



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

TUVA® - TOIMINTAKYKYMITTARI TYÖTERAPINEN YHDISTYS RY:LLÄ

Ohjaajien kokemuksia mittarin käytöstä

TEKIJÄT: Mari Grof
Katriina Kraemer

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma			
Työn tekijät Mari Grof ja Katariina Kraemer			
Työn nimi TUVA® - toimintakykymittari Työterapinen yhdistys ry:llä – Ohjaajien kokemuksia mittarin käytöstä			
Päiväys	04.09.2019	Sivumäärä/Liitteet	53/3
Ohjaaja Marja-Liisa Rissanen			
Toimeksiantaja Työterapinen yhdistys ry			
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata TUVA® -toimintakykymittaria työssään Työterapisella yhdistyksellä käyttävien ohjaajien kokemuksia kyseisen mittarin hyödynnettävyydestä ja käytettävyydestä. Tutkimuksen tavoitteena oli saada konkreettista tietoa siitä, kuinka ohjaajat hyödyntävät TUVA® -toimintakykymittarin tuottamaa tietoa käytännössä ja kokevatko he sen hyödylliseksi ja tarkoituksenmukaiseksi. Lisäksi raportin pohjalta tilaajalla on mahdollisuus saada selkeä kuva siitä, tuoko mittarin käyttäminen toivottua lisäarvoa mielenterveys- ja päihdetyöhön yhdistyksen asumispalveluyksiköissä. Tutkimuksesta nousseiden tulosten pohjalta esitimme tilaajalle kehittämisideoita mittarin käytön optimointiin.</p> <p>Toteutimme tutkimuksen kvalitatiivisena, eli laadullisena tutkimuksena. Aineiston keruun menetelmänä käytimme ryhmähaastattelua, johon osallistui neljä työntekijää kahdesta Työterapinen yhdistys ry:n asumisyksiköstä. Työntekijät toimivat ohjaajina ja heillä oli sosiaali- ja terveysalan koulutus sekä kokemusta mielenterveys- ja päihdetyöstä. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Työterapinen yhdistys ry, joka tarjoaa tukiasumista, palveluasumista sekä tehostettua palveluasumista täysi-ikäisille mielenterveys- ja päihdekuntoutujille Kuopion alueella, sekä Varkaudessa. Palveluiden sisältö ja asumismuoto määritellään asukkaan tuentarpeen mukaan.</p> <p>Tutkimuksen tulokset jakaantuivat ulkoisiin käyttäjäkokemuksiin vaikuttaviin tekijöihin sekä mittarin sisällöstä nouseviin käyttäjäkokemuksiin. Keskeisimpänä ulkoisesti käyttäjäkokemukseen vaikuttavana tekijänä nousi esille aika, johon sisältyi se, kuinka usein mittaria päivitettiin sekä käyttöön tarvittavan ja siihen järjestetyn ajan välinen suhde. Lisäksi muita käyttäjäkokemuksiin vaikuttavia tekijöitä olivat työyhteisön sisäiset käytännöt, hyödynnettävyys, mittarin avulla toimintakyvyn ja tuentarpeen tunnistamisen realistisuus sekä asukkaan osallistamisen mahdollistaminen ja vaikutus omaan hoitoonsa. Tutkimuksen tuloksissa esitimme kehitysideoita mittarin käytön optimointiin, joihin tilaajalla on mahdollisuus vaikuttaa. Tutkimuksessa ilmeni ohjaajien toiveita mittarin sisällön tarkentamiseen, sillä tutkimuksen mukaan mittari sisälsi kohderyhmälle hankalasti ymmärrettäviä sanoja ja ilmauksia eikä mittarin avulla pystynyt arvioimaan asukaskuntaan kuuluvien päihdekuntoutujien toimintakykyä.</p>			
Avainsanat käyttäjäkokemus, käytettävyyden arviointi, toimintakyvyn arviointi, mielenterveys, mielenterveystyö, kuntoutus, asumispalvelut			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Authors Mari Grof and Katariina Kraemer			
Title of Thesis TUVA® - functional ability meter in Työterapinen yhdistys ry - Employees' experiences of using the meter			
Date	04.09.2019	Pages/Appendices	53/3
Supervisor Marja-Liisa Rissanen			
Client Organisation Työterapinen yhdistys ry			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of our study was to describe experiences of TUVA®-functional ability meter's usefulness and usability from employees' point of view that use the meter in their work in Työterapinen yhdistys ry, which provides support for housing, service housing and enhanced service housing for adult mental health and substance abuse rehabilitation patients. The aim of the study was to get concrete information on how employees make use in practise of the data produced by TUVA®-functional ability meter and if they considered the meter useful and appropriate. Based on the report the client has also an opportunity to have a clear vision whether the meter brings desired added value to the mental health and substance abuse work in housing service units of the association. Based on the results from the study we presented ideas to the client for optimizing the meter usage.</p> <p>This thesis was a qualitative study. As a method for collecting the data we used a group interview involving four employees from two different housing service units of Työterapinen yhdistys ry. The employees worked as instructors and they had education in social and health care as well as experience in mental health and substance abuse work. The client organisation of the thesis was Työterapinen yhdistys ry, which provides support for housing, service housing and enhanced service housing for adult mental health and substance abuse rehabilitation patients in Kuopio region as well as in Varkaus. Content of the services and form of residence are defined by the need for support of the resident.</p> <p>The results of the study compose of external factors influencing user experiences as well as user experiences that result from the content of the meter. The main factor that emerged externally influencing user experiences was time, which included how often the meter was updated as well as the ratio between the time required and the time arranged for use. In addition, other factors contributing to the user experiences that the study revealed were internal practices of the workplace, usability, the realism of evaluation of the functional capability and need for support as measured by the meter as well as enabling and empowering residents to participate in their own treatment. In the results of the study we presented development ideas for optimizing the use of the meter, which the client organization has an opportunity to influence. The study revealed the employees' wishes to refine the content of the meter as the study showed that the meter contained phrases and words difficult to understand to the target group, and the meter was unable to evaluate the functional capacity of the substance abuser residents.</p>			
<p>Keywords user experience, functional capacity, ability to function, evaluation, mental health, mental health work, rehabilitation, housing services</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	6
2	MIELENTERVEYS JA YKSILÖN TOIMINTAKYKY	8
2.1	Toimintakyky ja sen arvioiminen	8
2.2	Mielenterveyshäiriöiden ja päihderiippuvuuden vaikutus yksilön toimintakykyyn.....	9
2.3	Asiakkaan osallisuus toimintakyvyn ja palveluntarpeiden arviointiin	11
3	MITTARIT YKSILÖN TOIMINTAKYVYN ARVIOINNIN APUNA.....	12
3.1	Arvioinnissa käytettävän mittarin soveltuvuus	12
3.2	Käyttäjien kokemusten merkitys käytettävyyden arvioinnissa	13
3.3	TUVA®-toimintakykymittari	14
4	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖ SUOMESSA	16
4.1	Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma.....	16
4.2	Kunnan tai kuntayhtymän mielenterveys- ja päihdesuunnitelma	17
4.3	Asumispalvelut osana Kuopion kaupungin mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmaa	18
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	20
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA MENETELMÄT	21
6.1	Laadullinen tutkimus	21
6.2	Aineiston keruu.....	22
6.3	Aineiston käsittely ja analysointi	23
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
7.1	Mittarin sisällön vaikutus käyttökokemukseen	27
7.2	Ulkoiset käyttökokemukseen vaikuttavat tekijät	28
7.3	Osallistamisen mahdollistaminen.....	30
7.4	Hyödynnettävyys palvelutarpeen arvioinnissa	31
7.5	Konkreettinen mittarin käytön mahdollistaminen arjessa	32
7.6	Mittarin sisällön tarkentaminen	33
7.7	Muut kehitysideoita mittarin hyödyntämiseen	33
8	POHDINTA	35
8.1	Tutkimustulokset ja niiden tarkastelu	35
8.2	Kehitysideoita mittarin käytön optimointiin	38
8.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	40

8.3.1 Eettisyys.....	40
8.3.2 Luotettavuus	41
8.4 Jatkotutkimusideat.....	43
8.5 Oma oppiminen ja ammatillinen kasvu	43
LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT	46
LIITE 1: HAASTATTELUKYSYMYKSET	50
LIITE 2: TUTKIMUSTIEDOTE JA HAASTATTELUPYYNTÖ.....	52
LIITE 3: SUOSTUMUS OSALLISTUMISESTA TUTKIMUKSEEN.....	53

1 JOHDANTO

Menneisyydessä vakavan mielenterveyden häiriön ajateltiin johtavan loppuelämän kyvyttömyyteen selviytyä normaalista elämästä. Psykiatrisen potilaan hoito oli lääkityspainotteista ja sillä pyrittiin lähinnä vähentämään mielenterveyden häiriön oireita. Mielenterveyspotilaat hoidettiin sairaalassa. Ajan saatossa kuntoutuksen merkitys alkoi korostumaan ja ymmärrettiin, että myös psyykkisestä sairaudesta kärsivät pystyvät elämään täysipainoista elämää saadessaan kuntouttavaa hoitoa ja tukea arjessa selviytymiseen. Yksi askel kuntoutuskeskeisen järjestelmän luomisessa oli kuntoutumista tukevien, sekä toimintakykyä arvioivien mittareiden kehittäminen. palveluntuottajalähtöisestä ajattelusta alettiin siirtymään asiakaslähtöisyyteen, jonka tarkoituksena oli tukea asiakasta täysipainoiseen, merkitykselliseen elämään. (Sklar, Groessl, O'Connel, Davidson ja Aarons 2013, 1084.) Jotta mielenterveysongelmista kärsivä ihminen voisi elää tällaista elämää on hänen saatava tarvitsemaansa tukea arjessa selviytymiseen. Mielenterveyskuntoutujille on saatavilla asumispalveluita, jotka räätälöidään asiakkaan tarpeen mukaisesti. Jotta päivittäisen tuen- ja kuntoutuksen tarpeita voidaan kartoittaa, on ensin kuitenkin arvioitava henkilön toimintakykyä. (Tiusanen 2015, 8.)

On arvioitu, että joka toinen ihminen kärsii jossain vaiheessa elämänsä mielenterveyden häiriöistä. Maailmanlaajuisesti mielenterveyden häiriöiden ja päihdeongelmien tilastointi on kuitenkin vähäistä. Vuonna 2017 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) teki tutkimuksen, jonka mukaan maailman väestöstä 13% sairasti mielenterveys- tai päihdehäiriötä. Tutkimuksen mukaan sairastuvuus Suomessa oli vieläkin suurempaa, 14,89%. (Ritchie ja Rosser 2018.) Suomessa puolet työkyvyttömyyseläkkeistä ja joka neljäs sairauspoissaolo on peräisin mielenterveyden ongelmista. (Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen, McDaid, Mikkonen, Parkkonen, Reini, Salovuori ja Tourunen 2018, 12.)

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on käytettävissä lukuisia erilaisia toimintakyvyn arviointiin tarkoitettuja mittareita. Nämä mittarit on tarkoitettu helpottamaan ja tukemaan päätöksentekoa hoidon- ja kuntoutustarpeen arvioinnissa, sillä arvioinnin tulisi perustua selkeisiin kriteereihin. (Lehto 2018.) Mittarit ovat työvälineitä, joiden tavoitteena on systemaattinen ja riittävän luotettava asiakkaan tarpeita koskevan tiedon tuottaminen. Jotta käyttöön valittu mittari olisi luotettava, ja jotta siitä olisi hyötyä hoidon tarpeen suunnittelussa on tärkeää, että sitä käytetään oikein ja oikeassa käyttötarkoituksessa. (Manssila, Rahikka ja Sjöblom 2018, 2). Tämän vuoksi mittarin käytettävyyden arvioiminen on välttämätöntä. Merkityksellisiä tekijöitä mittarin käyttökelpoisuudessa voivat olla esimerkiksi ajankäyttötarve, kuinka yksiselitteisiä ja helposti tulkittavia tulokset ovat, onko tuloksille saatavissa viitearvoja ja millaista koulutusta mittarin käyttöön tarvitaan. (Valkeinen, Anttila ja Paltamaa 2014, 28.)

Sosiaalialalla tehtävän työn lähtökohtana ovat ihmis- ja perusoikeudet. Annettavien palveluiden tarkoituksena on asiakkaan osallisuuden lisääminen, hankaluuksien ennaltaehkäiseminen, vähempi osaisten asemassa olevien asioiden edistäminen, arviointi, päätösten tekeminen sekä

seuranta. Palvelujärjestelmän vaikuttavuuden arvioinnissa ja seurannassa sovelletaan erilaisien toimintamallien, menetelmien, työkalujen ja mittareiden kautta saatua tietoa. Mittareiden käytöllä tähdätään tiedon hankintaan sosiaalihuollon edellytyksistä ja interventioiden vaikutuksista. Kun asiakkaalle myönnetään sosiaalipalveluja, keskeisimpänä tekijänä toimii asiakkaan tarpeet. (Manssila ym. 2018, 1-3.)

Työterapinen yhdistys ry tarjosi meille tutkimuksen aiheeksi kartoittaa ohjaajien kokemuksia heillä vuoden verran käytössä olleesta TUVA® -toimintakykymittarista ja sen käytöstä. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata TUVA® -toimintakykymittaria työssään Työterapisella yhdistyksellä käyttävien ohjaajien kokemuksia kyseisen mittarin hyödynnettävyydestä ja käytettävyydestä. Tutkimuksen tavoitteena on saada konkreettista tietoa siitä, kuinka ohjaajat hyödyntävät TUVA® -toimintakykymittarin tuottamaa tietoa käytännössä ja kokevatko he sen hyödylliseksi ja tarkoituksenmukaiseksi. Nämä toimivat keskeisinä kysymyksinäme. Tutkimuksessa tuotettavan tiedon perusteella voidaan esittää mahdollisia kehittämisideoita mittarin käytön optimointiin tilaajalle.

Työterapinen yhdistys ry on asumispalveluja Kuopiossa ja Varkaudessa tuottava yhdistys. Yhdistys tukee asumisessaan täysi-ikäisiä, vaikeuksiin joutuneita mielenterveys- ja päihdekuntoutujia tarjoten tuetun asumisen palveluja Kuopion alueella viidessä asumisyksikössä sekä yhdessä yksikössä Varkaudessa. Työterapinen yhdistys ry tarjoaa tukiasumista, palveluasumista sekä tehostettua palveluasumista. Sopivien palvelujen löytämiseksi asiakkaille järjestetään palvelutarpeen arviointi moniammatillisessa työryhmässä, johon kuuluvat mm. asiakkaan omaohjaaja, sekä kaupungin työntekijä erityisasumispalveluista. Palvelutarpeen arvioinnissa on tärkeää, että asiakasta kuullaan ja hänen toiveensa huomioidaan. Palvelut muodostuvat aina tarpeesta asiakkaan yksilöllisyys huomioiden. Työterapinen yhdistys ry:n työntekijöillä on sosiaali- ja terveysalan koulutus. Koulutuksen lisäksi työntekijät omaavat kokemusta mielenterveys- ja päihdetyöstä (Työterapinen yhdistys ry 2018).

2 MIELENTERVEYS JA YKSILÖN TOIMINTAKYKY

Mielenterveys käsitteenä on laaja. Mielenterveyden positiivisia ulottuvuuksia ovat mielen hyvinvointi, psyykkinen hyvinvointi sekä positiivinen mielenterveys. Näihin voidaan katsoa sisältyväksi esimerkiksi hyvä olo, onnellisuus sekä tyytyväisyys omaan toimintaan, elämänlaatuun ja oman elämän kokeminen merkittävänä. Mielenterveyden kielteisiä ulottuvuuksia voidaan kuvata termeillä mielenterveysongelmat ja mielenterveyden häiriöt. Jotta voidaan käyttää termiä häiriö, edellytetään diagnostisten kriteerien täyttymistä. (Wahlbeck, Hannukkala, Parkkonen, Valkonen ja Solantaus 2017, 986.) Mielenterveyden häiriöt ovat oireyhtymiä, joihin kuuluu psyykkistä kärsimystä ja toimintakyvyn haittaa aiheuttavia psyykkisiä oireita. Mielenterveyden häiriöitä ovat esimerkiksi psykoosit, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, masennustilat, erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, pakko-oireiset häiriöt, traumaattisiin tilanteisiin liittyvät mielenterveyden häiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihdeiden käyttöön liittyvät häiriöt. (Lönqvist, Marttunen, Henriksson ja Partonen 2017.)

Mielenterveys ja mielenterveyden häiriöt eivät kuitenkaan sulje pois toisiaan. Esimerkiksi psyykkistä hyvinvointia voi kokea myös vaikeaa mielenterveyden häiriötä sairastava ihminen ja henkilö, jolla ei ole mielenterveysongelmaa voi kokea elämänsä merkityksettömäksi. (Wahlbeck ym. 2017, 986.) Mielenterveyshäiriön diagnoosi määrittää häiriön diagnostisiin kriteereihin perustuen. Nämä kriteerit ilmentävät keskeisiä oireita, häiriön kestoa ja kulkua ja sen aiheuttamaa haittaa. Mielenterveys ilmenee ja sitä tulee mitata käytännössä yksilöllisesti. Psykiatrian asiantuntijat yhdessä asiakkaan kanssa määrittelevät psyykkisen häiriön merkityksen ja luonteen. (Lönqvist ym. 2017.)

Maailmanlaajuisesti mielenterveyden häiriöiden ja päihdeongelmien tilastointi on vähäistä. On kuitenkin arvioitu, että joka toinen ihminen kärsii jonkinasteisesta mielenterveyden häiriöistä jossain vaiheessa elämäänsä. Institute for Health Metrics and Evaluationin (IHME) tekemän tutkimuksen mukaan vuonna 2017 maailman väestöstä 13% sairasti mielenterveyden- tai päihdehäiriöitä. Tämä tarkoittaa 970 miljoonaa ihmistä. Suomessa sairastavuus oli tutkimuksen mukaan vielä suurempaa 14,89%. (Ritchie ja Roser 2018.) Vaikka väestön fyysinen terveys kohenee, mielenterveyden häiriöiden osuus sairauksissa kasvaa. Suomessa puolet työkyvyttömyyseläkkeistä ja joka neljäs sairauspoissaolo johtuu mielenterveyden ongelmista. Lisäksi mielenterveyden ongelmat ja niihin lukeutuvat päihdeongelmat ovat keskeisin tekijä syrjäytymisen taustalla. (Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen, McDaid, Mikkonen, Parkkonen, Reini, Salovuori ja Tourunen 2018, 12.)

2.1 Toimintakyky ja sen arvioiminen

Ihmisen toimintakyvyllä tarkoitetaan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien suhdetta häneen kohdistuviin odotuksiin. Nämä odotukset voivat kohdistua esimerkiksi kotona

selviytymisen edellytyksiin. Toimintakyky kuvastuu itsenäisen elämisen, itseilmaisun ja ihmisuhteiden säilyttämisen mahdollisuuksina. Toisin sanoen toimintakyky on suhteessa elämänlaatuun. Toimintakyky on kuitenkin suhteellista ja toimintakyvyn rajoituksista johtuvat haitat ovat suhteessa tehtäviin, toimintaympäristöön ja ihmiseen itseensä. Toimintakykyä voidaan siis ajatella paitsi ulkoa päin arvioitavana kykynä toimia tarkoituksen vaatimalla tavalla, myös henkilön subjektiivisena käsityksenä. (Lehto 2018.) Kansainvälinen ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) luokittelee toimintakyvyn ja toiminnanvajavuuden kahteen osa-alueeseen, joita ovat kehon toiminnot ja rakenteet sekä toiminnat ja osallistuminen. Toimintakyky käsittää siis kehon toiminnot ja osallistumisen mahdollisuudet, kun taas toimintakyvyttömyys kehon toiminnan vajavuudet ja osallistumisen rajoitteet. (Aro 2018.)

Jotta mielenterveysongelmista kärsivä ihminen voisi elää mahdollisimman täysipainoista elämää, on tärkeää, että hän saa tarvitsemaansa tukea arjessa selviytymiseen. Palvelujen tarpeen arvioimista varten on aina ensin arvioitava toimintakykyä. Toimintakykyä arvioidessa on otettava huomioon fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja kognitiivisia edellytyksiä selviytyä välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista. Arvioinnin tarkoituksena on saada selville valmiuksia selvittää arkielämän vaatimuksista. (Tiusanen 2015, 8.) Kun mielenterveyden häiriöstä kärsivän toimintakykyä arvioidaan, on lisäksi otettava huomioon tiedot suoriutumisesta toimintaympäristössä sekä henkilön subjektiiviset kokemukset toimintakyvystään. Hyvä elämänlaatu on aina yksilöllinen kokemus, joten ammattilainen ei voi sivuuttaa asiakkaan omia arvioita tarpeistaan. (Tuisku, Vuokko, Laukkala, Mäntynen ja Melartin 2012, 2254-2255; Autti-Rämö, Salminen, Rajavaara ja Ylinen 2016, 267.)

2.2 Mielenterveyshäiriöiden ja päihderiippuvuuden vaikutus yksilön toimintakykyyn

Psykiatrisen häiriön diagnostiikkaan kuuluu yhtenä kriteerinä toimintakyvyn heikkeneminen. Vakavasta mielenterveyden häiriöstä, kuten skitsofreniasta tai muusta psykoottisesta sairaudesta kärsivällä henkilöllä on osoitettu olevan vaikeuksia ja rajoituksia päivittäisestä elämästä selviytymisessä (Blomqvist, Sandgren, Carlsson ja Jormfeldt 2018, 236). Psykoosisairauksiin voi liittyä aivomuutoksia ja tiedonkäsittelyn ongelmia eli toimintakyvyn puutoksia (Autti-Rämö ym. 2016, 139).

Toimintakyvyn aleneminen vaikeuttaa monilla tavoin tavallisista arkielämän toiminnoista suoriutumista. Ongelmanratkaisukyky, joka on yhteydessä muistitoimintoihin voi olla puutteellinen, mikä vaikeuttaa esimerkiksi ruuan valmistuksesta tai kaupassa asiointista selviytymistä. Vaikeuksia on usein myös sosiaalisissa taidoissa, joka vaikeuttaa selviytymistä erilaisista sosiaalisista rooleista. Vakavat mielenterveyden ongelmat johtavat aloitekyvyttömyyteen sekä motivaation ja aktiivisuustason laskuun eli henkilön voi olla hankala aloittaa arkitoimia tai jaksaa tehdä niitä. Kaikki nämä kognitiiviset taidot ovat välttämättömiä itsenäisestä asumisesta selviytymisessä. (Viertiö, Tuulio-Henriksson, Perälä, Saarni, Koskinen, Sihvonen, Lönnqvist ja

Suvisaari 2012, 409.) Osa näistä arkielämää hankaloittavista oireista johtuu suoraan sairaudesta, mutta myös mahdollisella psykotrooppisella eli psyykkisiin toimintoihin vaikuttavalla lääkityksellä on siihen oma osuutensa (Blomqvist ym. 2018, 236-237). Toimintakykyyn vaikuttavat myös toimintaympäristö, persoonallisuus-, motivaatio- ja osaamistekijät, mielenterveyden häiriön vaikeusaste, kesto, monihäiriöisyys sekä hoito ja kuntoutus (Tuisku, Vuokko, Laukkala, Mäntynen ja Melartin 2012, 2255).

Päihteillä tarkoitetaan aineita, jotka vaikuttavat aivojen rakenteisiin ja toimintaan, kuten dopamiinivälitteisiin palkitsemis- ja mielihyväjärjestelmiin (Lönngqvist ym. 2017). Päihteiden pitkäaikainen käyttö johtaa päihderiippuvuuteen ja sairastua voi missä iässä tahansa. Miehillä riippuvuuden synty on yleisempää. Perintötekijöillä on merkittävä vaikutus päihderiippuvuuden syntyyn, esimerkiksi alkoholiriippuvuudelle altistavat perintötekijät lisäävät arviolta 50% riippuvuuden kehittymisen riskiä. Myös jotkut mielenterveyshäiriöt ja sosiaaliset tekijät altistavat riippuvuuksiin. Ensisijaisina oireina kuvataan käytön pakonomaisuus ja himo kyseiseen päihteeseen ja se näyttäytyy usein hankaluutena käsitellä käytön aloitusta, määrää tai lopetusta. Riippuvuuteen liittyy yleensä toleranssi käytettyyn päihteeseen, sekä vieroitusoireet käytön loputtua. Yleinen ilmiö on, että päihderiippuvuudesta kärsivä henkilö ei yleensä kykene tunnistamaan tai myöntämään riippuvuudesta aiheutuneita oireita ja haittoja. (THL, 2018.) Päihteiden käyttö lisää terveyteen liittyviä riskejä. Sairastuminen samanaikaisesti päihderiippuvuuden kanssa mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden sekä persoonallisuushäiriöiden kanssa on yleistä, mutta näiden diagnosointi vaatii riittävän pitkään jatkunutta päihteettömyyttä. Päihderiippuvuus syrjäyttää osin kyvyn huolehtia itsestään, ihmissuhteet, työn ja harrastukset. Suomessa yleisimmin käytettyjä päihteitä ovat alkoholi, nikotiini, kofeiini, kannabis, opiaatit, rauhoittavat- sekä unilääkkeet, hallusinogeenit, stimulantit kuten amfetamiini, impattavat aineet sekä muuntohuumeet. Näiden edellä mainittujen sekakäyttö on yleistä. (Lönngqvist ym. 2017.)

Päihteiden käytön jaksottaisuus on tyypillistä. Raitistuminen ei yleensä tapahdu ensimmäisillä yrittämällä, vaan usein alkaa kuukausia, jopa vuosia kestävä tilanne, jossa raittiit kaudet ja retkahdukset vuorottelevat. Päihteitä käyttävien toimintakykyä arvioidessa korostuu tiedonkäsittelyn ongelmat. Päihderiippuvainen saattaa vaikuttaa huonomuistiselta. Muistiongelmat kuitenkin usein liittyvät ohimeneviin vireystilan ja tarkkaavaisuuden heikentymiin. Taustalla voi olla elämäntapaan liittyvä sekavuus päivärytmissä, sekä unihäiriöt. Toisaalta jo yleinen epä säännöllinen elämä aiheuttaa kognition epätasaisuutta ja tehottomuutta. Väsymys voi aiheuttaa sen, että ihminen toimii mieluiten vanhojen tapojensa mukaan ja väsymys lisää myös alttiutta impulsiivisuuteen. Ihminen ei kykene toimimaan toiminnan edellyttämällä tavalla, asiat kasautuvat ja jolloin stressi kasvaa ja se saattaa johtaa ahdistuksen kasvamiseen. Tiedonkäsittelyn tehokkuuteen alkavat vaikuttaa lisääntynyt herkkyyys turhautumiseen ja kielteiset tunne-elämän reaktiot. (Rapeli ja Pieninkeroinen 2015.)

2.3 Asiakkaan osallisuus toimintakyvyn ja palveluntarpeiden arviointiin

Mielenterveys- ja päihdetyössä asiakkaan osallisuus voidaan määritellä hänen asiantuntijuutensa hyväksymisenä, huomioimisena ja hyödyntämisenä. Asiakkaan osallisuus voi toteutua kolmeen toteutumistapaan jaoteltuna osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, palveluiden kehittämiseen ja niiden järjestämiseen. Yleisimmin osallisuus nähdään kuitenkin yksilötasolla eli omassa hoidossa ja se on asiakkaiden käsitysten perusteella ensisijaista. (Laitila 2010, 145, 147.)

Vaikeissa mielenterveyden häiriöissä on tyypillistä vaikeus hahmottaa omaa toimintakykyä ja tilannetta. Subjektiiivinen ja objektiivinen toimintakyvyn arviointi ovat usein ristiriidassa keskenään. (Tuisku, Melartin ja Vuokko 2012, 2; Viertiö ym. 2012, 415.) Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tehtävänä onkin yhdessä asiakkaan kanssa määritellä toimintakyvyn tasoa ja sen merkitystä päivittäisistä toiminnoista selviämisessä ja arvioida avun tarve. (Lönngqvist ja Lehtonen 2017.) Asiakkaan osallisuutta edesauttaa työntekijöiden ja asiakkaiden välinen avoin, selkeä kommunikointi ja sitä voidaan lisätä antamalla aikaa päätösten tekemiseksi ja mahdollistamalla kysymysten esittäminen (Laitila 2010, 21).

Asiakkaan osallistamisella toimintakykynsä ja avuntarpeensa arviointiin on merkitystä sekä terapeutissa mielessä että tarkoituksenmukaisten tukitoimien suunnittelussa. Asiakkaan oman arvioinnin huomioon ottaminen antaa hänelle kuvan ammattilaisten ajattelevan heitä ihmisinä ja yksilöinä, että heidän mielipiteensä ovat kuulemisen arvoisia (Elstad ja Eide 2009, 675,680.) Vaikka ammattilainen tietäisikin miten suunnitelmissa tulisi edetä, on kuntoutumista tukevan työotteen mukaista antaa asiakkaalle aikaa muodostaa oma näkemyksensä tulevaisuudesta. Lisäksi ammattilaisen näkökulmasta palvelutarpeiden arvioinnissa yhdessä asiakkaan kanssa voi olla kyse arvioinnin lisäksi terapeutista ja voimavarakeskeisestä lähestymistavasta ja samalla yleisestä neuvonnasta ja palveluohjauksesta. (Autti-Rämö ym. 2016, 264-265.) Tiedonsaannilla ja potilasopetuksella voidaan kehittää asiakkaan itsehallintaa. Kun asiakas tulee kuulluksi ja osallistuu oman hoitona suunnitteluun, lisää se hoitoon sitoutumista, tuloksellisuutta ja tyytyväisyyttä. Aina asiakkaan osallistaminen hoitonsa suunnitteluun ei kuitenkaan ole mahdollista, koska siihen vaikuttavat hänen fyysinen ja psyykinen vointinsa lääkityksineen, voimavaransa ja motivaationsa. Aito osallistuminen edellyttää oireilun hallinnassa oloa sekä riittävää kykyä ja taitoja päätöksentekoon. (Laitila 2010, 146, 147, 151, 165.)

3 MITTARIT YKSILÖN TOIMINTAKYVYN ARVIOINNIN APUNA

Toimintakyvyn, hoidon- ja kuntoutustarpeen arvioinnin tulisi perustua selkeisiin kriteereihin. Mittari, joka kuvaa yksiselitteisesti yleistä tai jonkin tietyn osa-alueen toimintakykyä, helpottaa ja tukee päätöksentekoa. (Lehto 2018.) Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla on käytettävissä lukuisia erilaisia toimintakyvyn arviointiin tarkoitettuja mittareita. Arviointimenetelmän valinnassa tärkein huomioon otettava seikka on se, mitä tarkoitusta varten arviointi tehdään. Terveyden ja toimintakyvyn arviointi mittareiden avulla sosiaali- ja terveydenhuollossa voi olla kuvailevaa, erottelevaa, ennustavaa tai muutosta arvioivaa. Kuvailevalla arvioinnilla selvitetään asiakkaan sen hetkistä tilannetta, jotta voitaisiin suunnitella esimerkiksi kotiapujen tarvetta. Erotteleva arviointi on hyödyksi diagnosoinnin tekemisessä. Ennustava arviointi kuvaa millaiseksi asiakkaan toimintakyky kehittyi tulevaisuudessa ja muutosta arvioiva menetelmä tunnistaa ajan kuluessa tapahtuvaa muutosta. (Autti-Rämö ym. 2016.) Osa mittareista on tarkoitettu ammattilaisten käyttöön ja niitä pidetään objektiivisina mittareina. Niin sanotut itsearviointimittarit taas ovat asiakkaiden itsensä täytettäviä subjektiivisia mittareita. Mittarit voivat olla yksiuotteisia eli tarkoitettu yhden tietyn asian, esimerkiksi muistin mittaamiseen tai moniuotteisia, jotka sisältävät laaja-alaisesti mitattavaa toimintaa käsittäviä osa-alueita, esimerkiksi yleistä toimintakykyä mitatessa. (Valkeinen, Anttila ja Paltamaa 2014, 5-6.) Mittareiden käytössä on aina muistettava tietosuojasta huolehtiminen, sekä asiakkaan yksityisyyden suoja, eikä henkilötietoja tule tallentaa ilman selvää yhteyttä arviossa olevaan tarpeeseen (Manssila ym. 2018, 3).

3.1 Arvioinnissa käytettävän mittarin soveltuvuus

USA:ssa vuonna 2013 julkaistiin tutkimus Instruments for measuring mental health recovery, joka arvioi erilaisia aikuisten mielenterveyskuntoutuksen apuvälineeksi tarkoitettuja mittareita (Sklar ym. 2013). Tutkimuksessa mukana olleet mittarit eivät ole käytössä Suomessa. Huomionarvoisena asiana tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että siinä mukana olleista kolmesta mittarista vain kolme vastasi tutkimuksen kohteena olleita kriteereitä (Sklar ym. 2013, 1083). Voidaan siis todeta, että vaikka erilaisia mielenterveyskuntoutujille tarkoitettuja mittareita on paljon, niiden soveltuvuutta sen kulloiseenkin käyttötarkoitukseen on arvioitava. Tutkimuksessa mittarin soveltuvuuteen mielenterveyskuntoutuksessa katsottiin kuuluvaksi helpokäyttöisyys, psykometrisyys eli sen on pätevästi ja luotettavasti pystyttävä mittaamaan myös yksilön psyykkisiä ominaisuuksia ja sen kehitystyössä olisi hyvä olla ollut mukana tulevia mittarin käyttäjiä (Sklar ym. 2013, 1084). Tutkimuksen pohjalta voidaan siis ymmärtää, että kaikki ”oman alan” tarpeisiin suunnitellut mittarit eivät välttämättä vastaa juuri toivottuja ominaisuuksia. Mittarin luotettavuuteen liittyy myös olennaisesti se, että sitä käytetään oikein ja oikeassa käyttötarkoituksessa. Tämän vuoksi käytössä olevan mittarin hyödyllisyyttä ja käytökelpoisuutta täytyy arvioida. (Manssila ym. 2018, 1.)

Suomessa TOIMIA-asiantuntijaverkosto arvioi erilaisten mittareiden soveltuvuutta ja luotettavuutta eri asiakasryhmille ja käyttötarkoituksiin. Mittariarviot, mittareiden soveltuvuusarviot ja suositukset julkaistaan vapaasti käytettävissä olevassa TOIMIA-tietokannassa. Sivustolta löytyy perustiedot toimintakykymittareista ja arviointi niiden käyttökelpoisuudesta erilaisiin käyttötarkoituksiin. Esimerkkinä TOIMIA-tietokannassa olevista mielenterveyttä arvioivista mittareista ovat CES-D, GDS-15, Beckin depressiokysely, GAD-7, kaksi kysymystä masennuksesta, sekä GHQ-12-kysely. Toimintakykyä mittaavana, toissijaisena mittarina TOIMIA-tietokannassa mainitaan RAI-toimintakykymittari. (THL 2014.) TOIMIA-tietokannan suosituksessa toimintakykymittareiden yhdenmukaiseen ja eettiseen käyttöön sosiaalialan asiakastyössä linjataan, että sosiaalialan ammattihenkilön tulisi käyttää työssään vain sellaisia toimintakykymittareita, jotka ovat perusteltuja ja kulloiseenkin asiayhteyteen sekä käyttötarkoitukseen soveltuvia (Manssila ym. 2018, 1). TOIMIA-tietokannasta ei kuitenkaan löydy kaikkia päteviä ja luotettavia olemassa- ja käytössä olevia mittareita, kuten TUVA®-toimintakykymittaria. Tietokannasta löytyy kuitenkin ohjeistus mittarin käyttökelpoisuuden arviointiin (Valkeinen ym. 2014).

3.2 Käyttäjien kokemusten merkitys käytettävyyden arvioinnissa

Mielenterveysasiakkaan avuntarpeen arviointi perustuu toimintakyvyn arviointiin, jonka tekee sosiaali- tai terveysalan ammattilainen. Tämän vuoksi myös mittaria käyttävien työntekijöiden mielipiteellä mittarin käytettävyydestä oman asiakaskunnan toimintakyvyn arviointiin on merkitystä. Mittarin käyttökelpoisuuteen mittaajan kannalta vaikuttaa esimerkiksi, kuinka yksiselitteisiä ja helposti tulkittavia tulokset ovat, onko tuloksille saatavissa viitearvoja ja millaista koulutusta mittarin käyttöön tarvitaan. (Valkeinen ym. 2014, 28.) Mittarin käytettävyys ja sen käyttökokemukset eivät ole sama asia, mutta käytettävyys vaikuttaa käyttäjäkokemukseen ja on luonnollisesti usein osa sitä (Immonen 2013, 17). Käyttäjäkokemukselle ei ole olemassa yhtä virallista määritelmää, mutta sitä voidaan kuvata käyttäjän tuntemuksiksi hänen käyttäessään palvelua. Se sisältää muun muassa henkilön havaintoja ja reaktioita, jotka tuotteen, järjestelmän tai palvelun käytöstä aiheutuu. Itse käyttäjän ja ympäristön ominaisuuksilla, taidoilla ja käyttökontekstilla on myös vaikutusta. (Sinkkonen, Nuutila ja Törmä 2009, 23-24; Tenhula 2010, 4.)

Kun esimerkiksi uutta toimintakykymittaria otetaan käyttöön, voidaan päätös perustaa viralliseen tutkittuun tietoon, joka voi kuitenkin olla kohteistaan kaukainen eikä se ole kokemuksellista. Virallisen tiedon rinnalla on hyödyllistä käyttää myös niin sanottua toista tietoa, jonka pohjalta ei ole tarkoitus muodostaa yleispäteviä totuuksia vaan huomioida kohteidensa yksityiskohdat. Toista tietoa voidaan kuvata täsmätiedoksi, hiljaiseksi tiedoksi, vastatiedoksi ja heikoksi tiedoksi. Se on myös laaja yläkäsite kokemustiedolle. Käyttäjien kokemustiedon avulla voidaan kehittää tutkimuksen kohdetta käyttäjien näkökulmasta käsin. (Satamo 2019, 11-12.) Mittaria työssään käyttäviltä henkilöiltä kuultujen kokemusten avulla voidaan kasvat-
taa laajempaa kollektiivista kokemustietopohjaa, jossa yhdistyy myös koulutuksesta ja työstä saatu asiapohjainen tieto. Vain käyttäjäkokemusten kohteena olevaa mittaria työssään käyttä-

vät henkilöt voivat tietää, kuinka se toimii käytännössä. (Jones 2018, 185.) Käyttäjäkokemukset eli kokemustieto tuo viralliseen tutkittuun tietoon lisäarvoa ja sen merkitys on syytä tunnustaa (Satamo 2019, 16).

3.3 TUVA®-toimintakykymittari

TUVA® -toimintakykymittarin avulla kartoitetaan viittä osa-aluetta asiakkaan elämässä. Näitä ovat itsestä huolehtiminen, kotielämään, asiointiin ja vapaa-aikaan liittyvät toiminnat, sosiaaliset suhteet ja taidot, kognitiiviset taidot sekä psykososiaaliset taidot. TUVA® -mittarin avulla pyritään luomaan kokonaiskuvaa asiakkaan avuntarpeesta ja sen tuottamat raportit tukevat oikean palvelutason löytymisessä. Lisäksi käyttäjäorganisaatio saa tietoa asiakaskuntansa todellisista tarpeista ja saa perusteita sopivan palvelutason löytämiselle. Mittari on maksullinen ja sen käyttö vaatii koulutuksen läpikäymisen. (FCG s.a.) TUVA®-toimintakykymittari on siis kuvaileva ja moniulotteinen. Asiakkailla on lain mukaan oikeus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja palvelutarpeen arviointiin (sosiaalihuoltolaki 13.12.2014/1301, § 36, § 39). TUVA® -mittari mahdollistaa asiakkaan osallisuuden hoitonsa suunnitteluun, sillä ammattilaisen tekemän arvioinnin lisäksi asiakas tekee mittarin avulla myös itsearvioinnin ja hoitosuunnitelma tehdään näistä saatujen tietojen avulla (FCG s.a.).

Arvion tehnyt ammattilainen käyttää arvion tallentamiseen valtakunnallista tietokantaa TUVATAR-sovelluksessa. FCG-sivuston mukaan arvion tekemiseen kuluu aikaa vain 20-30 minuuttia, joka mahdollistaa asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin säännöllisin väliajoin. TUVATAR-sovellus tuo esille raportteja, jotka toimivat ammattilaisten apuna oikean palvelutason löytymisessä. TUVATAR-sovellus tuottaa valmisraportteja niin yksilö- kuin organisaation tasolla. Yksilötason valmisraportit mahdollistavat niin asiakkaan kuin ammattilaisenkin havainnoimaan palvelutarpeen muutokset. Yksilötason raportti osoittaa asiakkaalle viimeksi päivitetyn arvioinnin sekä historiatiedot, joka mahdollistaa tilanteen seurannan tarkentumisen. Organisaatiotason valmisraportit puolestaan edistävät yksikköä asiakaslähtöisempään toiminnan kehittämiseen tehden tehdyn työn näkyvämmäksi selkeyttäen toimenpiteiden vaikuttavuuden arviointia. Organisaatiotason raportin avulla voidaan selvittää esimerkiksi asiakkaiden palvelumuotojen sopivuus asiakkaalle. Saadun tiedon perusteella voidaan arvioida ja kehittää palveluita asiakaskunnan tarpeita vastaaviksi. Saadun kokemustiedon perusteella osa TUVA®-toimintakykymittaria käyttävistä yksiköistä ovat hyödyntäneet saatua tietoa ja kehittäneet esimerkiksi ryhmätoimintaa yksiköissään. (FCG s.a.)

Vastaavaa laajaa mielenterveyskuntoutujille tarkoitettua sähköistä järjestelmää toimintakyvyn mittaamiseen ei ole tällä hetkellä käytössä Suomessa. TOIMIA-tietokannasta löytyy mielenterveysongelmiin ja laajasti toimintakyvyn arviointiin tarkoitettuja mittareita, mutta ne ovat kyse-lylomakkeita, oireseuloja tai niiden kohderyhminä ovat ikääntyneet tai fyysisistä toimintakyvyn rajoitteista kärsivät. (THL 2014.)

FCG Finnish Consulting Group on toteuttanut validointitutkimuksen TUVA®-toimintakykymit-
tarista. Tutkimuksesta kertovasta aineistosta ei käy ilmi tutkimuksen tekijä, osallistujat tai
vuosi, milloin tutkimus on toteutettu. Tutkimuksen yhtenä aineistona on käytetty vuonna
2016 aktiivisesti TUVA®-toimintakykymittaria käyttäneiden organisaatioiden arviointeja, kun
tutkimuksessa tutkittiin rakenteen validiteettia. Tutkimuksen arviointiaineistoissa oli käytetty
erilaisia palvelumuotoja, kuten koti, tukiasunto, palvelutalo, tehostettu palveluasuminen ja
päivätoiminta. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia mittarin validiteettia eli pätevyyttä arvioida
aikuisen mielenterveysasiakkaan avuntarvetta ja toimintakykyä. Tutkimuksessa tutkittiin mit-
tarin validiteetin osa-alueita, kuten ilmi-, sisältö- ja rakennevaliditeettia. Mittarin sisällön kehi-
tystyö oli saanut alkunsa käytännön tarpeesta, eikä mittarin taustalla ollut teoreettista viiteke-
hystä. Tutkimuksessa tutkittiin mittarin sisältöä käytännön tiedon ja julkaistujen tutkimusten
pohjalta. (FCG s.a.b.)

TUVA®-toimintakykymittari on kehitetty yhteistyössä Mainio Vire Oy:n, Kuntamaisema Oy:n
ja FCG Finnish Consulting Group Oyn kanssa. Aiemmin käyttäjien kokemuksia TUVA®-toimin-
takykymittarista on tutkinut Vilja Vainio opinnäytetyössään vuonna 2014. TUVA® oli tuolloin
vielä kehityksen alla, eikä esimerkiksi TUVA®-indeksiä ollut vielä määritetty. Opinnäytetyö
Mainio Vire Oy Ykköskoti Vaisaaren henkilökunnan kokemuksia toimintakykymittari TUVA
™:sta tarkoituksena oli tutkia asumispalveluiden henkilökunnan kokemuksia TUVA®-toiminta-
kykymittarin antamasta tiedosta ja lisäarvosta asumispalvelutarpeen ja -muodon arviointiin.
Laadullisen tutkimuksen aineisto oli kerätty haastattelemalla Mainio Vire Oy Ykköskoti Vaisaa-
ren kuutta asumispalveluiden työntekijää teemahaastattelulla ja se oli analysoitu teoriaohjaa-
valla sisällön analyysillä. (Vainio 2014.)

4 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖ SUOMESSA

Mielenterveyttä mitataan yksilötasolla, mutta keskeisenä ihmisten mielenterveyteen vaikuttavana tekijänä on yhteisö. Yhteiskunnallisilla ratkaisuilla on siis merkittävä vaikutus ihmisten mielenterveyteen. WHO:n Ottawan terveyden edistämisen julistuksen mukaan mielenterveyden edistäminen rakentuu muun muassa sitä tukevasta yhteiskuntapolitiikasta, sitä tukevien ympäristöjen luomisesta ja terveyspalvelujen uudelleensuuntaamisesta mielenterveyden edistämiseen. Mielenterveys on vahvassa yhteydessä ihmisten hyvinvointiin ja mielenterveyteen sekä päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat tuovat nykypäivänä suuret haasteet kansanterveydelle, joten mielenterveyden edistämisen tulisi olla yhteiskuntapoliittisesti terveyden edistämisen keskiössä. (Wahlbeck ym. 2017, 985-987.)

Maailman terveysjärjestö WHO, World Health Organization on Suomen tärkein kansainvälinen yhteistyökumppani terveyspolitiikan kehittämisessä ja arvioinnissa (STM 2019). WHO on tehnyt vuonna 2013 Globaalin mielenterveyden toimintasuunnitelman vuosille 2013-2020. Siinä tunnustetaan mielenterveyden merkitys ihmisten terveyden edistämässä, pyritään saavuttamaan oikeudenmukaisuutta yleisen terveydenhuollon kautta ja korostetaan ennaltaehkäisyn tärkeyttä. WHO:n jäsenmaat Suomi mukaan lukien ovat sitoutuneet noudattamaan toimintasuunnitelman yleisiä tavoitteita. Toimintasuunnitelman keskeisinä tavoitteina on mielenterveyden edistämisen tehokkaan johtamisen ja hallinnan vahvistaminen, kattavien ja integroitujen mielenterveys- ja sosiaalipalvelujen tarjoaminen yhteisöllisissä ympäristöissä, ennaltaehkäisevien ja mielenterveyden edistämistä koskevien suunnitelmien toteuttaminen sekä mielenterveyttä koskevien tietojärjestelmien ja tutkimuksen vahvistaminen. (World Health Organization 2013, 5, 10.)

Suunnitelma on asiakirja, jolle ominaista on sen muuttuvat ominaisuudet. Työstäessä suunnitelmaa on osattava ennakoita, huomioida muutokset sekä jatkuva eteneminen. Suunnitelma luodaan pitkälle aikavälille ja sen tavoitteena on saavuttaa se päämäärä, johon suunnitelmalla pyritään. Se pitää sisällään toiminnan tavoitteen, tulevaisuuden näkymät, toimenpiteet, joilla tavoite saavutetaan, sekä ajatukset toiminnan kehittämiseksi. Suunnitelman keskeisiksi kysymyksiksi nousee miksi, mitä ja ennen kaikkea, miten? Tärkeää on kirjata ne tavoitteet, joihin pyritään, sekä se, mitä tulee tehdä, jotta haluttuun lopputulokseen päästään. (Laitila 2013, 9, 14.)

4.1 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Mielenterveystyön tarkoituksena on edistää henkilön persoonallisuuden kasvua, toimintakykyä ja psyykkistä terveyttä, sekä ehkäistä, hoitaa ja lieventää mielenterveyshäiriöitä ja sairauksia. Mielenterveystyön tavoitteena on taata sosiaali- ja terveyspalvelut sellaisille henkilöille, joilla on lääketieteellisin perustein arvioitu mielisairaus tai mielenterveydenhäiriö. Lisäksi mielenter-

veystyön tarkoituksena on mielenterveystyön edistäminen, kansan elinolosuhteiden kehittämisen sellaisiksi, että ne ehkäisevät mielenterveyshäiriöiden kehittymistä, sekä antaa tukea mielenterveyspalvelujen järjestämiseen. (mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, § 1.)

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielenterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta valtakunnallisella tasolla. Vuonna 2009 julkaistiin ensimmäinen kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, joka oli ensimmäinen laatuaan vastaamassa kehittämisestä valtakunnallisesti. Mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelman pohjana oli mielenterveys- ja päihdeongelmien suuri kansanterveydellinen merkitys. (STM 2016.) Suunnitelman keskeisinä suuntaviivoina olivat asiakkaan aseman vahvistaminen, ehkäisevään ja edistävään työhön panostaminen, palveluiden toteuttaminen toimivana kokonaisuutena sekä ohjauk käytäntöjen kehittäminen. (THL s.a.)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ulottui vuoteen 2015, jonka pohjalta suunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä arvioi toimintojen kehittyneen oikeaan suuntaan vuosien 2009-2015 aikana. Suunnitelmasta saadun tiedon mukaan ohjausryhmä on esittänyt kehittämisehdotuksia vuoteen 2020 saakka. Ehdotuksia uuden suunnitelman painopisteiksi annettiin asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävä ja ongelmia ehkäisevä työ, mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen, sekä ohjauskeinojen kehittäminen. (STM 2016.) Ehdotukset saatetaan osaksi mielenterveys- ja päihdepalvelulainsäädännön kokonaisuudistusta sekä on osana sosiaali- ja terveysministeriön olevissa hallituksen kärkihankkeissa (STM 2018).

Sosiaali- ja terveysministeriö on aloittanut uuden mielenterveysstrategian valmistelun, joka ohjaa mielenterveyspolitiikkaa vuoteen 2030 saakka. Uuden mielenterveysstrategian tavoitteena on taata mielenterveystyön tavoitteellisuus ja jatkuvuus ja sen on määrä valmistua vuoden 2019 loppuun mennessä. (STM 2018b.) Valmisteilla oleva strategia sisältää kaikkiaan viisi osa-aluetta. Nämä osa-alueet käsittävät, että kaikilla on oikeus mielen hyvinvointiin ja hyvään ympäristöön arjessa, palveluiden ja toiminnan järjestäminen mielenterveysongelmia ehkäiseviksi, asiakkaan vaikuttaminen omaan hoitoon ja palveluihin, toimivat palvelut ikään katsomatta, jolloin kuitenkin erityinen painopiste on lasten ja nuorten palveluissa sekä palvelujen kokonaisuuksissa ja siirtymävaiheissa, sekä päätöksenteon vaikuttavuus. (STM 2018.)

4.2 Kunnan tai kuntayhtymän mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Kuntien ja kuntayhtymien mielenterveys- ja päihdesuunnitelmat ovat suunnitelmia, joiden tarkoitus on edistää mielenterveyttä, sekä estää ja minimoida päihteistä aiheutuvia haittoja. Tavoitteena on asukkaiden hyvinvointi ja tarvittavien palveluiden saatavuus. (Laitila 2013, 14.) Kunnan tai kuntayhtymän on pidettävä huolta siitä, että mielenterveyspalvelut kohdistetaan laadullisesti ja laaja-alaisesti sellaisiksi, kuin kunnassa tai kuntayhtymässä oleva tarve vaatii. Palvelut tulisi järjestää pääasiallisesti avopalveluina, jolloin tuetaan henkilön suoriutumista

itsenäisesti ja itseohjautuvuutta hoitoon hakeutumiseen. Mielenterveyspalveluiden toiminnallisen kokonaisuuden järjestämisestä tulee huolehtia yhteistyössä sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, terveyskeskus, sosiaalihuolto sekä erityispalveluita tarjoavat kuntayhtymät. Mielenterveyshäiriötä tai mielisairautta sairastavalle henkilölle on järjestettävä yhteistyössä kunnan sosiaalitoimen kanssa mahdollisuus tarvittavaan sosiaaliseen tai lääkinnälliseen kuntoutukseen koskevaan tuki- ja palveluasumiseen siten, kuin laissa on erikseen säädetty. (mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, § 4, § 5.)

Jotta kunnat ja kuntayhtymät kykenevät vastaamaan tulevaisuuden toiminta-alueen haasteisiin, tarvitaan suunnitelmallista toimintaa. Kunnan tai kuntayhtymän suunnitelman tulisi olla sellainen, joka nitoo yhteen organisaation tavoitellut päämäärät, politiikan ja toimintaketjun yhdeksi toimivaksi kokonaisuudeksi. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma kehoittaa kuntia ja kuntayhtymiä laatimaan mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, joka on yhtenä elementtinä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaa. Suunnitelman tulisi sisältää mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä tukevaa, sekä mielenterveys- ja päihdeongelmia ehkäisevää työtä. Suunnitelman tulisi sisältää linjaukset, jotka koskevat hoitoa ja huolenpitoa. (Laitila 2013, 9-13.)

Kuopion kaupungin mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmaa vuosille 2013-2020 ohjaa kansallisen mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelman lisäksi kaupungin oma strategia, lait ja asetukset sekä muut kaupunkia koskevat keskeiset ohjelmat ja suunnitelmat. Suunnitelman keskeiset tavoitteet ovat edistää hyvää mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä eri ikäryhmät huomioiden, mielenterveys- ja päihdeongelmien puheeksi ottaminen palveluissa, lievien mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitaminen sosiaali- ja terveysalan peruspalveluissa, sekä asiakaslähtöiset ja vaikuttavat toimintamallit ja hoitopolut kaikissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa. (Kuopion kaupunki 2013, 3.)

4.3 Asumispalvelut osana Kuopion kaupungin mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelmaa

Kuopion kaupunki järjestää asumispalveluita erityisryhmille, johon lukeutuvat niin mielenterveys- kuin päihdeongelmista kärsivät asiakkaat. Erityisasumispalveluiden järjestäminen nojautuu sosiaalihuoltolain 21 pykälään. Asumispalveluiden tavoitteena on asiakkaan osallisuuden lisääminen, asiakkaan omien voimavarojen tunnistaminen, sekä kuntoutuksen näkökulman huomioon ottaminen. Näiden tavoitteiden avulla pyritään järjestämään asiakkaille kodinomaisen ja itsenäisyyttä tukeva ympäristö. Asumispalveluita voidaan järjestää palvelutaloihin, omistus-, vuokra- ja tukiasuntoihin. Palvelut mahdollistavat tuen omatoimisuuteen ja mahdollisuuden pärjäämiseen omassa kodissa. Asumispalvelut ovat lähtökohtaisesti tarkoitettu väliaikaiseksi vaihtoehdoksi ja päämääränä onkin asiakkaan itsenäinen asuminen. (Kuopion kaupunki 2017, 2-3).

Sosiaalihuoltolakiin perustaen erityisasumispalvelut järjestävät asumispalveluita tarvitsevalle palvelutarpeen arvioinnin. Arviointi tehdään yhteistyössä asumispalveluiden työntekijöiden,

asiakkaan ja hänen läheisten sekä muiden toimijoiden kanssa. Palvelutarpeen arviointi voidaan toteuttaa asiakkaan kotona, vastaanottotiloissa tai sairaalassa asiakkaan tilanne huomioiden. Arviointi luodaan keskustelun ja havaintojen kautta ja se pohjautuu ennakoivaan, ehkäisevään sekä kuntouttavaan ajatteluun, joka huomioi asiakkaan omat voimavarat. Palvelutarpeen arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittareita arvioinnin tukena. Palvelutarpeen arvioinnin tavoitteena on tunnistaa oikea-aikainen, asiakkaan tarpeisiin soveltuva palveluluokka. (Kuopion kaupunki 2017, 3-4.)

Asumispalvelut on jaettu palvelumuotoihin, jotka ovat sisällöltään erilaisia, asiakkaan yksilöllisen tarpeen huomioivia palveluita. Kevyin palvelun muoto on tukiasuminen, joka on tarkoitettu sellaisille asiakkaille, joiden tuentarve painottuu itsenäiseen asumiseen tai silloin, kun asiakas on vaihtamassa itsenäiseen asumiseen. Palveluasumisella tarkoitetaan sellaista asumismuotoa, jossa yhdistyvät sekä asunto, että palvelut. Sellaiset asiakkaat, joille järjestetään palveluasumista, tarvitsevat erityistä hoitoa ja huolenpitoa. Palveluasuminen sisältää asiakkaan toimintakykyä kehittävää ja säilyttävää toimintaa, tarpeellisen hoidon ja huolenpidon, ateria-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut, sosiaalisen toimintakyvyn sekä osallisuuden ylläpitämisestä huolehtimisen. Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu asiakkaille, jotka tarvitsevat tukea ja valvontaa ympärivuorokautisesti. (sosiaalihuoltolaki 13.12.2014/1301, § 21.) Yksi Kuopion kaupungin kanssa yhteistyössä asumispalveluita järjestävä yhdistys on Työterapinen yhdistys ry, joka tekee tiivistä yhteistyötä sosiaali- ja terveyspalveluiden kanssa tavoitteenaan luoda asiakkailleen vaivatonta, sekä yhdenmukaista palvelua viranomaistahojen kanssa (Työterapinen yhdistys ry, 2018).

Työterapinen yhdistys ry on asumispalveluja tuottava yhdistys. Yhdistys tukee asumisessaan täysi-ikäisiä, vaikeuksiin joutuneita mielenterveys- ja päihdekuntoutujia tarjoten tuetun asumisen palveluja Kuopion alueella viidessä asumisyksikössä sekä yhdessä yksikössä Varkaudessa. Yhdistys tarjoaa erilaisia vaihtoehtoja asumiseen, kuten tukiasumista, palveluasumista sekä tehostettua palveluasumista. Työterapinen yhdistys ry:n toiminnan keskeiset periaatteet ovat mielenterveyden edistäminen sekä tukeminen päihdeettömyyteen käyttäen ammatillisia ja yhteisöllisiä menettelytapoja. Yhdistys toimii yhteistyössä Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden kanssa turvatakseen asiakkaalle toimivat ja viranomaisten kanssa yhdenmukaiset palvelut. (Työterapinen yhdistys 2018.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen toimeksiantajana toimii Työterapinen yhdistys ry, joka tarjosi meille tutkimuksen aiheeksi kartoittaa ohjaajien kokemuksia TUVA® -toimintakykymittarista ja sen käytöstä ohjaajien työvälineenä. TUVA®-toimintakykymittari oli ollut toimeksiantajan yksiköiden käytössä noin vuoden verran haastattelun toteutumisen aikaan. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata TUVA®-toimintakykymittaria työssään käyttävien ohjaajien kokemuksia toimintakykymittarin hyödynnettävyydestä ja käytettävyydestä. Tutkimuksen tavoitteena on saada käytännönläheistä tietoa siitä, kuinka ohjaajat hyödyntävät käytössä olevaa TUVA®-toimintakykymittaria, sen tuottamaa tietoa käytännössä ja kokevatko he sen tarkoituksenmukaiseksi ja hyödylliseksi ohjaajien työssä. Nämä toimivat keskeisinä kysymyksinämme. Työterapinen yhdistys ry voi hyödyntää tutkimuksen tuloksia ja saada kehittämisideoita mittarin käytön optimointiin arjessa.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS JA MENETELMÄT

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi laadullisen, eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska halusimme saada selville henkilökohtaista tietoa tutkimuksen aiheesta sekä selityksiä, jotka olivat kokemusten takana. Tutkittaviksi yksiköiksi valikoitui Työterapinen yhdistys Ry:n asumisyksiköt Inkilänkoti, sekä Kotirinne, jotka tarjosivat tukiasumista, palveluasumista sekä tehostettua palveluasumista. Tutkimuksen kohteiksi valikoituneiden yksiköiden tarjoamat palvelut olivat monipuolisia ja näin ollen saimme laaja-alaista tietoa TUVA®-toimintakykymittarin soveltuvuudesta eri palveluluokissa.

Tutkimuksemme keskeisinä kysymyksinä toimivat seuraavat kysymykset: Millaisia kokemuksia ohjaajilla on mittarin käytettävyydestä ja hyödynnettävyydestä ohjaajien työssä? Kuinka ohjaajat hyödyntävät mittaria ja sen tuomaa tietoa käytännössä? Kokevatko ohjaajat mittarin tarkoituksenmukaiseksi ja hyödylliseksi ohjaajien työssä?

6.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimuksemme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Se tarkoittaa tutkimusta ihmisten maailman ilmiöistä sosiaalisessa ympäristössä. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää, selittää ja tulkita ilmiötä ja sen avulla voidaan pyrkiä parantamaan, kehittämään tai uudistamaan tutkittavaa kohdetta. Ymmärtävää ja tulkitsevaa metodia kutsutaan hermeneuttiseksi. (Pitkäranta 2014, 8, 9, 33.) Hermeneuttista metodia kuvataan usein hermeneuttisena kehänä. Tällä kuvataan tutkimisen ja ymmärtämisen tapaa, joka lähtee tutkijoiden lähtökohdista ja sen edetessä palaa aina takaisin ymmärryksen lisääntymisen ja oivallusten johdosta. Näin tutkimuksen edetessä voidaan palata aina uuden ymmärryksen valossa alkuperäiseen aineistoon korjaamaan ja luomaan uusia lähtökohtia. (Vilka 2017, 115.)

Kriittisessä hermeneutiikassa kiinnitetään huomiota perinteisiin tilanteisiin, olosuhteisiin ja mielipiteisiin minkä vuoksi se voi paljastaa niiden taustalla olevia tekijöitä. Tällaisessa tutkimuksessa asioiden ainutkertaisuus, tilannesidonnaisuus, aineistolähtöisyys ja teoriasidonnainen päättely korostuvat. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole pyrkiä yleispätevyyteen vaan tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa kohdetta syvemmin. (Pitkäranta 2014, 22,27,29,33.) Tutkimuksemme kohdistui henkilökunnan käyttäjäkokemuksiin TUVA®-toimintakykymittarista Työterapinen yhdistys ry:llä. Tutkimus on ainutkertainen ja tilannesidonnainen eikä sen tuloksia voida siis yleistää koskemaan kokemuksia TUVA®-mittarin käytettävyydestä muualla. Valitsimme laadullisen tutkimuksen, koska tavoitteemme oli ymmärtää ja selittää ohjaajien käyttäjäkokemuksia kyseisen yhdistyksen eri toimipisteissä ja saimme tutkimuksessa esille myös selityksiä näiden kokemusten takana.

Kvalitatiivista tutkimusta tehdessä ja hermeneuttista metodia käytettäessä on ehdottoman tärkeää, että tutkijat tuntevat asiasisällön, joka liittyy tutkittavaan kohteeseen. Ensin on ol-tava jonkinlainen ymmärrys tutkimuksen kohteesta ja selkeä johtoajatus teoriasidonnaista eli abduktiivista päättelyä varten, koska tutkimuksen tulokset eivät synny pelkistä havainnoista, vaan myös johtoajatuksen avulla. (Pitkäranta 2014, 22,29; Vilka 2017, 117.) Tutkimushaas-tattelussa, jota käytimme tiedonkeruun menetelmä, tämä merkitsee myös TUVA®-mittarin asiasisällön, sen kohderyhmän ja haastateltavien ohjaajien työn sisällön tuntemusta, jotta pystyimme erottamaan milloin haastateltavat ilmaisevat omaa kokemustaan tai mielipiteitään ja milloin yhteisiä käsityksiä asioista. Kvalitatiivisen tutkimuksen painopiste ei kuitenkaan ole teorian muotoilussa vaan sen ja tutkimusaineiston vuorovaikutuksessa. Käytimme tutkimuk-sessamme myös kuvailevaa eli deskriptiivistä tutkimusmenetelmää. Sen tavoitteena on kuvata tutkittavaan kohteeseen liittyviä tosiasioita ja tunnuspiirteitä mahdollisimman todellisesti ja tarkasti (Pitkäranta 2014, 33-34). Pyrimme ensisijaisesti kuvailemaan ja selittämään käyttäjä-kokemuksia muuttamatta niitä. Käyttäjäkokemusten kokemustiedosta tulee arvokasta vain, jos se esimerkiksi tutkimuksen avulla voidaan todentaa. Pelkät käyttäjäkokemukset eivät voi antaa pohjaa toimenpiteiden laatimiseen, joten on tärkeää yhdistää teoriatieto tutkimuksessa kerättyyn kokemustietoon, jotta uusia teorioita ja toimintamalleja voi tutkimuksen tuloksena syntyä. (Satamo 2019, 15-16.)

6.2 Aineiston keruu

Kvalitatiivisessa tutkimusmenetelmässä yleisimpiä tiedonkeruun menetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi, sekä erilaisiin dokumentteihin pohjautuva tieto. Näitä erilaisia me-netelmiä voidaan käyttää vaihtoehtoisesti yhdessä tai eri tavoin yhdistettynä tutkittavan on-gelman ja tutkimusresurssien mukaan. (Tuomi ja Sarajärvi, 2013, 71.) Käytimme tutkimuk-sessamme tiedonkeruun menetelmänä ryhmähaastattelua.

Haastattelu toimii tiedonkeruun menetelmänä silloin, kun halutaan tietää, mitä ihminen ajat-telee tai miksi hän toimii niin kuin toimii. Tärkeintä haastattelussa on saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta. Tätä tukee se, että tiedonantajille annetaan etukäteen tutustuttavaksi kysymykset tai vaihtoehtoisesti aiheet, joita haastattelu koskee. Haastattelun onnistumisen kannalta on tärkeää, että ainakin haastattelun aiheeseen on saanut tutustua rauhassa ennen haastattelua. Aihe tulee tutuksi tiedonantajalle viimeistään silloin, kun haas-tatteluluvasta ja haastattelun ajankohdasta sovitaan. Haastattelun etuina voidaan pitää sen joustavuutta. Kysymykset voidaan tarvittaessa toistaa, ilmausten sanamuotoja voidaan sel-ventää, väärinkäsityksiä voidaan oikaista, sekä käydä avointa keskustelua tiedonantajan kanssa. Haastattelussa haastattelijä voi esittää kysymykset sellaisessa järjestyksessä kuin ko-kee aiheelliseksi eikä haastattelua mielletä tietokilpailuksi. Haastateltavien valinnassa on tär-keää, että haastatteluun valitaan sellaiset henkilöt, joilla on tietoa aiheesta tai tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 73-74.)

Ryhmähaastattelua on käytetty aineistonkeruun menetelmänä eri tieteenaloilla jo 1930-luvulta lähtien. Ryhmähaastattelun avulla pystyttiin haastattelemaan useaa vastaajaa samanaikaisesti ja näin ollen sen ajateltiin olevan myös kustannustehokasta. Ryhmähaastattelusta voidaan käyttää myös englanninkielistä nimitystä focus group, jonka käsitteellä viitataan ryhmän suuntaavan ajatukset yhteen ennalta päätettyyn aiheeseen ja käsittelemään kyseessä olevaa aihetta ryhmässä. Ryhmähaastattelun tarkoituksena on järjestää ryhmä, joka paneutuu keskustelussa ennalta sovittuun teemaan ja jossa haastattelija toimii keskustelun ohjaajana antaen tilaa vastaajien väliselle vuorovaikutukselle. (Hyvärinen, Nikander ja Ruusuvuori 2017, 349, 350, 353.) Focus group tiedonkeruun menetelmänä osoittautui hyväksi valinnaksi. Pohdimme tiedonkeruun menetelmiä ja ajattelimme focus groupin eduiksi sen, että ryhmähaastattelu on enemmän ryhmävetoista ja keskustelevaa kun vastaajat ovat saaneet keskustelun aiheen ja kysymykset. Haastattelijoina saimme olla enemmän kuuntelijan roolissa ryhmän keskustellessa aiheesta ja näin ollen meidän tarvitsi vain esittää kysymysten lisäksi vain joitain tarkentavia kysymyksiä. Ryhmän dynamiikka oli hyvä ja kysymyksiin vastaaminen tasa-vertaista ja monipuolista. Monipuolisen keskustelun ansiosta ryhmän jäsenet täydensivät toistensa ajatuksia ja vastaajilta nousikin käsiteltäväksi ajatuksia, joita ei välttämättä olisi esimerkiksi yksilöhaastattelussa nousseet esille.

Tavoitteenamme oli saada ryhmähaastatteluun yhteensä kahdeksan haastateltavaa, jotka jaettaisiin kahteen ryhmään. Lähestyimme tutkimukseen valikoituneiden yksiköiden työntekijöitä sähköpostitse saatekirjeellä (LIITE 2), jonka liitteenä oli suostumus osallistumisesta tutkimukseen (LIITE 3). Haastateltavia pyydettiin vastaamaan sähköpostiin ja haastatteluun ilmoittautui neljä työntekijää. Ryhmähaastattelu toteutettiin tilaajan tiloissa. Käytimme haastattelussa nauhuria, josta haastateltavia oli tiedotettu saatekirjeessä. Ennen haastattelun alkua kävimme läpi saatekirjeen ja allekirjoitimme sopimukset. Ryhmähaastattelun ansiosta saimme kerättyä aineiston yhden haastattelun aikana. Haastattelu muotoutui vapaasta keskustelusta, jonka runkona käytimme tutkimuksen tavoitteiden pohjalta laatimamme kysymyksiä (LIITE 1). Haastattelu kesti noin 1,5 tuntia.

6.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Laadullisen tutkimuksen ajatellaan usein olevan joko induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 95). Tarkoituksemme oli tehdä tutkimus käyttäen induktiivista sisällönanalyysia, jossa analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Puhdas induktiivinen analyysi on kuitenkin haastavaa sillä näin edeten aikaisemmilla tiedoilla tai teorioilla ei pitäisi olla mitään tekemistä lopputuloksen kanssa. Puhtaasti induktiivisen tai deduktiivisen sisällönanalyysin sijasta käytimme tutkimuksemme abduktiivista eli teoriasidonnaista lähestymistapaa. Tällaisessa päättelyprosessissa teorian ja aineiston näkökulmat vuorottelevat johtopäätösten muodostamisessa. Myös teoriasidonnaisessa eli teoriaohjaavassa analyysissa analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta aiempi teorian tieto ohjaa ja auttaa analyysin tekemisessä. (Pitkäranta 2014, 33; Tuomi ja Sarajärvi 2013, 95-96.)

Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee lähtökohtaisesti kuten aineistolähtöinenkin. Analyysi voidaan siis karkeasti jakaa kolmivaiheiseksi. Aluksi aineisto redusoidaan eli pelkistetään, sitten klusteroidaan eli ryhmitellään ja lopuksi abstrahoidaan eli luodaan teoreettisia käsitteitä. Teoriaohjaavassa analyysissä ero tulee esille siinä, että abstrahoinnissa aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 108- 117.) Nauhoittamamme haastattelun kuuntelun jälkeen litteroimme eli auki kirjoitimme sen sana sanalta. Luimme ja perehdyimme sisältöön yhdessä. Etsimme aineistosta tutkimuskysymyksiimme vastaavia alkuperäisilmauksia ja alleviivasimme ne eri väreillä, jonka jälkeen muodostimme niistä pelkistettyjä ilmaisuja (Taulukko 1).

Taulukko 1. Esimerkkejä alkuperäisilmausten redusoinnista eli pelkistämisestä

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
<p>Ihan puhtaasti ajankäyttölinen kysymys, että me ei voida suunnitella sitä työaikaan päivän sisällä.</p> <p>Et jos siihen varataan aikaa niin onhan se varmaan hyvä.</p> <p>Sillon siitä tulee taakka, ku sä et ehdi sitä tekemään et siihen ei oo aikaa.</p>	<p>Ajan varaamista mittarin täyttämiseen ei voi suunnitella.</p> <p>Mittarin hyödyntäminen on ajankäyttölinen kysymys.</p> <p>Taakka kun ei ehdi mittaria tehdä, lisää työpainetta.</p>
<p>Se selkeyttää oikeestaan sen koko hosun.</p> <p>Kyllä se on sillä tavalla helppo tehdä sitä väliarvioo ja hoitosuunnitelmaan sen tuva mittarin perusteella.</p> <p>Tulee myös sitä asiakkaan näkökulmaa siinä sit essiin tuva mittarin avulla.</p>	<p>Selkeyttää hoitosuunnitelman.</p> <p>Hoitosuunnitelman teko helpottunut mittarin myötä.</p> <p>Asukkaan näkökulma tulee esiin hoitosuunnitelmaan.</p>
<p>Osa niinku jumahtaa ihan täysin ku ne kattoo niitä vaihtoehtoja, jotka on tosi pitkiä, että ne ei sitte oikeen hahmota et mitä tää nyt tarkoittaa.</p> <p>Ehkä peilataan niinku liikaa siihen että ollaan ennen tehty</p> <p>ne miettii että kyllähän he osaa siivota tai niinku ruokailu et kyllähän he osaa laittaa ruokaa, mutta tosiasiasa he ei niinku koskaan tee niitä eikä niinku kykene mut et ne taidot siellä ois siihen toimintaan ja he saattaa vastata kyllä kykenen itsenäisesti ku heillä on jotenki se mielikuva siitä et he</p>	<p>Asukkailla vaikeuksia hahmottaa ja ymmärtää kysymyksiä.</p> <p>Asukkaat peilaavat toimintakykyään siihen mihiin aiemmin ovat kyenneet.</p> <p>Asukas mieltää osaavansa arjen askareita, mutta ei ymmärrä oman toiminnanohjauksen ongelmien vaikutusta arjen toimista suoriutumiseen.</p>

niinku osaa sen asian vaikka he ei sitä te- kis.	
---	--

Pelkistetyistä ilmaisuista etsimme samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja ryhmittelimme ne muodostamaan alaluokkia (Taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkkejä pelkistettyjen ilmausten klusteroinnista eli ryhmittelystä alaluokiksi.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p>Ajan varaamista mittarin täyttämiseen ei voi suunnitella.</p> <p>Mittarin hyödyntäminen on ajankäytöllinen kysymys.</p> <p>Taakka kun ei ehdi mittaria tehdä, lisää työpaineita.</p>	Mittarin käyttöön järjestämätön aika
<p>Selkeyttää hoitosuunnitelman.</p> <p>Hoitosuunnitelman teko helpottunut mittarin myötä.</p> <p>Asukkaan näkökulma tulee esiin hoitosuunnitelmaan.</p>	Hyöty hoitosuunnitelman päivittämisessä
<p>Asukkailla vaikeuksia hahmottaa ja ymmärtää kysymyksiä.</p> <p>Asukkaat peilaavat toimintakykyään siihen mihin aiemmin ovat kyenneet.</p> <p>Asukas mieltää osaavansa arjen askareita, mutta ei ymmärrä oman toiminnanohjauksen ongelmien vaikutusta arjen toimista suoriutumiseen.</p>	Asiakkaan käsityskyvyn merkitys mittarin täyttämässä

Alaluokista muodostimme aiemman teoriatiedon avulla yläluokkia (Taulukko 3). Vaihdoimme alaluokkien sijaintia yläluokkien alla useita kertoja pohdintamme edetessä ja peilatessamme sitä teoriatietoon ja tutkimuksen lähtökohtiin. Tässä huomasimme, että samoilla alaluokilla voi olla monta eri merkitystä ja ne voisivat liittyä useiden yläluokkien alle merkityksestä riippuen. Palasimme analyysin edetessä ajoittain alkuperäiseen litteroituun aineistoon ja tarkistimme pelkistettyjen ilmauksien asiayhteyden, jolloin saimme selvyyttä ja varmuuden siitä minkä yläluokan alle ilmauksista muodostettu alaluokka kuuluu. Tämä kuuluukin hermeneuttiseen metodiin, jossa tutkijan on palattava aina tutkimusaineistoon tarkastamaan tulkintansa, kun kokee ymmärtäneensä asian uudella tavalla (Vilkkä 2017, 117.) Yläluokkien nimeäminen niiden sisältöä kuvaavaksi ja teoriapohjaa vastaavaksi oli haastavaa ja saimme siihen ohjausta.

Taulukko 3. Esimerkkejä yläluokkien muodostamisesta.

Alaluokka	Yläluokka
Mittarin käyttöön järjestämätön aika	Ulkoiset käyttökokemukseen vaikuttavat tekijät
Hyöty hoitosuunnitelman päivittämisessä	Mittarin sisällön vaikutus käyttökokemukseen
Asiakkaan käsityskyvyn merkitys mittarin täyttämässä	Osallistamisen mahdollistaminen

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksemme osallistuneet työntekijät, jotka toimivat ohjaajina, ovat koulutettuja sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia, joilla on kokemusta mielenterveys- ja päihdetyöstä. Tutkimukseen osallistuneet ohjaajat työskentelivät Työterapinen yhdistys ry:n Inkilänkodin sekä Kotirinteen asumisyksiköissä, jotka tarjoavat asumispalveluja mielenterveys- ja päihdekuntoutujille. Inkilänkodin asumispalvelut on jaettu tukiasumiseen, palveluasumiseen sekä tehostettuun palveluasumiseen. Ohjaajat ovat läsnä ympäri vuorokauden tehostettua palveluasumista varten. Asukkailla on omaohjaaja, joka on mukana tuentarpeen kartoituksessa sekä luo tavoitteet yhdessä asukkaan kanssa kuntoutussuunnitelmaa apuna käyttäen. Kotirinne tarjoaa tukiasumista, jonka perustana on yksilöllinen ja tarpeenmukainen tuki. Asukkailla on mahdollisuus saada tukea ja ohjausta muun muassa terveydentilan seurantaan ja arviointiin, lääkahoitoon, päihdeettömyyden tukemiseen, opinto- ja työasiointiin, asumisongelmien syiden selvittämiseen sekä asunnon siisteyteen. (Työterapinen Yhdistys Ry 2018) TUVAR® toimintakykymittari on ollut ennen tutkimusta käytössä Työterapinen Yhdistys ry:n eri yksiköissä vuoden ajan. Tutkimukseen haastatellut työntekijät ovat käyttäneet mittaria työssään vaihtelevasti. Osalla se on ollut säännöllisessä käytössä alusta saakka, mutta osa haastateltavista on käyttänyt mittaria satunnaisemmin.

Mittarin käyttökelpoisuuteen mittajaan kannalta vaikuttaa esimerkiksi, kuinka yksiselitteisiä ja helposti tulkittavia tulokset ovat, onko tuloksille saatavissa viitearvoja ja millaista koulutusta mittarin käyttöön tarvitaan. (Valkeinen ym. 2014, 28.) Käyttäjäkokemusta voidaan kuvata käyttäjän tuntemuksiksi hänen käyttäessään palvelua. Se sisältää muun muassa henkilön havaintoja ja reaktioita, jotka tuotteen, järjestelmän tai palvelun käytöstä aiheutuu. Itse käyttäjän ja ympäristön ominaisuuksilla, taidoilla ja käyttökontekstilla on myös vaikutusta käyttäjäkokemukseen. (Sinkkonen, Nuutila ja Törmä 2009, 23-24; Tenhula 2010, 4.) Näissä tuloksissa tuomme esille henkilökunnan käyttäjäkokemuksien lisäksi tutkimuksessa havaittuja kokemusten taustalla vaikuttavia tekijöitä. Tulosten lopuksi on esitetty kaavio, joka havainnollistaa analysoinnin tulokset ja kehitysideat (KUVIO 1).

7.1 Mittarin sisällön vaikutus käyttökokemukseen

Toimintakyvyn ja tuentarpeen tunnistaminen. *”onhan se silleen monipuolinen, et jos sen sillee kunnolla täyttää ni kyllä siitä saa oikeestaan kaiken semmosen mitä me niinku tarvitaan ohjaustyössä.”* Jos mittarin täyttää perusteellisesti, se tuo esille kaiken tarvittavan tiedon päivittäisestä toiminnasta. Mittaria pidettiin monipuolisena. Eriyisen hyvänä piirteenä pidettiin oireiden monipuolista kuvaamista ja mahdollisuutta oireiden tarkempaan kuvaamiseen asukkaan näkökulmasta. Mittarin avulla oireet olivat helpommin muistettavissa, kun ne olivat konkreettisesti paperille listattuna ja sitä kautta ne jäivät myös paremmin mieleen. Mittarin avulla saattoi selvittää lisää tuentarpeita, jotka eivät muuta kautta ole tulleet ilmi.

Puutteet toimintakyvyn ja tuentarpeen tunnistamisessa. *”Et toimintakykyhän voi mittarin tulosten mukaan olla tosi hyvä, mutta se tarviiki arjessa jotain muuta et sujuu – mut näillä kysymyksillä se ei tuu ilmi.”* Vaikka valtaosa elämänhallinnan ongelmista tuli esille mittarin kautta, vastaajien mukaan mittarin kysymykset eivät kuitenkaan tuoneet tarpeeksi esille psyykkisistä oireista johtuvaa palveluntarvetta, esimerkiksi harhoista johtuvia ongelmia. Kaikki arjen haasteet eivät tulleet ilmi mittarin kysymyksissä, jos asukas esimerkiksi ei tarvinnut konkreettista apua, vaan apu painottui henkiseen tukeen ja ohjaukseen. Haastateltavien mukaan kysymykset eivät ota huomioon asukkaiden erilaisia persoonallisuuden piirteitä, muun muassa sosiaalisuutta. Asukkaan tulisi olla sosiaalinen ryhmäihminen, jotta osa-alue ei nousisi ongelmaksi.

Hyöty hoitosuunnitelman päivittämisessä. *”se selkeyttää oikeestaan sen koko hosun.”* Mittarista koettiin olevan hyötyä hoitosuunnitelman laatimisessa ja päivittämisessä. Hoitosuunnitelman päivittämiseksi tarvittava tieto toimintakyvystä voitiin nostaa esille, jolloin avuntarpeet pystyttiin siirtämään suoraan tehtävälistaan. Saatujen tulosten pohjalta saatiin tavoitteita myös asukkaan näkökulmasta ja ne voitiin siirtää hoitosuunnitelmaan. Asukkaan esille tuomien oireiden tarkentaminen helpottui. Jos mittarin käyttämiseen oli järjestynyt aikaa, oli hoitosuunnitelman päivittäminen nopeampaa ja sen avulla hoitosuunnitelman sisällön jäsentäminen oli helpottunut. Väliarvioinnin ja hoitosuunnitelman tekeminen mittarin perusteella koettiin helpommaksi. Mittarin sisältöä oli käyty läpi myös vapaamuotoisesti tukemaan hoitosuunnitelman tekoa.

Soveltumattomuus päihdekuntoutujille. *”jos jollain on joka toinen päivä krapula ni kyllähän se nyt häiritsee, mut sit se ei niinku näy siinä missään pisteissä.”* Mittarin ei koettu olevan soveltuva päihdekuntoutujille, koska haastateltavien mukaan päihdekuntoutujien rajoitteet jäivät piiloon. Ongelmaksi nähtiin, että päihdeongelma ei vaikuttanut päivittäisiin toimintoihin, vaikka muuten olisi ollut runsaasti tukea tarvitseva. Päihdeongelmaisen avuntarpeet ajateltiin tulevan esiin usein muuta kautta. Jos mittarissa olisi kuvattuna päihdeistä johtuvia oireita, esimerkiksi krapula, kuvaisi mittari paremmin myös heidän toimintakykyään. Haastateltavat kaipasivat päihdepuolelle lisäkysymyksiä, jotta tämäkin kohderyhmä hyötyisi mittarin käytöstä. Nykyisellään mittarista saadut pisteet olivat usein hyvät, vaikka päihdeongelma aiheutti isot haasteet arjessa.

7.2 Ulkoiset käyttökokemukseen vaikuttavat tekijät

Päivitystiheyden soveltumattomuus. *”kun skitsofrenia on tosi kroonistunu, niin on se kolme kuukautta liian lyhyt aika, et tavallaan mitään ei tapahdu.”* Sekä ohjaaja, että asukkaat turhautuvat mittarin päivittämiseen, kun se tehdään tarpeettoman usein kroonisesti sairaille, joiden toimintakyky pysyy tasaisena. Tällöin mittarin käyttäminen on koettu taakkana ja toissijaisena työtehtävänä. Suositus mittarin päivittämiseen oli kolmen kuukauden välein. *”jos pitää kolmen kuukauden välein vastata samat asiat samalla tavalla – et se ei oo niinku vaan*

tekemisen ilosta. ”Osa asukkaista oli myös hankalasti tavoiteltavissa, jolloin mittarin säännöllinen päivittäminen ei toteutunut.

Mittarin käyttöön tarvittava aika. Työnantajan ohjeen mukaan mittari tulee päivittää kolmen kuukauden välein. *”niin ite sen TUVA:n täyttäminen ei hirveen kauaa vie, mutta sen läpikäyminen et siitä saa sen hyödyn irti.”* Kun mittaria käytetään ohjeen mukaan, että siitä saa kaiken hyödyn irti, mittarin käyttäminen, sekä hoitosuunnitelman päivittäminen ja siitä käytävä keskustelu asukkaan kanssa veivät aikaa tunnista kahteen tuntiin. Pelkkä ammattilaisen version täyttäminen itsessään koettiin nopeana tehtävänä. Mittarin tulosten kirjaaminen toiseen järjestelmään koettiin aikaa vieväksi ja turhauttavaksi, koska se oli pois välittömästä asukastyöstä.

Mittarin käyttöön järjestämätön aika. *”Than puhtaasti ajankäytöllinen kysymys, että me ei voida suunnitella sitä työaikaan päivän sisällä.”* Osalla haastateltavista mittari oli ollut vakituisessa käytössä sen käyttöönoton alusta alkaen. Osa haastateltavista oli käyttänyt mittaria aluksi aktiivisesti, mutta myöhemmin sen käyttö oli harventunut tai jäänyt kokonaan. *”sillon siitä tulee taakka, ku sä et ehdi sitä tekemään et siihen ei oo aikaa.”* Mittarin päivitys koettiin kuitenkin työtehtävänä, mutta tietous siitä, että sitä tulisi käyttää lisäsi vastaajien paineita työssä. Mittaria käytettiin hoitosuunnitelman laatimiseen ja päivittämiseen, jos siihen oli pystytty varaamaan aikaa. Se koettiin mahdottomana, jos aika oli rajallista myös muiden työtehtävien suorittamiseen. Mittarin hyödyntäminen hoitosuunnitelman päivittämisessä koettiin ajankäytölliseksi kysymykseksi. Jos mittarin käyttämiseen oli varattu aikaa, se koettiin hyväksi työkaluksi. Aikaa haluttiin järjestää mittarin päivittämiseen yhdessä asukkaiden kanssa, mutta kaikki haastateltavat eivät voineet vaikuttaa oman työvuoronsa sisältöön. Mittarin päivittämiseen oli toisinaan järjestetty aikaa työvuorosuunnittelussa, mutta vuoron sisältö saattoi muuttua eikä mittarin käyttämiseen ollut todellisuudessa siihen varattua aikaa. *”et vaikka sinä suunnittelisitkin, että sinä sen teet, mut siihen ei välttämättä oo mahdollisuutta.”*

Koulutus ja osaaminen. *”ketkä on sitä tehny paljon, on siitä heille tullu jo käytäntö ja he kyllä varmasti neuvoo.”* Mittarin käyttö koettiin helpoksi ja saatu koulutus riittäväksi. Kokeneemmilta TUVA®:n käyttäjiltä saa tarvittaessa neuvoa työpaikalla. Ohjaajien osaaminen TUVA®:n käytössä koettiin hyväksi. Haastateltavat kokivat, että TUVA®:n kouluttajaan voi tarvittaessa ottaa yhteyttä pienemmissäkin käyttöön liittyvissä asioissa, mutta erillistä lisäkoulutusta mittarin käyttöön ulkopuolisilta ei koettu tarpeelliseksi.

Käyttöönoton sujuvuus. *”eikä niinku mietitty varmaan yhtään loppuun sitä, että pystytäänkö tätä järjestämään.”* Mittarin käyttöönotosta olisi toivottu systemaattisempaa. Ohjaajat kokivat, että käyttöönoton yhteydessä ohjaajien mielipiteitä ei kysytty. Jos mittarin käytön aloitus olisi ollut rauhallisempi, olisi mittarin käyttöön saattanut tulla rutiinia ja varmuutta, ennen kuin siitä tuli osa päivittäisiä töitä. Haastattelussa nousi esille, että mittarin käyttöönotto

ajoitettiin samanaikaiseksi toisen järjestelmän käyttöönoton kanssa, joten mittarin käyttöönotto koettiin hätköitynä.

Yhtenäisten käytäntöjen puutteellisuus. *”ois hyvä porukalla kattoo, että ensinnäkin teki sin sen oikein ja nimenomaan nämä yhdenmukaisuusasiat.”* Mittarin käyttämiseen kaivattiin yhdenmukaistamista työyhteisön sisällä. Tällä hetkellä ohjaajilla oli epäselvyyttä tulkinnan varaisista kysymyksistä ja yhtenäisten käytäntöjen puuttuminen mittarin täytössä lisäsi haasteita esimerkiksi silloin kun oli valittava raha-asioiden hoitoon liittyviä komponentteja, kun asukkaalla oli edunvalvoja. *”yhteiset linjat et esimerkiksi, jos on edunvalvoja, et mikä se niinku on, jos se kuitenkin hoitaa jotenki niitä ite et saa vaikka rahat ostaa ruuat. Sit jotku laittaa en hoida itse, jos on edunvalvoja, mut hoitaahan se kuitenkin jotenki ite joissain tilanteissa.”* Alun perin mittaria oli tarkoitus käydä läpi työyhteisössä pienemmässä ryhmässä, mutta tämä ei ollut toteutunut.

7.3 Osallistamisen mahdollistaminen

Itsemääräämisoikeuden toteutumattomuus. *”ku työnantaja vaatii et pitää täyttää ja asukas ei halua.”* Haasteltavat pohtivat mittarin käyttämiseen saadun ohjeistuksen ja asukkaan itsemääräämisoikeuden välistä suhdetta. Jos asukas ei ole halukas täyttämään omaa osuuttaan, täyttävät ohjaajat mittarin ammattilaisen näkökulmasta. Tällöin mittarin tarkoitus ja asukkaan osallisuus toteudu. Näkökulma pisti pohtimaan, koska käyttöönoton alkaessa oli erimielisyyttä mittarin täyttämistä osan asukkaiden kanssa.

Asukkaan ohjauksen tarve mittarin täyttämiseen. Mittarin avulla pystyttiin osallistamaan asukkaita omaan hoitoonsa. Suurimmalle osalle asukkaista itsearviointia ei voinut kuitenkaan antaa asukkaalle itselleen täytettäväksi, sillä he eivät joko ymmärryksen riittämättömyyden tai kiinnostuksen vuoksi siihen kyenneet. *”että ne vois olla jotenki selkeempiä, yksinkertaisempia kysymyksiä.”* Lähes kaikille asukkaille mittarin kysymykset olivat hankalia. Haastateltavat kertoivat, että mittari sisälsi vaikeasti ymmärrettäviä sanoja, kuten esimerkiksi orientaatio ja impulsiivisuus, joita asukkaat eivät ymmärtäneet ilman sanojen yksinkertaistamista. Haastattelussa ilmeni, että parasta olisi, jos itsearvioinnin voisi antaa asukkaalle itselleen täytettäväksi, ohjaaja tekisi oman versionsa ja näitä tuloksia käytäisiin läpi yhdessä. Lisäksi asukkaan vastaukset olisivat realistisempia, jos asukas kykenisi itsenäiseen täyttämiseen, sillä ohjaajan läsnäolon arveltiin voivan vaikuttaa asukkaan itsearviointiin. Jos kysymykset ja vastausvaihtoehdot itsearvioinnissa olisivat yksinkertaisempia ja ymmärrys riittäisi itsenäiseen täyttämiseen, se olisi hyvä lähtökohta tuloksien vertailuun yhdessä asukkaan ja ohjaajan kanssa.

Asukkaan käsityskyvyn merkitys mittarin täyttämässä. Ohjaajan ja asukkaan tulokset erosivat toisistaan usein todella paljon. Tämän ajateltiin johtuvan siitä, että asukkaat pisteyttivät oman toimintakykynsä todellista paremmaksi ja peilasivat usein toimintakykyään siihen, mihin olivat aiemmin kyenneet. Asukas saattoi mieltää osaavansa kysymyksissä esille

tulleita arjen askareita, mutta ei kuitenkaan ymmärtänyt oman toiminnanohjauksen ongelmien vaikutusta niistä suoriutumiseen. Toisinaan kysymysten monimutkaisuus johti asukkaiden turhautumiseen, kun ymmärrys ei riittänyt käsittämään kaikkia mittarissa olleita asioita. *”osa niinku jumahtaa ihan täysin ku ne kattoo niitä vaihtoehtoja, jotka on tosi pitkiä, että ne ei sitte oikeen hahmota et mitä tää nyt tarkoittaa.”*

Asukkaan tahtotila. Valtaosa asukkaista suhtautuu myönteisesti mittarin käyttämiseen eivätkä kyseenalaista sitä. Jo kauan palveluiden piirissä olleet asukkaat ovat täyttäneet useita lomakkeita asumisensa aikana, joten he täyttävät mittarin rutiininomaisesti. Kuitenkin osalle asukkaista tulee loukkaantumisen ja närkästymisen tunteita kyselystä. Suurin osa näistä asukkaista olivat päihdekuntoutujia. *”mut siinä lukee se mielenterveyskuntoutuja, niin meidän päihdekuntoutujat hyvin tarkasti tähän tarttuvat ja sanovat etteivät tämmöstä voi täyttää, koska eivät ole mielenterveyskuntoutuja”*. Haastateltavien mukaan päihdekuntoutujat kokivat mittarin vääränä, koska kyselyssä puhutaan mielenterveyskuntoutujista. Osa päihdekuntoutujista koki mittarin loukkaavana, koska osa kysymyksistä painottui psyykkisiin oireisiin, esimerkiksi ääniharhoihin. Haastateltavien mukaan asukkaat ovat suostuvaisempia mittarin käyttöön, kun on kerrottu, että sen avulla voidaan osoittaa esimerkiksi tuentarve asumispalveluihin. Osalle asukkaista on riittänyt perusteluksi vertaus aiemmin käytössä olleeseen kuntoutussuunnitelmaan. Osa asukkaista ei suostunut täyttämään mittaria joko osaamisen puutteen tai kiinnostuksen vuoksi.

Mittarin vaikutus kommunikaatioon asukkaan ja ohjaajan välillä. Mittarin koettiin olevan hyödyksi asukkaan osallistamisessa omaan hoitoonsa, koska se synnytti keskustelua asukkaan ja ohjaajan välille. *”joskus oon niinku miettiny, et onko se helpompaa asukkaanki laittaa se rasti siihen – hankalampi ruveta sanomaan et minulla on tämmösiä aggressiivisia ajatuksia. Se ehkä helpottaaki sitä ilmasua.”* Mittari hyödytti asukkaiden ilmaisua ja sen kautta asukkaiden oli helpompi tuoda esille asioita, joista on ollut vaikea kertoa. Kuten esimerkiksi psyykkisistä oireista, jotka eivät ole ilman mittaria ilmenneet työntekijälle. Haastateltavien mukaan asukkaiden oli helpompi laittaa rasti ruutuun, kuin kertoa oireistaan ääneen. Vaikka mittarin tuloksista tuli jonkin verran näkemyseroja, koettiin mittari hyväksi välineeksi keskusteluun ja silloin asukkaan vastauksia ja niiden realistisuutta voitiin pohtia yhdessä. *”siinä näkee ne ongelmakohdat ja sitten keskustelee just sen itsearviointinlomakkeen pohjalta, ni siinähan pystyy yhdessä asettaan ne tavoitteet.”* Mittarin pohjalta nousseen keskustelun avulla on voitu osallistaa asukkaita oman tuen tarpeensa arviointiin ja asettaa yhteisiä tavoitteita. Mittarin avulla saatiin asukkaan näkökulma esiin hoitosuunnitelmaan.

7.4 Hyödynnettävyys palvelutarpeen arvioinnissa

Mittarin laskemat pisteet. *”niinku mielenterveysongelmainen ois niinku tehostetussa palveluasumisessa eikä tarvii mitään hygieniapuuta ni tota kyllähän se tota saa hyvät pisteet, vaikka se ois muuten niinku ihan psyykkisesti sairas”*. Haastateltavien mukaan mittarista saadut kokonaispisteet eivät olleet suoraan verrannollisia tuen tarpeeseen. Toisin sanoen saadut

tulokset eivät kuvanneet kaikkien asukkaiden toimintakykyä realistisesti. Tällä tarkoitettiin sitä, että toimintakyky saattoi mittarin tulosten mukaan olla todella hyvä, vaikka arjessa esiintyi paljon haasteita mielenterveys- tai päihdeongelman vuoksi. Mittarin pisteytys toi enemmän esiin ongelmia päivittäisissä toiminnoissa, kuin psyykkisessä oireilussa. Korkea pistemäärä nousi erityisesti päihdekuntoutujien kohdalla esille, koska esimerkiksi toimintakykyä haittaavia vieroitusoireita ei tullut esille pisteissä. *”saattaa olla tosi kuormittava sillä yhellä osa-alueella, mut psyykkisessä oireilussa tai päihdeiden käytössä saa aika vähän pisteitä ku se ei oo niin laaja-alainen ongelma.”* Haastattelussa nousi esille, että yhden osa-alueen kuormittavuus ei näkynyt kokonaispisteissä, vaikka ongelma olisi laaja-alainen.

Palveluluokkien määrittäminen mittarin avulla. *”siellä on niinku se ympärivuorokautisen tuen tarve, mut sitte tuo mittari ei sitä niinku näytä realistisesti.”* Vaikka haastateltavien mukaan mittari toimi tukiasumisessa suhteellisen hyvin, pisteytys ei yksinään tukenut palveluntarpeiden laajuuden arvioimista sosiaalipalveluiden tehostetussa palveluasumisessa. Asukkaalla saattoi olla ympärivuorokautisen tuen tarve, mutta se ei näyttäytynyt mittarin tuloksissa. Tehostetussa palveluasumisessa pisteet saattoivat olla hyviä, vaikka asukas tarvitsi paljon tukea. Tehostettuun palveluasumiseen sopisi haastateltavien mukaan paremmin *”hoidollisempi”* mittari.

7.5 Konkreettinen mittarin käytön mahdollistaminen arjessa

Tutkimuksen tuloksissa toimme esille ohjaajien kokemuksia TUVAR®-toimintakykymittarin käytöstä. Näiden varsinaisten käyttökokemuksien lisäksi tutkimukseen osallistuneet ohjaajat esittivät kehitysideoita, jotka mahdollistaisivat mittarin optimaalisen käytön arjessa. Tässä osiossa esitämme näitä tuloksia.

Käytön vakiinnuttaminen. *”Ku asioista tulee käytäntöjä, tavallaan se tulee siihen arkiseen toimintaan mukaan silleen et teet tietyllä tavalla.”* Jotta mittarista saataisiin parempi hyöty, sen käytön pitäisi olla kaikilla ohjaajilla säännöllistä ja osana päivittäisten työtehtävien rutiinia. Haastateltavat ajattelivat, että mittarin käyttö olisi lopulta käytön vakiinnuttua nopeampaa, jolloin sen käyttämiseen tarvittava aika olisi lyhyempi. *”Siihen pitäis olla se se aika, että sitä tulis tehtyä ja sitte siitä tulis rutiini ja sitte se toimis hyvin.”* Tällainen vakiintuminen vaatisi aluksi riittävästi aikaa perehtyä mittarin käyttöön, koska osaamisen puutteen vuoksi se koettiin aikaa vieväksi. Mittarin käyttöönotosta olisi toivottu rauhallisempaa ja systemaattisempaa, jolloin kaikilla ohjaajilla olisi ollut jo alussa riittävästi aikaa sen käytön opetteluun.

Työajan varaaminen mittarin käyttöön. Koska suurimpana esille nousseena esteenä mittarin optimaaliselle käytölle koettiin sille varatun ajan riittämättömyys, toivottiin työpäivän sisälle aikaa ja tiloja sen tekemiseen. *”Vaikka sinä suunnittelisitkin sen et sinä sen teet, mut siihen ei välttämättä oo mahollisuutta.”* Mittari koettiin hyödylliseksi hoitosuunnitelman laatimisessa ja päivittäisessä, jos sen käyttöön oli varattu riittävästi aikaa. *”Jos siihen on varattu aikaa niin onhan se varmasti hyvä.”*

Yksilöllinen päivittäminen. *”Toivois, et jaettais asukkaat vaikka niinku puolen vuoden välein semmosille joilla vointi on tasasena.”* Haastateltavat toivoivat, että mittarin päivitys-
 heytää voitaisiin yksilöllistää, eli mittaria voitaisiin päivittää harvemmin kroonisesti sairaiden
 asukkaiden kohdalla, joiden toimintakyvyssä ei ollut vaihtelua, esimerkiksi kuuden kuukauden
 välein.

7.6 Mittarin sisällön tarkentaminen

Kysymysten ja vastausvaihtoehtojen yksinkertaistaminen. Vaikka mittarin sisältöä
 kuvailtiin monipuolisena ja kattavana, sen vastausvaihtoehtoihin ja kysymyksiin kaivattiin yk-
 sinkertaistamista. Tämä toive nousi esille, kun haastateltavat arvioivat mittarin täyttämistä
 asukkaan näkökulmasta. Monimutkaisia sanoja oli pitänyt selittää suurimmalle osalle asuk-
 kaista ja tämä toi vastausvaihtoehtojen valitsemiseen haasteita. *”Minusta ne on hirveen han-
 kalat ne vaihtoehdot lähes kaikille asukkaille, et mä oon laittanu sinne suomennokset, siis
 neljä kohtaa et itsenäisesti, tarvitsen ohjausta, tarvitsen apua ja en tee itse, että ne on niinku
 simppelimät.”* Kehitysideana oli siis mittarin sisällön kokonaisvaltainen yksinkertaistaminen
 kysymysten ja vastausvaihtoehtojen osalta.

Mittarin sisältöön toivottavat muutokset. Kokonaispistemäärää ei haastateltavien mu-
 kaan pitäisi ottaa huomioon avun tarvetta arvioidessa, koska pisteet eivät olleet realistiset, jos
 avuntarve oli suuri vain yhdellä osa-alueella. Esimerkiksi harhoista johtuvia ongelmia mittari
 voisi ottaa paremmin huomioon. *”Kyllä siinä toivois jotain, että hirveesti tulee pisteitä vaik
 jossain näist harhoista sitten ei tarvii mitään apua tai tälleen ni jotenki se sais ottaa huomioon
 se mittaristo ne pisteet.”* Koska mittaria käytetään myös päihdekuntoutujille, siihen toivottiin
 lisäkysymyksiä päihdeistä johtuviin oireisiin liittyen, jotta heidän toimintakykyään voitaisiin ku-
 vata realistisemmin.

7.7 Muut kehitysideat mittarin hyödyntämiseen

Käytäntöjen yhtenäistäminen työyhteisön sisällä. Vastauksissa nousi esille tarve työyh-
 teisön sisäiseen keskusteluun, jossa mittarin täyttämistä voitaisiin yhdenmukaistaa ohjaajien
 välillä. Mittarin käyttämisen ajateltiin helpottuvan, jos olisi sovittu yhteiset linjat monitulkintai-
 sissa kysymyksissä. *”Työyhteisön sisällä joku semmonen jossa katottais vähä niinku yhteinen
 linja esim. tuossa edunvalvoja asiassa.”* Toiveena oli, että mittarin sisältöä ja vastausvaihtoeht-
 oja käytäisiin läpi pienemmässä ryhmässä kuten alun perin oli ollut tarkoitus. Tällöin voitaisiin
 yhdessä miettiä käytäntöjä vastauksissa kysymyksiin, joihin ei ole suoraan oikeaa vaihtoeht-
 ota.

Asukkaan itsemääräämisoikeuden huomioiminen. *”Se että asukkaalla olis mahdollisuus
 myös kieltäytyä - niin se että olis mahdollisuus, että näkyy vaan ohjaajan näkökulma ja sit sa-
 notaan et asukas kertakaikkiaan kieltäytyy.”* Haastattelussa ilmeni, että asukkaalla tulisi olla
 itsemääräämisoikeus käytetäänkö mittaria osana toimintakyvyn arviointia. Ohjeistuksena on,

että mittaria käytetään. Haastateltavat pohtivat, riittäisikö pelkkä ammattilaisen näkökulma, jos asukas ei suostu mittaria täyttämään.

Mittarin hyödyntäminen alkuhaastattelussa. *”Semmonen niinku keskusteluväline, että jos menee ilman mitään tämmöstä niinku työvälinettä, et miten sä osaat siivota ja laittaa ruokaa, se ois niinku helpompi sen kaavakkeen kanssa tulla.”* Haastateltavien mukaan mittarin kysymykset sopisivat hyvin alkuhaastattelussa käytettäväksi. He ajattelivat myös, että asukkailla olisi pienempi kynnyks mittarin käyttämiseen jatkossa, jos se olisi tullut tutuksi jo alkuhaastattelussa.



Kuvio 1. TUV[®]- toimintakykymittari Työterapinen yhdistys ry:llä.

8 POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Työterapinen yhdistys ry:n ohjaajien kokemuksia TUVA® -toimintakykymittarin hyödynnettävyydestä ja käytettävyydestä sekä siitä, kuinka he hyödyntävät mittarin tuottamaa tietoa käytännössä. Tutkimuksen tulosten perusteella tarkoituksenamme oli arvioida TUVA® -toimintakykymittarin antamaa lisäarvoa hoitotyön suunnittelussa, sekä tarkoituksenmukaisuutta ja käytettävyyttä tilaajan eri asumisyksiköissä. Lisäksi saatujen tulosten avulla pyrimme antamaan kehittämisideoita mittarin käytön optimointiin. Tutkimus oli ainutlaatuinen ja tilannesidonnainen eikä sen tuloksia voida yleistää koskemaan kokemuksia TUVA®-toimintakykymittarin käytettävyydestä muualla. Valitsimme laadullisen tutkimuksen, koska tavoitteenamme oli ymmärtää ja selittää ohjaajien kokemuksia mittarin käytössä kyseisen yhdistyksen eri toimipisteissä ja saimme tutkimuksessa esille myös selityksiä näiden kokemusten takana. Lisäksi tutkimuksen ainutlaatuisuutta lisäsi se, että kokemuksia TUVA® -toimintakykymittarista ja sen käytöstä oli tutkittu vähän. Näistä tutkimuksista kerroimme enemmän osiossa 3.3.

8.1 Tutkimustulokset ja niiden tarkastelu

Johtopäätöksenä tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että TUVA® -toimintakykymittarin sisältöön oltiin pääosin tyytyväisiä. Positiiviset kokemukset mittarin hyödynnettävyydestä liittyivät sen tuomaan lisäarvoon erilaisten psyykkisten oireiden esiin tuomisessa, hoitosuunnitelman laatimisessa ja päivittämisessä sekä mittarissa olevien kysymysten pohjalta nousseissa keskusteluissa asukkaiden ja ohjaajien välillä. Mittarin koettiin kuvaavan monipuolisesti ja kattavasti mielenterveyskuntoutujien oireita ja sen avulla pystyttiin yhdessä asukkaiden kanssa löytämään lisää avuntarpeita, jotka ilman mittaria eivät olisi tulleet esille. Asiakkaan osallistamisella toimintakykynsä ja avuntarpeensa arviointiin onkin merkitystä sekä terapeuttisessa mielessä, että tarkoitusten mukaisten tukitoimien suunnittelussa (Elstad ja Eide 2009, 675, 680). Hoitosuunnitelman tekemisen ja päivittämisen koettiin helpottuvan, kun oireet ja avuntarpeet olivat listattuna ja näkyvillä. Mielenterveyskuntoutujille vastaavanlaista toimintakyvyn mittaamiseen tarkoitettua sähköistä järjestelmää ei ole Suomessa käytössä. TOIMIA-tietokannasta löytyy mielenterveysongelmiin ja laajasti toimintakyvyn arviointiin tarkoitettuja mittareita, mutta ne ovat joko oireseuloja, kyselylomakkeita tai niiden kohderyhmiin kuuluvat fyysisistä toimintakyvyn rajoitteista kärsivät tai ikääntyneet ihmiset. (THL 2014.)

Toisaalta asiakaskuntaan kuului myös päihdekuntoutujia, joiden toimintakyvyn arviointiin TUVA® -toimintakykymittarin koettiin soveltuvan huonosti. TUVA® -toimintakykymittari on tarkoitettu mielenterveysasiakkaille ja mittarin luotettavuuteen liittyikin olennaisena osana se, että sitä käytetään oikeassa käyttötarkoituksessa. (Manssila ym. 2018, 1.) Päihdekuntoutujien avuntarpeet tulevat esiin usein muuta kautta ja päihdekuntoutujat kokivat usein TUVA® -toimintakykymittarin käytön loukkaavana, vääränä, tai haluttomuutena mittarin täyttämiseen,

koska siinä puhutaan mielenterveyskuntoutujista. Esille nousi myös asukkaan itsemääräämisoikeus, etenkin päihdekuntoutujien kohdalla, jotka eivät suostuneet mittarin täyttämiseen. Kun arvioidaan mittareiden käyttökelpoisuutta, on selvítettävä mittarin pätevyys tutkittavan kannalta; soveltuuko mittari asiakkaalle (Valkeinen ym. 2014, 28). Jos mittaria on tarkoitus käyttää myös jatkossa päihdekuntoutujien toimintakyvyn arvioinnissa, toivottiin siihen lisättävän kysymyksiä päihteiden käytöstä johtuvien oireiden kuvaamiseen. Tällä hetkellä päihdekuntoutujien pisteytykset mittarin mukaan saattoivat olla todella hyviä, vaikka avuntarve arjessa selviytymisessä oli selkeä.

Ohjeen mukaan mittaria tulisi päivittää kolmen kuukauden välein. Osalle asukkaista päivittäväli koettiin sopivaksi, kun toimintakyvyssä nähtiin vaihtelua. Osalle asukkaista päivittäminen kolmen kuukauden välein koettiin kuitenkin liian tiheäksi, esimerkiksi kroonisesti skitsofreniaa sairastaville, joiden toimintakyvyssä ei nähty aikavälillä muutoksia, vaan toiminta pysyi samana. Niin skitsofreniaa, kuin muitakin pitkäkestoisia psyykkisiä sairauksia sairastavilla, yleisen toimintakyvyn muutosten havaitsemiseen ja mittaamiseen jopa vuosi voi olla melko lyhyt aika, koska kuntoutuksen myötäkin tapahtuvat muutokset ovat heillä vaikeasti mitattavissa lyhyellä aikavälillä (Tiusanen 2015, 58). Mittarin käyttöön toivottiin yksilöllisempää lähestymistapaa, sillä myös osa asukkaista turhautui mittarin tiheään päivittämiseen. Mittarin käyttämisen tulisi olla tarkoituksen mukaista, eikä sitä tehtäisi vain tekemisen ilosta.

Erialaisten mittareiden soveltuvuutta eri asiakasryhmille arvioivan TOIMIA-asiantuntijaverkoston mukaan mittarin käyttökelpoisuuteen vaikuttaa se, kuinka paljon mittarin täyttäminen vie aikaa ja vaatiiko mittari erilaisia järjestelyjä ympäristön, kuten tilojen suhteen (Valkeinen 2014, 28). Itse mittarin täyttäminen ammattilaisen näkökulmasta ei vienyt ohjaajien aikaa kuin 15-20 minuuttia. Tulosten kirjaamiseen ja tiedon siirtoon järjestelmästä toiseen koettiin turhauttavana tehtävänä, joka vei aikaa välittömästi asiakastyöstä. TUVAR®:n ohjeen mukaan ohjaaja ja asukas täyttävät omat arviointinsa ja näitä tuloksia verrataan ja käydään yhdessä läpi asukkaan kanssa osallistamalla häntä omaan hoitoonsa. Prosessi oli kuitenkin aikaa vievää ja siihen saattoi kulua yhdestä kahteen tuntiin. Mittari oli saattanut jäädä käyttämättä ajankäytöllisistä syistä. Osa ohjaajista oli käyttänyt mittaria säännöllisesti sen käyttöönoton alusta alkaen, mutta osalla käyttö oli harventunut. Syyksi kerrottiin, että aikaa mittarin käyttämiseen ei ollut. Osa ohjaajista pystyi vaikuttamaan työvuoronsa sisältöön ja näin ollen suunnittelemaan työtehtäväkseen mittarin päivittämisen yhdessä asukkaan kanssa. Osalle mittarin päivittäminen oli huomioitu työvuorosuunnitteluun välivuorona, mutta vuoro saattoi muuttua aamuvuoroksi, jolloin päivän sisältöön ei voinut itse vaikuttaa vuoron työtehtävien vuoksi.

Osalle ohjaajista mittarin päivittäminen oli rutiinia ja siitä oli tullut käytäntö. Säännöllisen käytön ja rutiinin hyväksi puoleksi todettiin, että mittarin käyttäminen vei vähemmän aikaa. Vaikka rutinoitumista pidetäänkin jossain mielessä negatiivisena asiana, säästää tehtävien rutiiniksi eli vakiintuneeksi käytännöksi tuleminen työntekijöiden energiaa ja aikaa. Tärkeiden työtehtävien rutinoitumisen myötä tehtävien toimeenpanoon ei tarvita erityisiä ponnisteluja ja

jatkuva kokemuksen karttumisen näissä tehtävissä helpottaa entisestään niiden suorittamista. Tällaista positiivista rutinoitumista voidaan sanoa myös organisoivaksi rutiiniksi (Vuorio 2015, 42-44.) Alkuun mittarin käyttö vaati perehtymistä ja kaikki eivät olleet ehtineet tutustua mittarin käyttöön siten, että se olisi ollut osana päivittäisiä töitä.

TOIMIA-asiiantuntijaverkoston mukaan mittarin käyttökelpoisuutta arvioidessa on huomioitava, millainen koulutus mittarin käyttöön tarvitaan, kuinka yksiselitteiset tulokset ovat ja kuinka helppo tuloksia on tulkita (Valkeinen ym. 2014, 28). Tutkimuksessa nousi esille, että mittarin käyttöä varten käyty koulutus koettiin riittäväksi ja mittarin visuaalinen käyttö helpoksi. Työyhteisöstä löytyi osajia, jotka auttoivat tarvittaessa mittarin käytössä, eikä lisäkoulutukselle nähty tarvetta. Kuitenkin työyhteisön sisäiset käytännöt mittarin täyttämiseen koettiin puutteelliseksi, sillä tulkinnanvaraisissa kysymyksissä vastausvaihtoehdoissa nähtiin paljon eroja, esimerkiksi raha-asioiden hoitoon liittyvissä asioissa.

Kuten vaikeissa mielenterveyden häiriöissä on tyypillistä, nousi tutkimuksessa esille asukkaiden vaikeus hahmottaa ja arvioida omaa toimintakykyään. (Tuisku, Melartin ja Vuokko 2012, 2.) Asukkaan ja ohjaajan arvioinnit olivat usein ristiriidassa keskenään. Osa asukkaista pystyi täyttämään oman osuutensa TUVA® -toimintakykymittarista itsenäisesti, mutta tuloksista keskusteltiin yhdessä ohjaajan kanssa tämän jälkeen. Vastauksia saatettiin muuttaa yhdessä asukkaan kanssa, kun heille oli selvennetty haastavia kysymyksiä tai mietitty yhdessä asukkaan todellista toimintakykyä. Jos asukas ei itse kyennyt mittarin täyttämiseen ymmärryksen puutteen vuoksi, avustivat ja neuvoivat ohjaajat asukkaita mittarin käytössä. Ideaalia onkin, että yhdessä asiakkaan kanssa arvioidaan toimintakyvyn tasoa, sekä sen merkitystä päivittäisissä toiminnoissa ja määritellään avun tarve (Lönqvist ym. 2017). Ammatillaisen velvollisuus on lisäksi selvittää asiakkaalle ymmärrettävällä tavalla mittarin käyttötarkoitus ja sen mahdollisia vaikutuksia palvelutarpeen arvioon ja asiakassuunnitelmaan (Manssila ym. 2018, 2). TUVA®-mittari mahdollistaa asiakkaan osallisuuden hoitonsa suunnittelun, sillä ammattilaisen tekemän arvioinnin lisäksi asiakas tekee mittarin avulla myös itsearvioinnin ja hoitosuunnitelma tehdään näistä saatujen tietojen avulla (FCG s.a). Mittarin täyttämisen ohessa tai sen pohjalta nousseet keskustelut koettiin hyvinä keinoina osallistaa asukasta omaan hoitoonsa ja niiden avulla pystyttiin asettamaan yhdessä tavoitteita. Asiakkaan oman arvioinnin huomioon ottaminen antaa heille kuvan siitä, että heidän mielipiteensä ovat kuulemisen arvoisia ja tämä on tärkeä pohja hoitosuhteen luomisessa (Elstad ja Eide 2009, 675, 680.)

Mittarin soveltuvuuteen mittaajan kannalta vaikuttaa esimerkiksi, kuinka yksiselitteisiä ja helposti tulkittavia tulokset ovat ja onko tuloksille saatavilla viitearvoja (Valkeinen ym. 2014, 28). Mittarin osa-alueista saadut kokonaispisteet eivät kuvanneet kaikkien asukkaiden toimintakykyä realistisesti eivätkä pisteet näin ollen olleet suoraan verrannollisia tuen tarpeeseen. Mittari saattoi antaa hyvät pisteet, vaikka arjessa esiintyi paljon haasteita mielenterveys- tai päihdeongelman vuoksi. Mittarin haittapuolena oli kokonaispistemäärän laskeminen, joka ei tuonut esille ongelmallisen osa-alueen kuormittavuutta. Voidaan kuitenkin todeta, että mittareiden

kautta saatu informaatio onkin vain yksi osa kokonaisvaltaisesti tehtävää päätöksentekoa sosiaalihuollossa eikä työntekijän tulisikaan perustaa päätöksentekoa vain mittareista saatuun tietoon. (Manssila ym. 2018, 1-3.) Mittari koettiin hyväksi työvälineeksi tukiasumisessa, mutta mittarista saadut pisteet eivät yksinään tukeneet palvelutarpeen arvioimista sosiaalipalveluiden tehostetussa palveluasumisessa. Tehostetun palveluasumisen asukkaan pisteet saattoivat olla hyvät, koska tuen tarvetta ei esiintynyt päivittäisissä toiminnoissa, kuten hygienian hoidossa, vaikka tuentarve oli ympärivuorokautinen psyykkisten oireiden vuoksi.

8.2 Kehitysideat mittarin käytön optimointiin

Yksi tutkimuksemme tavoitteista oli tuoda esille mahdollisia kehittämisideoita, joita tutkimuksessa nousi esille. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa ja hyötyä kehittämiseen, päätöksentekoon ja toimintaan käytännössä (Vilka 2017, 125). Tutkimuksessa osoitettiin tarve toiminnan kehittämiseksi, jolla voidaan vaikuttaa mittarin käytettävyyteen. Kehittämisideoita voidaan havaita useilla eri tavoilla ja yksi niistä on työyhteisöstä nousevat ehdotukset. Mitä paremmin kehittämisideat ja niiden tavoitteet pystytään osoittamaan, sitä helpommin ratkaisut ovat löydettävissä. Työyhteisön vaikutusmahdollisuuksien ja aktiivisen toimijuuden lisääminen oman työn kehittämisessä edistää myös työhyvinvointia. (Sitra, s.a.; TTL, s.a.) Kehittämisen kohteiksi tutkimuksen myötä nousivat muun muassa konkreettinen mittarin käytön mahdollistaminen, kuten käytön säännöllistyminen, työajan varaaminen mittarin käyttöön sekä mittarin yksilöllisen päivittämisen huomiointi. Mittarin sisältöön toivottiin myös tarkennusta, esimerkiksi vastausvaihtoehtojen ja kysymysten yksinkertaistamisella. Mittarin sisältöön toivottiin muutoksia, esimerkiksi tarkentavia kysymyksiä päihdekuntoutujille.

Työajan varaaminen ja mittarin käytön vakiintuminen säännölliseen käyttöön kulkivat käsi kädessä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että mittarin käyttö ei ollut säännöllistä, jos aikaa mittarin käyttämiseen ei ollut. Jotta mittari tulisi säännölliseen käyttöön, tarvittaisiin aikaa perehtymiseen ja opetteluun. Mittarin käyttöönoton ajankohta oli osaltaan vaikuttanut mittarin tulemiseen osaksi päivittäistä rutiinia, sillä samaan aikaan tuli toinen järjestelmä käyttöön. Myös mittarin tiheä päivittäminen koettiin aikaa vieväksi ja turhauttavaksi, kun mittaria päivitetään ohjeen mukaan kolmen kuukauden välein. Esiin nousi, että esimerkiksi päivittäminen puolen vuoden välein kroonisesti sairaille olisi riittävä.

Avuntarpeen arviointi perustuu toimintakyvyn arviointiin, jonka tekee sosiaali- ja terveysalan ammattilainen. Sen vuoksi onkin tärkeää huomioida mittaria käyttävien työntekijöiden mielipiteet mittarin käytettävyydestä oman asiakaskunnan toimintakyvyn arvioinnissa. (Valkeinen ym. 2014, 28). Jotta mittarin käyttö olisi sujuvampaa ja yhdenmukaisempaa, toivottiin työyhteisön sisäistä keskustelua vastausvaihtoehtojen valinnassa. Esiin nousi tarve pienemmälle ryhmälle, joka yhtenäistäisi käytäntöjä ja selventäisi täyttämistä muulle työyhteisölle.

Kun mielenterveyden häiriöstä kärsivän toimintakykyä arvioidaan, on lisäksi otettava huomioon tiedot suoriutumisesta toimintaympäristössä sekä henkilön subjektiiviset kokemukset toimintakyvystään. (Tuisku, Vuokko, Laukkala, Mäntynen ja Melartin 2012, 2254-2255; Autti-Rämö ym. 2016, 267.) TUVA®-toimintakykymittarin tarkoituksena on kuvata myös asiakkaan subjektiivista kokemusta omasta toimintakyvystään ja esille nousi kysymys, riittääkö toimintakyvyn arviointi ohjaajan näkökulmasta mittaria käyttäessä. Hoidossa olemiseen liittyy oikeus olla hoidettavana ja osalle riittävät ammattilaisten tarjoama apu ja palvelut eivätkä he halua osallistua tai olla osallisina hoitoonsa tai sen suunnitteluun (Laitila 2010, 22). Itsemääräämisoikeus nousikin vahvasti esille. Osa ohjaajista koki ristiriitaisia tunteita, kun kyseessä oli työnantajan määräämä työtehtävä, jota asukkaasta johtuen ei aina voinut toteuttaa. TOIMIA-verkoston julkaiseman suosituksen mukaan mittarin käytön onkin perustuttava asiakkaan antamaan suostumukseen (Manssila ym. 2018, 2).

TUVA-toimintakykymittaria pidettiin hyvänä keskustelun pohjana. Esille nousi, että mittarin kysymykset toimintakyvystä sopisivat hyvin myös alkuhaastatteluun asukkaan muuttaessa yksikköön. Tämä nähtiin myös siinä mielessä positiivisena ideana, että jo asukkaan muuttaessa taloon mittari ja sen kysymykset tulisivat heti tutuksi ja tällä tavoin pystyttäisiin välttämään asukkaan vastustus mittaria kohtaan jatkossa.

Myös mittarin sisältöön liittyviä kehittämisideoita nousi haastattelussa esille. Mittarin kysymyksiin ja vastausvaihtoehtoihin toivottiin kokonaisvaltaista yksinkertaistamista. Mittari sisälsi monimutkaisia sanoja, joita asukkaat eivät ole ymmärtäneet. Ohjaajat ovat itsenäisesti muuttaneet vastausvaihtoehtoja asukkaille ymmärrettäväksi, jotta asukas on kyennyt tekemään itsearviointin. Myös päihdekuntoutujille toivottiin lisäkysymyksiä muun muassa päihteistä johduttuihin oireisiin, jotta mittarista saadut tulokset kuvaisivat realistisemmin heidän toimintakykyään.

Vilja Vainio tutki opinnäytetyössään vuonna 2014 Mainio Vire Oy Ykköskoti Vaisaaren henkilökunnan kokemuksia toimintakykymittari TUVA®:sta (Vainio 2014). TUVA® oli tuolloin vielä kehityksen alla. Verratessamme tuloksia omaan tutkimukseemme, huomasimme paljon samankaltaisuuksia henkilökunnan vastauksissa. Vainion tutkimuksessakin henkilökunta koki mittarin olevan hyödyksi asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnissa. Mittari koettiin myös hyvänä keskustelun pohjana ja tukena asiakkaan kanssa. Tutkimuksessa haastateltavien mielipiteet olivat eronneet siinä, pystyykö asiakkaan palvelutarpeen arviointia tekemään TUVA®-mittarin avulla. Kehittämistarpeeksi Vainion tutkimukseen osallistuneet henkilöt toivoivat muun muassa mittarin olevan yksikkökohtaisempi eli kysymyksiltään paremmin kohdennettu eri palvelumuodoissa. TUVA®-toimintakykymittarin eri kohtien yksiselitteisyys oli noussut tutkimuksessa esille hyvin samanlaisin vastauksin kuin omassa tutkimuksessamme. Molemmissa haastateltavat toivat esille esimerkiksi tulkinnanvaraisen kysymyksen raha-asioiden hoitamisesta. (Vainio 2014, 27-34.)

8.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Jotta tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti pätevä, luotettava ja saadut tulokset uskottavia, on tutkimus toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Hyvän tieteellisen käytännön ensisijaisia edellytyksiä ovat muun muassa, että tutkimus toteutetaan tiedeyhteisön tunnustamien toimintaperiaatteiden mukaisesti, kuten rehellisesti, tarkasti ja huolellisesti tutkimustyössä, saatujen tulosten tallentamisessa ja kuvailussa, sekä tutkimuksen ja siitä saatujen tulosten arvioinnissa. Tutkimuksessa tulee käyttää tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä menetelmiä tiedon hankinnassa, sekä tutkimus- ja arviointimenetelmissä. Tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluu avoimuus ja vastuullinen tiedeviestintä, kun tutkimuksen tuloksia tuodaan julki. (TENK 2012, 6.)

8.3.1 Eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tarvittavat tutkimusluvut tulee hankkia ennen tutkimuksen aloitusta. Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimushankkeessa tai -ryhmässä sovitaan kaikkien osapuolten kesken oikeudet, tekijää koskevat periaatteet, velvollisuudet ja vastuut, aineistojen säilytystä ja käyttöoikeuksia koskevat asiat siten, että jokainen osapuoli on hyväksynyt ne samalla tavalla. (TENK 2012, 6.) Kun lähestymme tutkittavia sähköpostitse, toimme selkeästi esille tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen, tutkimusmenetelmän, tutkimuksen tekijät, osallistumisen vapaaehtoisuuden, sekä tutkimuksessa säilyvän anonymiteetin. Osallistumisen vapaaehtoisuuden täsmensimme allekirjoitettavassa sopimuksessa, jossa käy ilmi mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Aineiston säilytyksessä, käsittelemisessä ja hävittämisessä otimme huomioon henkilötietolain 523/1999 vaatimukset. Aineiston analysoinnissa otimme huomioon tutkittavien anonymiteetin esimerkiksi suorissa lainauksissa muuttamalla tunnistettavat ilmaisut yleiskielelle.

Olemme edenneet tutkimuksessamme protokollan mukaisesti. Ennen varsinaisen tutkimuksen aloittamista kirjoitimme aihekuvauksen. Aihekuvausten hyväksynnän jälkeen etenimme tutkimussuunnitelmaan, johon olimme koonneet teoriatietoa, joka tuki tutkimustamme. Tutkimussuunnitelmaan kerätty teoriatieto osoittautui hyväksi ja käytännölliseksi, jota pystyimme hyödyntämään myös tutkimuksessamme. Olemme käyttäneet tutkimuksessa vain luotettaviksi luettuja lähteitä. Tutkimuksessa käytettyjen tutkimuslähteiden tulee olla korkeatasoisia ja käytettyjen lähteiden alkuperäisiä, jotka ovat alle kymmenen vuotta vanhoja. Alkuperäiset lähteet, joihin uudemmat tutkijat ovat nojautuneet, sekä klassikoita voidaan pitää poikkeuksena katsoessa käytetyn lähteen ikää. Tutkimuksessa tulee käyttää myös kansainvälisiä lähteitä. Lukijan on pystyttävä seuraamaan niin tutkimussuunnitelman, kuin tutkimuksenkin teoreettista kuvausta ja ymmärrettävä sen sisältö. Jotta tutkimusta voi ymmärtää, tulee suunnitelman ja tutkimuksen olla kirjoitettu tarkasti, rehellisesti sekä täsmällisesti. (Vilka 2017, 95, 96; Tuomi ja Sarajärvi 2009, 159.)

Tutkimuksen edellytyksiin liittyy tutkimus- tai ammattialalla aiheesta edeltävien tutkimusten kartoittaminen ja sekä teoreettisen viitekehyksen hyödyntäminen. Soveltavassa tutkimuksessa voidaan pitää luonnollisena teorian hyödyntämistä keinona tuottaa tietoa tutkimusaineistosta. Tutkimusta tehdessä tutkijoiden tulee ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt ja aikaansaannokset asianmukaisella tavalla, sekä kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemiä töitä. Tutkijoiden tulee antaa heidän aikaansaannoksilleen niille kuuluvan merkityksen ja arvon heidän omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkaistessaan. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan lähde-merkinnät ja -viittaukset tulee olla huolellisesti tehtyinä. (TENK 2012, 6.; Vilka 2017, 60, 68, 90.) Olemme olleet huolellisia lähde-merkinnöissä ja viittauksissa prosessin alusta saakka ja olemme vältäneet plagiointia hyödyntämällä myös siihen käytössä olevaa ohjelmaa. Lisäksi olemme ottaneet huomioon, että TUVA® -mittarin käyttäjäkokemuksia on aiemmin tutkinut Vilja Vainio opinnäytetyössään: Mainio Vire Oy Ykköskoti Vaisaaren henkilökunnan kokemuksia toimintakykymittari TUVA™:sta. Tutkitut käyttäjäkokemukset rajoittuivat kuitenkin kyseisen yksikön henkilökunnan haastatteluihin vuodelta 2014, eivätkä ne ole suoraan verrannollisia Työterapisen yhdistyksen ohjaajilta kerättyihin kokemuksiin. Lisäksi TUVA® -mittari oli tutkimuksen tekohetkellä vielä kehitysvaiheessa. Toisaalta Vainion opinnäytetyössä esiintyi samankaltaisuuksia omaan tutkimukseemme peilaten, joka osaltaan osoittaa tutkimuksen luotettavuutta.

8.3.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita, mutta tietynlaisia kriteereitä luotettavuuden arvioinnissa tulee käyttää. Laadullinen tutkimus arvioidaan kokonaisuutena, jolloin koherenssi eli sisäinen johdonmukaisuus korostuu. Kriteerit voidaan esittää tutkimuksessa erillisinä osioinaan, mutta niiden tulee täydentää toisiaan. Arvioidessa tutkimuksen luotettavuutta, tulee tutkimuksessa ilmetä tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan omat sitoumukset tutkimuksessa, aineiston keruu, tutkimuksessa käytetyt tiedonantajat, tutkijan ja tiedonantajan väliset suhteet, millaisella aikataululla tutkimusta tehtiin, miten aineisto analysoitiin, tutkimuksen luotettavuus sekä miten tutkimus raportoitiin. Tutkimustulosten luotettavuus ilmenee sitä paremmin, mitä yksityiskohtaisemmin tutkimuksen raportoinnissa tuodaan esille tutkimusaineiston kokoaminen ja kuinka tutkimusaineisto on analysoitu. Raportin tarkoituksena on tuoda selkeästi esille tutkitut ja tutkimusprosessi. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 140-141.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat tutkimuksen uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä ja Juvakka 2007, 127).

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja siitä saatujen tulosten uskottavuutta. Tutkijan on siis varmistuttava siitä, että tutkimuksessa esille nousseet tulokset vastaavat tutkimukseen vastanneiden henkilöiden näkökantoja tutkimuksen kohteesta. (Kylmä ja Juvakka 2007, 127.) Tavoitteenamme oli kuvailla ja selittää ohjaajien haastattelussa kertomia kokemuksia mittarin käytöstä mahdollisimman todenmukaisesti ja tarkasti muuttamatta niitä ja sen vuoksi toimme näkyville tutkimuksen tuloksissa myös niiden taustalla olevia alkuperäisilmauksia. Tulosten

analysointivaiheessa palasimme haastattelun aineistoon aina uudelleen ja uudelleen varmistaen, että esille nousseet ajatukset oli ymmärretty yhteisymmärryksessä. Kun oivalsimme uusia asioita, palasimme alkuperäisaineistoon tarkistaaksemme sen, että asiayhteys pysyi samana. Raportissa olimme avanneet aineiston käsittelystä ja analysoinnista enemmän tutkimuksen toteutus ja menetelmät osiossa.

Tutkimuksen vahvistettavuus kulkee tutkimuksen mukana koko sen prosessin ajan. Tällä voidaan tarkoittaa sitä, että tutkija kirjaa tutkimusprosessin siten, että toinen tutkija voi seurata toiminnan etenemistä pääpiirteittäin. Tutkijan kirjoittaessa raporttia, hän käyttää hyödykseen merkintöjään tutkimuksen eri vaiheista, kuten esimerkiksi haastattelun materiaaleista, menetelmistä, joilla päätyi saatuihin ratkaisuihin, sekä analyttisistä ideoistaan. Vahvistettavuus voi olla myös pulmallinen, sillä toinen samaa aihetta tutkiva tutkija ei välttämättä päädy samantyyppiseen ratkaisuun, vaikka aineisto olisi täysin sama molemmissa tutkimuksissa. Toisaalta laadullinen tutkimus hyväksyy erilaiset todellisuudet. (Kylmä ja Juvakka 2007, 128.) Tavoitteenamme oli raportoida tutkimuksen eteneminen ja sen vaiheet mahdollisimman tarkasti ja läpinäkyvästi, jotta tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös ulkopuolisen lukijan näkökulmasta. Olemme tuoneet selkeästi esille tutkimuksemme aiheen sekä tarkoituksen. Aineiston keruun olemme kuvanneet yksityiskohtaisesti tuomalla esille menetelmät ja tekniikan, joilla keräsimme aineiston. Raportissa käy ilmi tiedonantajien määrä, sekä se, millä perusteella tiedonantajat valittiin. Aineiston analysointi, tulokset ja johtopäätökset on kuvattu mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja selkeästi siten, että ulkopuolisen lukijan on helppo ymmärtää, mitä tutkimuksella haettiin, miten tutkimus eteni, miten ja millaisia tuloksia tutkimuksesta saatiin, sekä kuinka johtopäätöksiin päädyttiin.

Tutkijan täytyy tiedostaa omat lähtökohtansa tutkimuksen tekijänä, jotta tutkimuksen reflektiivisyys voidaan osoittaa. Tutkijan on kyettävä arvioimaan, miten hän itse voi vaikuttaa tutkimusprosessiin sekä aineistoon. (Kylmä ja Juvakka 2007, 128.) Tutkimussuunnitelmaa tehdessämme, arvioimme yhdeksi tutkijoista johtuvaksi, luotettavuuteen vaikuttavaksi tekijäksi toisen tutkijan työskentelyn tilaajan palveluksessa, sekä omat kokemukset TUVA®-mittarin käytöstä. Uskoaksemme tällä seikalla ei kuitenkaan ollut vaikutusta vastaajien rehellisyyteen ja luotettavuuteen. Olimme huomioineet tutkittavien ja toisen tutkijan työtoveruuden selventämällä tutkittaville hänen roolinsa tutkimusprosessissa, sekä korostamalla anonymiteetin säilymistä myös tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Tutkimuksessa oli mukana kaksi tutkijaa, joista toiselle tilaaja, tutkittavat ja TUVA®-mittari eivät ole entuudestaan tuttuja, joka ehkäisi omien käyttökokemusten vaikuttamista analyysin luotettavuuteen.

Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksesta saatujen tulosten siirrettävyyttä toisiin vastaavanlaisiin tilanteisiin. Jotta lukija kykenee arvioimaan siirrettävyyttä, on tutkijan annettava tarpeeksi informatiivista tietoa tutkittavista sekä ympäristöstä. (Kylmä ja Juvakka

2007, 128.) Jotta tutkimuksen siirrettävyyttä pystyttäisiin arvioimaan, olemme pyrkineet kuvaamaan mahdollisimman tarkasti haastateltavien työnkuvaa, tilaajaa ja tutkimuksessa mukana olleita yksiköitä, sekä kohderyhmää, jolle tilaaja TUVA®-toimintakykymittaria käyttää.

8.4 Jatkotutkimusideat

Tutkimuksessa kävi ilmi, että päihdekuntoutujille kaivattiin tarkentavia, oireita kuvaavampia kysymyksiä. Päihteitä on useita ja päihteistä aiheutuvat oireet ovat laajakirjoiset, joten päihdekuntoutujien toimintakykyä mittaavaa mittaria voi olla vaikea toteuttaa. Tutustuessamme kirjallisuuteen, kuvautuivat useat oireet mielenterveyteen vaikuttaviksi oireiksi, kuten ahdistukseksi tai masennukseksi. Pohtiessamme jatkotutkimusideoita, pohdimme päihdekuntoutujien toimintakyvyn arviointia ja niitä mahdollisia oireita, joita TUVA®-toimintakykymittari ei tuonut esille. Jatkossa tutkimuksen kohteena voisi olla päihderiippuvaisten moninaiset oireet ja niiden vaikutus toimintakykyyn. Tämän myötä voisi tutkia, millainen mittari tarvittaisiin päihderiippuvaisen toimintakyvyn arviointiin.

Jatkotutkimuksena voimme myös todeta, että jos tutkimuksessa esille tulleita kehittämisideoita toteutetaan, voitaisiin nähdä vertailua jonkin ennalta sovitun ajanjakson jälkeen, onko saaduista kehittämisideoista ollut hyötyä mittarin käytössä ja ovatko ne vaikuttaneet käyttökokemuksiin. Mittarin käyttöä ja kokemuksia voisi tutkia myös muissa tilaajan yksiköissä, jotta saataisiin vertailua kaikkien yksiköiden välillä.

8.5 Oma oppiminen ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi oli meille molemmille uusi kokemus ja moni asia sen edetessä vaati harjoittelua ja perehtymistä aiemmin vieraisiin asioihin. Prosessin sujuvuuteen vaikutti varmasti se, että olimme työparina keskustelleet ennen tutkimuksen aloitusta sen etenemisestä menetelmällisesti ja aikataulullisesti. Lisäksi olimme käyneet läpi molempien roolia, työnjakoa ja sovimme avoimesti siitä, kuinka toimimme, jos toiselle tulisi tunne liian työtaakan kasaantumisesta tai eteen tulisi muita erimielisyyksiä. Johtamisen ja yrittäjyyden osaamiseen sairaanhoitajana kuuluukin resurssien arviointi, työtehtävien priorisointi ja vastuun jakaminen ja kantaminen (Eriksson, Korhonen, Merasto ja Moisio 2015, 38). Yhteistyömme tutkijoina ja kirjoittajina olikin sujuvaa ja mutkatonta. Ajoittain tutkimus ei edennyt alun perin yhdessä sovituihin aikarajoissa, mutta näistä viivästyksistä ja aikarajojen siirtämisestä sovimme yhdessä ennakoon. Jatkuva toiminnan ja oman osaamisen kehittäminen on välttämätöntä tulevassa ammatissamme ja opinnäytetyöprosessi tuki näiden asioiden oppimista.

Näyttöön perustuvasta toiminnasta ja päätöksenteosta ensimmäisenä asiana opinnäytetyöprosessissa opimme suunnittelun aikana tarvelähtöistä tekemistä ja kehittämistarpeen rajaamista. Teoriatietoa hakiessa opimme sen, kuinka tärkeää on rajata aihe jo suunnitteluvaiheessa riittävän tarkasti. Tiedonhaun edetessä eteen tuli jatkuvasti uusia ideoita laajentaa teoriapohjaa ja tutkittavaa asiaa, joten meidän oli yhdessä pohdittava, onko kaikki tuo tieto

tutkimuksen kannalta välttämätöntä tuoda esille raportissa. Sairaanhoidajan osaamisen laatuun kuuluu tieteellisyys. Pätevän sairaanhoidajan on osattava hakea ja käyttää työssään luotettavista lähteistä olevaa tutkimusnäyttöön perustuvaa tietoa. (Eriksson ym. 2015, 41-42.) Tieteellisen tutkimusaineiston hankinta ja sen analyttinen tarkastelu oli meille molemmille vierasta. Erilaiset tieteellisten artikkelien hakukoneet tulivat pikkuhiljaa tutuiksi ja tietoa hakiessa sanojen synonyymien ja erilaisten ilmaisujen pohdinta alkoi harjaantua. Tulevassa sairaanhoidajan ammatissa tulemme tarvitsemaan tiedonhaun osaamista, jotta pystymme käyttämään jatkuvasti uusinta, tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa työmme pohjana. Ammatti- maista raportointia opettelimme ja opimme yhdessä. Kirjoitustyyliimme oli lähellä toisiaan ja siksi tekstin yhtenäistäminen ei tuottanut meille vaikeuksia. Silti opimme pohtimaan monessa kohtaa erilaisten asioiden esilletuomista mahdollisimman ammattimaisesti ja ymmärrettävästi.

Tutkimuksen teoriapohjaa hakiessamme ja siihen tutustuessamme opimme paljon sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöstä. Sen tuntemus kuuluu oleellisena osana sairaanhoidajan osaamiseen (Eriksson ym. 2015, 45). Mielenterveys- ja päihdetyön palvelujärjestelmään, palvelumuotoihin ja asiakaskuntaan tutustuminen oli välttämätöntä tutkimuksen kannalta, jotta pystyimme ymmärtämään TUVA®-toimintakykymittarin käyttötarkoituksen ja -ympäristön, sekä sen mitä haastateltavat tarkoittivat vastauksillaan ja esille tuomillaan asioilla. Ymmärryksemme henkilökunnan kokemusten kuulemisen ja hyödyntämisen tärkeydestä toimintaympäristön ja hoitotyön kehittämisessä lisääntyi perehtyessämme tutkittuun tietoon.

Mielenterveyden häiriöiden vaikutuksesta toimintakykyyn, toimintakyvyn arvioimisesta ja sen tärkeydestä opimme paljon. Toinen meistä suuntautuu opinnoissaan mielenterveys- ja päihdetyöhön ja toinen somaattiselle puolelle, joten on ollut tärkeää oppia lisää mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn puutteiden taustalla olevia asioita ja sitä, millaisilla erilaisilla tavoilla mielenterveyden häiriöt voivat vaikeuttaa päivittäisiä toimintoja. Tätä tietoa tarvitaan myös somaattisella puolella, kun ollaan tekemisissä mielenterveyden- tai päihdeongelmista kärsivien asiakkaiden tai heidän omaistensa kanssa ja se sisältyy sairaanhoidajan klinisen hoitotyön osaamiseen. (Eriksson ym. 2015, 38-41.)

Asiakaslähtöisyys sairaanhoidajan työssä on ensiarvoisen tärkeää. On osattava kohdata asiakas aktiivisena toimijana omassa hoidossaan ja pystyttävä arvioimaan hänen voimavaransa hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (Eriksson ym. 2015, 36.) Monimutkaisten, mahdollisesti ammattisanastoon kuuluvien ilmaisujen välttäminen ohjassa ja keskustellessa asiakkaiden ja potilaiden kanssa on tärkeää. Havainnoimme haastattelussa, että vastaajat kuvasivatkin hyvin vastauksissaan asukkaiden kanssa käytyjä keskusteluja heidän arvioimastaan ja heidän todellista toimintakyvystään ja kuinka TUVA®-toimintakykymittarin avulla he pystyivät osaltaan syventämään ammatillista ja hoidollista vuorovaikutusta. Kaikkien palvelujen ja hoitotyön suunnittelu lähtee asiakkaan tarpeista ja niiden selvit-

tämistä ja esilletuomista pystytään tukemaan erilaisten mittareiden avulla. Toimintakyvyn arviointi on olennainen osa sairaanhoitajan työtä kaikilla sen eri aloilla ja opimme siitä lisää opinnäytetyön prosessin aikana.

Eettisyys nousi esiin useilla eri osa-alueilla tutkimuksen edetessä. Etiikka ja ammatillisuus ovat tärkeä osa mielenterveys- ja päihdetyötä, kuten hoitotyötä yleensäkin (Eriksson ym. 2015, 37). Haastattelemamme ohjaajat toimivat asiantuntijoina asukkaiden parhaaksi arvioidessaan ja toteuttaessaan heidän hoitonsa tarpeita. He toivat esille myös heitä askarruttavia ammatteettisyyteen liittyviä asioita, kuten itsemääräämisoikeuden toteutumisen, joka osaltaan kieli myös eettisten ongelmien tunnistamisen ja käsittelyn osaamisesta. Tutkimusta tehdessä otimme tietenkin huomioon myös sen tekemiseen liittyvät eettiset periaatteet, joihin kuuluu muun muassa tutkittavien anonymiteetin säilyttäminen, tutkimuslupien ja sopimusten oikeellisuus sekä muiden tutkijoiden tekemien tutkimuksien ja työn kunnioittaminen merkitsemällä käytetyt lähteet. (TENK 2012, 6.)

Erilaiset mittarit ovat jatkuvasti yleistymässä kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon alueilla ja opimme tutkimusta tehdessämme mitä asioita on otettava huomioon mittarin soveltuvuutta arvioitaessa ja erilaisten mittareiden olemassaolon merkityksestä hoitotyön laadun kannalta. Pystymme jatkossa myös havainnoimaan paremmin asioita, jotka voivat vaikuttaa tulevaisuudessa töissämme käytössä olevien mittareiden toimivuuteen, jos herää ajatus, ettei mittarista saada kaikkea hyötyä irti. Mikään toimintakykymittari ei korvaa ammattilaisten tekemää arviointia (Manssila ym. 2018, 3) ja potilasturvallisuuden näkökulmasta on ollut tärkeää huomata, että pelkästään mittareiden tuloksia katsomalla ja vertailemalla asiakas voisi jäädä ilman tarvitsemaansa hoitoa ja ammattilaisen rooli potilaan tai asiakkaan hoidon turvaamiseksi on olennainen osa sekä hoitoa, että sen tarpeen arviointia.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AUTTI-RÄMÖ, Ilona, SALMINEN, Anna-Liisa, RAJAVAARA, Marketta ja YLINEN, Aarne 2016. Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

ARO, Timo. Toimintakyky työkyvyn arvion osana. Työterveys ja kuntoutus -tietokanta [online]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2018 (luettu 15.11.2018). Saatavilla internetissä: <http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti>

BLOMQVIST, Marjut, SANDGREN, Anna, CARLSSON, Ing-Marie ja JORMFELDT, Henrika 2018. Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services. Julkaisussa: International Journal of Mental Health Nursing 27, 236-246.

ELSTAD, Toril Anne, EIDE, Arne Henning 2009. User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals. Julkaisussa: Scandinavian Journal of Caring Sciences 23(4), 674-681.

ERIKSSON, Elina, KORHONEN, Teija, MERASTO, Merja, MOISIO, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Porvoo: Bookwell Oy

FCG KONSULTOINTI OY s.a. TUVA® arvioi mielenterveysasiakkaan toimintakyvyn [verkkojulkaisu]. Finnish Consulting group. [Viitattu 2018-11-1.] Saatavissa: <http://www.sote-tieto.fi/fi/tuotteet/tuvar-arvioi-mielenterveysasiakkaan-toimintakyvyn>

FCG KONSULTOINTI OY s.a.b. TUVA®-mittarin kehitystyön tuloksia [verkkojulkaisu]. Finnish Consulting Group. [Viitattu 2019-08-27.] Saatavissa: <https://sotetieto.fi/fi/ajankohtaista/uutiset/2018/tuvar-mittarin-kehitystyon-tuloksia>

FCG KONSULTOINTI OY 2016. TUVA™-mittari. Mielenterveysasiakkaan toimintakykymittari mielenterveystyön kehittämiseen [verkkodokumentti]. Finnish Consulting Group. [Viitattu 2018-11-05.] Saatavissa: <http://www.soteluokitustuotteet.fi/sites/default/files/referenssit/tu-vm-esittely.pdf>

HYVÄRINEN, Matti, NIKANDER, Pirjo, RUUSUVUORI, Johanna 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja [verkkokirja]. Helsinki: Vastapaino. [Viitattu 2019-08-27.] Saatavissa: <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789517686112>

IMMONEN, Petri 2013. Käyttäjäkokemus ja käytettävyys - Tutkielma vuorovaikutuksesta. Jyväskylän yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2019-06-29.] Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/43743/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201406172054.pdf?sequence=1&isAlloved=y>

JONES, Marjaana 2018. Kokemustiedon määrittäminen ja käyttö julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Julkaisussa: TOIKKANEN, Jarkko ja VIRTANEN, Ira A. (toim.) Kokemuksen tutkimus VI. Kokemuksen käsite ja käyttö. Rovaniemi: Lapland University Press, 169-190.

KUOPION KAUPUNKI 2013. Kuopion kaupungin mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2013-2020. Kuopio: Kuopion kaupunki

KUOPION KAUPUNKI 2017. Erytisasumispalvelut - myöntämisperusteet 2017. Kuopio: Kuopion kaupunki

KYLMÄ, Jari ja JUVAKKA, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

LAITILA, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. [Viitattu 2019-08-27.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf

LAITILA, Minna 2013. Mielenterveys- ja päihdetyö osana kunnan hyvinvointia - Opas strategiseen suunnitteluun. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopisto Oy.

LEHTO, Markku. Toimintakyky terveydenhuollon tulosmuuttujana. Työterveys ja kuntoutus - tietokanta [online]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2018 (luettu 15.11.2018). Saatavilla internetissä: <http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/koti>

LÖNNQVIST, Jouko, MARTTUNEN, Mauri, HENRIKSSON, Markus, PARTONEN Timo (toim.). Psykiatria [online.] Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2017 (luettu 15.6.2019). Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): <https://www.oppiportti.fi/op/opk04497>

MANSSILA, Jaana, RAHIKKA, Anne ja SJÖBLOM, Stina 2018. Suositus toimintakykymittareiden yhdenmukaiseen ja eettiseen käyttöön sosiaalialan asiakastyössä [verkkodokumentti]. TOIMIA-suositus. [Viitattu 2019-08-27.] Saatavissa: <http://www.julkari.fi/handle/10024/136612>

MIELENTERVEYSLAKI. L.14.12.1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-11-13.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

PITKÄRANTA, Ari 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Työkirja ammattikorkeakouluun. Jokioinen: e-Oppi Oy

RAPELI, Pekka, PIENINKEROINEN, Ilkka (toim.). Muistisairaudet [online.] Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2015 (luettu 22.6.2019). Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): <https://www.oppiportti.fi/op/msa00226>

RITCHIE, Hannah, ROSER, Max 2018. Mental Health [verkkojulkaisu]. Our World in Data. [Viitattu 2019-08-24.] Saatavissa: <https://ourworldindata.org/mental-health#empirical-view>

SATAMO, Iris 2019. Sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä kokemustiedon merkityksestä palveluiden vaikuttavuuden arvioinnille. Tutkimuskohteena nuorten itsenäinen asuminen. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2019-05-27.] Saatavissa: https://lauda.ulapland.fi/bitstream/10024/63668/1/Gradu_20181230_painoon.pdf

SINKKONEN, Irmeli, NUUTILA, Esko ja TÖRMÄ, Seppo 2009. Helppokäyttöisen verkkopalvelun suunnittelu. Helsinki: Tietosanoma.

SITRA s.a. LATU-toimintamalli. Kehittämistarpeen havaitseminen [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2019-07-17.] Saatavissa: <https://www.lupatehdatoisin.fi/jatkuvan-kehittamisen-toimintamalli/kehittamistarpeen-havaitseminen/>

SKLAR, Marisa, GROESSL, Eric J., O'CONNEL, Maria, DAVIDSON, Larry, AARONS, Gregory A. 2013. Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. Julkaisussa: Clinical Psychology Review [verkkolehti] 33(8), 1082-1095. [Viitattu 2018-11-10.] Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735813001086>

SOSIAALIHUOLTOLAKI. L30.12.2014/1301. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-11-05.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L4P36>

STM 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015: Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2018-11-13.] Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS__JA_P_IHDESUUNNI1487308985.pdf

STM 2018. Mielenterveysstrategian valmistelun ohjaus- ja asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2018-11-13.] Saatavissa: <https://stm.fi/hanke/-/hanke-sivu/hanke?tunnus=STM069%3A00%2F2018>

STM 2018b. Mielenterveysstrategia tuo jatkuvuutta pitkän aikavälin mielenterveystyöhön [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2018-11-13.] Saatavissa: https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/mielenterveysstrategia-tuo-jatkuvuutta-pitkan-aikavalin-mielenterveystyohon

- STM 2019. Maailman terveysjärjestö WHO [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2019-08-27.] Saatavissa: <https://stm.fi/ministerio/kansainvaliset-asiat/who>
- TEHNULA, Marianne 2010. Käytettävyykselyt käyttäjäkokemuksen tutkimisessa. Aalto-yliopisto. Informaatio- ja luonnontieteiden tiedekunta. Kandidaatintyö. [Viitattu 2019-07-07.] Saatavissa: <https://docplayer.fi/9715656-Kaytettavyyskyselyt-kayttajakokemuksen-tutkimisessa.html>
- THL 2014. TOIMIA-tietokanta [online-tietokanta]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2018-11-18.] Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta>
- THL s.a. Linjaukset 2009-2015 ja toimeenpano [verkkajulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2018-11-13.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/linjaukset>
- THL 2018. Päihderiippuvuus [verkkajulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu-2019-05-27.] Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus>
- TIUSANEN, Johanna 2015. Skitsofreniaa sairastavien toimintakyky ja kuntoutus. Pilottitutkimus psykososiaalisen kuntoutusmallin (MATTI-kuntoutus) toimivuudesta. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma. [Viitattu 2018-12-01.] Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150662/urn_nbn_fi_uef-20150662.pdf
- TTL s.a. Työn kehittäminen [verkkajulkaisu]. Työterveyslaitos. [Viitattu 2019-07-17.] Saatavissa: <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyon-kehittaminen/f>
- TUISKU, Katinka, VUOKKO, Aki, LAUKKALA, Tanja, MÄNTYNEN, Jenni ja MELARTIN, Tarja 2012. Psykiatrinen työ- ja toimintakykyarvio - miksi, milloin ja miten? Aikakauskirja Duodecim [verkkolehti] 128(21), 2251-2259. [Viitattu 2018-11-13.] Saatavissa: <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2012/21/duo10613>
- TUISKU, Katinka, MELARTIN, Tarja ja VUOKKO, Aki 2012. Mielenterveysongelmiin liittyvä toimintakyvyn arviointi [verkkodokumentti]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2018-11-13.] Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>
- TUOMI, Jouni ja SARAJÄRVI, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- TUTKIMUSTIETEELLINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkauseräilyjen käsitteleminen Suomessa - Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012 [verkkodokumentti]. Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. [Viitattu 2019-06-23.] Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- TYÖTERAPINEN YHDISTYS RY 2018. Erityisryhmien asumispalveluja mielenterveyttä edistäen ja päihdeettömiä päiviä tukien [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2018-11-01.] Saatavissa: <http://www.tyoterapinen.net/>
- VAINIO, Vilja 2014. Mainio Vire Oy Ykköskoti Vaisaaren henkilökunnan kokemuksia toimintakykymittari TUVATM:sta. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-08-22.] Saatavissa: <http://www.theseus.fi/handle/10024/74488>
- VALKEINEN, Heli, ANTTILA, Heidi ja PALTAMAA, Jaana 2014. Opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa (1.0) [verkkodokumentti]. TOIMIA-verkosto. [Viitattu 2018-11-16.] Saatavissa: [https://thl.fi/documents/974257/1449823/Mittariopas_VALMIS_090614+\(2\).pdf/b53595b9-15b8-4fa3-8765-23cd9221de8f](https://thl.fi/documents/974257/1449823/Mittariopas_VALMIS_090614+(2).pdf/b53595b9-15b8-4fa3-8765-23cd9221de8f)
- VIERTIÖ, Satu, TUULIO-HENRIKSSON, Annamari, PERÄLÄ, Jonna, SAARNI, Samuli Ilmari, KOSKINEN, Seppo, SIHVONEN, Marja, LÖNNQVIST, Jouko ja SUVISAARI, Jaana 2012. Activities of daily living, social functioning and their determinants in persons with psychotic disorder. Julkaisussa: European Psychiatry 27(6), 409-415.

- VILKKA, Hanna 2017. Tutki ja kehitä [verkkokirja]. PS-kustannus. [Viitattu 2019-06-28.] Saatavissa: <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789524517560>
- VUORIO, Pauli 2015. Myynnin kultainen kirja: aktiiviseen henkilökohtaiseen myyntiin. Hansaprint.
- WAHLBECK, Kristian, HANNUKKALA, Marjo, PARKKONEN, Johannes, VALKONEN, Jukka ja SOLANTAUS, Tytti 2017. Mielen terveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim [verkkolehti] 133(10), 985-992. [Viitattu 2018-11-28.] Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13731>
- WAHLBECK, Kristian, HIETALA, Outi, KUOSMANEN, Lauri, McDAID, David, MIKKONEN, Juha, PARKKONEN, Johannes, REINI, Kaarina, SALOVUORI, Samuel ja TOURUNEN, Jouni 2018. Toimivat mielen terveys- ja päihdepalvelut [verkkodokumentti]. Valtioneuvoston kanslia. [Viitattu 2019-08-22.] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136063/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WORLD HEALTH ORGANISATION 2013. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: WHO Document Production Services

LIITE 1: HAASTATTELUKYSYMYKSET

1. Oletko käyttänyt TUVA[®] -mittaria työssäsi säännöllisesti?
 - Kuinka usein päivität mittaria?
 - Onko siihen olemassa suositus?
 - Kuinka kauan mittarin täyttäminen vie aikaa?
 - Onko mittarin käyttöön tarvittava aika otettu huomioon työvuorosuunnittelussa?
2. Onko TUVA[®] -mittarissa mielestäsi riittävästi kysymyksiä toimintakykyyn liittyen?
 - Kuinka hyvin mittarin kysymykset kuvaavat mielenterveys- ja päihdekuntoutujien toimintakykyä.
 - Pystytäänkö mittarilla tuomaan esille psyykkisten oireiden vaikutusta toimintakykyyn?
 - Kuvastaako mittarista saadut tulokset asiakkaan toimintakykyä realistisesti?
 - Pystyykö mittarin perusteella selvittämään palvelun tarpeiden laajuuden?
3. Oletko laatinut hoitosuunnitelmaa käyttäen apuna TUVA-mittarista saatuja tietoja?
 - Auttaako mittari asiakkaan hoidon tai kuntoutuksen tavoitteiden asettamisessa?
 - Oletko päivittänyt asiakkaan hoitosuunnitelmaa TUVA[®] -mittarin tulosten perusteella?
 - Oletko toiminut työssäsi TUVA[®] -mittarin perusteella tehdyn hoitosuunnitelman mukaan?
 - Jos et niin miksi?
4. Onko mielestäsi hoitosuunnitelman teko hankaloitunut vai helpottunut TUVA[®] -mittarin käyttöön-
oton jälkeen?
 - Miten?
5. Onko mittarin käyttö helpottanut työtäsi?
 - Miten?
6. Onko mittarin käyttö hoitosuunnitelman päivittämisessä lisännyt työmäärääni?
7. Onko TUVA[®] -mittarin täyttäminen mielestäsi hankalaa?
 - Mikä tekee siitä hankalaa?
8. Oletko saanut riittävästi koulutusta mittarin käyttöön liittyen?
 - Jos koulutus on mielestäsi puutteellista, miten sitä voisi täydentää?
 - Näkisittekö että olisi tarpeellista järjestää esimerkiksi jotain välikoulutusta?
9. Saatko tarvittaessa lisää opastusta mittarin täyttämiseen?
 - Entä hoitosuunnitelman tekemiseen sen pohjalta?
10. Otettiin työnteekijöiden mielipiteitä huomioon, kun mittari otettiin käyttöön?
11. Jos saisin valita, lopettaisinko TUVA[®] -mittarin käytön työssäni?
 - Jos lopettaisit, niin miksi?
12. Jos jokin muu toimintakykymittari olisi tarkoituksenmukaisempi asiakaskuntaasi ajatellen, mikä se olisi?
13. Ymmärtävätkö asiakkaat mielestäsi TUVA[®] -mittarin tarkoituksen?

14. Ymmärtävätkö asiakkaat riittävän hyvin TUVA[®] -mittarissa olevia kysymyksiä?
15. Ovatko asiakkaat saaneet riittävästi ohjausta mittarin täyttämiseen?
16. Täytetäänkö aina asiakkaan kanssa yhdessä vai annetaanko myös itselle täytettäväksi?
 - Oletko itse ohjannut heitä?
17. Suostuvatko asiakkaat mittarin täyttämiseen ja käyttämiseen hoitosuunnitelman laatimisessa?
18. Oletko keskustellut TUVA[®] -mittarin tuloksista asiakkaan kanssa?
19. Eroavatko työntekijän ja asiakkaan mittarin tulokset toisistaan?
 - Kuinka paljon?
20. Tuleeko mittareiden tuloksista erimielisyyksiä asiakkaan ja ohjaajien välille?
21. Ymmärtävätkö asiakkaat mihin pisteitä käytetään/minkä takia tehdään?
22. Käytetäänkö jos asukas ei ole suostuvainen mittarin täyttämiseen?
23. Onko TUVA[®] -mittarissa otettu riittävän hyvin huomioon asiakkaidesi erityispiirteet?
 - Olisiko kysymyksissä tarpeen kuvata asiakkaiden erityispiirteitä enemmän?
24. Kerro vapaasti mielipiteistäsi TUVA[®] -mittarista ja sen käytöstä?

LIITE 2: TUTKIMUSTIEDOTE JA HAASTATTELUPYYNTÖ

Hyvä Työterapisen yhdistyksen työntekijä

Opiskelemme Savonia Ammattikorkeakoulussa Kuopiossa, Sosiaali- ja terveysalalla sairaanhoitajan koulutusohjelmassa. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyö, jonka toteutamme laadullisen tutkimuksen menetelmin. Tutkimuksemme aiheena on TUVA® - Henkilökunnan käyttäjäkokemukset Työterapinen yhdistys ry:llä.

Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää TUVA® -mittaria työssään Työterapisella yhdistyksellä käyttävien ohjaajien kokemuksia kyseisen mittarin hyödynnettävyydestä ja käytettävyydestä. Tutkimuksen tavoitteena on saada konkreettista tietoa siitä, kuinka ohjaajat hyödyntävät TUVA® -toimintakykymittarin tuottamaa tietoa käytännössä ja kokevatko he sen hyödylliseksi ja tarkoituksenmukaiseksi.

Työn tilaajana toimii Työterapinen yhdistys ry. Tutkimuksesta saadun tiedon perusteella esitämme mahdollisia kehittämissideita mittarin käytön optimointiin tilaajalle. Tarkoituksena on, että tilaajalle syntyisi selkeä kuva siitä, onko käyttöön otettu TUVA® -mittari hyödyllinen ja tarkoituksenmukainen Työterapisen yhdistyksen eri yksiköissä.

Tarkoituksemme on käyttää ryhmähaastattelua tiedonkeruun menetelmänä. Toivoisimme saavamme haastateltavaksi 8 Työterapisen yhdistyksen työntekijää, jotka käyttävät TUVA® -toimintakykymittaria työssään.

Haastateltavat jaetaan kahteen ryhmään ja aikaa haastatteluun kuluu noin tunti. Haastattelu toteutuu haastateltavien työajalla, työnantajan tiloissa, joista on sovittu erikseen tilaajan kanssa. Haastattelu on tarkoitus toteuttaa viikolla 11. Tarkemmasta haastattelun ajankohdasta ilmoitamme helmikuun aikana tutkimukseen osallistuville.

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta sisältää vain tähän ryhmähaastatteluun osallistumisen. Haastattelut tullaan nauhoittamaan ja aineisto tullaan käsittelemään nimettömänä ja luottamuksellisesti. Aineisto säilytetään ainoastaan tutkijoiden hallussa niin pitkään, kunnes se on analysoitu ja muutettu raportoitavaan muotoon. Tutkimustuloksista ei tule käymään ilmi kenenkään yksittäisen haastateltavan vastaukset sillä aineisto tullaan muuttamaan siten, että haastateltavien anonymiteetti säilyy ja kaikki taltioitu aineisto hävitetään raportin valmistuttua.

Tutkimushaastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen, milloin tahansa sitä perustelematta. Mahdollisesta keskeytyksestä on ilmoitettava tutkijoille, joko suullisesti tai kirjallisesti.

Valmistuttuaan raportti tutkimuksesta on luettavissa sähköisesti Savonian Ammattikorkeakoulun kirjaston Theseus - tietokannasta.

Mikäli olet halukas osallistumaan haastatteluun, ota yhteyttä joko soittamalla tai sähköpostitse 10.2.2019 mennessä. Kerromme mielellämme myös lisätietoa tutkimuksesta, siihen osallistumisesta ja muista mahdollisesti heränneistä kysymyksistä.

Liitteenä luettavaksi Suostumus osallistumisesta tutkimukseen, joka on tarkoitus allekirjoittaa ennen haastattelun alkua.

Yhteistyötä odottaen,

Mari Grof, sähköposti@sähköposti.fi, 045 XXX XXXX

Katariina Kraemer, sähköposti@sähköposti.fi, 044 XXX XXXX

LIITE 3: SUOSTUMUS OSALLISTUMISESTA TUTKIMUKSEEN

SUOSTUMUS OSALLISTUMISESTA TUTKIMUKSEEN

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimuksen ”TUVA® - Henkilökunnan käyttäjäkokemukset Työterapian yhdistys Ry:llä” koskevan tiedotteen.

Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta, tietojen keräämisestä sekä niiden säilytyksestä. Lisäksi minulla on ollut mahdollisuus saada suullisesti lisätietoa osallistumiseen liittyvistä seikoista.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja voin keskeyttää tutkimukseen osallistumisen, milloin tahansa sitä erikseen perustelematta. Mahdollisesta keskeytyksestä ilmoitan tutkimuksen tekijöille joko suullisesti tai kirjallisesti.

Mikäli keskeytän tutkimukseen osallistumisen, tutkijoilla on oikeus käyttää ennen keskeyttämistäni keräämäänsä tietoa tutkimuksessaan.

Suostun osallistumaan tutkimushaastatteluun sekä luovuttamaan haastattelutietoni tutkimuksen käyttöön vapaaehtoisesti.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajien allekirjoitukset ja nimenselvennykset

Kiittäen yhteistyöstä,

Mari Grof ja Katariina Kraemer

Savonia Ammattikorkeakoulu Kuopio,

Sosiaali- ja terveysala, sairaanhoitajan tutkinto

sähköposti@sähköposti.fi, 045 XXX XXXX

sähköposti@sähköposti.fi, 044 XXX XXXX

Suostumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena ja toinen kappaleista jää suostumuksen antajalle.

Suostumuslomake allekirjoitetaan haastattelutilaisuudessa.