä muuttamalla tähän työhön sopivia 2000-luvulla tehtyjä tutkimuksia löytyi arviointimenetelmästä riippuen 4-19 kpl. Alla on kerrottu arviointimenetelmäkohtaisesti tärkeimmistä löytyneistä tutkimuksista

8.1 MOHOST

MOHOST (The Model of Human Occupation Screening Tool) on standardoitu havainnointimenetelmä ja se perustuu Gary Kielhofnerin (2008) Inhimillisen toiminnan malliin (The Model of Human Occupation). Menetelmä mittaa ihmisen toiminnallista osallistumista itsestä huolehtimisen, tuotteliaisuuden ja vapaa-ajan osa-alueella. Arvioitavat osa-alueet ovat tahto, toimintaan motivoituminen, tottumus/ toimintatapa, viestintä- ja vuorovaikutustaidot, prosessuaaliset taidot, motoriset taidot sekä ympäristö ja siihen liittyvät tekijät. (Kielhofner 2008, 294.) MOHOST arviointimenetelmällä arvioidaan ICF:n osa-alueista suoriutumista, osallistumista ja ympäristötekijöitä. (ICF 2004.)

MOHOST:n ensisijainen tarkoitus on arvioida asiakkaan sen hetkistä toiminnallista osallistumista asiakkaan omassa toimintaympäristössä. Menetelmä ei vaadi asiakkaan aktiivista osallistumista, koska se painottuu havainnointiin. Tietoa voidaan kerätä myös haastatteleamalla asiakasta ja/tai hänen lähiympäristöä. (Kielhofner 2008, 294.) MOHOST arviointimenetelmän käyttö vaatii taustateorian tuntemista ja käsikirjaan perehtymisen. Menetelmästä on saatavilla suomenkielinen käsikirja. MOHOST- arviointimenetelmän

luotettavuus ja toistettavuus on kaikissa löytyneissä tutkimuksissa todettu hyväksi.

Kielhofner, Fan, Morley, Garnham, Heasman, Forsyth, Lee ja Taylorin (2011) tutkimuksessa oli mukana 1039 terveydenhuollon psykiatrisia palveluita käyttävää asiakasta. Asiakkaat olivat iältään 18-102 -vuotiaita ja suurin osa heistä oli työttömiä. Tutkimuksen mukaan MOHOST on luotettava ja toistettava arviointimenetelmä kaikilla arvioitavilla osa-alueilla. (Kielhofner, Fan, Morley, Garnham, Heasman, Forsyth, Lee & Taylor 2011, 63–70.)

Forsyth, Parkinson, Kielhofner, Kramer, Summerfield Mann & Duncanin (2006) tutkimuksessa oli mukana 162 asiakasta ja 9 toimintaterapeuttia. Kaikki tutkimukseen osallistuneet asiakkaat olivat aikuisia ja heistä 92 oli mielenterveyskuntoutujia. Tämän tutkimuksen tärkein tulos oli, että MOHOST on sekä luotettava että toistettava arviointimenetelmä arvioitaessa asiakkaan toiminnallista osallistumista. (Forsyth, Parkinson, Kielhofner, Kramer, Summerfield Mann & Duncan 2006.)

Eräessä tutkimuksessa Pan, Fan, Chung, Chen, Kielhofner, Wu & Chen (2011) tutkivat MOHOST:in kiinankielisen version luotettavuutta. Tutkimukseen osallistui 101 asiakasta, joilla oli diagnosoitu mielenterveysongelmia. Tutkittavat olivat iältään 18-65 -vuotiaita. Tutkimus osoitti, että arviointimenetelmän kiinankielinen versio mittaa luotettavasti asiakkaan osallistumista kaikilla arvioitavilla osa-alueilla. (Pan, Fan, Chung, Chen, Kielhofner, Wu & Chen 2011, 34–40.)

8.2 OPHI-II

OPHI-II (The Occupational Performance History Interview II) arviointimenetelmän teoreettisena taustana on Gary Kielhofnerin (2008) Inhimillisen toiminnan malli ja siinä käytetään narratiivista lähestymistapaa asiakkaan elämänta-

rinan kirjoittamiseksi. OPHI-II on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, se sisältää haastattelurungon ja suositellut kysymykset. OPHI-II haastattelumenetelmällä arvioidaan asiakkaan toimintahistoriaa ja toimintakykyä. (Harra ym. 2006, 554–562.)

Keskustelua ohjaavat kysymykset on ryhmitelty seuraaviin osa-alueisiin: toiminnalliset roolit, päivittäinen rutiini, toimintaympäristö, toiminnalliset valinnat ja merkitykselliset elämäntapahtumat. OPHI-II arvioi ICF:n osa-alueista suoritusta, osallistumista ja ympäristötekijöitä. (ICF 2004.) OPHI-II menetelmällä voidaan haastatella joko asiakasta tai hänen lähi-ihmisiä. OPHI-II menetelmästä on saatavilla suomenkielinen käsikirja ja sen käyttö vaatii taustateorian tuntemista. (Harra ym. 2006, 554–562.)

OPHI-II arviointimenetelmän luotettavuutta ja toistettavuutta on tutkittu kansainvälisesti. Kielhofner, Mallinson, Forsyth ja Lain (2001) tutkimuksessa oli mukana kahdeksan maata ja kuusi kielialuetta. OPHI-II:n luotettavuutta tutkittiin Rasch-analyysin avulla. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan tutkittavien ikä, kansallisuus tai diagnoosi ei heikennä menetelmän luotettavuutta. (Kielhofner ym. 2001, 260–267).

OPHI-II arviointimenetelmää on tutkittu useissa eri sairausryhmissä, kuten AIDS, krooninen kipu, MS ja krooninen väsymysoireisto. Näissä tutkimuksissa tuli esille, että OPHI-II menetelmällä saatiin hoidon ja kuntoutuksen kannalta tärkeää tietoa asiakkaan toiminnallisesta identiteetistä ja toiminnallisen pätevyyden tunnetta lisäävistä asioista sekä ympäristön vaikutuksesta toimintaan ja osallistumiseen. (Cahill, Connolly & Stapleton 2010, 106–115.)

8.3 OSA

OSA (The Occupational Self Assessment) on toimintamahdollisuuksien itsearviointimenetelmä. Menetelmän teoreettisena taustana on Gary Kielhofnerin (2008) Inhimillisen toiminnan malli. OSA –itsearviointilomakkeissa on 21 väit-

tämää, joissa asiakas arvioi itselleen tärkeitä toimintoja ja pärjäämistään arjen toiminnoissa. Asiakas vastaa väittämiin rastittamalla neljästä vaihtoehdosta (erittäin hyvin – hyvin – jonkin verran – ei lainkaan) omaa toimintaa ja toimintaympäristöä kuvaavimman vastausvaihtoehdon. (Baron, Kielhofner, Lyenger, Goldhammer, & Wolenski 2007, 34–66.) Itsearviointimenetelmän tekeminen vaatii asiakkaalta aktiivista otetta. OSA arviointimenetelmän pisteytys ja tulosten analysointi vaatii terapeutilta käsikirjaan perehtymisen ja taustateorian tuntemista. Menetelmästä on saatavilla suomenkielinen käsikirja.

OSA-itsearviointimenetelmää on 2000-luvulla tutkittu melko paljon ja tutkimusten pohjalta OSA:sta on kehittynyt nykyinen muoto, versio 2.2. Useat kansainväliset tutkimukset osoittavat nykyisen OSA 2.2 olevan luotettava ja toistettava mittari toiminnallisen pätevyyden ja toiminnallisten arvojen mittaamisessa. OSA 2.2 versioista on poistettu ympäristöä arvioivat osat alueet. Suunnitteilla on erillinen ympäristöä arvioiva menetelmä The Self Assessment of Environment. (Baron ym. 2007, 15–16, 69.)

Kielhofner ja Forsyth (2001) tutkivat OSA:n aikaisemman version luotettavuutta eri kulttuureissa ja eri kielillä. Tutkimuksen otanta oli 305 henkilöä. Tutkimuksen tuloksena oli, että kieli ja kulttuuri eivät vaikuttaneet arviointimenetelmän luotettavuuteen. Tuon tutkimuksen perusteella toiminnallisen pätevyyden asteikkoa muutettiin toistettavuuden parantamiseksi. (Kielhofner & Forsyth 2001, 131.)

Suomen kielistä OSA:a on myös tutkittu. Launianen (2002) tutkimus osoitti, että suomen kielisen version käsitteet ovat arvioitaessa luotettavia. Samassa tutkimuksessa todettiin, että suomen kielinen OSA sopii myös erilaisten ryhmien itsearviointiin. (Baron ym. 2007, 16–17.) OSA:a on tutkimuksissa käytetty erilaisten asiakasryhmien itsearviointiin. Diagnoosina on ollut mm. skitsofrenia, MS, aivohalvaus, alkoholismi, AIDS. Näissä tutkimuksissa on noussut esille, että asiakkaat kokevat itsearviointin silloin vaikeaksi, kun toiminnallisen suoriutumisen taso vaihtelee. (Julkunen & Åberg 2008, 25–29.)

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Käyttäjäkyselyn ja tutkitun tiedon pohjalta tullaan Hoitokoti Kuikanpesään suosittelemaan arviointikokonaisuutta, joka sisältää MOHOST, OPHI-II ja OSA arviointimenetelmät. Opinnäytetyöntekijöiden mielestä tämä kokonaisuus palvelee parhaiten yhteistyökumppanin toimintaterapia-arviointia. Perusteluna nimenomaisen arviointikokonaisuuden valinnalle on, että kaikki menetelmät ovat käyttäjäkyselyn perusteella yleisesti käytössä aikuispsykiatristen asiakkaiden arvioinnissa ja niiden luotettavuudesta löytyy kohtuullisen paljon tutkimustietoon perustuvaa näyttöä. Opinnäytetyöntekijöiden mielestä tämä arviointikokonaisuus on asiakaslähtöinen ja se antaa monipuolisen kuvan mielen-terveysasiakkaan toiminnallisesta suoriutumisesta ja osallistumisesta. Kaikki valitut arviointimenetelmät on saatavilla suomenkielisenä, eivätkä ne vaadi välttämättä erillistä koulutusta. Hoitokodin toimintalinjojen ja toimintaterapeutin työnkuvan selkiytyessä voidaan arviointikokonaisuutta täydentää muilla menetelmillä.

Hoitokoti Kuikanpesän toimitusjohtaja ja kuntouttavasta hoitotyöstä vastaava psykiatrinen sairaanhoitaja näki opinnäytetyön tekijöiden valitsemat arviointimenetelmät soveltuvan erittäin hyvin Kuikanpesän palveluasumisyksikköön. Lisäksi he näkivät opinnäytetyön kautta valittujen ja tieteelliseen näyttöön pohjautuvien arviointimenetelmien antavan huomattavaa lisäarvoa laadukkaan kuntoutuksen toteuttamiselle hoitokodissa.

10 POHDINTA

Opinnäytetyö oli luonteeltaan työelämän kehittämistehtävä ja se haluttiin toteuttaa projektimuotoisena. Allekirjoittaneille oli tärkeää, että opinnäytetyö teh-

tiin työelämän yhteistyökumppanille ja sen avulla voitiin olla mukana kehittämässä Hoitokoti Kuikanpesän toimintaa. Myös toimintaansa aloitteleva yritys näki tämän opinnäytetyön tuovan lisäarvoa laadukkaana palveluasumisen toteuttamiseen. Yhteistyö Hoitokoti Kuikanpesän kanssa oli mutkatonta ja sujuvaa. Yhteistyökumppani antoi opinnäytetyölle idean ja yhteistyössä työ rajattiin käsittelemään vain toimintaterapian arviointivälineitä. Allekirjoittaneet saivat melko vapaat kädet työn toteuttamiseen, välillä yhteistä suuntaa tarkistettiin puhelinkeskusteluin ja tapaamisin. Opinnäytetyö eteni koko prosessin ajan aikataulussa, vaikka pieniä viivästyksiä tuli esim. käyttäjäkyselyn vastauksia odotellessa.

Silfverbergin (2007) projektisyklimalli helpotti opinnäytetyöprosessin suunnittelua ja sen pohjalta sai hyvän kokonaiskuvan prosessin eri vaiheista. Projektisyklimallia käytettiin tässä työssä mukailen ja pääasiassa prosessin kulkua ja aikataulutusta tukevana ohjenuorana. Sitä hyödynnettiin niiltä osin, mihin se työn etenemisen kannalta luontevimmin sijoittui. Esimerkiksi rahoitukseen ja riskeihin liittyviä asioita mietittiin vain jos ne näyttivät jossakin projektin vaiheessa nousevan isompaan osaan työn etenemisen kannalta. (Silfvenberg 2007, 10.)

Tässä työssä projektisyklimallia hyödynnettiin erityisesti aikataulua suunniteltaessa, koska työn konkreettiseen tekemiseen jäi aikaa vain reilu puoli vuotta. Koska tämä opinnäytetyö koostuu monista eri vaiheista; tiedonhaku, kyselylomakkeen työstäminen, käyttäjäkyselyn pilotointi, kyselyn lähettäminen, kyselyn tulosten tarkastelu ja tarkennettu tiedonhaku, niin erityisesti työn aikataulu- tuksessa oli haastetta. Opinnäytetyön suunnitelman esittämisen jälkeen oli projektisyklimallin avulla helppo antaa jokaiselle työn eri vaiheelle aikataulu- raamit, joissa tuli pysyä, jotta työ valmistuisi määräaikaan mennessä.

10.1 Aineistonkeruumenetelmien tarkastelu

Aineistonkeruumenetelmiksi valittiin käyttäjäkysely ja tiedonhaku, koska opinnäytetyön avulla haluttiin sekä tutkittuun tietoon että työelämän käyttäjäkokemuksiin pohjautuvaa tietoa toimintaterapian arviointimenetelmistä. Opinnäytetyöntekijät halusivat näin varmistaa, että tutkimusten mukaan luotettava ja toistettava arviointimenetelmä on myös työelämässä käyttökelpoinen. Näin voitiin minimoida riskit, että Hoitokoti Kuikanpesään suositellussa arviointimenetelmäkokonaisuudessa olisi työelämän käyttötarkoituksiin huonosti sopivia menetelmiä.

Käyttäjäkysely toteutettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulussa käytössä olevan, kansainvälisesti tunnetun ja luotettavan, Digium- Enterprise internet-kyselyohjelman avulla. Kyselyohjelman käyttö osoittautui helpoksi ja nopeaksi menetelmäksi kerätä tietoa suurelta otantajoukolta.

Ennen kyselyn työstämistä allekirjoittaneet tekivät alustavaa tiedustelua sopivista kyselyyn vastaajista. Alustavan tiedustelun perusteella sopivia kyselyyn vastaajia eli aikuispsykiatristen asiakkaiden parissa työskenteleviä toimintaterapeutteja tuntui olevan tarpeeksi suuri määrä (60-80 vastaaja) ja intoa kyselyyn vastaamiseen näytti myös löytyvän. Mahdollisimman suurella vastaajien lukumäärällä opinnäytetyöntekijät halusivat lisätä käyttäjäkokemusten yleistävyyttä.

Opinnäytetyöntekijöille tuli yllätyksenä, että joissakin sairaanhoitopiireissä myös työntekijöihin kohdistuvassa tutkimuksessa vaaditaan sairaanhoitopiiriin oma tutkimuslupa. Opinnäytetyön aikataulusuunnitelmassa ei oltu huomioitu tätä seikkaa ja siksi käyttäjäkyselyn julkaiseminen hieman viivästyi opinnäytetyösuunnitelmassa mainitusta aikataulusta. Sillä ei kuitenkaan ollut opinnäytetyön tekemisen kannalta ratkaisevaa merkitystä, vaan opinnäytetyö valmistui sovituissa aikataulussa. Yksi sairaanhoitopiiri ilmoitti lupakäytännöstä niin myöhään, että opinnäytetyön aikataulun puitteissa kyseisen sairaanhoitopiiriin toimintaterapeutit oli jätettävä kyselyn ulkopuolelle. Allekirjoittaneet eivät näe

tämän vaikuttaneen olennaisesti tutkimuksen lopputuloksiin, koska mahdollisia vastaajia jäi näin tavoittamatta vain neljä.

Käyttäjäkysely julkaistiin pilotoinnin jälkeen toukokuussa 2011 ja se lähetettiin 63:lle oletettavasti työelämässä olevalle toimintaterapeutille. Tässä vaiheessa selvisi, että sähköpostilistalla oli myös yhden äitiyslomalla olevan ja kahden fysioterapeutin yhteystiedot. Fysioterapeutit ilmoittivat itse virheestä ja heidät poistettiin kyselystä. Allekirjoittaneet pohtivat, että oliko ajankohdalla mahdollisesti vaikutusta vastausinnokkuuteen, koska kyselyn lähettäminen ja vastaamisaika osuivat kesälomakaudelle touko-kesäkuulle. Toisaalta tämän opinnäytetyön aikataulujen puitteissa kyselyn lähettämistä ei voitu aikaistaa ja kyselyn vastausten odottaminen kesälomakauden yli olisi kuormittanut allekirjoittaneita syksyllä kohtuuttomasti, koska opinnäytetyö oli tarkoitus esittää ennalta sovitusti marraskuussa 2011.

Kyselytutkimuksen aineisto analysoitiin tilastollisesti kuvaavan aineiston analyysin avulla. Tuloksia havainnollistettiin kuvioiden avulla, joita selvennettiin tekstillä. Kuvioissa ja tekstiosuudessa pyrittiin esittämään ilmiöiden yleisyyttä ja määrää. Vastausprosentit ja vastausten määrät saatiin suoraan kyselyohjelman analyysityökalusta, tosin hylätty vastauslomake aiheutti sen, että prosentit ja määrät olivat hieman virheellisiä. Tämän takia prosenttiosuudet laskettiin käsin, mikä työllisti suunniteltua enemmän. Muuten aineiston analyysi oli melko helppoa Digium- Enterprise ohjelman avulla. Käyttäjästävällisyyden ja luotettavuuden ansiosta tutkijat voivat vilpittömästi suositella ohjelmiston käyttöä muillekin.

Tiedonhaku, sekä alustava että tarkennettu, osoittautuivat opinnäytetyöprosessissa erittäin työllistäviksi osa-alueiksi. Toimintaterapeutteja asiakkaan osallistumista ja suoriutumista arvioivia haastattelu-, havainnointi- ja itsearviointimenetelmiä on määrällisesti varsin vähän ja näin ollen käyttäjäkyselyyn voitiin ottaa lähes kaikki mukaanottokriteerit täyttävät toimintaterapian suoriutumista ja osallistumista arvioivat menetelmät. Alustavan tiedonhaun jälkeen allekirjoittaneet päättivät jättää vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaitoja arvioi-

van ACIS-menetelmän pois käyttäjäkyselystä, koska siitä ei löytynyt tuoreita luotettavuustutkimuksia. Käyttäjäkyselyn vastauksissa ACIS mainittiin muuttamassa avoin kysymys -kohdassa, mutta sen käyttö oli hyvin työpaikkakohtaista ja lähinnä muita menetelmiä tukeva lisäinformaation lähde.

Tarkennetussa tiedonhaussa oli vaikea löytää tutkimuksia, jossa kaikki mukaanottokriteerit olisivat täyttyneet samassa tutkimuksessa. Tässä opinnäytetyössä haluttiin käyttää vain tuoreimpia alan tutkimuksia ja siksi ehdottomana ikärajana pidettiin 2000-luvulla tehtyä tutkimusta. Eniten mielenterveysasiakkaiden parissa 2000-luvulla tehtyä tutkimusta löytyi MOHOST:sta. OSA:sta löytyi myös tuoreita tutkimuksia, mutta kohdennetusti psykiatristen asiakkaiden parissa tehtyjä tutkimuksia löytyi yllättävänkin vähän. OPHI-II menetelmästä oli tehty laadukasta tutkimusta suurilla tutkimusjoukoilla, mutta tuoreimmatkin käsiin saadut tutkimukset olivat jo 2000-luvun alussa tehtyjä. Toisaalta toimintaterapian suoriutumista ja osallistumista mittaavien menetelmien tulisi arvioida kyseisiä asioita terveydentilasta riippumatta, joten siksi tämän opinnäytetyön tarkennettuun tiedonhakuun otettiin mukaan myös niitä laadukkaita tutkimuksia, joissa tutkimuskohderyhmän diagnoosi oli jokin muu kuin mielenterveysongelmat.

Tämän opinnäytetyön resurssien puitteissa tehty käyttäjäkysely ja tiedonhaku vakuuttivat allekirjoittaneet siitä, että hoitokodille valitut kolme toimintaterapian arviointimenetelmää ovat työelämässä käyttökelpoisia ja laadukkaita. Opinnäytetyössä käytetyt aineistonkeruumenetelmät, kyselytutkimus ja tiedonhaku, osoittautuivat käytännön työtä hyvin palvelevaksi yhdistelmäksi.

10.2 Tulosten tarkastelu

Käyttäjäkyselyn vastauksissa tuli esille sekä ennalta odotettuja että yllättäviä asioita. Oli selvää, että niitä menetelmiä, joihin tarvitaan menetelmäkohtainen koulutus, käyttävät vain ne toimintaterapeutit joilla on kyseinen koulutus. Esimerkiksi AMPS:a pidettiin yleisesti vastaajien keskuudessa luotettavana me-

netelmänä, mutta sitä käytettiin vähän, koska menetelmän käyttäminen vaatii koulutuksen ja koulutus on melko kallis. Sen sijaan yllättävää oli, että COPM:a käytettiin vähän, vaikka sen käyttämiseen ei vaadita koulutusta ja sitä pidettiin yleisesti luotettavana arviointimenetelmänä. Tähän voi olla syynä se, että COPM:n virallinen suomenkielinen manuaali on ollut käytettävissä vasta vähän aikaa.

WRI nousi käyttäjäkyselyssä käytetyimmäksi haastattelumenetelmäksi, mutta tässä opinnäytetyössä tarkennettuun tiedonhakuun ja lopulta Hoitokoti Kuirkanpesälle suositeltuun arviointikokonaisuuteen valittiin OPHI-II. Perusteluna nähtiin, että WRI arvioi toimintakykyä liian yksipuolisesti, koska sen avulla arvioidaan asiakkaan työhistoriaa ja –roolia. Allekirjoittaneiden mielestä OPHI-II sopii elämäkerrallisen luonteensa vuoksi paremmin hoitokodissa asuvien asiakkaiden arviointiin. Tehostetussa palveluasumisessa tai palveluasumisessa asuvien henkilöiden kohdalla työelämään siirtyminen on varsin epärealistista, tai työelämän valmiuksia on ajankohtaista arvioida vasta siinä vaiheessa, kun asiakkaat ovat siirtyneet tukiasumiseen tai itsenäiseen asumiseen.

Käyttäjäkyselyn tuloksissa tuli esille, että aikuispsykiatriassa työskentelevien toimintaterapeuttinen arviointi on valtakunnallisesti katsottuna varsin monen kirjavaa. Toimintaterapeutit käyttävät paljon itse tehtyjä haastattelu- ja havainnointirunkoja sekä moniammatillisia arviointimenetelmiä. Toki kansainvälisesti tutkittuja arviointimenetelmiä käytetään myös laajasti, mutta vastausten perusteella yhtenäistä arviointilinjaa ei aikuispsykiatrisessa toimintaterapiassa näytä olevan. Sairaanhoidopiirien omat arviointivälineet ovat varmasti käyttökelpoisia silloin, kun asiakasta kuntoutetaan saman yksikön sisällä koko ajan. Jos asiakas kuitenkin jossakin kuntoutuspolkunsa vaiheessa siirtyy toisen sairaanhoidopiirin tai yksityisen hoidon yksikköön, niin toistettavuuden kannalta olisi tärkeää että arviointimenetelmät olisivat valtakunnallisesti samoja. Toistettavuuden avulla arvioinnin luotettavuuskin paranisi.

10.3 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta on hyvä tarkastella kriittisesti. Tämä työ tehtiin yksityiselle mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita tuottavalle yritykselle, mutta käyttäjäkyselyt lähetettiin pääasiassa sairaanhoitopiirien aikuispsykiatriin yksiköihin. Tämä siksi, että allekirjoittaneiden saamien tietojen mukaan yksityisellä sektorilla aikuispsykiatriassa ei työskentele montaa toimintaterapeuttia.

Kuikanpesän asiakkaat ovat lähes poikkeuksetta ei-akuutteja mielenterveyskuntoutujia, mutta käyttäjäkyselyyn vastasi sekä akuuttien että ei-akuuttien kuntoutujien kanssa työskenteleviä toimintaterapeutteja. Rajausta vastaamisen suhteen ei tehty, koska se olisi ollut käytännössä hankalaa ja tässä opinnäytetyössä haluttiin kartoittaa mahdollisimman laajasti työelämän käyttäjäkokemuksia. Siksi jääkin arvailujen varaan, että olisiko käytetyimmiksi arviointimenetelmiksi nousseet jotkin muut menetelmät, jos vastaajina olisi ollut vain ei-akuuttien asiakkaiden kanssa työskentelevät toimintaterapeutit.

Luotettavuuteen voi myös vaikuttaa käyttäjäkyselyyn vastanneiden motivaatio ja kiinnostuneisuus tämän tyyppiseen tutkimukseen. Allekirjoittaneet eivät juurikaan voineet vaikuttaa kyselyn ulkoasuun, vaan Digium -ohjelma määritteli sen. Käyttäjäkyselyn ulkoasu oli melko tavallinen ja ei erityistä huomiota herättävä. Allekirjoittaneet miettivät, että olisiko toisenlainen ulkoasu innostunut vastaamaan myös niitä, jotka nyt jättivät vastaamatta. Voidaan myös pohtia, että onko nykyajan hektisessä työelämässä aikaa istua varttitunti rauhassa miettien omia työkäytäntöjä ja niihin vaikuttavia asioita. Kyselyn vastaamiseen kuluneista ajoista päätelleen näytti yhtä lukuun ottamatta siltä, että vastauksia on mietitty, mikä lisäisi käyttäjäkyselyn vastausten luotettavuutta.

Arviointikokonaisuuden kontekstisidonnaisuus asettaa tutkijat myös vastuuseen menetelmäkokonaisuuden laadusta. Menetelmien valinta käyttäjäkyselyyn oli tutkijoiden subjektiivinen näkemys siitä, mitkä arviointimenetelmät

soveltuvat Kuikanpesän palveluasumisen kontekstiin. Valintaa ohjasi tiivis yhteistyö toimeksiantajan kanssa, sekä opinnäytetyöprosessin aikana suoritettua työssä oppimisen jaksot Hoitokoti Kuikanpesässä. Edellä mainitut asiat lisäsivät tutkijoiden mielestä käyttäjäkyselyyn valittujen arviointimenetelmien valinnan luotettavuutta.

Tiedonhaun luotettavuutta voi vähentää se, että opinnäytetyöntekijät eivät ole ehkä löytäneet käyttämistään tietokannoista parhaita mahdollisia tutkimuksia. Allekirjoittaneiden oli kuitenkin heti opinnäytetyöprosessin alussa tehtävä selvä rajausta mitä hakukoneita tullaan käyttämään, koska useampien käyttö ei olisi opinnäytetyölle varatun aikataulun puitteissa ollut mahdollista.

10.4 Eettisyys

Opinnäytetyöprosessissa joutuu ratkaisuja perustelemaan eettisesti jo aihevalintaa tehtäessä. Tutkimuksen tekijän on esitettävä perustelut sille, miksi aihe on tutkimuksen arvoinen ja tarpeellinen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 26.) Tämän opinnäytetyön aihe valittiin työelämästä nousseen tarpeen vuoksi. Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitokoti Kuikanpesään suositellaan arviointikonaisuutta, mikä näyttäisi soveltuvan parhaiten heidän käyttöönsä. Täähän perustuen opinnäytetyö on ollut tarpeellinen ja perusteltu.

Toinen eettisesti tärkeä asia on tutkimukseen ja aineiston keruuseen osallistuvien henkilöiden tietoisuus siitä mihin he osallistuvat, mihin kerättyä tietoa käytetään ja miten heiltä kerätty tieto hyödyttää heitä. Opinnäytetyöhön osallistuvien henkilöiden on lisäksi voitava luottaa siihen, että heidän anonymiteettinsä säilyy tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Johnson & Long 2007, 31–33.) Jo heti opinnäytetyön alkumetreillä selvisi, että aikuispsykiatristen asiakkaiden parissa työskentelevien toimintaterapeuttien sähköpostitiedot eivät ole julkisesti saatavilla, esimerkiksi sairaanhoitopiirien verkkosivuilla. Eri sairaanhoitopiireillä on omat tapansa hoitaa opinnäytetöihin ja muihin tutkimuksiin liittyvät käytännöt. Tarvittaessa yhteystietopyyntöjen saatteeksi liitettiin tutkimussuunni-

telma ja tutkimuslupahakemus. Kaikki yhteystiedot hävitetään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Toimintaterapeuteille lähetetyn käyttäjäkyselyn saatelehdellä kerrottiin, mistä tässä opinnäytetyössä on kysymys ja että kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Kyselyn loppusanojen yhteydessä kyselyn vastaajille ilmoitettiin opinnäytetyön valmistumisajankohta, julkistamisajankohta ja verkkosivut, mistä valmiin työn voi käydä lukemassa. Opinnäytetyö täyttää allekirjoittaneiden mielestä näiltä osin tutkimukselle asetetut eettiset periaatteet.

10.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöstä hyötty ensisijaisesti yhteistyökumppani Hoitokoti Kuikanpesä, sillä allekirjoittaneet tekivät tutkimusta Kuikanpesän asiakkaita varten. Opinnäytetyön kautta saatiin selville ne arviointimenetelmät, joiden nähtiin parhaiten palvelevan aikuispsykiatrisen asiakkaan toimintaterapia-arviointia palveluasumisyksikössä. Lisäksi tutkimus antaa vastauksia siihen, mitkä arviointimenetelmät nähtiin luotettavana ja mitä arviointimenetelmiä on kansainvälisesti tutkittu ja arvioitu.

Jatkotutkimusaihetta pohdittaessa tulee mieleen, että lisääntykö COPM:n käyttö lähitulevaisuudessa, koska manuaalista on juuri tullut suomennos. Tämän opinnäytetyön tuloksissa tuli esille, että sitä pidettiin luotettavana menetelmänä, mutta käytettiin vielä työelämässä varsin vähän. Allekirjoittaneet miettivät, että ilman koulutusta englanninkieliseen manuaaliin on voinut olla vaikea perehtyä. Moni vastaaja ilmoitti, että työpaikalle on hankittu tai ollaan hankkimassa kyseinen suomenkielinen arviointimenetelmä, mutta siihen ei ole vielä ehditty perehtyä.

Lisäksi opinnäytetyöntekijät miettivät, miten AMPS menetelmän suomennos vaikuttaisi havainnointimenetelmän käyttöön. Menetelmän käyttäjät pitivät AMPS:a luotettavana (88% käyttäjistä), mutta heistä vain 29% oli sitä mieltä

että sitä on helppo käyttää. Kyselyssä ei kuitenkaan eroteltu tarkemmin syitä miksi menetelmää on helppo tai vaikea käyttää, joten yksi jatkotutkimuksen aihe voisi olla lisäisikö AMPS:n suomennos menetelmän käytön helppoutta ja käyttöä ylipäätään.

Opinnäytetyön tekeminen avasi tutkijoiden silmät toimintaterapia-arvioinnin monenkirjaisuudesta. Käyttäjäkysely vahvisti ennakkokäsityksiä siitä, että aikuispsykiatrisen asiakkaan arvioinnissa käytetään valtavasti itse tehtyjä arviointimenetelmiä, vaikka kansainvälisesti tutkittuja ja laadukkaita arviointimenetelmiäkin olisi tarjolla. Allekirjoittaneet toivovatkin, että tämä työ hyödyttäisi Hoitokoti Kuikanpesän lisäksi myös jo työelämässä olevia toimintaterapeutteja. Ehkä joku uskaltautuu kokeilemaan itselleen vierasta arviointivälinettä, jos se on tuloksissa noussut yleisesti käytetyksi menetelmäksi. Opinnäytetyöntekijät toivovat, että tämän työn myötä keskustelu arvioinnin tärkeydestä vilkastuu ja mahdollisesti joskus tulevaisuudessa mielenterveysasiakkaiden toimintaterapia-arviointi yhdenmukaistuu. Vaikka psykiatrisen asiakkaan arviointi voi olla hyvin haastavaa, niin luotettavien ja toistettavien arviointivälineiden käyttöä tulisi työelämässä laaja-alaisesti suosia, sillä se lisää näyttöä työn tuottavuudesta ja tärkeydestä.

Sekä laitoksissa että avotoimintaterapiassa suositaan epävirallisia, esimerkiksi itse laadittuja, lomakkeita. Haastattelu ja havainnointi voivat siis olla hyvin erilaisia eri terapeuttien toteuttamina.

Arviointikäytäntöjen ja mittarivalikoiman yhdentyminen käytännön työssä takaisi paremmat lähtökohdat tasa-arvoiselle toimintaterapiapalveluiden toteutumiselle. http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/images/stories/vake_1_ja_2.pdf

LÄHTEET

Ahonen, J. & Fröjd, S. 2009. Pirkanmaan mielenterveyskuntoutujien asumispalveluselvytys. Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 5/2009. Tampere: Yliopistopaino Oy.

Asumista ja kuntoutusta – mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2007:3. Helsinki.

Baron, K., Kielhofner, G., Lyenger, A., Goldhammer, V. & Wolenski, J. 2007. OSA. Toimintamahdollisuuksien itsearviointi. Käsikirja. Helsinki: Helsingin painotuote.

Cahill, M., Connolly, D. & Stapleton, T. 2010. Exploring occupational adaptation through the lives of women with multiple sclerosis. The British Journal of occupational therapy 2010, 3.

Creek J., Lougher L. & Van Brukken H. (toim). 2008. Occupational therapy and mental health. Fourth edition. Churchill Livingstone Elsevier.

Elovainio, M., Lindfors, O., Uutela, A. & Heponiemi, T. 2011. Suositus psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseksi väestötutkimuksissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Viitattu 07.03.2011.
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S007_suositus_psykkinen_vt_110126.pdf

Forsyth, K., Parkinson, S., Kielhofner, G., Kramer, J., Summerfield Mann, L. & Duncan, E. 2006. The measurement properties of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). The British Journal of occupational therapy.

Harra, T., Aralinna, V., Heikkilä, M., Korkiatupa, R., Löytönen, K. & Onkalo-Okkonen, R. 2006. Kohti toimintakyvyn kokonaisvaltaista arviointia. Helsinki: Duodecim 2006:122.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hvalsøe, B. & Josephsson, S. 2003. Characteristics of Meaningful Occupations from the Perspective of Mentally Ill People. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* Vol 10, 61–71.

ICF 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Käännös Stakes, ohjeita ja luokituksia. Jyväskylä: Stakes, 2004:4.

Johnson, M. & Long, T. 2007. Research Ethics. Teoksessa Gerrish, K., Lacey, A. (toim.) *The Research Process in Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 31 - 42.

Julkunen, J. & Åberg, H. 2008. "Otan käyttöön kikka B:n" OSA-toimintamahdollisuuksien itsearviointivälineen soveltuvuus A-klinikan asiakkaiden kotikäynnin tukena. *Opinnäytetyö*. Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu, toimintaterapian koulutusohjelma.

Jyväskylän yliopiston kurssi- ja oppimateriaalipolku. 2011. Viitattu 29.8.2011.

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/tilastollisesti-kuvaava-analyysi>

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. *Kuntoutuksen perusteet*. Helsinki. WSOY.

Kielhofner, G. 2008. *Model of Human Occupation. Theory and application*. Fourth Edition. Yhdysvallat: Lippincot Williams & Wilkins.

Kielhofner, G., Fan, C-W., Morley, M., Garnham, M., Heasman, D., Forsyth, K., Lee, S. & Taylor, R. 2010. A Psychometric Study of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). *Hong Kong Journal of Occupational Therapy* 2010, 2.

Kielhofner, G. & Forsyth, K. 2001. Measurement properties of a client self-report for treatment planning and documenting therapy outcomes. Viitattu 29.7.2011. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Cinahl (EBSCO).

Kielhofner, G., Mallinson, T., Forsyth, K. & Lai, J-S. 2001. Psychometric Properties of the Second Version of the Occupational Performance History Interview (OPHI-II). *American Journal of Occupational Therapy* 2001, 3.

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

Lappalainen, M., Pelkonen, M. & Kylmänen, J. 2004. Mielenterveyskuntoutujien kuvaus itsetunnon tukemisesta hoitotyössä. *Hoitotiede* 2.2004. Vammala: Kirjapaino.

Launiainen, H. Matikka, L. Talvitie, U. & Gould, R. 2001. Mielikuvia toimintakyvystä - mitä arvioidaan ja mitataan? Teoksessa Talo, S. (toim.). *Toimintakyky - viitekehyksestä arviointiin ja mittauksen*. Turku. Sosiaali - ja terveysturvan katsauksia 49, 133 -143. Kela.

Law, M. & Baum, C. 2005. *Measurement in Occupational Therapy*. Teoksessa: Law, M., Baum, C. & Dunn, W. 2005. *Measuring Occupational Performance*. Thorofare, USA: Slack Incorporated.

Law, M., King, G. & Russell, D. 2001. *Guiding Decisions in Occupational Therapy*. Teoksessa: Law, M., Baum, C. & Dunn, W. 2001. *Measuring Occupational Performance*. Thorofare, USA: Slack Incorporated.

Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen T. (toim.). 2001. *Psykiatria*. Duodecim. Hämeenlinna.

Metsämuuronen, J. 2006. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Mulligan, S. 2003. *Occupational Therapy Evaluation for Children. A pocket guide*. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

Neistadt, M. E. 1998. *Introduction to Evaluation and Interviewing*. Teoksessa: Neistadt, M. E. & Besdell Crepeau, E. Willard & Spackman's *Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pan, A-W., Fan, C-W., Chung, L., Chen, T-J., Kielhofner, G., Wu, M-Y & Chen, Y-L. 2011. Examining the validity of the Model of Human Occupation Screening Tool: using classical test theory and item response theory. *British Journal of Occupational Therapy* 2011, 1: 34-40.

Pirkola, S., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Koskinen, S., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. 2005. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Result from the Health 2000 study. *Sosiaalipsykiatria ja Psykiatriset Epidemiologia*. 2005a, 40: 1-10.

Pirkola, S. & Lönnqvist, J. 2002. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim). *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 – tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki.

Pirkola, S. & Sohlman, B. (toim). 2005. *Mielenterveysatlas. Tunnuksilukuja Suomesta*. Helsinki. Stakes. Viitattu 06.03.2011.
<http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/0752E814-2B67-4C60-9891-5078B3588A88/0/MielenterveysAtlas2005.pdf>

Polatajko, H., Townsend, E. & Craik, J. 2007. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). Teoksessa *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being and justice through occupation*. CAOT. Kanada

Rissanen, P. 2007. *Skitsofreniasta kuntoutuminen*. Pori: Mielenterveyden keskusliitto.

Salonen, K. 1998. *Mielenterveys- kriisit- sairaus*. Teoksessa: Munnukka, T. *Hoitotyön vuosikirja*. Mielenterveys. Helsinki: Kirjayhtymä.

Sariola, E. & Ojanen, M. 1997. *Hoito vai pakkohoito*. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Silfverberg, P. 2007. *Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja*. Työministeriö. Konsulttitoimisto Planpoint Oy.

Sohlman, B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielen-
terveyden kuvaajana. Helsinki. Stakes.

Sturgess, J., Rodger, S. & Ozanne, A. 2002. A Review of the Use of Self-
Report Assessment with Young Children. *British Journal of Occupational
Therapy*. 65 (3). 108 -115.

Suojasalmi, J. 2009. Päihdeongelmaiset mielenterveys- ja päihdepalveluissa –
esimerkki päihdepalveluiden ja päihtyneiden akuuttipalvelujen kehittämisestä
kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan. Viitattu 23.8.2011.
[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-
7205.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-7205.pdf)

Suomen toimintaterapeuttiliitto ry. 2010. Karhula, M., Heiskanen, T., Juntunen,
K., Kanelisto, K., Kantanen, M., Kanto-Ronkanen, A. & Lautamo, T. 2010. Hy-
vät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Arvioinnin lähtökoh-
dat ja suositukset. Viitattu 7.3.2011.
<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/images/stories/arviointijulkaisu.pdf>

Terveyskirjasto 2007. Mielenterveyshäiriö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
Viitattu 06.03.2011.
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02123&p_hak
u=mielenterveysh%E4iri%F6](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02123&p_haku=mielenterveysh%E4iri%F6)

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenter-
veys ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY oppimateri-
aalit oy.

WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. 2000. Cross-
national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders.
Bulletin of the World Health Organization. 2000, 78: 413-426.

LIITTEET

LIITE 1. Käyttäjäkysely

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn!

Kiitokset jo näin etukäteen että olet päättänyt vastata kyselyymme ja auttaa näin opinnäytetyömme tekemisessä.

Kyselymme tarkoitus on selvittää aikuispsykiatrisen potilaan osallistumista ja suoriutumista arvioivien menetelmien käyttäjäkokemuksia.

Kysely etenee järjestyksessä havainnointi,- haastattelu ja itsearviointimenetelmät.

Kysymykset ovat monivalintakysymyksiä ja voit valita vastausvaihtoehdoista yhden tai useamman vastauksen. Mikäli valmiit vastausvaihtoehdot eivät ole mielestäsi riittäviä, voit täydentää vastaustasi kohtaan **..jonkin muun syyn takia**. Jos käytössäsi on jokin muu arviointimenetelmä, jota ei ole mainittu, voit laittaa sen perusteluineen kohtaan **...muu havainnointimenetelmä, ...muu haastattelumenetelmä, ...muu itsearviointimenetelmä**.

Kysely etenee painettuasi sivun oikeassa alareunassa olevaa **seuraava** painiketta. Mikäli haluat mennä takaisin ja täydentää vastauksiasi, paina sivun vasemmassa alareunassa olevaa **takaisin** painiketta. Kyselyn viimeisen sivun oikeassa alareunassa on painikelähetä, jota klikkaamalla vastauksesi lähtee kyselyn tekijöille.

Kiitoksia vastauksestasi!

AMPS (The Assessment of Motor and Process Skills) havainnointimenetelmä

käytän, koska se soveltuu hyvin psykiatrisen potilaan arviointiin	
käytän, koska sitä on helppo käyttää	
käytän, koska se arvio monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä	
käytän, koska se on mielestäni luotettava arviointimenetelmä	
käytän, koska sen avulla on helppo seurata potilaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia	
käytän, koska tietoa menetelmän käytöstä on hyvin saatavilla	

käytän, koska olen saanut koulutuksen arviointimenetelmän käyttöön	
käytän, koska en ole perehtynyt muihin havainnointimenetelmiin	
käytän, vaikken haluaisi, koska työpaikalla on sovittu että käytetään	
käytän, vaikken haluaisi, koska olen saanut koulutuksen ja minulta odotetaan käyttöä	
käytän, vaikken haluaisi, koska muuta parempaa havainnointimenetelmää ei ole mahdollista käyttää	
en käytä	
käytän jonkin muun takia, minkä?	

en käytä AMPS havainnointimenetelmää, koska

en ole saanut koulutusta arviointimenetelmän käyttöön	
se ei mielestäni sovellu psykiatristen potilaiden arviointiin	
sitä on mielestäni monimutkainen ja vaikea käyttää	
arviointi tällä menetelmällä vie liikaa aikaa	
mielestäni se ei ole luotettava	
menetelmän avulla on vaikea saada tietoa potilaan toimintakyvyssä tapahtuvista muutoksista	
tietoa menetelmän käytöstä on vaikea saada	
arviointimenetelmä ei ole suomenkielinen	
jokin muu syy, mikä	

MOHOST (The Model of Human Occupation Screening Tool) havainnointimenetelmä

käytän, koska se soveltuu hyvin psykiatrisen potilaan arviointiin	
käytän, koska sitä on helppo käyttää	
käytän, koska se arvio monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä	
käytän, koska se on mielestäni luotettava arviointimenetelmä	
käytän, koska sen avulla on helppo seurata potilaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia	
käytän, koska tietoa menetelmän käytöstä on hyvin saatavilla	
käytän, koska olen saanut koulutuksen arviointimenetelmän käyttöön	
käytän, koska menetelmä on saatavilla suomen kielellä	
käytän, koska en ole perehtynyt muihin havainnointimenetelmiin	
käytän, vaikken haluaisi, koska työpaikalla on sovittu että käytetään	
käytän, vaikken haluaisi, koska olen saanut koulutuksen ja minulta odotetaan käyttöä	
käytän, vaikken haluaisi, koska muuta parempaa havainnointimenetelmää ei ole mahdollista käyttää	
en käytä	
käytän jonkin muun takia, minkä?	

en käytä MOHOST havainnointimenetelmää, koska

en ole saanut koulutusta arviointimenetelmän käyttöön	
se ei mielestäni sovellu psykiatristen potilaiden arviointiin	
sitä on mielestäni monimutkainen ja vaikea käyttää	
arviointi tällä menetelmällä vie liikaa aikaa	
mielestäni se ei ole luotettava	
menetelmän avulla on vaikea saada tietoa potilaan toimintakyvyssä tapahtuvista muutoksista	
tietoa menetelmän käytöstä on vaikea saada	
jokin muu syy, mikä	

VQ (The Volitional Questionnaire) havainnointimenetelmä

käytän, koska se soveltuu hyvin psykiatrisen potilaan arviointiin	
---	--

käytän, koska sitä on helppo käyttää	
käytän, koska se arvio monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä	
käytän, koska se on mielestäni luotettava arviointimenetelmä	
käytän, koska sen avulla on helppo seurata potilaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia	
käytän, koska tietoa menetelmän käytöstä on hyvin saatavilla	
käytän, koska olen saanut koulutuksen arviointimenetelmän käyttöön	
käytän, koska menetelmä on saatavilla suomen kielellä	
käytän, koska en ole perehtynyt muihin havainnointimenetelmiin	
käytän, vaikken haluaisi, koska työpaikalla on sovittu että käytetään	
käytän, vaikken haluaisi, koska olen saanut koulutuksen ja minulta odotetaan käyttöä	
käytän, vaikken haluaisi, koska muuta parempaa havainnointimenetelmää ei ole mahdollista käyttää	
en käytä	
käytän jonkin muun takia, minkä?	

en käytä VQ arviointia, koska

en ole saanut koulutusta arviointimenetelmän käyttöön	
se ei mielestäni sovellu psykiatristen potilaiden arviointiin	
sitä on mielestäni monimutkainen ja vaikea käyttää	
arviointi tällä menetelmällä vie liikaa aikaa	
mielestäni se ei ole luotettava	
menetelmän avulla on vaikea saada tietoa potilaan toimintakyvyssä tapahtuvista muutoksista	
tietoa menetelmän käytöstä on vaikea saada	
jokin muu syy, mikä	

OPHI-II (The Occupational Performance History Interview II) haastattelumenetelmä

käytän, koska se soveltuu hyvin psykiatrisen potilaan arviointiin	
käytän, koska sitä on helppo käyttää	
käytän, koska se arvio monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä	
käytän, koska se on mielestäni luotettava arviointimenetelmä	
käytän, koska sen avulla on helppo seurata potilaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia	
käytän, koska tietoa menetelmän käytöstä on hyvin saatavilla	
käytän, koska olen saanut koulutuksen arviointimenetelmän käyttöön	
käytän, koska menetelmä on saatavilla suomen kielellä	
käytän, koska en ole perehtynyt muihin haastattelumenetelmiin	
käytän, vaikken haluaisi, koska työpaikalla on sovittu että käytetään	
käytän, vaikken haluaisi, koska olen saanut koulutuksen ja minulta odotetaan käyttöä	
käytän, vaikken haluaisi, koska muuta parempaa haastattelumenetelmää ei ole mahdollista käyttää	
en käytä	
käytän jonkin muun takia, minkä?	

en käytä OPHI-II haastattelumenetelmää, koska

en ole saanut koulutusta arviointimenetelmän käyttöön	
se ei mielestäni sovellu psykiatristen potilaiden arviointiin	
sitä on mielestäni monimutkainen ja vaikea käyttää	
arviointi tällä menetelmällä vie liikaa aikaa	
mielestäni se ei ole luotettava	

menetelmän avulla on vaikea saada tietoa potilaan toimintakyvyssä tapahtuvista muutoksista	
tietoa menetelmän käytöstä on vaikea saada	
jokin muu syy, mikä	

COPM (Canadian Occupational Performance Measure) haastattelumenetelmä

käytän, koska se soveltuu hyvin psykiatrisen potilaan arviointiin	
käytän, koska sitä on helppo käyttää	
käytän, koska se arvio monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä	
käytän, koska se on mielestäni luotettava arviointimenetelmä	
käytän, koska sen avulla on helppo seurata potilaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia	
käytän, koska tietoa menetelmän käytöstä on hyvin saatavilla	
käytän, koska olen saanut koulutuksen arviointimenetelmän käyttöön	
käytän, koska menetelmä on saatavilla suomen kielellä	
käytän, koska en ole perehtynyt muihin haastattelumenetelmiin	
käytän, vaikken haluaisi, koska työpaikalla on sovittu että käytetään	
käytän, vaikken haluaisi, koska olen saanut koulutuksen ja minulta odotetaan käyttöä	
käytän, vaikken haluaisi, koska muuta parempaa haastattelumenetelmää ei ole mahdollista käyttää	
en käytä	
käytän jonkin muun takia, minkä?	

en käytä COPM haastattelumenetelmää, koska

en ole saanut koulutusta arviointimenetelmän käyttöön	
se ei mielestäni sovellu psykiatristen potilaiden arviointiin	
sitä on mielestäni monimutkainen ja vaikea käyttää	
arviointi tällä menetelmällä vie liikaa aikaa	
mielestäni se ei ole luotettava	
menetelmän avulla on vaikea saada tietoa potilaan toimintakyvyssä tapahtuvista muutoksista	
tietoa menetelmän käytöstä on vaikea saada	
jokin muu syy, mikä	

WRI (The Worker Role Interview) haastattelumenetelmä

käytän, koska se soveltuu hyvin psykiatrisen potilaan arviointiin	
käytän, koska sitä on helppo käyttää	
käytän, koska se arvio monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä	
käytän, koska se on mielestäni luotettava arviointimenetelmä	
käytän, koska sen avulla on helppo seurata potilaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia	
käytän, koska tietoa menetelmän käytöstä on hyvin saatavilla	
käytän, koska olen saanut koulutuksen arviointimenetelmän käyttöön	
käytän, koska menetelmä on saatavilla suomen kielellä	
käytän, koska en ole perehtynyt muihin haastattelumenetelmiin	
käytän, vaikken haluaisi, koska työpaikalla on sovittu että käytetään	
käytän, vaikken haluaisi, koska olen saanut koulutuksen ja minulta odotetaan käyttöä	
käytän, vaikken haluaisi, koska muuta parempaa haastattelumenetelmää ei ole mahdollista käyttää	
en käytä	
käytän jonkin muun takia, minkä?	

en käytä WRI haastattelumenetelmää, koska

en ole saanut koulutusta arviointimenetelmän käyttöön	
se ei mielestäni sovellu psykiatristen potilaiden arviointiin	
sitä on mielestäni monimutkainen ja vaikea käyttää	
arviointi tällä menetelmällä vie liikaa aikaa	
mielestäni se ei ole luotettava	
menetelmän avulla on vaikea saada tietoa potilaan toimintakyvyssä tapahtuvista muutoksista	
tietoa menetelmän käytöstä on vaikea saada	
jokin muu syy, mikä	

OSA (The Occupational Self Assessment) itsearviointimenetelmä

käytän, koska se soveltuu hyvin psykiatrisen potilaan arviointiin	
käytän, koska sitä on helppo käyttää	
käytän, koska se arvio monipuolisesti asiakkaan toimintakykyä	
käytän, koska se on mielestäni luotettava arviointimenetelmä	
käytän, koska sen avulla on helppo seurata potilaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia	
käytän, koska tietoa menetelmän käytöstä on hyvin saatavilla	
käytän, koska olen saanut koulutuksen arviointimenetelmän käyttöön	
käytän, koska menetelmä on saatavilla suomen kielellä	
käytän, koska en ole perehtynyt muihin itsearviointimenetelmiin	
käytän, vaikken haluaisi, koska työpaikalla on sovittu että käytetään	
käytän, vaikken haluaisi, koska olen saanut koulutuksen ja minulta odotetaan käyttöä	
käytän, vaikken haluaisi, koska muuta parempaa itsearviointimenetelmää ei ole mahdollista käyttää	
en käytä	
käytän jonkin muun takia, minkä	

en käytä OSA itsearviointimenetelmää, koska

en ole saanut koulutusta arviointimenetelmän käyttöön	
se ei mielestäni sovellu psykiatristen potilaiden arviointiin	
sitä on mielestäni monimutkainen ja vaikea käyttää	
arviointi tällä menetelmällä vie liikaa aikaa	
mielestäni se ei ole luotettava	
menetelmän avulla on vaikea saada tietoa potilaan toimintakyvyssä tapahtuvista muutoksista	
tietoa menetelmän käytöstä on vaikea saada	
jokin muu syy, mikä	

Kiitos vastauksistasi!

Opinnäytetyömme valmistuu marraskuussa 2011 ja sähköinen versio on luettavissa Jyväskylän Ammattikorkeakoulun sivuilta keväällä 2012.

Terveisin Kati Hirvonen ja Matti Härkönen