



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Annukka Mäkinen

Mielenterveysasiakkaan palvelupolku asumisyksikössä, ryhmätoiminnot osana kuntoutumista

Opinnäytetyö

Kevät 2022

Kliininen asiantuntijuus ylempi AMK-tutkinto



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Tutkinto-ohjelma: Kliininen asiantuntijuus, ylempi AMK-tutkinto

Tekijä: Annukka Mäkinen

Työn nimi: Mielensterveysasiakkaan palvelupolku asumisyksikössä, ryhmätoiminnot osana kuntoutumista

Ohjaaja: Mari Salminen-Tuomaala, TtT, yliopettaja

Vuosi: 2022

Sivumäärä: 90

Liitteiden lukumäärä: 5

Mielensterveys on yksi tärkeimmistä voimavaroista ihmisen elämässä ja siksi siitä on pidettävä huolta ja siihen kannattaa panostaa. Mielensterveyshäiriöiden aiheuttamaa leimautumista ja syrjintää voidaan vähentää. Mielensterveyskuntoutuja voi harjoitella itsenäistä asumista asumisyksikössä, jossa hän saa tarvittavan tuen ja on osallisena sosiaalisessa yhteisössä hänen omassa kuntoutumisprosessissaan.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata mielensterveyskuntoutujan palvelupolkuja asumisyksikössä. Kuntoutumiseen liittyi erilaisia prosesseja, jotka olivat jokaisella yksilöllisiä, riippuen tarpeista. Tavoite oli laatia asiakaslähtöinen palvelupolku/prosessi, mikä tukee kuntoutumista. Palvelupolun kuvaamiseksi kartoitettiin sekä asukkaiden että ohjaajien kokemuksia ja näkemyksiä. Kehittämistyössä kuvattiin kuntoutumista tukevan ryhmätoiminnan suunnittelu- ja kehittämisprosessia. Kehittämistyön tavoite oli luoda uutta ryhmätoimintaa asiakaslähtöisesti.

Kehittämistyö toteutettiin eräässä Sosiaalipsykiatrisessa yhdistyksessä. Kehittämistyön tutkimusmenetelminä käytettiin määrällisiä ja laadullisia menetelmiä. Määrällinen tutkimus analysoitiin tilastollisin menetelmin ja laadullinen osio analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen. Kehittämistyössä käytettiin myös benchmarking -menetelmää eli vertaiskehittämistä ja virtuaalista aivoriihettä, jossa hyödynnettiin tulevaisuuskolmiota.

Kehittämistyön tulokset osoittivat, että turvallisuuden tunne, läheisten osallisuus, asiakkaan osallisuus ja voimavarat sekä asiakkaan oma motivaatio ovat prosesseja, joista palvelupolku asumisyksikössä koostuu. Mielensterveysasiakkaat kokivat haasteena kuntoutumisen yleensä. Henkilökunta koki haasteena asiakkaan oman motivaation kuntoutumiseen liittyen, toimivat ja oikea-aikaiset palvelut sekä resurssien niukkuuden. Ryhmätoimintojen tuli olla asiakkaita osallistavaa toimintaa sekä suunnittelu- että toteutusvaiheessa.

Kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi mietittäessä mielensterveysasiakkaan palveluiden kehittämistä osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden näkökulmasta mielensterveyspalveluissa laajemminkin.

¹ Asiasanat: Mielensterveyden hoitotyö, kuntoutus, asiakaslähtöisyys, osallisuus, ryhmät

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Degree programme: Master`s Degree Programme in Nursing, Advanced Practice Nursing

Author/s: Annukka Mäkinen

Title of thesis: Mental Health Clients' Service Path in Housing Unit, Group Activities as Part of Rehabilitation

Supervisor(s): Mari Salminen-Tuomaala, Ph.D., Principal Lecturer

Year: 2022

Number of pages: 90

Number of appendices: 5

Mental health is one of the most important resources of human life and therefore, it needs to be taken care of and worth investing in. Stigma and discrimination caused by mental disorders can be reduced. A mental health rehabilitator can practice independent living in a housing unit where he or she receives the necessary support and is involved in the social community in his or her own rehabilitation process.

The purpose of this development work was to describe the service path of a mental health rehabilitator in a housing unit. Rehabilitation involved different processes that were unique to each client, depending on the needs. The goal was to develop a customer-oriented service path/process that supports rehabilitation. To describe the service path, the experiences and views of both residents and instructors were mapped. The development work described the planning and development process of group activities that support rehabilitation. The goal of the development work was to create new group activities in a client-oriented manner.

The development work was carried out in a Social Psychiatric Association unit. Quantitative and qualitative methods were used as development research methods. The country study was analyzed by statistical methods and the qualitative section was analyzed using inductive content analysis. The benchmarking method was also used in the development work, i.e., peer development and a virtual brainstorming session, which utilized the triangle of the future.

The results of the development work showed that the sense of security, the involvement of loved ones, the involvement, and resources of the customer, as well as the customer`s own motivation are the processes that make up the service path in the housing unit. Mental health clients generally saw rehabilitation as a challenge. The staff experienced the challenge of rehabilitating the client`s own motivation, the availability of timely services, and the scarcity of resources. Group activities should be participatory activities in both the design and implementation phases.

The results of this development work can be utilized, for example, when considering the development of mental health client services from the perspective of inclusion and customer orientation in mental health services more broadly.

Keywords: Mental health care, rehabilitation, customer-oriented nursing, involvement, groups

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract	3
SISÄLTÖ	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo	7
1 JOHDANTO	8
2 PSYKKINEN SAIRAUUS	10
2.1 Skitsofrenia	10
2.2 Depressio	12
2.3 Ahdistuneisuushäiriöt	12
2.4 Persoonallisuushäiriöt	13
3 MIELENTERVEYDEN HOITOTYÖ	14
3.1 Hoitosuhde	14
3.2 Palveluprosessi, palvelujakso ja palvelupolku	15
4 KOHTI POSITIIVISTA MIELENTERVEYTTÄ	16
4.1 Positiivinen psykologia	16
4.2 Koherenssi	17
4.3 Resilienssi	18
5 KUNTOUTUS	19
5.1 Mielenterveyskuntoutus	19
5.2 Recovery eli toipumisorientaatio	22
6 RYHMÄT MIELENTERVEYSTYÖSSÄ	24
6.1 Ryhmän periaatteita	24
6.2 Ryhmätoiminnot sosiaalisen kuntoutumisen vahvistajana	24
7 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	26
8 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS	27
8.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta	27
8.2 Aineistonkeruumenetelmät	28

8.2.1	Kyselytutkimus	29
8.2.2	Lomakehaastattelututkimus	30
8.2.3	Benchmarking	31
8.2.4	Aivoriihi	31
8.2.5	Tulevaisuuskolmio	32
8.3	Aineiston analysointimenetelmät	33
8.3.1	Tilastollinen analyysi	33
8.3.2	Induktiivinen sisällönanalyysi	34
9	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	36
9.1	Henkilökunnalle toteutetun Webropol-kyselyn kvantitatiiviset tulokset	36
9.1.1	Taustatiedot	36
9.1.2	Vastaajien tietämys henkistä hyvinvointia kuvaavista asioista	37
9.1.3	Vastaajien tietämys mielenterveyttä tukevista asioista	39
9.1.4	Asukkaiden kuntoutumista ja toipumista tukevia asioita	40
9.1.5	Asiakaslähtöisyys ja laadukkuus mielenterveyspalveluissa	43
9.1.6	Asukkaiden osallisuutta edistäviä tekijöitä	45
9.1.7	Koulutukset, työnohjaus ja työyhteisö työn tukena.....	48
9.1.8	Ryhmätoiminta kuntoutumisen tukena	49
9.2	Henkilökunnalle toteutetun kyselyn kvalitatiiviset tulokset.....	51
9.2.1	Ryhmätoimintojen suunnitteluprosessi henkilökunnan kuvaamana	51
9.2.2	Koulutukset mielenterveystyön tukena.....	54
9.3	Asiakkaille toteutetun kyselyn kvalitatiiviset tulokset	54
9.3.1	Asiakkaiden kuvaus palveluprosessista	55
9.3.2	Asiakkaiden kokemat haasteet palveluprosessissa	56
9.3.3	Asiakaslähtöinen palveluprosessi	57
9.4	Ryhmätoiminnot kuntoutumisen tukena	60
9.5	Benchmarking-kyselyn kvalitatiiviset tulokset.....	60
9.5.1	Palveluprosessi henkilökunnan kuvaamana	61
9.5.2	Henkilökunnan kokemat haasteet palveluprosessissa	63
9.5.3	Recoveryn toteutuminen asiakkaan kuntoutumisprosessissa.....	64
9.5.4	Kirjaaminen asiakkaan kuntoutumisen tavoitteiden kautta.....	66

9.5.5 Ryhmätoiminnot kuntoutumisen tukena	66
9.6 Henkilökunnalle toteutetun virtuaalisen aivoriihen tulokset	67
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	71
10.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	71
10.2 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus.....	77
10.3 Jatkotutkimusaiheita.....	82
LÄHTEET	83
LIITTEET	90

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Positiivinen mielenterveys.....	37
Kuvio 2. Resilienssi.....	38
Kuvio 3. Koherenssi.....	38
Kuvio 4. Toipumisorientaatio.....	39
Kuvio 5. Resilienssi, synnynnäinen voimavara.....	40
Kuvio 6. Recovery-ajattelu, kuntoutumista tukeva periaate asumisyksikössä.....	41
Kuvio 7. Asiakkaan henkilökohtaisen toipumiskäsityksen kunnioittaminen.....	42
Kuvio 8. Tarve toipumisorientaatio koulutukselle.....	42
Kuvio 9. GAS-menetelmä.....	44
Kuvio 10. Asukkaiden osallisuus yksikön toiminnassa.....	45
Kuvio 11. Kokemusasiantuntijat kuntoutujien tukena.....	47
Kuvio 12. Vapaaehtoistoiminnan tärkeys.....	48
Kuvio 13. Asiakaslähtöisen palvelupolun prosessit henkilökunnan ja asiakkaiden kuvaamana kehittämistyön tulosten perusteella.....	73
Taulukko 1. Asukkaiden kuvaus palveluprosessista alakategoriat ja yläkategoria.....	56
Taulukko 2. Asiakaslähtöinen palveluprosessi asiakkaan kuvaamana alakategoriat ja yläkategoria.....	59
Taulukko 3. Asiakkaan palveluprosessi henkilökunnan kuvaamana alakategoriat ja yläkategoria.....	62
Taulukko 4. Recoveryyn toteutuminen alakategoriat ja yläkategoria.....	65

1 JOHDANTO

OECD (2015) määrittelee hyvän mielenterveyden elintärkeäksi, jotta ihmiset voivat elää tervettä ja tuottavaa elämää, mutta arviolta joka toinen ihminen kokee mielenterveysongelmia elämänsä aikana (OECD 2015). Kun ihmiset elävät mielenterveysongelmien kanssa, sillä voi olla merkittävä vaikutus heidän jokapäiväiseen elämäänsä, sillä se saattaa heikentää koulutustuloksia, aiheuttaa korkeampaa työttömyysastetta ja huonompaa fyysistä terveyttä. Ilman tehokasta hoitoa tai tukea mielenterveysongelmilla voi olla tuhoisa vaikutus ihmisten elämään. (OECD 2019.)

WHO määrittelee mielenterveyden yksilön hyvinvoinnin ja tehokkaan toiminnan perustaksi. Se on enemmän kuin mielenterveyden häiriön puuttuminen, se on kykyä ajatella, oppia, ymmärtää tunteita ja muiden reaktioita. Mielenterveys on tasapainotila sekä ympäristön sisällä että ympäristön kanssa. Fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, kulttuuriset, henkiset ja muut toisiinsa liittyvät tekijät osallistuvat tämän tasapainon tuottamiseen. (WHO i.a. [viitattu 16.3.2022].)

Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 linjaa, että mielenterveys nähdään yksilön voimavarana, jota voidaan edistää. Mielenterveyden häiriöihin liittyvää syrjintää ja leimaamista voidaan vähentää. Mielenterveyshäiriöt ovat yksi nuorten syrjäytymistä selittävistä asioista, sillä vuonna 2015 Suomessa jäi mielenterveyshäiriön vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle noin 2200 alle 35-vuotiasta henkilöä. (Tolonen ym. 2021, 36.) Mielenterveyden häiriöt ovat kansanterveydellinen haaste ja niiden hoito sekä ennaltaehkäisy on mahdollista (Vorma ym. 2020).

Ihmisen yksi tärkeimmistä asioista elämässä on mielenterveys. Mielenterveys vaikuttaa mm. hyvinvointiin, terveyteen, ihmissuhteisiin, opiskeluun, työhön ja koko elämän kulkuun. Kun ihmisellä on hyvä mielenterveys, se vahvistaa luottamusta, vastavuoroisuutta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta yhteiskunnassa. Mielenterveys on kaikkien yhteistä pääomaa, josta on pidettävä huolta ja johon kannattaa panostaa. (Vorma ym. 2020, 18.)

Kun 1990-luvun alussa psykiatrasta sairaalahoitoa alettiin kaventaa, on mielenterveyskuntoutujille tullut tarpeelliseksi mutta myös mahdolliseksi harjoitella itsenäistä asumista

sosiaalisissa ympäristöissä. Näitä palveluja alettiin 2000-luvun alussa kutsua mielenterveyskuntoutukseksi. Mielenterveyskuntoutus sisältää erilaisia käsitteitä. Kuntoutus voi olla ammatillista, sosiaalista tai asumiskuntoutusta. (Tolonen ym. 2021, 36.)

Kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata mielenterveyskuntoutujan palvelupolkua asumisyksikössä. Kuntoutumiseen liittyi erilaisia prosesseja, jotka olivat jokaisella yksilöllisiä, riippuen tarpeista. Tavoite oli laatia asiakaslähtöinen palvelupolku/prosessi, mikä tuki kuntoutumista. Palvelupolun kuvaamiseksi kartoitettiin sekä asukkaiden että ohjaajien kokemuksia ja näkemyksiä. Kehittämistyössä kuvattiin kuntoutumista tukevan ryhmätoiminnan suunnittelu- ja kehittämisprosessia. Kehittämistyön tavoite oli luoda uutta ryhmätoimintaa asiakaslähtöisesti.

Tässä kehittämistyössä tiedonhaku toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen vaiheita ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Luonteeltaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus oli aineistolähtöistä ja sillä pyrittiin ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. (Kangasniemi ym. 2013, 291–292.)

Kehittämistyön tiedonhakuprosessissa käytettiin sekä kotimaisia että ulkomaisia tietokantoja. Tiedonhakua tehtiin aiheeseen liittyvistä tutkimuksista, hoitotieteellisistä artikkeleista ja kirjallisuudesta. Osittain tietoa haettiin myös manuaalisesti kirjastoista. Tietokantoja, joita tutkimuksessa käytettiin, olivat mm. Terveysportti, Medic, Cinahl, Seamk Finna ja Duodecim. Lähteitä pyrittiin valitsemaan kriittisesti ja monipuolisesti. Hakusanoja, joita tiedonhaussa käytettiin, olivat mm. mielenterveys, psyykinen sairaus, hoitokodit, kuntoutus, ryhmä, osallisuus, recovery. Tiedonhaku pyrittiin rajaamaan vuosille 2010–2022.

Tämä kehittämistyö tehtiin yhteistyössä erään kuntoutus- ja työllistymispalveluita tuottavan ja kehittävän yhdistyksen kanssa. Kehittämistyön avulla haluttiin kehittää asumisyksikön toimintaa entistä asiakaslähtöisemmäksi osallistamalla sekä asukkaita että henkilökuntaa kehittämistyön kyselytutkimuksiin. THL määrittelee asiakaslähtöisyyden organisaatioiden ja työntekijöiden toimintatapaan liittyväksi käsitteeksi. Asiakasosallisuuden käsite kuvaa asiakkaan aitoa osallistumista, jossa asiakkaan kokemukset ja näkemykset otetaan huomioon palvelun suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (THL 2020.)

2 PSYKKINEN SAIRAUUS

Kansallinen mielenterveysstrategia vuosille 2020–2030 määrittelee psyykkisen sairauden tilaksi, jossa ihmisen normaali toimintakyky on vaarassa ja tämä aiheuttaa ihmiselle kärsimystä. Mielenterveyden häiriön diagnoosi asetetaan oireiden määrän, keston ja vaikeusasteen perusteella. Psykkiset sairaudet aiheuttavat muutoksia ajattelussa, tunteissa ja kognitiivisessa toiminnassa. Haasteita liittyy myös käyttäytymiseen ja ihmissuhteisiin. Psykkisiä sairauksia on eri asteisia ja niiden mukaan aiheutuu joko jonkin verran kärsimystä ja toimintakyvyn heikkenemistä tai huomattavaa kärsimystä ja elämänlaadun heikkenemistä. Todetaan kuitenkin, että valtaosaa psyykkisiä sairauksia voidaan nykyään hoitaa ja elämänlaatua parantaa menestyksellisesti. (Vorma ym., 2020, s. 16.)

Lehtonen ja Lönnqvist (2011, s. 13), toteavat, että psyykkisellä sairastumisella on subjektiivinen merkitys. Ihminen voi olla huolissaan mielenterveydestään, vaikka hänellä ei olisi todettu psyykkistä sairautta ja taas toisaalta ihminen voi tuntea olevansa terve, vaikka hänellä olisi todettu vakava psyykinen häiriö. Monella eri tekijällä on vaikutusta siihen, sairastuuko ihminen. Näitä voivat olla yksilönkehitys ja ympäristötekijät. Myös perinnöllisillä tekijöillä saattaa olla vaikutusta sairastuuko ihminen psyykkisesti. (Lehtonen ja Lönnqvist, 2011, s. 14.)

2.1 Skitsofrenia

Käypä hoitosuosituksessa (2020) todetaan, että skitsofreniaan sairastuneen oireet voivat vaihdella monin eri tavoin eri yksilöiden välillä. Skitsofrenia on mielenterveyden psykoottinen häiriö, jonka oireita ovat mm. harhaluulot, aistiharhat, hajanainen ajattelu ja puhe, kognitiiviset häiriöt ja poikkeava motorinen käyttäytyminen. Myös aloitekyvyttömyys ja vetäytyminen sosiaalisista kontakteista kuuluu oireisiin. Oireprofiili saattaa vaihdella huomattavasti. Myös muut oireet, kuten ahdistuneisuus ja masennus, saattavat liittyä skitsofrenian oireisiin. Mikäli ihmisellä on alttius sairastua skitsofreniaan, sen synty voidaan määritellä stressialttiusmallin avulla. Mallissa skitsofrenia puhkeaa yksilön vuorovaikutuksesta ympäristöstä tulevien stressitekijöiden kanssa. Skitsofrenian hoidossa oleellista on

pitkäjänteinen ja luottamuksellinen hoitosuhde. Hoitosuunnitelma laaditaan yksilöllisesti asiakkaan ja hänen omaistensa tarpeet huomioiden. Hoitosuunnitelma tulee päivittää riittävän usein. (Käypä hoito, 2020.)

Skitsofreniapotilaan hoidossa olisi tärkeää, että hoitoketjun kokonaisvastuu olisi yhdellä hoitotaholla ja niin, että sairaalahoidon ja avohoidon rajat ylittyisivät. Sairaala- ja avohoito eivät ole täysin kaksi erillistä kokonaisuutta. Skitsofreniapotilaan ollessa sairaalassa, tulisi hoitoon kuulua potilaiden ja perheiden säännöllistä psykoedukaatiota. Kun suunnitellaan hoitoa ja kuntoutusta, tulisi näiden perustua hoitosuositukseen. Myös somaattista ja psykiatrista hoitoa olisi tärkeä yhdistää. On huomattu, että mielenterveyspotilaiden somaattisten sairauksien hoitaminen on huonompaa kuin keskimääräisen väestön. Olisi erittäin tärkeää, että pitkäaikaispotilaille järjestettäisiin säännölliset terveystarkastukset. Tämän tulisi kuulua skitsofreniapotilaan hoitokokonaisuuteen. (Korkeila, 2019.)

Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ovat erittäin merkityksellisiä, sillä pelkän lääkehoidon vaikutus negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin on vaatimaton eivätkä kaikki skitsofreniapotilaat hyödy lääkehoidosta. Psykososiaaliin hoitoihin kuuluu menetelmiä, joiden avulla oireilua ja sen aiheuttamia haittoja ehkäistään, minimoidaan ja korjataan. Tärkeää on, että kognitiivisilla hoidoilla pyritään vähentämään sosiaalisia ja toiminnallisia haittoja, edistetään ikätasoista kehitystä ja omatoimisuutta, parannetaan oireiden hallintaa ja hoitoon sitoutumista sekä vahvistetaan omaisten jaksamista. (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019.)

Tärkeitä interventioita ovat mm. psykoedukaatio ja perheinterventio, motivoiva työskentely, elintapainterventiot, sosiaalinen kuntoutus. Myös toipumisorientaatiosta on tullut monissa maissa keskeinen asia, kun puhutaan mielenterveyspalveluiden tuottamisesta ja järjestämisestä. Toipumisorientaatiossa painotetaan osallisuutta, yksilöllisiä voimavaroja, merkityksellisyyttä, positiivista mielenterveyttä ja toivoa. Psykososiaaliset menetelmät kuuluvat toipumisorientaatioajatteluun keskeisesti. Skitsofreniapotilaan hoidon tavoitteena tulisi olla yksilöllisesti suunniteltu menetelmäkokonaisuuksien käyttöönotto laajemmin. Tämä taas edellyttää sitä, että toimintatapoja ja resursseja muutetaan sekä hoitohenkilöstöä koulutetaan. (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019.)

2.2 Depressio

Depressio eli masennus oireilee mm. mielihyvän kokemuksen puutteena, uupumuksena, ärtyneisyytenä, mielialan laskuna ja toimintakyvyn alentumisena. Masennukseen voi liittyä myös epäsosiaalista ja aggressiivista käytöstä. (Holmberg 2016, 143.) Depressiolla on usein taipumus toistua. Depressio voidaan luokitella vaikeusasteen mukaan. Vaikeusasteita ovat lievä, keskivaikea, vaikea ja psykoositasoinen depressio. (THL, 2021.) Depression puhkeamisen taustalla voi olla aivojen fysiologiaan liittyvät tekijät sekä aivojen psykologinen kehitys. Sairastumisen taustalla saattaa olla myös psyykkiseen itsesääätelyyn ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvät tekijät. Joskus myös elimellinen sairaus saattaa aiheuttaa depression puhkeamisen. Päihteiden käyttö on riskitekijä depression sairastumiseen. (THL 2021.)

Masennukselle on tyypillistä jatkuvat toivottomuuden, surun tunteet sekä kiinnostuksen menetys asioihin, joista on aiemmin saanut mielihyvää. Jotta masennus voidaan diagnosoida, edellyttää se masentunutta mielialaa, kiinnostuksen tai nautinnon kokemuksen menetystä päivittäisissä toimissa yli kahden viikon ajan. Masentunut mieliala johtaa toiminnan heikentymiseen. On todettu, että masennuksella on haitallisia ja pitkäaikaisia vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin. Masennuksesta toipumiseen vaikuttavat monet eri tekijät. Masennukseen sairastuneet pitävät toipumista monimutkaisena ja henkilökohtaisena prosessina. (Richardson & Barkham 2017, s. 104, 113.)

2.3 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleinen mielenterveyshäiriöiden ryhmä maailmanlaajuisesti (Narmandakh ym. 2020, 1969). Ahdistuneisuuteen voi liittyä jännitystä, pelkoa, levottomuutta sekä huolestuneisuutta. Myös paniikin ja kauhun kokemus voi liittyä ahdistuneisuuteen. Kun puhutaan ahdistuneisuushäiriöstä, oireet ovat silloin pitkäkestoisia, voimakkaita ja toimintakykyä rajoittavia. Ahdistuneisuushäiriöitä ovat paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, julkisten paikkojen pelko ja sosiaalisten tilanteiden pelko. Pakko-oireinen häiriö kuuluu myös ahdistuneisuushäiriöihin. Ahdistuneisuushäiriön taustalla voi olla mm. lapsuusiän traumaattiset kokemukset, päihteiden käyttö tai koulukiusaaminen. Estyneisyys

ja kielteisillä tunteilla reagoiminen saattaa myös altistaa ahdistuneisuushäiriöille. (THL, 2021.)

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleinen ilmiö nuorten keskuudessa ja ne ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä. Suurin osa ahdistuneisuushäiriöistä alkaa varhaisen murrosiän ja nuoren aikuisiän välillä. Iso osa ahdistuneisuushäiriötä sairastavista nuorista ei saa hoitoa oireidensa vuoksi. Tämä on suuri haaste, sillä pitkään jatkuvilla hoitamattomilla ahdistuneisuushäiriöillä voi olla vakavia seurauksia. (Narmandakh ym. 2020, 1970.) Pitkään jatkuva ahdistuneisuus on yhteydessä mm. päihteiden väärinkäyttöön, vakavaan masennukseen, alisuoriutumiseen koulussa, varhaiseen vanhemmuuteen ja itsetuhoisuuteen. (Karjalainen ym. 2017, s. 114.) Kun ahdistuneisuushäiriötä sairastava pääsee hoitoon ajoissa se säästää huomattavasti toimintahäiriöitä ja kärsimystä (Narmandakh ym. 2020, 1970).

Nuorten ahdistuneisuushäiriön syntyyn vaikuttavat monet eri tekijät. Kuten jo aiemmin todettiin, naissukupuoli lisää riskiä sairastua. Muita mahdollisia tekijöitä voi olla mm. perheen alhainen sosioekonominen asema ja se, että vanhemmilla esiintyy masentuneisuutta tai ahdistuneisuutta. Vanhempien oireilu saattaa aiheuttaa sen, että heillä on alentunut kyky tukea lapsiaan esimerkiksi ahdistavissa tilanteissa, mikä taas voi saada aikaan sen, että lapsi tai nuori sairastuu. Myös lapsuuden ja nuoruuden haitalliset kokemukset, kuten läheisen menetys tai esimerkiksi vanhempien avioero saattaa laukaista ahdistuneisuushäiriön. (Narmandakh ym. 2020, 1970.)

2.4 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöiden erityinen piirre on se, että jo nuorena ilmenee käyttäytymisen ja kokemuksen tapoja, jotka ovat ihmiselle itselleen haitallisia tai aiheuttavat kärsimystä. Ongelmina voi olla tapa tulkita omia tai toisten tunteita, tunneilmaisuja tai ajatuksia. Persoonallisuushäiriöiden piirteisiin kuuluu myös alttius impulsiiviseen käytökseen tai vuorovaikutustaitojen vaikeudet. Persoonallisuushäiriöt ovat tiloja, jotka syntyvät kehityksen aikana lapsuudessa, nuoruudessa tai nuorella aikuisiällä. Persoonallisuushäiriöt ovat melko yleisiä, sillä niistä kärsii 5–15 % aikuisista. Persoonallisuushäiriöiden syntyyn vaikuttavat perinnölliset tekijät, sikiökautiset tekijät, vanhempien käytökseen samaistuminen ja erilaiset lapsuuden aikaiset traumat ja kokemukset. (Huttunen, 2018.)

3 MIELENTERVEYDEN HOITOTYÖ

Mielenterveyden hoitotyöhön kuuluu sekä mielenterveyden edistäminen että mielenterveysongelmien hoito. Mielenterveyshoitotyö ei ole pelkkää sairauksien hoitamista vaan siihen kuuluu olennaisena osana mielenterveyden edistäminen. (Kanerva ym. 2010, 25.)

Mielenterveystyöllä on monia eri painopistealueita. Näitä ovat mielenterveyttä edistävä taso, mielenterveyshäiriöitä ehkäisevä taso ja mielenterveyttä korjaava taso, johon myös kuntoutus kuuluu. (Kanerva ym. 2010, 30.) Mielenterveyshoitotyö on toimintaa, mikä perustuu yhdenvertaisuuteen ja ihmisarvon kunnioittamiseen (Kuhanen ym. 2010, 30).

3.1 Hoitosuhde

Kun puhutaan hoitosuhdetyöstä, sillä tarkoitetaan potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta. Se on kahdenkeskinen luottamussuhde, jossa potilas saa kertoa hänen mieltänsä painavista ajatuksista, tunteista ja teoista. Hoitosuhteessa ehdottoman tärkeitä asioita ovat hoitotyön eettiset arvot ja periaatteet. Näitä ovat muun muassa yksilöllisyys, ihmisen kunnioittaminen, luotettavuus, luottamuksellisuus, turvallisuus, oikeudenmukaisuus sekä terveys- ja perhekeskeisyys. (Hietaharju & Nuutila 2017, 121.)

Hoitosuhteen tarkoitus on tukea asiakkaan positiivista mielenterveyttä. Hoitajan läsnäolo on tärkeä asia sekä asiantuntijana että ihmisenä. Hoitajan on tärkeä löytää keino tukea hienovaraisesti asiakkaan toimijuutta. Kyky tehdä työtä moniammatillisesti on oleellista. Mielenterveystyössä tärkein työväline on oma persoona ja hoitosuhteen tulee perustua vuorovaikutukseen. Hoitosuhteessa tuetaan asiakkaan omia voimavaroja ja selviytymistä. (Kuhanen ym. 2010, 31.) Omahoitaja on potilaalle nimetty tai potilaan valitsema hoitotyöntekijä. Omahoitajan tarkoituksena on toimia potilaan luotettuna tukijana ja avustajana hoitoprosessin vaiheissa. Hoitaja on hoitosuhteessa ulkopuolinen, turvallinen ja luotettava ihminen. Hoitajan tehtävänä on toimia potilaalle peilinä ja auttaa potilasta ymmärtämään omia tunteitaan ja ajatuksiaan. (Hietaharju ja Nuutila 2017, 124.)

3.2 Palveluprosessi, palvelujakso ja palvelupolku

Laitila (2006) on laatinut Pohjanmaa-hankkeen 2005–2014 yhteydessä selvityksen Mielen-terveys- ja päihdetyön hoito- ja palveluketjujen nykytilasta Pohjanmaan maakuntien alueella. Selvityksessä kerrotaan, että valtakunnalliset suositukset painottavat asiakkaan näkökulmaa hoito- ja palveluketjujen keskiössä. Yleisesti ollaan kuitenkin sitä mieltä, että mallinnukset on tehty pääasiassa organisaatio- ja työntekijälähtöisesti. (Laitila, 2006). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet 2004–2007 (STM 2003) linjasi, että asiakkaan vuorovaikutusta ja kohtelua tulee parantaa. Palveluketjujen toiminnan tulisi vastata asiakkaan tarpeisiin aiempaa paremmin (STM 2003).

Palveluprosessi liittyy samaan asiakkaaseen kohdistuvien palvelutapahtumien toimintasarjaan. Palveluprosessiin kuuluu kolme vaihetta. Niitä ovat vireille tulo, palvelun toteutus ja palvelun päättäminen. Nämä vaiheet sisältävät joko yhden tai useamman palvelutapahtuman. Palveluprosessi sisältää yhtäjaksoiset palvelut yhden organisaation sisällä (Laitila 2006, 5). STM (2020, 19) linjaa kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelmassa vuosille 2020–2022, että rakenteiden sekä prosessivastuiden tulee olla selkeitä ja toimivia kokonaisuuksia. **Palvelujakso** voidaan rajata ajallisesti palveluprosessista. Palvelujakso tarkoittaa esimerkiksi yhden työryhmän antamia palveluja ja hoitoa tai laitoksen osaston antamia palveluja. (Laitila 2006, 6.) Palvelujakso tarkoittaa myös ajanjaksoa, jolloin asiakas on kirjattuna avohuollon tai laitoshuollon saajaksi (Lehmuskoksi & Kuusisto-Niemi 2008, 46).

Palvelupolun luominen selkiyttää asiakkaan kulkemista ja kokemista palvelujen piirissä alusta loppuun (Ahonen 2017, 115). Jotta voidaan luoda hyvää asiakaskokemusta, siihen tarvitaan asiakasymmärrystä. Palvelujen kehittäminen vaatii empatiaa, asiakkaan asemaan menemistä ja sen ymmärtämistä. (Ahonen 2017, 114.) Palvelupolusta voidaan luoda visuaalinen kartta. Karttaan voidaan merkitä palveluhetket ja palvelun sisällä olevat kontaktipisteet. Palvelupolun luomisen avulla voidaan selkiyttää palvelupolun kehitettävät ja vahvistettavat kohdat. Palvelukokemuskartalla tai yksinkertaisella palvelupolun kuvaamisella voidaan kuvata palvelupolkua. (Ahonen 2017, 115.)

4 KOHTI POSITIIVISTA MIELENTERVEYTTÄ

THL (2021) linjaa, että mielen hyvinvointi on tärkeä asia ihmisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin kannalta. Mielen hyvinvointi on myös tärkeä voimavara sekä olennainen osa ihmisen hyvinvointia ja terveyttä. Positiivisessa mielenterveydessä eli mielen hyvinvoinnissa korostetaan psyykkisiä voimavaroja, mahdollisuutta vaikuttaa omaan elämään, elämänhallinnan ja toiveikkuuden tunteita, sosiaalisten suhteiden olemassaoloa sekä ihmisen myönteistä käsitystä omasta itsestä ja kehittymismahdollisuuksistaan. Positiivinen mielenterveys on yksi hyvinvoinnin osa-alue. Hyvinvointiin liittyy emotionaalinen, psykologinen, fyysinen, sosiaalinen ja hengellinen hyvinvointi. Positiivisen mielenterveyden käsitteessä pyritään ajatuksia viemään pois sairaskeskeisyydestä ja keskittymään ihmisen positiivisiin voimavaroihin. (THL, 2021.)

4.1 Positiivinen psykologia

Positiivisessa psykologiassa ajatuksena on löytää jokaisesta ihmisestä hyvää ja niitä vahvuuksia, joilla ihminen pystyy parantamaan sekä omaa että yhteisön vointia. Tämä on tärkeä huomioida rakennettaessa psyykkistä perustaa, jonka avulla ihminen kestää kohdalleen osuvat haasteet ja tämän avulla voi myös saavuttaa parhaimman psyykkisen tilansa. Kun ihminen pystyy vahvistamaan mieltään, sitä vähemmän sairauksiin keskittymistä hän tarvitsee. (Uusitalo-Malmivaara 2014, 19.) Vahva positiivinen mielenterveys suojaa ihmistä elämän kriiseiltä (Nordling 2020, 195).

Positiivisen psykologian keskeisin tutkimuksen kohde on onnellisuus. Positiivinen elämänsäsenne ei kuitenkaan tarkoita samaa kuin positiivinen psykologia. Positiivisilla tunteilla ja tunnetiloilla on selkeä yhteys ihmisen laajempaan hyvinvointiin, onnistumiseen, fyysiseen terveyteen, havainnointikykyyn, oppimiseen, muistamiseen ja siihen millaiset geenit ihmisellä on. (Uusitalo-Malmivaara 2014, 21.)

Seligman on luonut teorian opitun avuttomuuden (learned helplessness) ideasta, mikä esittää, että ihmisen opittu avuttomuus ja kyvyttömyys vaikuttaa omaa elämää koskeviin

asioihin, johtaa passivoitumiseen. Tästä seuraa masennuksen kaltainen tila. Mikäli ihmisellä on elämässään onnistumisen kokemuksia, hän kestää pahojakin epäonnistumisia. Teorian mukaan ihminen tarvitsee optimismia, jotta hän pystyy tulkita vastoinkäymiset tilapäisinä ja ohimenevinä. Optimismi liittyy myös moniin onnistumisen kokemuksiin arkielämässä. Optimismia pystyy myös oppimaan. Nämä asiat liittyvät läheisesti positiiviseen psykologiaan, minkä isähahmona Seligman tunnetaan. (Ojanen 2008, 79.)

Decin ja Ryanin kehittämä itseohjautuvuusteoria esittää, että sisäisen motivaation ja onnellisuuden lähteitä on kolme. Niitä ovat vapaaehtoisuus, yhteenkuuluvuus ja kyvykkyys. Näitä asioita etsimällä ihminen voi elää tyydyttävää ja arvokasta elämää. Tämän ansiosta myös onnellisuus vahvistuu. (Uusitalo-Malmivaara 2014, 31.) Itseohjautuvuusteoriassa keskeistä on myös ihmisen sisäinen motivaatio. Tämä tarkoittaa asioita, joita ihminen tekee mielellään ja kokee ne innostaviksi ja arvokkaiksi. (Uusitalo-Malmivaara 2014, 46.)

4.2 Koherenssi

Käsite koherenssin tunteesta sai alkunsa Antonovskylta vuonna 1979. Käsite selitti, miksi jotkut ihmiset sairastuvat stressin alla, kun taas toiset pysyvät terveinä. Toisin sanoen, miten on mahdollista, että jotkut hallitsevat elämänsä paremmin kuin toiset. Koherenssin käsite sisältää kolme pääkohtaa. Näitä ovat ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyys. (Riipel, 2019.)

Antonovskyn salutogeeninen terveystieteellinen käsitys perustuu koherenssin tunteeseen. Se mittaa ihmisen kokemaa astetta siitä, kuinka paljon hän näkee ympärillä olevan maailman merkityksellisenä, hallittavana ja ymmärrettävänä. Antonovskyn mukaan koherenssin tunne on jokaisen yksilön melko pysyvä suhtautumistapa, jonka avulla ihminen pystyy käsittelemään haastavia tai ongelmallisia tilanteita elämässä. Jos ihminen omaa vahvan koherenssin tunteen, sillä on vahva merkitys siinä, kuinka ihminen selviää vastoinkäymisistään. On näyttöä siitä, että koherenssin tunne ennustaa parempaa elämänlaatua ja kokemusta paremmasta terveyden tunteesta. Koherenssin tunnetta voidaan mitata SOC-asteikolla (Sense of coherence scale). (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016, 1761.)

4.3 Resilienssi

Resilienssiteoria luotiin 1980-luvulla (Gitterman & Knight 2016, 448). Resilienssi kuvaa ihmisen pärjäämistä vastoinkäymisistä huolimatta. Resilienssi tulee esiin ihmisen luontaisesta sopeutumiskyvystä ja sen kehittymistä tukee lämmin ja vahva ihmissuhde. Resilienssiä on haastavaa mitata, koska se ilmenee usein vasta kun ihmiselle tulee vastoinkäymisiä elämässä. Ihmisen pärjäämistä haastavissa ja vaikeissa olosuhteissa tukee vahva resilienssi. (Joutsenniemi & Lipponen 2015, 2515.)

Elämän kuormittavat tekijät ja niistä selviäminen ilmentävät resilienssiä. Resilienssi muuttuu elämäntilanteiden mukaan. Ympäristöstä, lähipiiristä ja yksilöstä ilmenevien haitallisten ja suojaavien tekijöiden vuorovaikutus jatkuu läpi elämän ja näin myös resilienssi muuttuu eri elämäntilanteissa. (Joutsenniemi & Lipponen 2015, 2519.) Connor-Davidsonin resilienssiasteikko (CD-RISK) on lupaavin aikuisväestön resilienssimittari (Joutsenniemi & Lipponen 2015, 2515). Färberin ja Rosendahlin (2018, 626) tutkimus osoittaa, että fyysisen sairauden tai terveysongelmien yhteydessä korkeampi resilienssi tukee parempaa mielenterveyttä.

Tolonen ym. (2021, 40) tutkimus osoittaa, että mielenterveyskuntoutujan henkilökohtaiset haasteet saattavat vaikeuttaa mukautumista muuttuviin elämäntilanteisiin ja sisäisen resilienssin synty vaikeutuu tästä syystä. Kuitenkin kuntoutujaa on mahdollista tukea sisäisen resilienssin vahvistamisessa. Tukemalla ja vahvistamalla kuntoutujan voimavarojen löytämistä, onnistumisten kokemuksia ja itsetuntemuksen lisäämistä pystytään kuntoutujan resilienssiä vahvistamaan. Myös kuntoutujan kyky ottaa huomioon toimintakykyisiä puoliaan ja irtautumaan toimintamalleista, joita psyykinen sairaus aiheuttaa, auttaa vahvistamaan resilienssiä. (Tolonen ym. 2021, 40–41.)

5 KUNTOUTUS

Kuntoutus on laaja käsite ja sen määritelmät vaihtelevat. Kuntoutuksella on tarkoitus parantaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä työkykyä. Kuntoutus voi tarkoittaa aiemman toimintakyvyn palauttamista sairastumisen tai vammautumisen jälkeen. Kuntoutus voi tarkoittaa myös uusien taitojen oppimista tai keskeytyneen kehityksen uudelleen käynnistämistä. (Malmström ym. 2018, 8.) Hallitusohjelman vuosille 2020–2022 tavoitteena on toimivat kuntoutus- ja palvelujärjestelmät, joissa ihmisen toimintakyvyn parantaminen ja tukeminen on keskiössä (STM 2020).

Kuntoutuminen on suunniteltu prosessi, jossa kuntoutuja ammattilaisten tuella ylläpitää ja kehittää toimintakykyään ja työkykyään. Ammatilaisen tehtävä on tukea kuntoutujaa omaan aktiivisuuteen ja osallisuuteen sekä muokata kuntoutujan toimintaympäristöt kuntoutumista tukeviksi. (STM 2020.) Kuntoutuksessa kuntoutuja itse pyrkii tulkitsemaan, suunnittelemaan ja ymmärtämään elämäänsä. Kuntoutuksen yksi tärkeimmistä tavoitteista on edistää yksilön toimintakykyä, osallistumismahdollisuuksia, itsenäistä selviytymistä, työ- ja opiskelukykyä sekä työllistymistä ja työssä jatkamista sekä arkielämässä että elämänkaaren eri siirtymävaiheissa. (Mielenterveystalo i.a.; STM 2020) Kuntoutuksen tavoitteena on lisätä yksilön itsenäisyyttä ja tuottavuutta (Chen 2010, 372).

5.1 Mielenterveyskuntoutus

Kun ilmenee mielenterveysongelmia, ne aiheuttavat toimintakyvyn heikkenemistä ja ihmisen hyvinvointi kärsii. Kun omat voimat heikkenevät, kuntoutuksen avulla voi tasapainottaa arkea. (Mielenterveystalo i.a.) Kuntoutus on mielenterveystyössä korjaavaa toimintaa ja se perustuu kuntoutujalähtöisyyteen (Kuhanen ym. 2010, 100). Korjaavan toiminnan tarkoitus on lieventää mielenterveyden häiriötä ja vähentää toimintakyvyn menetystä. Kuntouttavan mielenterveystyön tarkoituksena on auttaa potilasta palauttamaan toimintakykyään. (Kuhanen ym. 2010, 30.)

Tilanteen mukaan tarvitaan erilaisia kuntoutuksen muotoja, toteuttamistapoja ja ympäristöjä (Mielenterveystalo i.a.). Kuntoutuminen tapahtuu vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa, joko yksilöllisesti tai ryhmässä. Kuntoutujan ja ammattilaisen välistä luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta voidaan kuvata yhtenä kuntoutumisen edistäjänä sekä menetelmänä. (Tolonen 2021, 42.) Mielenterveyskuntoutusta voidaan toteuttaa laitosoolosuhteissa, avokäynneillä, kotona tai etänä internetin tai puhelinyhteyden välityksellä (Mielenterveystalo i.a.).

Kuntoutumisen lähtökohtia ovat kuntoutujan omat tavoitteet ja tarpeet. Kuntoutujan henkilökohtaiset ja hänen itse määrittelemät tavoitteet ohjaavat kuntoutusta. (Kuhanen ym. 2010, 100–101.) Tolonen ym. (2021, 42) kirjoittavat, että kuntoutuksen tavoitteita ajatellen, niiden tulisi olla yksilöllisiä ja tavoitteita laadittaessa tulee huomioida yksilölliset kehitystehtävät ja päämäärät. Hyvä tavoite on mitattava, aikaan sidottu ja sopivan haastava. Hyvä vuorovaikutussuhde kuntoutujan ja ammattilaisen välillä on tärkeää tavoitteita laadittaessa. Tavoitteiden konkreettisuus on tärkeää, sillä psyykkiset sairaudet saattavat aiheuttaa kuntoutujalle kognitiivisia haasteita, joihin voi liittyä esimerkiksi oppimisvaikeuksia. Esimerkiksi GAS-tavoitteen asettelua voi hyödyntää kuntoutujan tavoitteiden asettelussa. Gas-metelmän avulla voidaan mahdollistaa hyvien periaatteiden mukainen tavoitteenasettelu. (Tolonen ym. 2021, 42.)

Kuntoutuminen on usein pitkä, vuosia kestävä prosessi. Kuntoutumista voidaan kuvailla kuntoutujan oman elämän kasvuprosessina. Kuntoutumisen taustalla on ajatus siitä, että jokainen ihminen kykenee voimaantumiseen ja kasvuun. Kuntoutumisprosessissa korostuu toivon merkitys. Yksi ammattilaisen tärkeä tehtävä on toivon ylläpitäminen ja sen välittäminen kuntoutujalle. (Kuhanen ym. 2010, 101.)

Kuntoutumisen prosessi voidaan jakaa eri vaiheisiin, joita on kuntoutustarpeiden ja voimavarojen kartoitus, kuntoutussuunnitelman laadinta, toteutus ja arviointi. Vaiheet toteutuvat limittäin ja yhtä aikaa. Mielenterveyden kuntoutumisessa on tarkoitus lisätä toimintakykyä, vähentää syrjäytymisen uhkaa ja tukea yhteiskunnassa selviytymistä. Kuntoutuksen tarkoituksena on esimerkiksi auttaa kuntoutujaa hoitamaan asiointeja sekä helpottaa opiskelu- ja työelämään pääsyä. Arkielämän taitojen harjoittelu on keskeistä esimerkiksi kuntoutuskodissa. (Kuhanen ym. 2010, 102.) Kuntoutuksen tavoitteena on myös parantaa asiakkaan

vuorovaikutustaitoja ja tukea asiakasta sosiaalisissa suhteissa. On tärkeää myös lisätä kuntoutujan ymmärrystä sairauttaan kohtaan. Kuntoutuksen tehtävänä on lisätä asiakkaan kuntoutumisvalmiutta ja tukea häntä saavuttamaan tavoitteet. (Kuhanen ym. 2010, 103.) Kuntoutuksessa kuntoutujalle annetaan selviytymiskeinoja tulevaisuutta ajatellen (Kuhanen ym. 2010, 102). Erilaiset ryhmätoiminnot ja yhteisöllisyys auttavat kuntoutujaa kuntoutumaan. Mielenterveyskuntoutujia tulisikin ohjata erilaisten ryhmätoimintojen pariin monipuolisemmin. (Kuhanen ym. 2010, 102–103.)

Kuntoutus on yleensä pitkäkestoista ja yksilöllistä ja se perustuu luottamuksellisen suhteen luomiseen sekä vuorovaikutukseen. Osallisuus ilmenee kuntoutuksessa asiakkaan itsemääräämisoikeutena, toimijuutena, aitoina vaikuttamismahdollisuuksina ja asiakkaan omien tavoitteiden mukaisten muutosten saavuttamisena. Työntekijän tehtävä kuntoutuksessa on vahvistaa asiakkaan kokemusta olla oman elämänsä ja kuntoutumisensa päähenkilö. (Nordling ja Rissanen 2020, 30.)

Salminen ja Häikiö (2022, 18) kirjoittavat, että kuntoutuksen järjestelmässä on viime vuosina pyritty siirtymään kohti asiakkaan toimijuutta. Jotta kuntoutuminen tapahtuu ja edistyy, täytyy yksilön toimijuuden vahvistua. Ammattilaisten tehtävänä on tukea kuntoutujaa omaehtoisten tavoitteiden pohtimisessa ja asettamisessa. Tämä vahvistaa kuntoutujan toimijuutta. Tutkimus osoittaa, että ammattilaisten näkökulmasta kuntoutujat tarvitsevat toimintamahdollisuuksia. Toimintamahdollisuudet kytkeytyvät ympäristöön ja sen myötä tarvitaan myös riittäviä resursseja. Resurssien puute taas saattaa olla esteenä toimijuuden ja toimintamallien muodostumiselle. Toisin sanoen riittävät resurssit ja nykyistä joustavimmat kuntoutuskäytännöt edistävät toimintamahdollisuuksia. (Salminen ja Häikiö 2022, 26.)

Killaspy (2018, 1–3) toteaa, että kuntoutumisessa painotetaan toivoa tulevaisuutta ajatellen asianmukaisen tuen avulla. Tällainen toimintatapa vaatii mielenterveysjärjestelmiltä useiden vuosien kestävästä yhteistyöstä toipumisen tukemiseksi. Monissa maissa mielenterveysjärjestelmä sisältää lakisääteisiä sosiaali- ja terveyspalveluja, kansalaisjärjestöjä ja riippumattomia terveydenhuollon ja asumisen tarjoajia. Myös sosiaalietuuksia myöntävät tahot, koulut ja työvoimapaalvelut ovat osa tätä järjestelmää. Usein mielenterveyskuntoutuspalveluihin lähetetyillä ihmisillä on niin monimutkaisia ongelmia, että näyttöön perustuvaa ohjausta on todella haastavaa toteuttaa tai heidän tilanteeseensa soveltuvaa näyttöön

perustuvaa ohjeistusta ei ole saatavilla. Monella on monia samanaikaisia mielenterveysongelmia. Kuntouttavassa toiminnassa tulisi painottaa terapeutista optimismia kliinisiin oireisiin puuttumisen sijasta. (Killaspy 2018, 1–3.) Kuten Tolonen ym. (2021, 42) esittävät, mielenterveyshäiriöistä toipuminen on muutakin kuin pelkkää kliinisten oireiden poistumista. Toipumisorientaatio onkin kehitetty kuvaamaan yksilön henkilökohtaisen toipumisen käsitteitä. (Tolonen ym. 2021, 42.)

5.2 Recovery eli toipumisorientaatio

Recovery eli toipumisorientaatio -käsite sisältää viisi toipumisen periaatetta. Näitä toipumisen periaatteita ovat yhteys, toivo, merkityksellisyys, vahvistuminen ja identiteetti. Nämä viisi asiaa ovat kaikki riippuvaisia toisistaan. Ihminen tarvitsee yhteyttä muihin ihmisiin ja toivoa toipumisesta, jotta kuntoutuminen voi alkaa. Kun matka toipumiseen alkaa, yksilön identiteetti toipujana vahvistuu ja elämänlaatu paranee. (Raivio & Raivio 2020, 15.) Toipumisorientaatio on mielenterveyden hoitokeino, joka keskittyy potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja aktiiviseen osallistumiseen omaan hoitoonsa (Hornik-Lurie ym. 2018, s. 569.). Toipumisorientaation yksi keskeinen ajatus on elämän mielekkyyden kokemus mielenterveyshäiriöistä riippumatta (Tolonen ym. 2021, 42). Toipumista yleensä voidaan tarkastella monista eri näkökulmista, kuten kliinisen työn tavoitteiden kannalta, palvelujen järjestämisen kautta ja yksilöllisten kokemusten kautta. Toipumisorientaatio -mallin avulla toipumista arvioidaan henkilökohtaisen toipumiskokemuksen kautta. Toipuminen nähdään ihmisen positiivisena muutoksena sekä hyvin yksilöllisenä ja ainutkertaisena muutosprosessina. (Martin ym. 2021, 9.)

Nordling ja Rissanen toteavat (2020) raportissaan, että monissa maissa toipumisorientaatio -käsite on tullut keskeiseksi viitekehikseksi, kun puhutaan mielenterveyspalveluiden tuottamisesta ja järjestämisestä. Myös Suomessa on puhuttu siitä, että mielenterveyspalveluja tulisi uudistaa toipumisorientaation mukaisiksi. Uudistamistarvetta lisää kritiikki mielenterveyspalveluja kohtaan. Ongelmia on nähty monessa eri kohdassa. Näitä ilmenee mm. palvelurakenteissa, toimintatavoissa ja -kulttuurissa, palveluiden kehittämistyön pirstaleisuudessa sekä perustason ammattilaisten osaamisessa. (Nordling ja Rissanen, 2020.)

Suomessa toipumisorientaatio on saanut eniten jalansijaa kolmannen sektorin palveluissa (Tolonen ym. 2021, 42).

Toipumisorientaatiolähtöisen ajattelutavan ydinasioita tuotiin esille myös Kansallisessa mielenterveys - ja päihdesuunnitelmassa (2009–2015), jossa korostettiin mielenterveyspalveluiden uudistamisen tarvetta, asiakaslähtöisyyttä, kokemuksellisuuden merkitystä sekä osallisuutta (Nordling ja Rissanen 2020, 3). Vuonna 2018 aloitettiin valtakunnallinen kehittämis- ja tutkimushanke, Lapin yliopiston johtama Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanke. Hankkeessa noudatettiin sosiaalisen osallisuuden ja köyhyyden torjunnan toimintalinjaa. Tässä sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamassa hankkeessa oli mukana Lapin yliopisto hankkeen hallinnoijana sekä osatoteuttajina Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Mielenterveyden keskusliitto, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, FinFami -mielenterveysomaisten keskusliitto ja THL. (Nordling ja Rissanen 2020, 3.)

Tavoitteena hankkeessa oli soveltaa toipumisorientaatiota suomalaisiin mielenterveyspalveluihin, palveluprosessien kehittäminen toipumisorientaatiomallin mukaisesti ja vaikutusten arviointi sekä vertaisuuden, kokemusasiantuntijuuden ja moniammatillisen osaamisen kehittäminen. Hankkeen tarkoituksena oli vastata Suomessa lisääntyneeseen kiinnostukseen ja tiedontarpeeseen toipumisorientaatiota kohtaan. (Martin ym. 2021, 3.) Jotta voidaan tulevaisuudessa edetä kohti toipumisorientaatiolähtöistä ajattelutapaa mielenterveyspalveluissa, on henkilökuntaa koulutettava systemaattisesti. Myös työnohjauksen avulla tulisi antaa henkilökunnalle keinoja tehdä työtä toipumisorientaatiomallin mukaisesti. Johdattamisella on tärkeä tehtävä tukea organisaation toimintatapaa toipumisorientaation mukaiseksi. Osallisuuden mahdollistaminen tulee olla laaja-alaista, johon sisällytetään asiakas -, läheis- ja työntekijäosallisuus. Tämä vaatii kaikilta osallisilta uudenlaista asennoitumista ja innokkuutta mielenterveystyön kehittämiseen kohti toipumisorientaatiota. (Martin ym. 2021, 100.)

6 RYHMÄT MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

6.1 Ryhmän periaatteita

Jotta saadaan ryhmä toimimaan ja kehittymään, tarvitaan ryhmän jäsenten sitoutumista ryhmän toimintaan. Ryhmän jäsenten motivaatio ja näkemys ryhmän mielekkyydestä ja tärkeydestä lisää sitoutumista. Sitoutumista edistää lisäksi ryhmän jäsenten mahdollisuus osallistua ryhmän tavoitteiden, sääntöjen, sopimusten ja työskentelytapojen suunnitteluun. On tärkeä sopia myös ryhmän suunnittelun yhteydessä, onko ryhmä avoin vai suljettu. Myös ryhmän aika ja paikka on hyvä sopia etukäteen niin, että ne pysyvät samana koko ryhmän ajan. (Kuhanen ym., 2010, 112.)

Kuhanen ym. (2010, 112–113) lisäävät, että muita ryhmän tärkeitä periaatteita ovat luottamuksellisuus ja vaitiolo sekä yhteenkuuluvuuden tunne. Vaitiolo ja luottamuksellisuus koskee sekä ohjaajia että osallistujia. Vaitiolokäytännöistä on hyvä muistuttaa ryhmän toiminnan aikana. Ryhmän yhteenkuuluvuuden tunne on tärkeä asia sitoutumisessa. Ryhmän koheesiota eli yhteenkuuluvuuden tunnetta voi vahvistaa eri tekijöillä, joita ovat jäsenten tasapuolinen osallistuminen, yhteisten tehtävien ja harjoitusten tekeminen, palautteen pyytäminen ja antaminen sekä ongelmien avoin käsittely. On tärkeää ottaa ryhmän loppuminen puheeksi tarpeeksi ajoissa, jotta voidaan tukea jäsenten irrottautumista ryhmästä. Ryhmän lopussa voidaan sopia, että ryhmän jäsenet kokoontuvat uudelleen niin sanottuun seurantakokoontumiseen muutaman viikon tai kuukauden päästä. (Kuhanen ym., 2010, 112–113.)

6.2 Ryhmätoiminnot sosiaalisen kuntoutumisen vahvistajana

THL:n (2020) mukaan ryhmätoiminta on sosiaalista kuntoutusta. Sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteita ovat sosiaalisten suhteiden vahvistuminen, osallisuus sekä vertaistuen jakaminen ja saaminen kokemusten kautta. Ryhmätoiminnassa on tarkoitus tehdä yhdessä ja hyödyntää toiminnallisia menetelmiä. Yhdessä tekeminen vahvistaa oman osaamisen kehittämistä tehokkaammin hyödyntämällä ympäristön resursseja. Toiminnalliset menetelmät vahvistavat osallistujien roolia aktiivisemmaksi ja toimintaan osallistujasta voi tulla myös toiminnan

toteuttaja. Ryhmään osallistujat saavat ryhmätoimintojen kautta mahdollisuuden luoda sosiaalisia kontakteja sekä vahvistaa sosiaalisia taitojaan. (THL 2020).

Myös mielekäs tekeminen ryhmätoimintojen kautta lisääntyy. Ryhmätoiminnot koostuvat erilaisista sisällöistä. Ryhmätoiminnot koostuvat omaan elämänpiiriin liittyvien tekijöiden kehittämisestä ja arkitoimintojen harjoittamisesta kuten itsestä ja kodista huolehtimisesta, päivärytmin säännöllisyydestä, talousasioihin sekä työ- ja koulutusmahdollisuuksiin tutustumisesta. (THL 2020.) Peltonen ym. (2019, 11-15) totesivat tutkimuksessaan, että erilaisiin ryhmätoimintoihin osallistuminen vahvistaa asiakkaan itsetuntoa, elämänlaatua ja työelämävalmiuksia. Ryhmätoiminnot saavat myös aikaan myönteisiä muutoksia ajattelu- ja toimintatavoissa liittyen siihen, kuinka asiakas ajattelee suoriutuvansa esimerkiksi erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa. Ryhmämuotoinen tuki voi myös vahvistaa asiakkaan opiskelukykyä. (Peltonen ym. 2019, 11–15.)

Viime aikoina voimavaralähtöinen ajattelutapa on lisääntynyt. Yksi vaikuttava tekijä voimavaralähtöisen ajattelutavan korostumisessa on asiakaslähtöisyys. Voimavaralähtöinen lähestymistapa on lähtenyt liikkeelle yksilötyöstä, mutta sitä sovelletaan myös ryhmien kanssa työkenneltäessä. (Kostilainen ja Nieminen 2018, 85.) Voimavaralähtöisessä ajattelutavassa keskitytään positiivisiin voimavaroihin ja mahdollisuuteen tehdä ratkaisuja. Se kannustaa tavoitteiden saavuttamiseen eikä niinkään menneiden korjaamiseen. Voimavaralähtöinen ajattelutapa edellyttää työntekijöiden positiivista ja myönteistä asennetta asiakkaiden ja yhteisöjen mahdollisuuksiin, vaikka asiakkaiden toiveet ja unelmat joskus tuntuisivatkin epärealistisilta. Voimavaralähtöisellä toiminnalla voidaan tukea asiakkaan kuntoutumista omassa arjessaan, mitä voidaankin pitää sosiaalisen kuntoutumisen kokonaistavoitteena. (Kostilainen ja Nieminen 2018, 86.)

7 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata mielenterveyskuntoutujan palvelupolkua asumisyksikössä. Kuntoutumiseen liittyy erilaisia prosesseja, jotka olivat jokaisella yksilöllisiä, riippuen tarpeista. Tavoite oli laatia asiakaslähtöinen palvelupolku/prosessi, mikä tukee kuntoutumista. Palvelupolun kuvaamiseksi kartoitettiin sekä asukkaiden että henkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä. Kehittämistyössä kuvattiin kuntoutumista tukevan ryhmätoiminnan suunnittelu- ja kehittämisprosessia. Kehittämistyön tavoite oli luoda uutta ryhmätoimintaa asiakaslähtöisesti.

Kehittämistyön tutkimuskysymykset:

Kehittämistyön tutkimuskysymykset asiakkaille

1. Millaisena asumispalveluyksikön asiakkaat kokevat palveluprosessin?
2. Millaisia haasteita asiakkaat kokevat palveluprosessissa?
3. Millaisilla keinoilla palveluprosessia voidaan kehittää asiakaslähtöisemmäksi asiakkaan näkökulmasta?
4. Millaisilla ryhmätoiminnoilla kuntoutumista voidaan tukea asiakkaan näkökulmasta?

Kehittämistyön tutkimuskysymykset henkilökunnalle

5. Millaisena asumispalveluyksikön henkilökunta kokee asiakkaan palveluprosessin?
6. Millaisia haasteita henkilökunta kokee palveluprosessissa?
7. Millaisilla keinoilla palveluprosessia voidaan kehittää asiakaslähtöisemmäksi henkilökunnan näkökulmasta?
8. Millaisilla ryhmätoiminnoilla kuntoutumista voidaan tukea henkilökunnan näkökulmasta?

8 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

8.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Toikko ja Rantanen (2019, 21) kuvaavat tutkimuksellisen kehittämistoiminnan käsitteen väljäksi yleiskäsitteeksi, jolla on tarkoitus kuvata sitä yhteyttä mikä tutkimustoiminnalla ja kehittämistoiminnalla on. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta sijoittuu tutkimuksen ja kehittämistoiminnan kohtaamispaikkaan. Tätä kohtaamispaikkaa voidaan lähestyä sekä tutkimuksen että kehittämisen suunnasta ja siitä voidaan myös käyttää nimitystä kehittävä tutkimus. Kehittävässä tutkimuksessa lähdetään liikkeelle tutkimuksellisista kysymyksistä ja menetelmien tarkasteluista kohti käytännön läheistä kehittämistoimintaa. Siinä painotetaan pääasiassa tutkimusta mutta tavoite on kehittää. (Toikko & Rantanen 2019, 21–22.)

Toikko ja Rantanen (2015, 56–57) jakavat kehittämisprosessin viiteen eri vaiheeseen. Näitä vaiheita ovat perustelu, organisointi, toteutus, levittäminen ja arviointi. Perusteluvaiheeseen kuuluu se, että kehittämistoiminnan lähtökohdat määritellään. Perustelu nousee yleensä jostain ongelmasta tai tulevaisuuden ihannekuvasta. Jotta muutos ja kehittäminen voi tapahtua, tulisi kehittämisen lähtökohtien koostua sekä ongelmasta että visiosta. Toiminnan toteutuksen kannalta olisi hyvä, jos kehittämistoiminnan tavoite voidaan määritellä mahdollisimman käytännön läheisesti. Yleensä riittää yksi tai kaksi tavoitetta. Kehitettävän toiminnan selkeä lopputulos ja ajankohtaisuus vaikuttavat kehittämistoiminnan merkittävyyteen. (Toikko ja Rantanen 2015, 56–57.)

Organisoinnilla tarkoitetaan sitä, että tavoite hyväksytään esimerkiksi organisaation johdon osalta. Organisoituvaiheeseen sisältyy myös se, että kehittämistoiminnassa toteutus suunnitellaan ja pohjustetaan sekä määritellään tavoitteet mahdollisimman käytännönläheisesti. Organisoituvaiheessa tulee määritellä toimijat ja on tärkeää, että mahdollisimman paljon ammattilaisia saadaan jo tähän vaiheeseen mukaan. (Toikko & Rantanen 2019, 58.)

Toikon ja Rantasen (2015, 59) mukaan toteutusvaihe muodostuu kirjoittamisesta, asioiden tärkeysjärjestykseen laittamisesta, kokeiluista ja mallintamisesta. Vilkan (2015, 56) mukaan mahdollisten muutosten tekeminen tutkimuksen edetessä johtuu siitä, että tutkimuksissa, joissa tutkitaan ihmisiä, ei kaikki ole ennakoitavissa. Näitä ennakoimattomia tekijöitä voi olla

esimerkiksi liian suuren joukon vastaamatta jättäminen lomakehaastattelussa tai haastateltavien kieltäytyminen tutkimushaastatteluun osallistumisesta. Kun tutkitaan aineistoa, tutkimusongelmasta saattaa tulla esiin sellaisia uusia piirteitä, että voidaan joutua muotoilemaan tutkimuskysymykset uudelleen. (Vilkkä 2015, 56.)

Vaikka ideointia tapahtuu koko kehittämisprosessin ajan, niin siihen voidaan palata myös toteutusvaiheessa ja sitä voidaan laajentaa tarpeen mukaan. Kehittämistoiminnassa painottuu eniten konkreettinen tekeminen. Arvioinnin tavoitteena on tuottaa tietoa, joka ohjaa kehittämisprosessia. Arviointivaiheessa pohditaan kehittämistyön vaiheita, jossa tehdään näkyväksi kehittämisen prosesseja ja punnitaan muun muassa onnistumisia ja epäonnistumisia sekä mietitään sitä, saavutettiinkö tutkimuksen tavoite. Arviointia tehdään sekä sisältä että ulkopäin. (Toikko ja Rantanen 2015, 61–62.)

8.2 Aineistonkeruumenetelmät

Tässä kehittämistyössä tutkimusmenetelminä käytettiin sekä kvantitatiivisia eli määrällisiä että kvalitatiivisia eli laadullisia tutkimusmenetelmiä. Kehittämistyön teoria- ja tutkimustieto tuotettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen muodossa. Seuraavissa kappaleissa kuvattiin kehittämistyössä käytettyjä aineistonkeruumenetelmiä.

Kvantitatiiviselle eli määrälliselle analyysille on ominaista, että tutkimusaineiston kuvaamisessa käytetään tilastoja ja havainnollistaminen on graafista. Tilastollisen analyysin perusluonteeseen kuuluu se, että tutkimustuloksista saadaan selville ilmiöiden määriä, jakautumista, yleisyyttä ja jakautumista luokkiin. Määrällisestä analyysistä voidaan käyttää myös nimitystä tilastollinen analyysi. (Jyväskylän yliopisto (JYU) 2021.)

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on tarkoitus ymmärtää kokonaisvaltaisesti kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä, jotka ovat ihmisten välisiä ja sosiaalisia (Jyväskylän yliopisto (JYU), 2021; Vilkkä 2015, 118.). Laadullista tutkimusta on mahdollista toteuttaa useilla eri menetelmillä (Jyväskylän yliopisto (JYU), 2021). Vilkan (2015, 118) mukaan merkityskokonaisuuksien tarkastelu on ominaista laadulliselle tutkimukselle. Merkityskokonaisuudet ovat erilaisia ihmisestä lähteviä ja ihmiseen päättyviä asioita, kuten ajatuksia, toimintaa, päämääriä. Tutkijan on tärkeää erottaa ja tiedostaa kokemusten ja

käsitysten erot varsinkin, kun tutkimukselle asetetaan tutkimusongelma ja tavoitteet. (Vilkkä 2015, 118.)

Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että totuuden löytäminen ei ole tavoitteena vaan tavoitteena on tutkimuksen mukana tuomien tulkintojen avulla näyttää esimerkiksi ihmisen toiminnasta sellaista, mitä ei muuten havaita. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä myös, että tutkimuksessa syntyneistä kokemuksista ja käsityksistä luodaan johtolankoja, joiden avulla tutkija tekee tulkintoja ja ratkaisee arvoituksia. (Vilkkä 2015, 120.)

8.2.1 Kyselytutkimus

Vilkan (2015, 94) mukaan kyselylomaketta käytetään yleisimmin määrällisen tutkimusaineiston keräämisessä. Kyselyllä voi olla erilaisia nimityksiä sen toteuttamistavan mukaan, kuten postikysely, informoitu kysely tai joukkokysely. Kysely vakioidaan, mikä tarkoittaa sitä, että kaikilta kyselyyn osallistujilta kysytään samat kysymykset. Kyselylomaketta käytetään silloin esimerkiksi, kun vastaajat vastaavat siihen kirjallisesti ja ovat toisistaan erillään. Tämän etu on myös se, että vastaajat jäävät anonyymeiksi mutta haitta puolestaan se, että vastausprosentti saattaa jäädä pieneksi eli puhutaan aineiston kadosta. (Vilkkä 2015, 94.)

Kyselylomakkeessa kysymykset voivat olla strukturoituja eli monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä tai sekamuotoisia kysymyksiä. Monivalintakysymyksistä puhutaan silloin, kun vastaajalle muodostetaan valmiit vastausvaihtoehdot. Kyselylomake saattaa pitää sisällään myös avoimia kysymyksiä, joiden tarkoitus on saada esiin vastauksia spontaanisti. Vastajien kohderyhmän tuntemus on tärkeää, jotta kysymykset voidaan muotoilla niin, että aiheet ovat sille tuttuja. On myös tärkeä huomioida, että yhdessä kysymyksessä kysytään vain yhtä asiaa ja kysymyksiä hajautetaan niin, että jokaista tarvittavaa tietoa kohtaan on riittävä määrä kysymyksiä. (Vilkkä 2015, 106–108.)

Kehittämistyössä kyselylomake laadittiin Wepropol-ohjelman avulla. Webropol-kysely on sähköinen internetkysely, joka on perusteltua toteuttaa tilanteissa, joissa kaikilla kyselyyn vastaajilla on mahdollisuus internetin käyttöön. Webropol-ohjelma on internetpohjainen tutkimus- ja tiedonkeruuohjelma, mikä mahdollisti kyselyn toteutumisen. Webropol-kyselyssä kaikki tulokset ovat käytettävissä reaaliajassa. (Heikkilä 2014.) Kyselylomake sisälsi taustakysymysten

lisäksi likert-tyyppisiä eli monivalintakysymyksiä ja kaksi avointa kysymystä (liite 2). Kyselylomake lähetettiin sähköpostitse erään yhdistyksen asumispalveluiden henkilökunnalle. Kysely sisälsi saatekirjeen (liite 1), jossa kerrottiin mm. tutkimuksen taustasta ja sen tarkoituksesta. Kysely toteutettiin syyskuussa 2021 ja sen oli tarkoitus tavoittaa noin 30 henkilökunnan jäsentä organisaatiossa. Vilkka (2015, 95) kirjoittaa, että sähköposti - ja internetkysely toimii parhaiten silloin, kun tutkimukseen osallistuvien perusjoukko koostuu esimerkiksi organisaation edustajista ja voidaan varmistaa, että kaikilla on käytössään teknisesti samanlaiset mahdollisuudet vastata kyselyyn.

8.2.2 Lomakehaastattelututkimus

Vilka (2015, 123) toteaa, että laadullista tutkimusta voidaan toteuttaa erilaisten haastatteluiden avulla. Lomakehaastattelu eli strukturoitu haastattelu on yksi laadullisen tutkimuksen muoto. Lomakehaastattelussa kysymysten muoto ja esittämisjärjestys on ennalta määriteltä. Vastaajan ei ole kuitenkaan pakko vastata siinä järjestyksessä kuin kysymykset lomakkeessa ovat. Lomakkeen punainen lanka kuitenkin säilyy, mikäli vastaaja vastaa kysymyksiin järjestyksessä ja tutkijan olisi hyvä myös mainita tämä haastattelun alussa. Lomakehaastattelu toimii myös niissä tilanteissa, joissa riittää, että tutkittavaa asiaa kysytään kolmesta kuuteen empiirisellä kysymyksellä. (Vilka 2015, 123.)

Kuten Vilka (2015, 128) kirjassaan kertoo, laadullisessa tutkimuksessa kysymysten osalta tulisi välttää kysymysmuotoja, joihin haastateltava voi vastata *kyllä* tai *ei*. Jotta saadaan laajempia tutkittavan kokemuksia tai käsityksiä kartoitettavista kysymyksistä, aloitetaan kysymykset esimerkiksi *mitä*, *miten*, *millainen tai miksi*. Voidaan myös pyytää kuvailemaan tai kertomaan asioita. Laadullisessa tutkimusaineistossa aineiston laatu on tärkeämpää kuin aineiston määrä. Yksi laadullisen tutkimuksen perussäännöistä on se, että yhdessä kysymyksessä kysytään vain yhtä asiasisältöä.

Lomakehaastattelu toteutettiin loppuvuodesta 2021 erään yhdistyksen asumispalveluiden asiakkaille. Lomakehaastattelu (liite 4) sisälsi saatekirjeen (liite 3), jossa kerrottiin mm. tutkimuksen taustasta ja tarkoituksesta. Lomake sisälsi taustakysymyksiä sekä viisi avointa kysymystä. Taustakysymyksillä haluttiin selvittää vastaajien sukupuoli ja ikä. Taustakysymysten avulla pystyttiin hahmottamaan ja ymmärtämään haastateltavan maailmaa. Vilka (2015,

131) muistuttaa, taustakysymyksiä ei saa olla liian montaa, jotta määrä ei vaikuttaisi negatiivisesti motivaatioon vastata varsinaisiin kysymyksiin.

Haastattelulomakkeet ja saatekirje lähetettiin postitse asumisyksiköihin, joissa asukkaille annettiin mahdollisuus vastata niihin. Ennen kyselyjen lähettämistä, asumisyksiköiden vastaavia ohjaajia informoitiin tulevasta kyselystä ja ohjaajilta selvitettiin, montako asukasta/vastaajaa yksikössä mahdollisesti oli. Jokaiseen kyselylomakkeeseen oli liitetty mukaan tyhjä kirjekuori, johon vastaaja sai sulkea kyselyn siihen vastattuaan. Tämä vahvisti myös anonymiteetin säilymistä tutkimuksessa.

8.2.3 Benchmarking

Benchmarking eli vertailuanalyysi tarkoittaa tutkimustapaa, jossa omaa toimintaa vertaillaan toisten toimintaan (Salonen 2017, 63). Benchmarking -käsitteestä voidaan käyttää suomenoksia vertailujohtaminen, vertailukehittäminen, poikittaisvertailu tai kumppanuusvertailu (Perälä ym. 2007, 13). Benchmarkingin keskeinen ajatus on toisilta oppiminen, jossa kyseenalaistetaan omaa toimintaa. Menetelmää voidaan käyttää esimerkiksi laatujärjestelmän kehittämisessä ja prosessikehittämisessä sekä organisaation eri prosessien kykyyn vastata entistä paremmin asiakkaiden tarpeisiin. (Perälä ym. 2007; Salonen 2017, 63.)

Benchmarking-kysely lähetettiin sähköpostitse eräiden yhdistysten asumispalveluiden henkilökunnalle. Kysely laadittiin Webropol-ohjelmalla. Kyselyn mukana oli saatekirje, jossa kerrottiin muun muassa tutkimuksen taustasta ja tarkoituksesta. Kysely (liite 5) sisälsi neljä taustakysymystä ja seitsemän avointa kysymystä. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa vertaisarvioinnin avulla toisten asumisyksiköiden toimintaa mielenterveysasiakkaan palvelupolkuun ja siihen liittyviin prosesseihin ja ryhmätoimintoihin liittyen. Toinen tarkoitus oli saada vinkkejä oman toiminnan kehittämiseen liittyen. Benchmarking -kyselyn tuloksia hyödynnettiin mietittäessä mielenterveysasiakkaan palvelupolun prosesseja.

8.2.4 Aivoriihi

Aivoriihi tarkoittaa menetelmää, jossa käytetään luovaa ongelmanratkaisua. Aivoriihen tavoitteena on saada aikaiseksi suuria määriä luovia ideoita kaikkia ryhmän jäseniä osallistamalla.

Menetelmän peruseriaatteena on se, että suurella ideamäärällä saadaan aikaiseksi hyviä ja laadukkaita, toteuttamiskelpoisia ideoita. Aivoriihi koostuu eri vaiheista. Näitä ovat menetelmään tutustuminen, jossa osallistujille esitellään menetelmä ja säännöt. Seuraavassa vaiheessa määritellään ongelma, joka pitäisi ratkaista ja rajataan se. (Innokylä i.a. [Viitattu 20.3.22].)

Ideointivaiheessa jokaisen ryhmän jäsenten ideoita voidaan kirjata ylös paperille, fläpille tai tietokoneelle. On tärkeää, että kaikki ryhmän jäsenet tuovat ideoitaan esille. Kaikki ideat ovat tärkeitä ja ne kaikki kirjataan. Tarralappuja voidaan hyödyntää jatkossa, esimerkiksi vaiheessa, jossa ideat ryhmitellään. (Innokylä i.a. [Viitattu 20.3.22].)

Arviointivaiheessa nostetaan esille ideoita, jossa voidaan vielä parannella alussa syntyneitä ideoita ja ryhmän vetäjän rooli tässä on kannustaa mitä vapaampiin ja lennokkaisiin ideoihin. Huumori on tärkeää rennon ilmapiiri luomiseen. Valintavaihe on aivoriihen viimeinen vaihe ja siinä voidaan äänestää ryhmän parhaat ideat. Ideoita tarkastellaan kriittisesti ryhmän jäsenten toimesta ja lopuksi valitaan parhaat ideat. (Innokylä i.a. [Viitattu 20.3.22].)

Kehittämistyössä käytettiin aivoriihimenetelmää osallistamalla erään organisaation asumisyksiköiden henkilökuntaa aivoriiheen. Aivoriihi toteutettiin sen jälkeen, kun aiemmat kehittämistyössä syntyneet tulokset oli analysoitu. Aivoriiheen pyrittiin nostamaan jokin aihe pohdittavaksi tulosten perusteella syntyneestä keskeisestä asiasta. Aivoriihessä esiteltiin aluksi kehittämistyön keskeiset tulokset, jonka jälkeen ryhmälle annettiin aihe pohdittavaksi. Aivoriihi toteutettiin virtuaalisesti, koska siihen osallistunut henkilökunta työskenteli eri paikkakunnilla. Aivoriihi kuvattiin kirjallisesti sen toteuttamisen jälkeen ja esitettiin siinä syntyneitä kehittämisajatuksia.

8.2.5 Tulevaisuuskolmio

Tulevaisuuskolmion avulla on tarkoitus hahmottaa organisaation voimavektorit eli ne tekijät, jotka vetävät tulevaisuuteen, työntävät tulevaisuuteen tai mitkä tekijät ovat historian painolasteja eli pitävät kiinni historiassa. Tulevaisuuskolmiota käytetään työkaluna, jonka tarkoitus on tuoda esille ne kohdat, jotka näyttävät nyt todennäköisiltä tai vaikuttavat yksikön tulevaisuuteen. Tämän menetelmän avulla hahmotellaan sitä tulevaisuuskuva, mikä tällä hetkellä

näyttää realistiselta ja mitkä ovat avainasioita tulevaisuudessa. (Salminen-Tuomaala 2021; Talvela & Stenman 2012, 22.) Tässä kehittämistyössä tulevaisuuskolmiota käytettiin virtuaalisessa aivoriihessä. Aivoriihen tulosten kuvaamisessa hyödynnettiin tulevaisuuskolmiomallin mukaisesti miettimällä tulevaisuuteen vetäviä ja työntäviä tekijöitä sekä historiassa kiinni pitäviä tekijöitä mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessissa.

8.3 Aineiston analysointimenetelmät

Tässä kehittämistyössä käytettiin kahta aineiston analysointimenetelmää. Niitä olivat tilastollinen analyysi ja induktiivinen sisällönanalyysi. Vilkan (2015, 129) mukaan analysoinnilla tarkoitetaan aineiston ongelmanratkaisutapaa, jonka tarkoitus on tiivistää isot sisältökokonaisuudet pienemmiksi. Analysointiin sisältyy ajattelua, lukemista, erittelyä, ryhmittelyä, tulkintaa ja kokonaisuuksien nimeämistä. Analysoinnin tavoitteena on saada ymmärrystä tutkittavalle kokonaisuudelle. Kehittämistyön aineiston analyysi koostui neljästä eri toiminnallisesta vaiheesta, joita ovat tehtävänasettelu, aineiston kokoaminen, analyysi ja teksti. (Vilka 2015, 129.) Seuraavissa kappaleissa esitellään tässä kehittämistyössä käytetyt aineiston analysointimenetelmät.

8.3.1 Tilastollinen analyysi

Kehittämistyössä henkilökunnalle laadittu kysely oli tutkimuksen määrällinen osio. Kyselylomakkeessa esitettiin väittämiä, joihin oli luotu valmiit vastausvaihtoehdot. Vastausvaihtoehdot olivat *täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä*. Määrälliselle tutkimukselle on ominaista tutkimusaineiston kuvaaminen tilastollisesti ja havainnollistaminen graafisesti (Jyväskylän yliopisto (JYU) 2021). Määrällisessä tutkimuksessa esimerkiksi tulosten esittäminen pylväskuvioiden avulla on mahdollista. Pylväiden tarkoitus on kuvata havaintojen määrää luokassa. (Jyväskylän Yliopisto (JYU) 2019.) Tässä kehittämistyössä tuloksia esiteltiin osittain pylväskuvioiden avulla, jossa apuna käytettiin Excel-taulukointiohjelmaa. Excel-taulukollaskentaohjelman avulla voidaan

tutkimuksen tuloksia tarkastella ja muokata tilastollisesti ja numeerisesti (Jyväskylän Yliopisto (JYU) 2019). Määrällisessä tutkimuksessa tuloksia olisi hyvä kuvata numeroiden lisäksi sanallisesti ja selittää tekstissä ne niin, että lukija ymmärtää mahdollisimman hyvin niiden merkityksen ja laadun (Vilkkä 2021, 150-151). Määrällisen tutkimusosion tulokset tukivat muita tutkimustuloksia. Koska aineisto oli suhteellisen pieni, suuria yleistyksiä ei voitu tehdä tulosten perusteella. Ne antoivat kuitenkin viitteellistä tietoa tutkitusta ilmiöstä ja tukivat tutkimuksen laadullista osiota.

8.3.2 Induktiivinen sisällönanalyysi

Tässä kehittämistyössä induktiivista sisällönanalyysiä käytettiin asukaskyselyjen ja benchmarking -kyselyjen analysoinnissa. Vilkkä (2015, 163) kirjoittaa, että sisällönanalyysi on tapa, jolla aineisto kuvataan sanallisesti ja aineistosta etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Sisällönanalyysi on myös eräänlaista dokumenttien analysointia ja sillä tutkitaan ja esitetään erilaisia kommunikaatioprosesseja (Kyngäs ja Vanhanen 1999, 3). Sisällönanalyysi voi olla joko teorialähtöistä tai aineistolähtöistä (Vilkkä 2015, 163; Kyngäs ja Vanhanen 1999, 3). Tässä kehittämistyössä analyysitapa oli aineistolähtöinen. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkimusaineistosta on tarkoitus aineiston ohjaamana löytää jonkinlainen tyypillinen kertomus. (Vilkkä 2015, 163). Kananen (2017, 132) kuvaa kirjassaan, että aineisto yhteismitallistetaan eli litteroidaan. Litteroiminen tarkoittaa sitä, että aineisto puretaan tekstimuotoon. (Kananen 2017, 132.) Kyngäs ja Vanhanen (1999, 5) kirjoittavat, että tutkimuskysymys ja tutkimuksen tarkoitus ohjaavat tutkijaa tekemään päätöksen siitä, analysoiko hän pelkästään tekstistä ilmenneitä selviä ilmaisuja vai analysoiko hän myös niin sanottuja piiloilmaisuja.

Vilkan (2015, 164) mukaan tutkija päättää ennen analyysin aloitusta, millaista tyypillistä kertomusta hän lähtee sisällönanalyysillä etsimään. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään eli tärkeä informaatio säilytetään ja epäolennainen karsitaan. Tämän jälkeen tutkimusaineisto pilkotaan ja tiivistetään. Tiivistämistä ohjaa tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset. Tiivistämisen jälkeen aineistosta luodaan uudenlainen johdonmukainen kokonaisuus ryhmittelemällä aineisto. (Vilkkä 2015, 164.)

Analyysiyksikkö eli sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus määrää sen, miten uusi kokonaisuus ryhmitellään. Abstrahoinnissa tutkimuskohteesta muodostetaan kuvaus luotujen yleiskäsitteiden avulla. (Kyngäs ja Vanhanen 1999, 5.) Abstrahointia voidaan jatkaa niin kauan kuin se on järkevää ja mahdollista. (Kyngäs ja Vanhanen 1999, 5.) Tutkija yhdistää aineistoa tulkitsemalla, mitkä asiat voidaan yhdistää ja mitä ei voida yhdistää (Kyngäs ja Vanhanen 1999, 6). Vilkka (2015, 170) kirjoittaa, että ryhmät nimetään yläkäsitteellä ja näin saadaan luotua käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli. Suorien lainauksien käyttö lisää tutkimuksen luotettavuutta ja osoittaa lukijalle konkreettisesti, millaisesta aineistosta tulokset muodostettiin (Kyngäs ja Vanhanen 1999, 10). Aineistoa on lisäksi hyvä vertailla aiempaan tutkimus - ja teorian tietoon (Vilkka 2015, 170).

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on oleellista, että aineiston ja tulosten välillä pystytään osoittamaan yhteys. Tämä voi olla myös haaste sisällönanalyysin luotettavuuden arvioinnissa. Tulosten täytyy liittyä järkevällä tavalla luotuihin kategorioihin ja aineistoon. (Kyngäs ja Vanhanen 1999, 10.) Tutkija muodostaa kategorioita aineistosta käyttäen jatkuvaa vuoropuhelua aineiston ja kategorioiden välillä. Kategorioiden tarkoitus on yhdistää aineistoa ja tällä tavoin myös aineiston abstrahointi ja käsitteellistäminen mahdollistuu. Yksi tutkijan eettisiin vastuisiin tutkimusta tehdessä liittyy siihen, että tutkimustulos vastaa aineistoa. (Kyngäs ja Vanhanen 1999, 10.)

9 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Seuraavissa kappaleissa esitellään kehittämistyön tulokset. Ensin analysoitiin kehittämistyön määrällinen tutkimusosio. Sen jälkeen analysoitiin asukkaille laaditun laadullisen lomakehaastattelun aineisto induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Benchmarking -kyselyn kysymykset olivat myös avoimia kysymyksiä eli tutkimuksen laadullista osiota, joten myös benchmarking-aineiston analysointimenetelmäksi valittiin induktiivinen sisällönanalyysi. Kehittämistyön laadullisen osion vastausten sisällönanalyysin taulukointi esiteltiin myös tekstissä ja tässä osioissa käytettiin myös suoria lainauksia. Viimeisenä kuvailtiin henkilökunnan kanssa toteutetun aivoriihen tulokset.

9.1 Henkilökunnalle toteutetun Webropol-kyselyn kvantitatiiviset tulokset

Kysely sisälsi neljä taustakysymystä ja 63 likert-kysymystä sekä kaksi avointa kysymystä (liite 2). Kyselyn mukana oli saatekirje (liite 1). Vastaajien pienen määrän vuoksi määrälliset tulokset kerrottiin lukuina. Osa tuloksista esitettiin lisäksi pylväsdiagrammin avulla, käyttäen apuna Excel-tilukointi ohjelmaa. Kysely sisälsi kaksi avointa kysymystä, joiden tuloksia kuvattiin tekstissä ja myös suoria lainauksia käytettiin.

9.1.1 Taustatiedot

Kyselyn taustatiedoissa haluttiin selvittää vastaajien ikä, sukupuoli, koulutus ja työkokemus. Iältään yli 50-vuotiaita oli kuusi. Myös toiset kuusi olivat 40–49-vuotiaita. Vastaajista kaksi oli iältään 20–29-vuotiaita ja vastaajista yksi oli iältään 30–39-vuotias. Vastaajista suurin osa eli 11 oli naisia ja neljä miehiä. Koulutukseltaan kuusi oli lähihoitajia ja neljä sairaanhoitajia, kun taas kolme oli sosionomeja ja kaksi mielenterveyshoitajia. Suurimmalla osalla eli yhdeksällä työkokemusta oli 11–20-vuotta, kun taas kolmella työkokemusta oli 0–4-vuotta ja kolmella 5–10-vuotta.

Kyselyn määrällinen osio. Vastausvaihtoehdot olivat: 1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en samaa, enkä eri mieltä, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä.

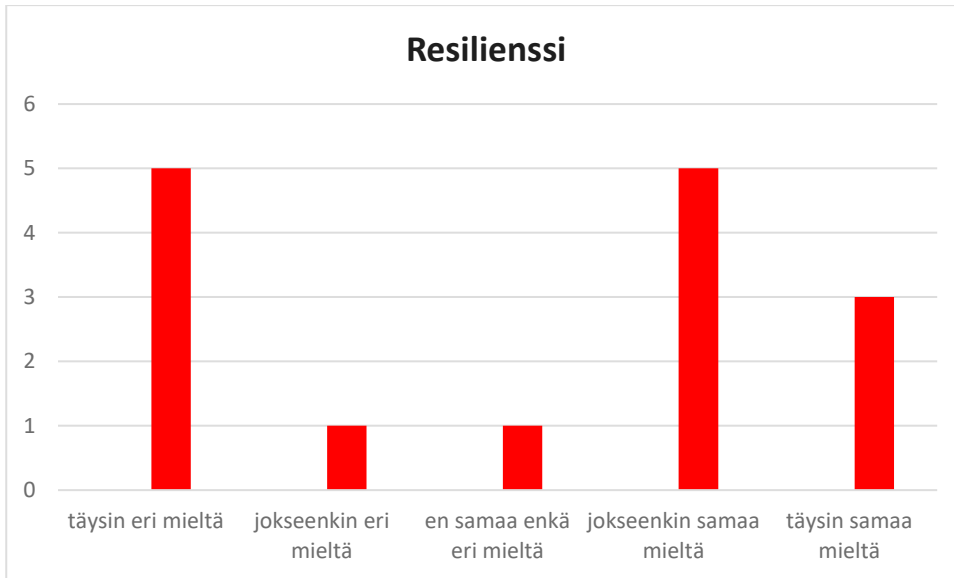
9.1.2 Vastaajien tietämys henkistä hyvinvointia kuvaavista asioista

Positiivinen mielenterveys. Kysymyksessä haluttiin selvittää vastaajien tietämys positiivisesta mielenterveydestä. Vastaajista 12 oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä eli he tiesivät, mitä positiivinen mielenterveys tarkoitti. Kaksi oli jokseenkin eri mieltä tai ei samaa eikä eri mieltä tietämyksestään, mitä positiivinen mielenterveys tarkoitti. (Kuvio 1).



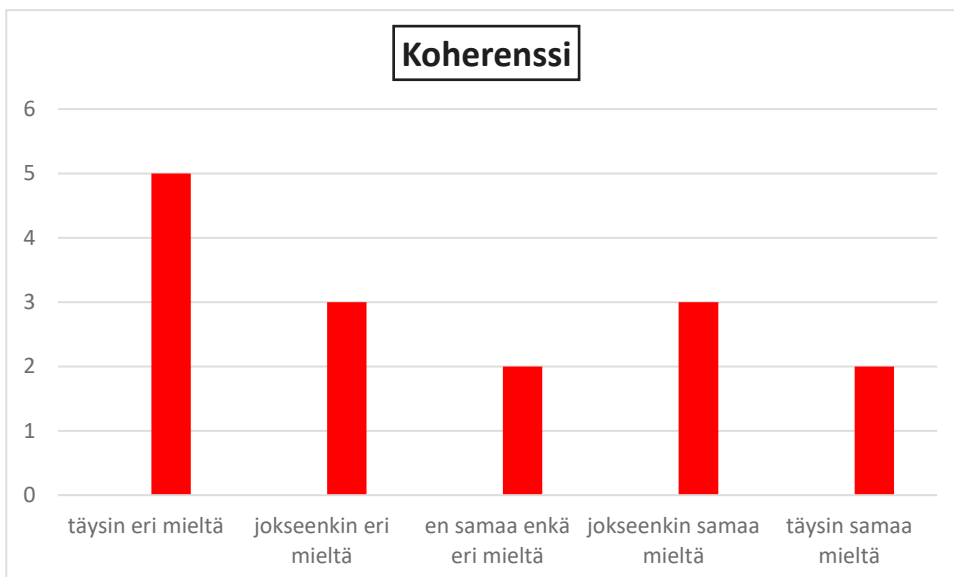
Kuvio 1 Positiivinen mielenterveys.

Resilienssi. Kysymyksessä haluttiin selvittää vastaajien tietämys, mitä resilienssi tarkoitti. Vastaajista kahdeksan oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä tietämyksestään, mitä resilienssi tarkoitti. Täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä oli yhteensä kuusi tietämyksestään, mitä resilienssi tarkoitti, kun taas yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 2).



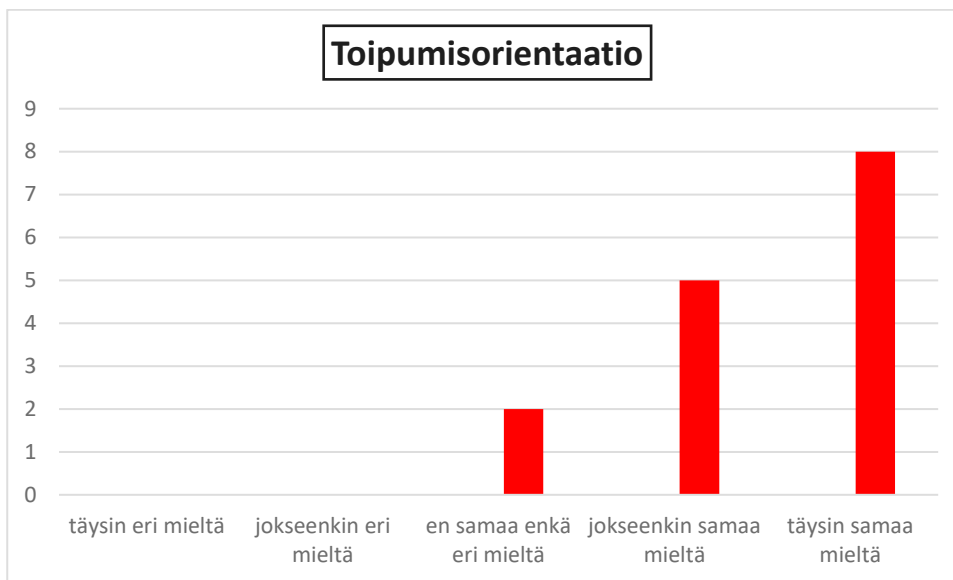
Kuvio 2 Resilienssi.

Koherenssi. Kahdeksan vastaajaa ei tienneet, mitä koherenssi tarkoitti eli he olivat täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Yhteensä viisi vastaajista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä eli he tiesivät, mitä koherenssi tarkoitti, kun taas kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, tiesivätkö he, mitä koherenssi tarkoitti. (Kuvio 3).



Kuvio 3 Koherenssi.

Toipumisorientaatio. 13 vastaajaa oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä eli tiesivät, mitä toipumisorientaatio tarkoitti. Kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, tiesivätkö he, mitä toipumisorientaatio tarkoitti. (Kuvio 4).



Kuvio 4 Toipumisorientaatio.

9.1.3 Vastaajien tietämys mielenterveyttä tukevista asioista

Toimivat mielenterveyspalvelut. Kymmenen vastaajaa tiesi, millaisia ovat toimivat mielenterveyspalvelut. Kaksi oli jokseenkin samaa mieltä, kun taas kolme ei ollut samaa eikä eri mieltä tietämyksestään, millaisia ovat toimivat mielenterveyspalvelut.

Positiivinen mielenterveys kuntoutumisen voimavarana. Vastaajista 15 oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että positiivinen mielenterveys on tärkeä voimavara kuntoutumisessa. **Positiivinen mielenterveys diagnosoidun mielenterveyshäiriön rinnalla.** Täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä oli 15 vastaajaa eli heidän mielestään positiivista mielenterveyttä voi olla siitä huolimatta, vaikka olisi diagnosoitu mielenterveyden häiriö.

Resilienssi vastoinkäymisten kohtaamisen tukijana. Yhteensä 12 oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä, että resilienssi tukee ihmistä vastoinkäymisissä. Kaksi vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, tukeeko resilienssi silloin, kun ihminen kohtaa vastoinkäymisiä. **Resilienssi ja haastavat tilanteet elämässä.** Vastaajista 13 oli täysin samaa mieltä tai

jokseenkin samaa mieltä siitä, että resilienssi tuki ihmistä elämän haastavissa tilanteissa, kun taas yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä. **Resilienssi synnynnäinen voimavara.** Yksi vastaaja oli täysin samaa mieltä siitä, että resilienssi oli synnynnäinen voimavara. Yhteensä kuusi oli täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä, kun taas seitsemän ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, oliko resilienssi ihmisellä synnynnäistä. (Kuvio 5).



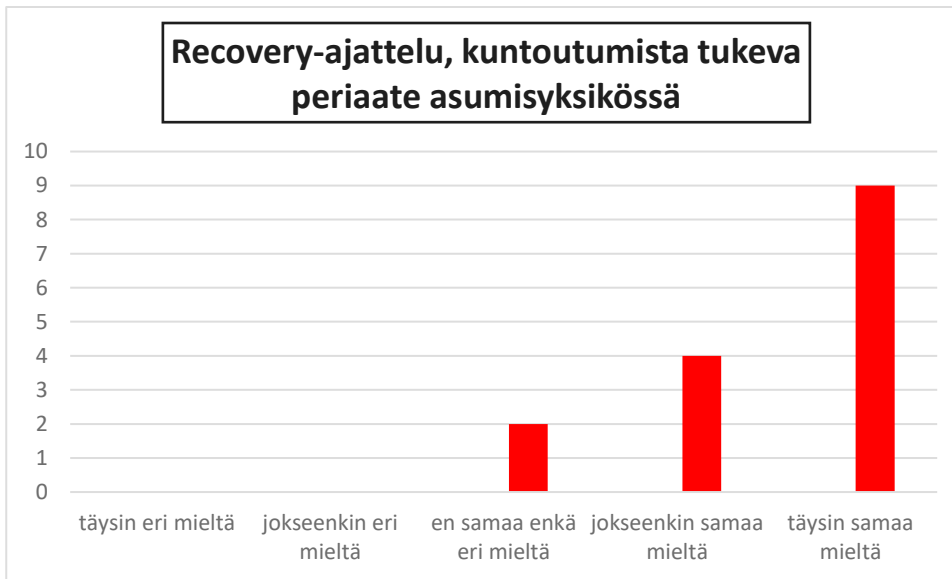
Kuvio 5 Resilienssi, synnynnäinen voimavara.

9.1.4 Aukkaiden kuntoutumista ja toipumista tukevia asioita

Koherenssi, kuntoutumista tukeva voimavara päivittäisessä elämässä. Vastaajista yhdeksän oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että koherenssi oli kuntoutumista tukeva voimavara, jota asiakkaat harjoittivat päivittäin yksikössä. Viisi vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, tukiko koherenssi kuntoutumista. **Koherenssin tunne yhteydessä kuntoutujan motivaatioon.** Kymmenen vastaajaa oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että koherenssin tunne lisäsi asiakkaan motivaatiota kuntoutumiseen. Neljä vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, lisäsikö koherenssin tunne kuntoutujan motivaatiota.

Recovery-ajattelu toivon ylläpitäjänä elämässä ja toipumisprosessissa. Kaikki 15 vastaajaa olivat joko täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että recovery-ajattelu korosti toivon ylläpitämistä elämässä ja toipumisprosessissa.

Recovery-ajattelu yksikössämme. 13 vastaajaa oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että yksikössä kuntoutumista tukevana periaatteena pidettiin recovery-ajattelua. Kaksi vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, oliko recovery-ajattelu yksikön keskeisin periaate. (Kuvio 6).



Kuvio 6 Recovery-ajattelu, kuntoutumista tukeva periaate asumisyksikössä.

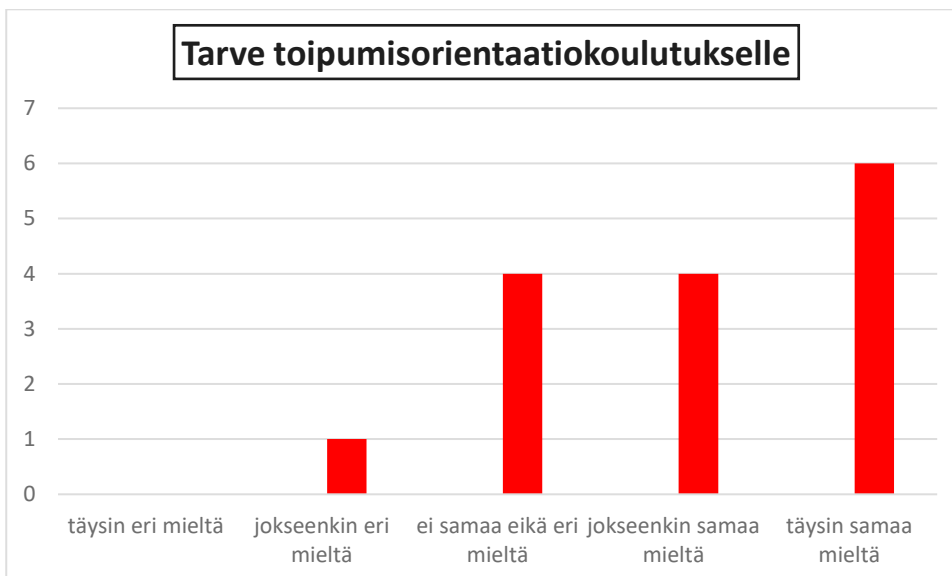
Toipumisen määräytyminen yksilön henkilökohtaisen periaatteen mukaan. Vastaajista 11 oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että toipuminen määräytyi yksilön henkilökohtaisista periaatteista käsin. Kysymykseen vastanneista yksi oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa, kun taas kolme ei osannut sanoa eli he eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä, määräytyikö toipuminen yksilön henkilökohtaisen periaatteen mukaan.

Asiakkaan henkilökohtaisen toipumiskäsityksen kunnioittaminen. Kymmenen oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä, että asiakkaan henkilökohtaista toipumiskäsitystä tuli kunnioittaa. Kaksi oli jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa, kun taas kolme ei ollut samaa eikä eri mieltä, tuliko asiakkaan henkilökohtaista käsitystä toipumisesta kunnioittaa. (Kuvio 7.)



Kuvio 7 Asiakkaan henkilökohtaisen toipumiskäsityksen kunnioittaminen.

Tarve toipumisorientaatiokoulutukselle. Väittämällä haluttiin kartoittaa työntekijöiden tarvetta toipumisorientaatiokoulutukselle. Kymmenen oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä eli he kokivat toipumisorientaatiokoulutuksen tarpeelliseksi. Jokseenkin eri mieltä oli yksi vastaajista, kun taas neljä ei ollut samaa eikä eri mieltä toipumisorientaatiokoulutuksen tarpeesta. (Kuvio 8).



Kuvio 8 Tarve toipumisorientaatiokoulutukselle.

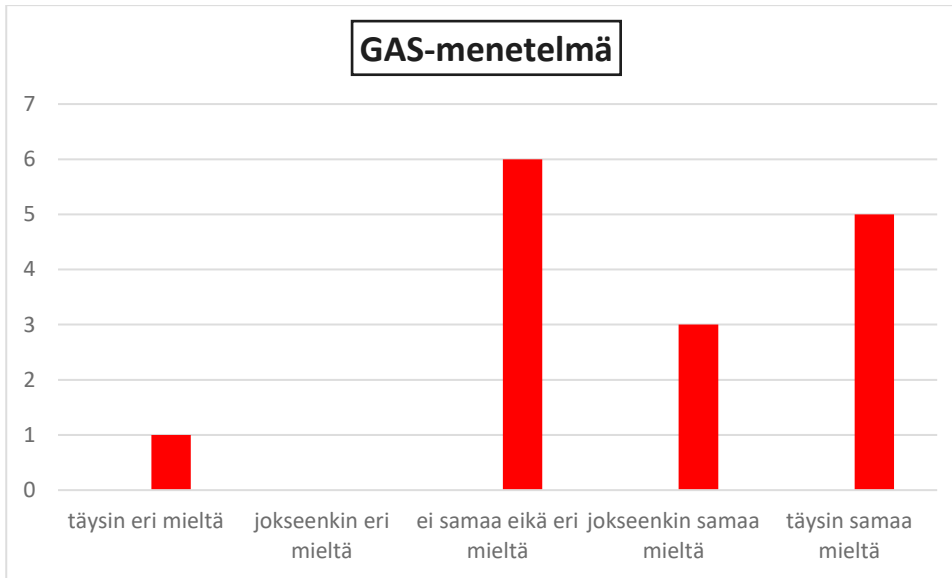
Toipumisorientaatiotiedon jakaminen asukkaille. Vastaajista 14 oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tietoa toipumisorientaatiosta tuli jakaa myös asukkaille. Yksi vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä toipumisorientaatiotiedon jakamisesta asiakkaille.

9.1.5 Asiakaslähtöisyys ja laadukkuus mielenterveyspalveluissa

Kuntoutumissuunnitelman tärkeys kuntoutumisessa. Kaikki 15 vastaajaa oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että kuntoutumissuunnitelman teko oli tärkeää. **Kuntoutuja, tavoitteidensa määrittäjänä.** 15 vastaajaa oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että asukas määritteli itse tavoitteet kuntoutumiselleen.

Omaisten osallistuminen kuntoutussuunnitelman tekoon. Siihen, tulisiko myös omaisten osallistua kuntoutumissuunnitelman tekoon, saatiin vastauksia 15. Täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä oli 12 vastaajaa eli heidän mielestään omaiset tuli ottaa mukaan laatimaan kuntoutumissuunnitelmaa. Vastaajista kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä, kun taas yksi oli jokseenkin eri mieltä siitä, tuliko omaiset ottaa mukaan asukkaan kuntoutussuunnitelman tekoon. **Kuntoutussuunnitelman päivitys.** Vastaajista 13 oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että kuntoutumissuunnitelma päivitettiin riittävän usein. Yksi vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä.

GAS-menetelmä kuntoutumisen tavoitteiden määrittelyssä. Kahdeksan oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että GAS-menetelmä oli tärkeä menetelmä, kun määriteltiin tavoitteita kuntoutumiselle. Yksi vastaajista oli täysin eri mieltä GAS-menetelmän tärkeydestä. Neutraalin mielipiteen antoi kuusi vastaajista, jotka eivät olleet samaa eikä eri mieltä. (Kuvio 9).



Kuvio 9 GAS-menetelmä.

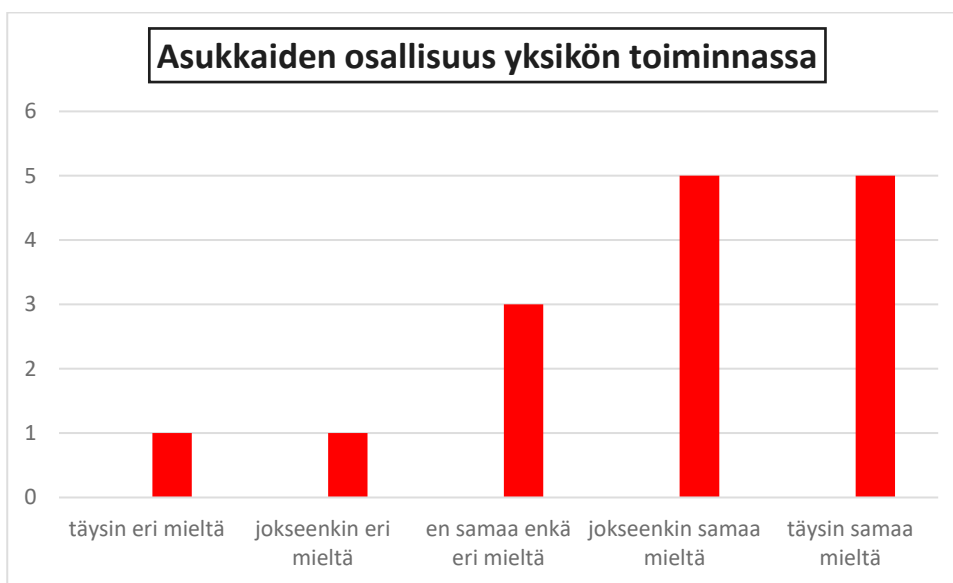
GAS-menetelmään tarvittava koulutus. Yhteensä seitsemän oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tarve GAS-koulutukselle oli, kun taas täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä oli viisi. Kolme vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä eli eivät osanneet sanoa, oliko GAS-koulutukselle tarve.

Laadukkaat palvelut asiakaslähtöisyydessä. Vastaajista 11 oli täysin samaa mieltä siitä, että laadukkaat palvelut korostivat asiakaslähtöisyyttä. Vastaajista neljä oli jokseenkin samaa mieltä laadukkaiden palvelujen asiakaslähtöisyyden korostamisesta. **Matalan kynnyksen mielenterveyspalvelujen tarve.** Tällä haluttiin kartoittaa vastaajien ajatuksia siitä, pitäisikö matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja järjestää enemmän. Kaikki 15 vastaajaa olivat täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä, että matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja piti järjestää enemmän.

Asiakaslähtöisyyden tärkeys kuntoutumisprosessissa. Kaikki 15 vastaajaa olivat täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että asiakaslähtöisyys oli tärkeää kuntoutumisprosessissa.

9.1.6 Asukkaiden osallisuutta edistäviä tekijöitä

Asukkaiden osallisuus yksikön toiminnassa. Täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä oli yhteensä kymmenen vastaajaa eli heidän mielestään asukkaat tuli ottaa mukaan yksikön toimintaan entistä enemmän. Täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä vastaajista oli yhteensä kaksi. Kolme vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä, tuliko asukkaat ottaa mukaan entistä enemmän yksikön toimintaan. (Kuvio 10).



Kuvio 10 Asukkaiden osallisuus yksikön toiminnassa.

Yhteydenpito omaisiin. Vastaajista 12 oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että yhteydenpito omaisiin tuli olla tiiviimpää, jos asukas itse niin halusi. Kolme vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, pitäisikö omaisiin pitää yhteyttä tiiviimmin.

Sääntöjen laatiminen yhdessä asukkaiden kanssa. Vastaajista 15 oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että yksikön säännöt tuli laatia yhdessä asukkaiden kanssa. **Yksilöllisyys asiakaslähtöisyydessä.** Kaikki 15 vastaajaa olivat täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että yksilöllisyyden kunnioittaminen on tärkeää asiakaslähtöisyydessä.

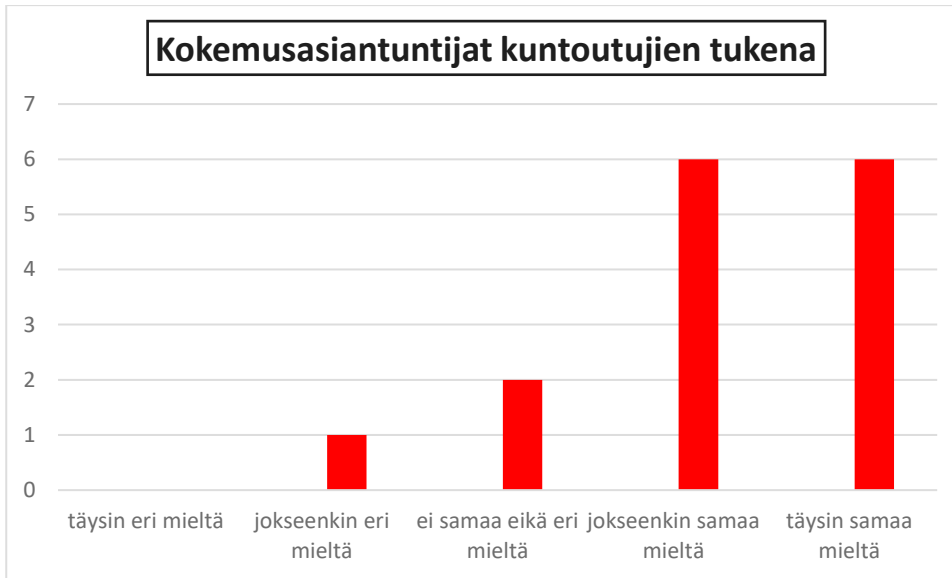
Omaohjaajuus. Kysymyksessä haluttiin selvittää vastaajien mielipidettä siitä, oliko tärkeää, että asukkaalla oli vain yksi omaohjaaja. Yhteensä kuusi oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että oli tärkeää, että asukkaalla oli yksi omaohjaaja. Täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä oli yhteensä kolme vastaajaa. Jopa kuusi vastaajaa antoi neutraalin

mielipiteen eli eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä siitä, oliko tärkeää, että omaohjaaja oli yksi. **Omaohjaajan perehtyminen asukkaan asioihin.** Vastaajista 11 oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että omaohjaajalla oli riittävästi aikaa perehtyä asukkaansa asioihin. Kolme ei ollut samaa eikä eri mieltä, kun taas yksi oli jokseenkin eri mieltä eli hänen mielestään aikaa ei ollut riittävästi perehtyä oman asukkaan asioihin.

Työyhteisön tuki haastavissa työtilanteissa. Vastaajista 13 oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä eli he kokivat, että työyhteisöltä sai tarvittaessa tukea haastaviin työtilanteisiin. Vastaajista kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä, saiko työyhteisöltä tukea riittävästi.

Omaohjaaja osallisena omaohjattavaa koskevissa asioissa ja palavereissa. Vastaajista 12 oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he kokivat olleensa riittävästi mukana omaohjattavien asioissa ja palavereissa. Vastaajista kaksi oli jokseenkin eri mieltä, kun taas yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, saiko olla riittävästi mukana omaohjattavaansa liittyvissä asioissa ja palavereissa. **Omaohjaajan tietämys tärkeimmistä verkostoista.** Kymmenen oli täysin samaa mieltä siitä, että he tiesivät omaohjattavan tärkeimmät verkostot. Neljä oli jokseenkin eri mieltä tietämyksestään omaohjattavan tärkeimmistä verkostoista ja yksi vastaaja ei ollut samaa eikä eri mieltä, tiesikö omaohjattavan tärkeimmät verkostot.

Kokemusasiantuntijat kuntoutujien tukena. Vastaajista 12 oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että kokemusasiantuntijat olivat tärkeä tuki kuntoutumisen edistäjinä. Jokseenkin eri mieltä oli yksi vastaaja, kun taas kaksi vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä, olivatko kokemusasiantuntijat tärkeä tuki asukkaille. (Kuvio 11).



Kuvio 11 Kokemusasiantuntijat kuntoutujien tukena.

Kokemusasiantuntijoiden vierailu yksikköön. Vastaajista 10 oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he toivoivat kokemusasiantuntijoiden vierailevan yksikössä. Jokseenkin eri mieltä oli yksi ja kolme vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä, oliko jatkossa tarve pyytää kokemusasiantuntijoita vierailemaan. **Kokemusasiantuntijuus käsitteenä.** Väittämässä haluttiin selvittää, oliko käsite kokemusasiantuntijuus vieras. Vastaajista 13 oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä eli käsite ei ollut heille vieras ja he tiesivät, mitä kokemusasiantuntijuus tarkoitti. Yksi oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että käsite oli vieras ja yksi vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä, tiesikö mitä kokemusasiantuntijuus tarkoitti.

Vapaaehtoistoiminnan tärkeys. Tässä kartoitettiin vastaajien ajatuksia siitä, oliko vapaaehtoistoiminta tärkeä lisä yksikön toiminnassa. Yhteensä seitsemän oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että vapaaehtoistoiminta oli tärkeä lisä yksikön toiminnassa. Yhteensä kaksi vastaajaa oli täysin tai jokseenkin eri mieltä vapaaehtoistoiminnan tärkeydestä. Vastaajista kuudella ei ollut selvää mielipidettä eli eivät olleet samaa eikä eri mieltä vapaaehtoistoiminnan tärkeydestä. (Kuvio 12).



Kuvio 12 Vapaaehtoistoiminnan tärkeys.

Vapaaehtoistoiminnan tarve tulevaisuudessa. Kahdeksan vastaajaa oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että vapaaehtoistoimintaa tuli lisätä tulevaisuudessa. Vastaa- jista neljä ei ollut samaa eikä eri mieltä vapaaehtoistoiminnan tarpeellisuudesta tulevaisuu- dessa. Kolme ei kannattanut vapaaehtoistoiminnan lisäämistä jatkossa eli olivat jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä.

9.1.7 Koulutukset, työnohjaus ja työyhteisö työn tukena

Koulutus. Kysymyksessä haluttiin selvittää, kokevatko työntekijät saavansa riittävästi koulu- tusta. Kahdeksan oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että mahdollisuus kou- luttautua oli ollut riittävä. Täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä oli yhteensä neljä, eli he eivät kokeneet saaneensa riittävästi koulutusta. Vastaa- jista neljä ei ollut samaa eikä eri mieltä eli eivät osanneet sanoa, saivatko he riittävästi koulutusta.

Säännöllinen koulutus ohjaajan työn tukena asukkaan kuntoutumisprosessissa. Vas- taajista 14 oli samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että säännöllinen koulutus tuki ohjaajan työtä asukkaan kuntoutumisprosessissa. Ainoastaan yksi vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään eli ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, tukiko säännöllinen koulutus ohjaajan työtä.

Työnohjaus. Tässä kysyttiin, oliko vastaaja osallistunut työnohjaukseen. Vastaajista 12 eli suurin osa oli osallistunut työnohjaukseen eli olivat täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista kolme oli täysin eri mieltä eli he eivät olleet osallistuneet työnohjaukseen. **Yksilötyönohjaus.** Vastaajista neljä oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että he hyötyivät yksilötyönohjauksesta työn tukena. Täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä oli kuusi. Vastaajista viisi ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, oliko yksilötyönohjaus kannattavaa. **Ryhmätyönohjaus.** Enemmistö oli ryhmätyönohjauksen kannalla eli 12 vastaajaa oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä ja kannattivat ryhmätyönohjausta. Kolme ei osannut sanoa oliko ryhmätyönohjaus kannattavaa, sillä he eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä. **Työnohjauksen saatavuus.** Kymmenen vastaajista koki, että työnohjausta oli saatavilla ja he tiesivät, mistä sitä saa. Toisaalta neljä vastaajaa oli täysin eri tai jokseenkin eri mieltä eli eivät tienneet, mistä työnohjausta saa. Neutraalin mielipiteen antoi yksi, joka ei ollut samaa eikä eri mieltä.

Toimiva työyhteisö. Kysymyksellä selvitettiin, oliko työyhteisö, jossa työskentelee, toimiva. Yhdeksän vastaajan mielestä työyhteisö oli toimiva eli he olivat täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä. Kolmen vastaajan mielestä työyhteisö ei ollut toimiva eli he olivat täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä. Mielipidettään työyhteisön toimivuudesta ei osannut sanoa kolme eli he eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä. **Tukeva työyhteisö.** 12 vastaajan mielestä työyhteisön jäsenet tukivat toinen toistaan työn haasteissa. Kolme ei osannut sanoa, tukiko työyhteisön jäsenet toinen toistaan työn haasteissa. **Vahva työyhteisö asukkaan kuntoutumisprosessin tukena.** Lähes kaikki eli 14 vastaajaa olivat sitä mieltä, että työyhteisön vahvuudet heijastuivat asukkaan kuntoutusprosessiin positiivisesti. Yksi vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, tukiko työyhteisön vahvuudet asukkaan kuntoutumisprosessia.

9.1.8 Ryhmätoiminta kuntoutumisen tukena

Ryhmätoiminnot asiakkaan kuntoutumisprosessin tukena. Tässä samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli yhteensä 12 vastaajaa eli heidän mielestään ryhmätoiminnot tukivat asiakkaan kuntoutumisprosessia. Kaksi oli jokseenkin eri mieltä, tukivatko ryhmätoiminnot asiakasta kuntoutumaan. Yksi antoi neutraalin mielipiteen eli ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, tukiko ryhmätoiminnot kuntoutumisprosessia. **Ryhmätoiminnot osana sosiaalista**

kuntoutusta. Vastaajista 13 oli sitä mieltä, että ryhmätoiminnot olivat osa sosiaalista kuntoutusta. Kaksi ei osannut sanoa mielipidettään eli eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä siitä, oliko ryhmätoiminnot osana sosiaalista kuntoutusta.

Säännöllinen ryhmätoiminta asumisyksikössä. Lähes kaikki vastaajat eli 13 totesivat, että asumisyksikössä järjestettiin säännöllistä ryhmätoimintaa. Kaksi vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä, järjestettiinkö asumisyksikössä säännöllistä ryhmätoimintaa. **Asukkaiden osallisuus ryhmätoimintojen suunnittelussa.** Vastaajista 12 oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että asiakkaat osallistuivat ryhmätoimintojen suunnitteluun. Jokseenkin eri mieltä oli yksi, kun taas kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, osallistuivatko asiakkaat ryhmätoimintojen suunnitteluun.

Henkilökunta ryhmätoimintojen suunnittelijana. Yhteensä seitsemän oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että henkilökunta suunnitteli ryhmätoiminnot. Viisi oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä eli henkilökunta ei yksin suunnitellut ryhmätoimintoja. Kolme antoi neutraalin mielipiteen eli eivät olleet samaa eikä eri mieltä siitä, suunnitteliko henkilökunta ryhmätoiminnot. **Koko henkilökunta ryhmätoimintaa suunnittelemassa ja vetämässä.** Lähes kaikki vastaajat eli 14 oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ryhmätoimintojen suunnittelu ja vetäminen kuului koko henkilökunnalle. Yksi vastaajista ilmaisi eriävän mielipiteen eli hän oli jokseenkin eri mieltä siitä, kuuluiko ryhmätoimintojen suunnittelu ja vetäminen kaikille.

Kädentaitoryhmät. Kädentaitoryhmien todettiin olevan tarpeellisia ryhmätoimintoja 12 vastaajan mielestä. Yksi ei niinkään kannattanut kädentaidonryhmiä, sillä hän oli jokseenkin eri mieltä. Kaksi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, kannattiko kädentaitoryhmiä järjestää. **Liikuntaryhmät.** Liikuntaryhmät yksikössä tai sen ulkopuolella koettiin olevan hyödyllisiä 13 vastaajan mielestä, sillä he olivat joko täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli yksi, oliko liikuntaryhmät kannattavia järjestää, kun taas yksi ei osannut sanoa liikuntaryhmien hyödyllisyyttä eli ei ollut samaa eikä eri mieltä.

Leivonta ja -ruokaryhmät. Ruoanlaittoon ja leivontaan liittyviä ryhmiä suosi 14 vastaajaa, sillä he olivat täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä. Yksi vastaaja ei ollut samaa eikä eri mieltä. **Keskusteluryhmät.** Lähes kaikki eli 12 oli täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä

siitä, että keskusteluryhmiä esimerkiksi yhteiskunnallisiin asioihin liittyen oli hyvä järjestää. Kolme ei osannut sanoa mielipidettään eli ei ollut samaa eikä eri mieltä siitä, kannattiko keskusteluryhmiä järjestää. **Peliryhmät.** Erilaisten sisä- tai ulkopeliryhmien kannalla oli 13 eli he olivat täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä. Kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä peliryhmien järjestämisestä.

Keskusteluryhmät yksikön ulkopuolelta tulevan henkilön kanssa, esim. kokemusasiantuntija tai psykologi. Erilaisia keskusteluryhmiä, joihin tuli esimerkiksi psykologi tai kokemusasiantuntija ryhmää vetämään, kannatti 13. Kaksi ei ollut varmoja, kannattivatko tällaiset ryhmät eli eivät olleet samaa eivätkä eri mieltä. **Ryhmät, joissa käsitellään mielenterveyteen liittyviä asioita.** Lähes kaikki vastaajat eli 14 olivat täysin samaa tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että kannattivat ryhmästä, joissa käsiteltiin mielenterveyteen liittyviä teemoja. Yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä.

9.2 Henkilökunnalle toteutetun kyselyn kvalitatiiviset tulokset

Ensimmäinen kysymys liittyi ryhmätoimintojen suunnitteluprosessiin. Kysymyksellä haluttiin selvittää, millaisia asioita oli hyvä ottaa huomioon ryhmätoimintojen suunnitteluprosessissa ja millaisia ryhmätoimintoideoita vastauksista nousi. Tuloksia analysoidessa kävi ilmi, että ryhmätoimintojen suunnitteluprosessissa oli hyvä huomioida asioita sekä ohjaajien että asukkaiden näkökulmasta. Toisella kysymyksellä haluttiin selvittää henkilökunnan koulutustarpeita. Tässä nousi esiin se, että kaikenlainen koulutus oli hyödyllistä. Etenkin käytännön mielenterveysohjelmaan liittyvää koulutusta pidettiin tarpeellisena.

9.2.1 Ryhmätoimintojen suunnitteluprosessi henkilökunnan kuvaamana

Henkilökunnan riittävyys, voimavarat ja oma kiinnostus ryhmätoimintoja suunniteltaessa. Henkilökunnan riittävyyttä pidettiin tärkeänä asiana, jotta on aikaa suunnitella ryhmiä ja pitää niitä. Ohjaajan henkilökohtaiset voimavarat sekä oma kiinnostus tuli huomioida, kun suunniteltiin ryhmätoimintoja. Vastauksista nousi esiin myös se, että ryhmätoimintoja ei tule olla liikaa, vaan sopivasti.

“Huomioitu kunkin ohjaajan voimavara ja kiinnostus ohjattavaan ryhmätöimintaan.”

“Henkilöstöä riittävästi paikalla, jotta aikaa toteuttaa ryhmä”

“ryhmän ohjaus voisi olla välillä parityöskentelyä”

Ympäristö ja tilat, riittävä budjetointi. Se, että tilat ja ympäristö olivat sopivat ryhmän aiheeseen nähden, lisäsi motivaatiota ryhmätöimintojen järjestämiseen. Myös riittävää budjetointia materiaaleihin toivottiin, jotta voi vapaammin suunnitella erilaisia ryhmätöimintoja.

“Budjetointirahaa kunnollisiin materiaaleihin”

“Myös ympäristö/tilat sopivat ryhmän aiheisiin”

Asiakkaiden osallisuus ja yksilöllisyys. Ryhmätöimintoja suunniteltaessa tuli huomioida asiakkaiden yksilöllisyys, johon katsottiin kuuluvan esimerkiksi ikä ja siihen liittyvät voimavarat. Iäkkäiden asiakkaiden voimavarat osallistua ryhmiin eivät olleet samanlaiset kuin nuorten asiakkaiden voimavarat. Asiakkaiden omaa kiinnostusta osallistua ryhmiin pidettiin tärkeänä. Asiakkaiden toiveet tuli huomioida, kun suunniteltiin ryhmätöimintoja. Jos ryhmätöimintaan osallistuminen tuntui haastavalta, tuotiin esille, että oli tärkeää rohkaista asiakasta osallistumaan sivustaseuraajana. Myös innokkaimmat asiakkaat voisivat itse toteuttaa ryhmän. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että ryhmissä vallitsi hyvä henki eikä ketään pakotettu osallistumaan.

“Asukkaiden osallisuus, henkilökohtaiset tarpeet ja toiveet otetaan huomioon”.

“Tarjolle niitä ryhmiä, joista asukkaat kiinnostuneita”

“Olemme innovatiivisia toiveisiin nähden. Ryhmätöiminnot tulee miettiä yksilöllisesti jokaisen kuntoutujan kohdalla, kaikille ei sovi kaikki. Kannustamme osallistumaan ns. sivustaseuraajana, jos toiminnot ovat haasteellisia”.

“Meillä ryhmät suunnitellaan yhdessä asukkaiden kanssa.”

“Ryhmän toteutuksessa on huomioitava, että toiselle on haasteellista olla läsnä, toinen ryhmäläinen voi osallistua ryhmän keskusteluun paljonkin tai vaikka toteuttaa itse ryhmän”.

Asiakkaan motivaation tukeminen. Vastauksista nousi esiin asioita, jotka voivat olla tuke-
massa asiakkaan motivaatiota osallistua ryhmätoimintoihin. Esimerkiksi innostavalla ohjauk-
sella pystyttiin antamaan asiakkaalle mahdollisimman positiivinen kokemus ryhmätoimin-
noista. Valinnanvapautta pidettiin tärkeänä asiana, joka voi luoda lisämotivaatiota heille, jotka
eivät olleet kovin innokkaita osallistumaan.

“Innostava ohjaus ja se, että jokaisella asukkaalla kokemus olisi mahdollisimman
positiivinen”.

“Kaikkien ryhmätoimintojen tulee lähteä asukkaiden toiveista ja tarpeista”

Erilaisia ryhmätoimintoja. Vastaukset sisälsivät erilaisia ryhmätoimintaehdotuksia. Näitä oli-
vat kädentaidonryhmät, ruoanvalmistus, eläinvieraat, erilainen liikunta esimerkiksi pihatyöt
asukkaiden kanssa vuodenaikojen mukaan, ulospäin suuntautuvat ja toiminnalliset ryhmät,
yhdessäolo rennoissa merkeissä, tiedollisia asioita käsittelevät ryhmät sekä yhteiset ryhmät
muiden yksiköiden kanssa.

“Ryhmätoimintoja luonnosta nauttimalla”.

“Asukkaiden sosiaalista kuntoutumista tukevia ryhmiä ja kehontuntemusta kehit-
täviä ryhmiä”.

“Ryhmän toimintana saattaa myös olla musiikin kuuntelu tai elokuvan katselu.
Käytännön läheisiä tapoja rentoutuen”.

“Yhdessäoloa rennoissa merkeissä”

“Yhteiset ryhmät muiden yksiköiden kanssa ovat tarpeellisia”

9.2.2 Koulutukset mielenterveystyön tukena

Henkilökunta piti tärkeänä koulutuksia, joista sai avaimia käytännön työhön ja kuntoutumisen tukemiseen. Luentotyypiset koulutukset saivat kannatusta enemmän kuin ryhmäkeskustelutyypiset koulutukset. Vastauksissa nousi esiin muutamia koulutusehdotuksia. Näitä olivat luovien menetelmien käyttö, lääkehoito, psyykkiset sairaudet, nepsy-koulutus, psykologiaa käsittelevät koulutukset sekä yleinen tietous suuntauksista. Myös ryhmätoimintakoulutukset saivat kannatusta.

“Koen, että käytännön työhön liittyvästä koulutuksesta on eniten hyötyä. Opetusmenetelmistä itse pidän tehokkaimpana luentoa. Esimerkiksi ryhmäkeskusteluissa aiheet karkaavat usein sivuraiteille.”

“Kaikki koulutus hyödyttää.”

“Kaipaen myös ideoita ryhmiin. Paljon haemme tietoa netistä”.

“Mielenterveyteen liittyvistä, psykologiaa käsittelevistä ja sellaisista, joista saa työkaluja mielenterveystyöhön”.

9.3 Asiakkaille toteutetun kyselyn kvalitatiiviset tulokset

Asiakaskysely toteutettiin lomakehaastatteluna mikä sisälsi taustakysymysten lisäksi viisi avointa kysymystä (liite 4). Lomakehaastattelu sisälsi saatekirjeen (liite 3). Kysymyksillä haluttiin selvittää, millaisena asiakkaat kuvasivat palveluprosessin, millaisia haasteita asiakkaat kokivat palveluprosessissa, millainen oli asiakkaiden mielestä asiakaslähtöinen palveluprosessi ja millaiset ryhmätoiminnot auttoivat asiakasta kuntoutumaan. Vastauksista nousi selkeästi esille, että asiakkaat pitivät yksilöllistä kohtaamista tärkeänä, ja että he tulisivat ymmärretyksi heidän omassa tilanteessaan. Nämä asiat olivatkin vastausten perusteella toteutuneet asumisyksiköissä. Vastauksia saatiin yhteensä 36, joista miehiä oli yhteensä 17 ja naisia oli yhteensä 19. Iältään vastaajat olivat 21–79-vuotiaita. Vastaajista 21–40-vuotiaita oli eniten, yhteensä 21. Vastaajista 41–60-vuotiaita oli yhteensä 9 ja 61-79-vuotiaita oli yhteensä 6.

9.3.1 Asiakkaiden kuvaus palveluprosessista

Ensimmäisellä kysymyksellä haluttiin selvittää, millaisena asumispalveluyksikön asiakkaat kuvasivat palveluprosessin. Vastauksista nousi esiin asiakkaiden tyytyväisyys palveluprosessia ja asumispalveluyksikön tarjoamaa palvelua kohtaan. Vastauksista kävi ilmi myös kuntoutumista edistäviä tekijöitä, joita asiakkaiden mielestä oli asiat, jotka tekivät elämästä merkityksellistä ja hyvinvointia edistävää.

Vastauksista koottiin yläkategoria ja alakategorioita, jotka kuvattiin taulukossa 1. Yläkategoria "Asiakkaiden kuvaus palveluprosessista" muodostuu alakategorioista "Kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät", "Toimintakykyä edistävät tekijät", "Ohjaajien kuuntelu- ja keskustelutaidot" sekä "Asumisyksikön toimintatapaan liittyvät tekijät". Vastauksista kävi ilmi, että kohtaaminen ja vuorovaikutus oli hyvää ja toimivaa ohjaajien kanssa. Vuorovaikutus koettiin myös asiakkaan toimintaa tukevaksi. Palveluprosessi kuvattiin kannustavaksi ja ohjaajien koettiin olevan mukavia asiakkaita kohtaan. Ohjaajat saivat positiivista palautetta siitä, että heillä oli vahva kuuntelun ja keskustelun taito. Ennakkoluulotonta ja hyväksyvää kohtaamista pidettiin tärkeänä, jotta jokainen sai olla oma itsensä. Kohdatuksi tulemista yksilönä korostettiin ja pidettiin tärkeänä. Asumisyksikön toimintatapaa pidettiin joustavana ja erilaisuutta ymmärtävänä. Asiakkaat kokivat, että yhdessä tekeminen toteutui hyvin ja se tuki kuntoutumista positiivisesti.

Taulukko 1 Asiakkaiden kuvaus palveluprosessista Alakategoriat ja Yläkategoria

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alakategoriat	Yläkategoria
Ihan hyvää vuorovai- kutusta	vuorovaikutus on hyvää	Kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät	Asiakkaiden kuvaus palve- luprosessista
On kohdattu hyvin	kohtaaminen on hyvää		
toivon, että minut kohdataan ilman en- nakkoluuloja	en- nakkoluuloton kohtaaminen		
Koen tulleeti kohda- tuksi omana itsenäni enkä osana joukkoa	yksilöllinen kohtaaminen		
tehdään yhdessä jotakin	yhdessä tekeminen	Toimintakykyä edistävät tekijät	
vuorovaikutus toimintaa tukevaa	toiminnan tu- keminen		
tuki päivittäisissä toimissa	päivittäinen tuki		
tuki ja keskustelu tarvittaessa	tuki ja keskustelu	Ohjaajien kuuntelu- ja keskustelutaidot	
Toivon, että minut ymmärretään	ymmärrys		
ohjaajalla on aikaa kuunnella	kuunteleminen		
on tukeva ja kan- nustava	tuki ja kan- nustus		
Toimintatapa on kan- nustava ja ymmärre- tään erilaisuutta	kannustava toimintatapa ja erilaisuuden ymmärtäminen	Asumisyksikön toimintatapaan liit- tyvät tekijät	
hyväksyntä, "saa mokata"	hyväksyvä il- mapiiri		
eritoten rutiinit	päivittäiset rutiinit		
saa apua pyydettyäessä	avun saaminen		

9.3.2 Asiakkaiden kokemat haasteet palveluprosessissa

Kyselyssä ei juurikaan noussut esiin asiakkaiden kokemia haasteita palveluprosessia koh-
taan. Vastauksista nousi esiin lähinnä asiakkaiden esittämiä asioita, joihin he itse kuntoutu-
jina toivoivat pystyvän vaikuttaa, jotta kuntouminen edistyisi ja elämä tuntuisi mielekkäältä.
Näitä asioita ajateltiin myös haasteina, koska jos ne eivät toteutuneet, saattoi kuntoutuminen

edetä ei toivotulla tavalla ja taas toisaalta toteutuessaan, asiat edistivät kuntoutumista positiiviseen suuntaan.

Vastauksista nousi esiin se, että asiakkaat toivoivat oman sairauden ja oireiden hallintaa. Asiakkaat toivoivat keinoja hallita omaa ahdistusta. Asiakkaat toivoivat itselleen myönteistä elämäkatsomusta ja positiivista asennetta kaikkeen. Myös ymmärrys siitä, että täyttä kuntoutumista ei välttämättä voi saavuttaa, tuotiin esille. Omien voimavarojen ymmärtäminen koettiin tärkeäksi. Pyrkimys parempaan ja oma-aloitteisuus koettiin haastavaksi välillä, mutta ymmärrettiin, että toteutuessaan, ne edistivät kuntoutumisprosessia. Joku piti vuorokausirytmissä pysymistä haastavana. Myös päihteettömyyttä pidettiin tärkeänä kuntoutumisessa, ja haasteeksi koettiin se, onnistuuko päihteettömyys. Vastauksissa tuli ilmi myös asiakkaan toive siitä, että hänet kohdattaisiin kokonaisena eikä vain diagnoosin omaavana. Joku oli kokenut jossain vaiheessa ohjaamisen tyylin itselleen haastavana ja epäsovivana. Myös ylipäättään kuntoutumista pidettiin haasteena jo sinänsä ja toivottiin paranemista.

“Myönteinen elämäkatsomus huonoista päivistä huolimatta”.

“Päihteettömyys, elämänhalu, usko johonkin, rytmi”.

“Ahdistuksen hallinta, muiden terveysongelmien hallinta”

“Toivon, että minut kohdataan kokonaisena ihmisenä eikä vain esim. diagnoosin omaavana”.

“Kuntoutuminen, että tämä kohtausta lähtisi”

9.3.3 Asiakaslähtöinen palveluprosessi

Kehittämistyössä selvitettiin asioita, jotka tekivät palveluprosessista entistä asiakaslähtöisemmän. Vastauksista koottiin yläkategoria ja alakategorioita, jotka kuvattiin taulukossa 2. Yläkategoria “Asiakaslähtöinen palveluprosessi asiakkaiden kuvaamana” muodostui alakategorioista “Yhteisöllisyyden kokeminen”, “Läheisten osallisuus”, “Turvallisuuden tunne”, “Päivittäiset rutiinit”, “Itsensä toteuttaminen”, “Oikea-aikainen tuki”, “Kohdatuksi tuleminen”, “Luottamuksellinen hoitokontakti”. Vastauksista nousi esiin lähinnä niitä asioita, jotka olivat tärkeitä

kuntoutujalle ja millaisten asioiden toteutuessa kuntoutuja kuvasi elämänsä merkitykselliseksi ja kuntoutumista tukevaksi. Näiden samojen asioiden toteutuminen teki myös palveluprosessista asiakaslähtöisen. Suurin osa asioista vastausten perusteella jo toteutuikin asumisyksiköissä, mutta niiden esille tuominen on tärkeää senkin vuoksi, että niiden toteutuminen huomioidaisiin myös tulevaisuudessa.

Tärkeinä asioina pidettiin yhteisiä hetkiä ja rutiineja asumisyksikön asiakkaiden ja henkilökunnan kanssa. Monessa vastauksessa painotettiin ystävien ja perheen tärkeyttä ja osallisuutta kuntoutujan elämässä. Mahdollisuus itsensä toteuttamiseen eli mahdollisuus harrastaa ja olla osa joukkoa muiden ihmisten kanssa antoi voimaa arkeen. Puhtaus, terveellinen ruoka, riittävä lepo ja itsensä toteuttaminen olivat konkreettisia kuntoutumista edistäviä asiakaslähtöisiä asioita. Toivottiin, että kohtaaminen oli tasa-arvoista, lämmintä ja että asiakas otettiin tosissaan. Monipuolista tekemistä ja elämän merkityksellisyyttä korostettiin. Merkityksellisyyttä luotiin sillä, että oli kokemusta ymmärretyksi tulemisesta ja sai tarvittavan avun ja tuen eri asioihin. Myös rakentava palaute ja yksilölliset keskustelut ohjaajien kanssa koettiin tärkeiksi ja kuntoutumista tukeviksi asiakaslähtöisiksi asioiksi. Ohjaajilta toivottiin tukea, kannustusta ja luottamuksellista hoitokontaktia. Turvallisuuden tunteen kokeminen koettiin elämää ja kuntoutumista tukevaksi asiaksi myös.

Taulukko 2 Asiakaslähtöinen palveluprosessi asiakkaiden kuvaamana Alakategoriat ja Yläkategoria.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alakategoriat	Yläkategoria
tärkein asia ovat ehdottomasti muut ihmiset ja tunteiden ja ajatusten peilaaminen heidän kanssaan...	muiden kanssa ajanvietto ja tunteiden peilaaminen	Yhteisöllisyyden kokeminen	Asiakaslähtöinen palveluprosessi asiakkaiden kuvaamana
yhteisön tuki	muiden antama tuki		
muiden kanssa oleminen ja juttelu	ajanvietto yhteisössä		
ihmiset, jotka tukevat henkisesti	henkisen tuen saaminen muilta		
hyvät ystävät rakkaus ihmissuhteet läheiset suhteet	läheiset	Läheisten osallisuus	

..on hienoa, kun ympärillä on turvallinen porukka.	ympäristön turvallisuus	Turvallisuuden tunne	Asiakaslähtöinen palveluprosessi asiakkaan kuvaamana
hyvät lähtökohdat, eteenpäin suuntautuminen	lähtökohdat kunnossa ja luottamus tulevaisuuteen		
säännöllinen vuorokausirytm säännöllinen arki	vuorokausirytm, arjen säännöllisyys, päivärytm kunnossa	Päivittäiset rutiinit	
hyvä päivärytm			
..olla juuri sillä tavalla kun minusta tuntuu hyvältä olla.	olla oma itsensä	Itsensä toteuttaminen	
..omaehtoisten tekemisten tekeminen..	tehdä omia asioita		
..tunne siitä, että asiat ovat hallinnassa, ja että saan kannustusta ja neuvoja..	hallinnan tunne tuen saamisen kautta	Oikea-aikainen tuki	
..ohjaajat voisi olla tukena ja kannustimena..	ohjaajien tuki ja kannustus		
..omaisen tuki	omaisen tukena		
..toivon, että saa tarvittavan avun/tuen eri asioissa..	tuen saaminen		
kerromme päivien kuulumiset minun ja ohjaajien näkökulmasta	kuulumisten kertominen	Kohdatuksi tuleminen	
Toivon, että minut kohdattaisiin avoimena ja soveliaana	avoin kohtaaminen		
toivon, että minut kohdataan tasa-arvoisena, lämmöllä, toisinaan	kohtaaminen		
toivon, että kaikkia kohdellaan tasa-arvoisesti	tasa-arvoinen kohtelu	Luottamuksellinen hoitokontakti	
..ohjaajat ovat ymmärtäväisiä ja auttavat kykynsä mukaan..	ohjaajien ymmärrys ja apu		
ohjaajat ovat erittäin ystävällisiä	ohjaajien ystävällisyys		
toivon luottamusellista hoitokontaktia	hoitokontaktin luottamuksellisuus		

9.4 Ryhmätoiminnot kuntoutumisen tukena

Kehittämistyössä selvitettiin, millaiset ryhmätoiminnot tukivat asiakkaan kuntoutumista. Useasta vastauksesta kävi ilmi, että erilaiset liikuntaa sisältävät ryhmätoiminnot olivat asiakkaille mieluisia. Myös yhdessäolo ja sosiaalisten tilanteiden oppiminen sekä erilaiset keskusteluryhmät olivat tärkeitä. Keskusteluryhmien koettiin lisäävän asiakkaan rohkeutta tuoda omia ajatuksia paremmin esiin. Musiikin kuuntelu, kädentaidonryhmät, kirjastoreissut ja kaikki mahdollinen yhdessä tekeminen vastauksissa korostui. Osa asiakkaista toivoi ryhmätoimintoja lisää ja toisaalta joku toivoi enemmän yksilöohjausta kuin ryhmiä. Selvästi kuitenkin yhdessäoloa ja yhteisöllisyyttä pidettiin erittäin tärkeinä asioina ja kuntoutumista tukevinä tekijöinä.

“Uusien asioiden kokeilu yhdessä”.

“Asukkaiden välillä tapahtuvat keskinäiset jutut”

“Kädentaidot, harrastukset, yhdessä oleminen”

“Yhteiset retket ja reissut sekä muu yhteinen tekeminen”

9.5 Benchmarking-kyselyn kvalitatiiviset tulokset

Benchmarking-kysely toteutettiin eräiden sosiaalipsykiatristen yhdistysten asumispalvelujen henkilökunnalle. Kysely laadittiin Webropol-ohjelmalla ja lähetettiin sähköpostitse asumispalvelujen henkilökunnalle. Kyselyn mukana lähetettiin saatekirje (liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite ja muita tärkeitä asioita tutkimukseen liittyen. Kysely sisälsi taustakysymysten lisäksi seitsemän avointa kysymystä (liite 5). Kysymyksillä selvitettiin mikä teki palvelusta asiakaslähtöisen, millaisia haasteita henkilökunta koki kuntoutujan kuntoutumisprosessissa, millaisia asioita tuli ottaa huomioon ryhmätoimintoja suunniteltaessa ja millaisia ryhmätoimintoja yksiköissä järjestettiin. Esitettiin myös kysymykset koskien recoveryä ja kirjaamista.

Vastauksia kyselyyn saatiin yhteensä 12, joista naisia oli seitsemän ja miehiä kolme vastaajaa. Vastaajista viisi oli yli 50-vuotiaita, kaksi oli 40–49-vuotiaita, kolme vastaajista oli 30–39-vuotiaita kun taas kaksi vastaajista oli 20–29-vuotiaita. Vastaajista neljä oli sairaanhoitajaa ja neljä sosionomia. Yhteensä neljä vastaajaa olivat joko lähihoitajia tai mielenterveyskuntoutujia. Neljällä vastaajista työkokemusta mielenterveyskuntoutujien parissa oli yli 20-vuotta ja toisella neljällä vastaajista työkokemusta oli 11–20-vuotta. Kahdella vastaajista työkokemusta oli 5–10-vuotta ja kahdella 0–4-vuotta. Seuraavissa kappaleissa analysoitiin benchmarking-kyselytutkimuksen tuloksia.

9.5.1 Palveluprosessi henkilökunnan kuvaamana

Ensimmäisellä kysymyksellä haluttiin selvittää, millaisia asioita henkilökunta piti tärkeinä mielenterveysasiakkaan palvelupolussa ja millaiset asiat henkilökunta koki tärkeiksi asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Alakategoriat ja yläkategoria esiteltiin taulukossa 3. Yläkategoria “Asiakaslähtöinen palveluprosessi henkilökunnan kuvaamana” koostui viidestä alakategoriasta, jotka olivat “Asiakkaan turvallisuuden kokemus”, “Asiakkaan oma motivaatio”, “Asiakkaan osallisuus”, “Asiakkaan omat voimavarat” ja “Toimivat palvelut”.

Asiakkaan turvallisuuden kokemus koostui turvallisuuden tunteen kokemisesta, luotettavasta ja osaavasta tukiverkostosta. Tuttu henkilökunta ja pitkäaikainen suhde vierelläkulkijana lisäsivät myös asiakkaan turvallisuuden kokemusta. Asiakkaan oma motivaatio teki palveluprosessista myös asiakaslähtöisen. Se koostui asiakkaan motivoinnista eli henkilökunnan taidosta motivoida asiakasta. Myös sopivien tukimuotojen löytäminen ja asiakkaan motivoiminen työskentelemään tavoitteidensa eteen lisäsi asiakkaan motivaatiota. Myös se, oliko asiakkaalla halua kuntoutua, vaikutti motivaatioon. Oli tärkeää, että henkilökunta kartoitti yhdessä asiakkaan kanssa tämän haaveita ja tavoitteita, jotka tukivat kuntoutumista.

Asiakkaan osallisuutta korostettiin asiakaslähtöisyydessä. Asiakaslähtöisyyttä lisäsi asiakkaan kohtaaminen ja asiakkaan oman äänen kuuleminen hänen omassa tilanteessaan. Myös se, että asiakas oppi hoitamaan omaa sairauttaan ja omaan elämään liittyviä asioita, oli tärkeää. Asiakkaan todesta ottaminen oli olennaista, jotta asiakas koki osallisuutta omassa elämässään. Asiakkaan omat voimavarat tuli huomioida. Voimavaroihin uskomisen ja kannustaminen tekivät palveluprosessista entistä asiakaslähtöisemmän. Toimivat palvelut olivat osa

asiakslähtöisyyttä. Jotta asiakas ja palvelut kohtasivat, tuli sovittaa asiakkaan tilanteeseen nähden sopivat palvelut. Myös toimiva palveluketju oli olennaista eli se, että asiakas sai palvelut oikeaan aikaan ja hänen omaan tilanteeseensa suunniteltiin oikea-aikaisesti räätälöidyt palveluketjut.

Taulukko 3 Asiakkaan palveluprosessi henkilökunnan kuvaamana Alakategoriat ja Yläkategoria.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alakategoriat	Yläkategoria
turvallisuus-kokee turvallisuutta	turvallisuuden tunne	Asiakkaan turvallisuuden kokemus	Asiakkaan palveluprosessi henkilökunnan kuvaamana
luotettava ja osaava tukiverkosto	tukiverkosto		
tuttu henkilökunta ja pitkäaikainen suhde vierelläkulkijana	pitkäaikainen hoitosuhde		
henkilökunnan taito motivoida asiakkaan kuntoutumista	asiakkaan motivointi	Asiakkaan oma motivaatio	
sopivien tukimuotojen löytäminen ja asiakkaan motivoiminen tavoitteidensa eteen työskenteleminen			
halua kuntoutua	kuntoutumishalu		
tärkein oma motivaatio, siitä sitten lähtee kuntoutuminen	asiakkaan motivaatio		
Asiakkaan omien haaveiden ja tavoitteiden kartoittaminen	asiakkaan omat tavoitteet	Asiakkaan osallisuus	
kohtaaminen, osallisuuden tukeminen, omien asioiden hoitamisen oppiminen, sairauden omahoito, mielekkäiden asioiden löytäminen elämään	asiakkaan osallisuus omassa elämässä		
asiakkaan oman äänen kuuleminen	asiakkaan ääni		
kuunteleminen, etenkin häntä koskevilla asioilla	asiakkaan kuunteleminen		
Asiakkaan ongelmien todesta ottaminen	asiakkaan ongelmat otetaan tosissaan		
Asiakkaan voimavarojen hyödyntäminen	hyödynnetään asiakkaan omia voimavaroja	Asiakkaan omat voimavarat	
uskotaan ihmisen voimavaroihin	usko voimavaroihin		

kannustaminen ja voimavarojen huomioiminen	asiakkaan kannustus		
voimavaralähtöisyys	voimavarat		
asiakkaan tilanteeseen parhaiten sopivat palvelut	asiakkaan tilanteeseen sopivat palvelut	Toimivat palvelut	
toimiva palveluketju, että avun saisi silloin, kun asiakas lähtee apua hakemaan	oikea-aikainen apu		

9.5.2 Henkilökunnan kokemat haasteet palveluprosessissa

Kehittämistehtävässä selvitettiin, millaiset asiat tekivät henkilökunnan näkökulmasta asiakkaan palveluprosessista haastavan. Suurimmaksi haasteeksi henkilökunta koki asiakkaan oman motivaation kuntoutumiseen. Muut asiat, mitkä nousivat esiin vastauksista, olivat epäselkeä palvelujärjestelmä, resurssien niukkuus ja haasteet oikea-aikaisen avun saamisessa. Haasteeksi koettiin ulkopuoliset vaatimukset kuntoutumisen toteutumisesta tietyn ajan kuluessa, vaikka asiakas ei itse siihen ollutkaan valmis. Myös asiakkaan taloudellinen tilanne aiheutti joskus haasteita.

“Asiakkaan aidon motivaation herättelemine on lähes haastavinta sekä toivon herättelemine”.

“Yhteistyö jos asiakas selkeästi ei motivoitunut kuntoutumiseen eikä löydy yhteistä näkemystä eikä motivoinnista huolimatta ota vastuuta omasta kuntoutumisesta”.

“Toisen puolesta ei voi elää...kaikilla asiakkailla ei ole elämänvoimaa eikä kuntoutusmotivaatiota. Kaikki eivät etene prosessissa. Saako olla vaan?”

“Asiakkaan toivottomuus tai haluttomuus oman kuntoutumisen eteen työskentelemiseen. Ristiriidat asiakkaan, omaisten ja palveluiden ostajan välillä”

“Asiakkaan taloudellinen tilanne vaikeuttaa ja ahdistaa”.

“Jos asiakas ei sairautensa vuoksi kykene tekemään hyviä valintoja suhteessa elämäänsä”.

“Resurssien niukkuus, avun saaminen ajoissa, matalan kynnyksen paikkojen saatavuus ja ennaltaehkäisyn/sairauden pahenemisen ennakointi”

9.5.3 Recoveryyn toteutuminen asiakkaan kuntoutumisprosessissa

Kyselyssä esitettiin kysymys myös siitä, kuinka recovery eli toipumisorientaatio toteutui kuntouttavassa mielenterveystyössä. Toipumisorientaatiota koskeva kysymys haluttiin esittää, koska aihetta käsiteltiin kehittämistehtävän teoriaosassa ja se on olennainen osa mielenterveyskuntoutusta nykyään ja sen toteuttamista tulee edistää ja jalkauttaa yhä enemmän käytännön työhön. Taulukossa 4. esiteltiin recoveryn toteutuminen asiakkaan kuntoutumisprosessissa -alakategoriat ja yläkategoria. Yläkategoria “Recoveryn toteutuminen asiakkaan kuntoutumisprosessissa” koostui kolmesta alakategoriasta, joita olivat “Asiakas oman elämän asiantuntija”, “Asiakkaan voimavarojen tukeminen” ja “Asiakkaan osallisuus”. Asiakkaan oman elämän asiantuntijuuteen sisältyi se, että asiakas päätti omista asioistaan. Myös se, että asiakkaan itsemäärääminen toteutui ja asiakas oli keskeisessä roolissa tehdessään omaa elämää koskevia valintoja. Oli olennaista ja tärkeää, että asiakas osasi vaatia omia oikeuksiaan ja piti omia puoliaan sekä ilmaisi mielipiteensä.

Asiakkaan voimavaroja ja osallisuutta vahvistettiin henkilökunnan antamalla tuella ja sillä, että henkilökunta uskoi asiakkaaseen. Asiakas oli keskiössä asettamalla omia tavoitteita kuntoutumiselleen ja osallistui oman hoidon ja kuntoutumisen suunnitteluun. Henkilökunnan oli tärkeä kohdata asiakas ihmisenä eikä vain sairauden omaavana. Näillä keinoilla saatiin tuetua asiakkaan itsemääräämisoikeutta, osallisuutta ja voimavaroja.

Taulukko 4 Recoveryn toteutuminen asiakkaan kuntoutumisprosessissa.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alakategoria	Yläkategoria
Asiakas päättää omista asioista, on oman elämänsä asiantuntija	asiakas päättää omista asioistaan	Asiakas oman elämän asiantuntija	Recoveryn toteutuminen asiakkaan kuntoutumisprosessissa
Hyvin toteutuu tänäpäivänä asiakkaan omat valinnat ja itsemäärääminen.	asiakkaan itsemäärääminen toteutuu		
Asiakas on keskeisessä roolissa tehdessään valintoja omien tavoitteiden ja kuntoutumisen suhteen	asiakas keskeisessä roolissa tehdessään valintoja		
hyvä tulos on silloin, kun olen saanut asiakkaan vaatimaan omia oikeuksiaan ja pitämään omia puoliaan ja ilmaisemaan oman mielipiteensä	asiakas pitää omia puoliaan ja ilmaisee oman mielipiteensä		
sairaus on osa hänen elämäänsä, vahvistetaan asiakkaan voimavaroja	asiakkaan voimavarojen vahvistaminen	Asiakkaan voimavarojen tukeminen	
henkilökunta tukee päätöksentekoa, tarvittaessa antaa vaihtoehtoja, auttaa eteenpäin	henkilökunnan antama tuki asiakkaalle		
tuetaan ja uskotaan	asiakkaan tukeminen ja asiakkaaseen uskominen		
Henkilökunta tunnistaa entistä paremmin asiakkaiden voimavaroja	asiakkaan voimavarojen tunnistaminen		
Asiakkaan tulee saada itse asettaa tavoitteet kuntoutumiselleen	asiakas asettaa omat tavoitteensa	Asiakkaan osallisuus	
asiakas keskiössä omassa kuntoutumisprosessissa	asiakas keskiössä		
asiakkaan osallisuus, elämän kokeminen merkityksellisenä	asiakkaan osallisuus ja elämän merkityksellisyys		
..sitien, että asiakkaat saavat vaikuttaa itse hoitoonsa/kuntoutumisensa etenemiseen ja suunnitteluun	asiakkaan osallistuminen oman hoidon ja kuntoutumisen suunnitteluun		
kohtaaminen ihmisenä, eikä sairauden kantajana, itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden tukeminen omassa elämässä	kohtaaminen ihmisenä ja osallisuuden tukeminen		

9.5.4 Kirjaaminen asiakkaan kuntoutumisen tavoitteiden kautta

Kehittämistyössä pyydettiin henkilökuntaa kuvailemaan, kuinka asiakkaalle laadittujen tavoitteiden seuranta toteutui kirjaamisessa. Vastauksista kävi ilmi, että tavoitteiden seuranta toteutui kirjaamisessa säännöllisesti ja kirjaukset tehtiin kuntoutumisen kannalta olennaisista asioista.

“Kuntoutumissuunnitelman tavoitteet ja seuranta toteutuu hyvin kirjaamisessa”

“Kirjaukset tehdään kuntoutumisen kannalta olennaisista asioista”

Myös asiakkaan osallistaminen tuotiin muutamassa vastauksessa esille eli asiakas tiesi mitä hänestä kirjattiin ja häntä osallistettiin siihen. Toisaalta kehittämisen varaa nähtiin myös kirjaamisessa, varsinkin siinä, että kirjaaminen peilattaisiin todella asiakkaan suunnitelmaan ja sen tavoitteisiin.

“Asiakas tietää mitä kirjataan, häntä osallistetaan siihen ja hän saa esim. tavoitesuunnitelman itselleen kirjallisena”

“Kirjaaminen pohjautuu tavoitteisiin”

“säännöllisillä tavoitekeskusteluilla saadaan pidettyä tavoitteita arjessa mukana”

“mielestäni siinä on vielä kehittämisen varaa, että kirjaaminen peilattaisiin todella asiakkaan suunnitelmaan ja sen toteuttamiseen”.

9.5.5 Ryhmätoiminnot kuntoutumisen tukena

Kehittämistyössä pyydettiin henkilökuntaa kuvailemaan, millaisia asioita tuli ottaa huomioon ryhmätoimintoja suunniteltaessa ja millaista ryhmätoimintaa yksikössä toteutettiin. Vastauksista kävi ilmi, että ryhmätoimintojen toivottiin olevan monipuolisia, suunnitelmallisia, kiinnostavia ja osallistavia. Tärkeää oli huomioida asiakkaiden omat toiveet esimerkiksi erilaisten kyselyiden ja keskusteluiden kautta. Sitä, että ryhmätoiminnot olivat mielekkäitä, tasavertaisia

ja asiakaslähtöisiä, korostettiin. Asiakkaiden toimintakyky, sairaudet ja liikuntarajoitteet oli tärkeä huomioida. Selkeiden sääntöjen ja ohjeiden luomista ja toiminnan aikataulutusta pidettiin olennaisena osana ryhmätoimintojen suunnittelua.

“Asiakkaiden omat toiveet, esimerkiksi kyselyiden ja avointen keskustelujen avulla ja tärkeää ottaa asiakkaat mukaan suunnitteluun”

“Tasavertaisuus, kaikille jotain, matala kynnyks osallistua”

“Asiakkaiden kuntoisuus ja sosiaaliset taidot. Ei lastenleikkejä aikuisille”

Asumisyksiköissä järjestettiin erilaisia ryhmätoimintoja. Esimerkiksi yhteistä toimintaa muiden yksiköiden kanssa sekä toiminnallisia että liikunnallisia ryhmiä järjestettiin säännöllisesti. Eri-lainen vapaa-ajan toiminta, mikä perustui asiakkaiden toiveisiin, oli tärkeää ja tuotiin esille, että ryhmätoimintojen oli tarkoitus olla hyvinvointia ylläpitäviä ja edistäviä. Vastauksista ki-teytettynä erilaiset liikuntaryhmät, keskusteluryhmät ja yleensä toiminnalliset ryhmät olivat yleisimpiä ryhmätoimintoja, joita yksiköissä järjestettiin ja koettiin asiakkaan kuntoutumista edistäviksi.

“yhteistä toimintaa muiden yksiköiden kanssa”

“Toiminnallista ja liikunnallista”. Ryhmätoimintojen tarkoitus olla hyvinvointia yllä-pitävää/edistävää”

9.6 Henkilökunnalle toteutetun virtuaalisen aivoriihen tulokset

Aivoriihi toteutettiin virtuaalisena, koska siihen osallistunut henkilökunta työskenteli eri yksi-köissä. Virtuaalinen tapa järjestää aivoriihi oli tässä kohdassa käytännöllisin tapa saada osal-listujat koolle samaan aikaan. Virtuaaliseen aivoriiheen lähetettiin sähköisesti kutsut mahdolli-sille osallistujille. Kutsussa kerrottiin, että aivoriihi liittyi kehittämistyöhön ja mitä aihealuetta aivoriihessä käsiteltiin. Suoraa aivoriihen aiheetta ei vielä tässä kohdassa kerrottu. Osallistujia

virtuaalisessa aivoriihessä oli yhdeksän henkilökunnan jäsentä erään yhdistyksen eri asumisyksiköistä.

Aivoriihessä esiteltiin aluksi kehittämistyön keskeiset tulokset, käytiin läpi aivoriihi menetelmänä ja kerrottiin myös tulevaisuuskolmion kolme pääkysymystä, koska oli tarkoitus, että aivoriihestä nousseita ideoita jäseneltiin tulevaisuuskolmiomallin mukaisesti. Aivoriihen aiheena oli ”Mielenterveyskuntoutujan osallisuuden tukeminen recovery-ajattelua hyödyntäen”. Osallistujille annettiin kymmenen minuuttia aikaa kirjata aiheeseen liittyviä ideoita ylös ja sen jälkeen kehittämistyön tekijä kirjasi ideat ylös Jamboard-alustaa käyttäen, jotta kaikki osallistujat näkivät myös ideat. Ideoita ja keskustelua aiheeseen liittyen syntyi runsaasti. Seuraavissa kappaleissa kuvattiin aivoriihessä syntyneitä tuloksia.

Vastaukset ja keskustelu osoittivat, että oli tärkeää, että asiakas itse ymmärsi, mitä osallisuus tarkoitti. Asiakkaille tuli antaa vahvaa psykoedukaatiota ja tukea asiakasta siinä, että hän tiedosti omat voimavaransa ja kykynsä esimerkiksi tavoitteita laadittaessa. Henkilökunnan antamaa tietoa asiakkaille kuntoutumisesta ja osallisuuden merkityksestä korostettiin. Joskus psyykkisten sairauksien oli huomattu vaikuttaneen asiakkaan kognitioon ja kykyyn ymmärtää asioita, joten myös tämä tuli huomioida, jotta asiakas kykeni olemaan osallisena omassa elämässään kykyjensä mukaisesti. Asiakkaan kognitiiviset kyvyt ja sen hetkinen psyykinen vointi huomioimalla pystyttiin osallisuutta tukemaan aidommin ja oikeammin, hänen omassa elämässään.

Kun asiakas saapui asumisyksikköön asumaan, huomattiin usein, että asiakas oli stressaantunut. Alkutilanteessa oli huomioitava, että perusasiat saatiin kuntoon, jotta asiakas pystyi aloittamaan kuntoutumisen. Oli tärkeää olla ”ihminen ihmiselle” ja ilmaista asiakkaalle, että hän riittää sellaisena kuin on. Asiakkaiden eri-ikäisyys tuotiin esille. Oli huomattu, että nuorempien asiakkaiden osallisuus verrattuna ikääntyneisiin asiakkaisiin oli käytännössä erilaista ja henkilökunnan tuli huomioida osallisuuden tukeminen iän mukaisesti. Esimerkiksi iäkkäiden osallisuutta tuettiin henkilökunnan antamalla tuella päivittäisissä asioissa, jotta asukas sai onnistumisen kokemuksen. Onnistumisen kokemus taas tuki osallisuutta.

Henkilökunnan ammattitaito ja tietotaito tuli huomioida. Henkilökunnan oli tärkeä peilata asiakkaan kanssa hoitokontaktissa ja vuorovaikutuksen tuli olla avointa ja rehellistä, jotta

asiakkaan osallisuuden tukeminen onnistui. Konkreettisia asioita, joita tuotiin esille asiakkaan osallisuuden tukemisessa, oli esimerkiksi palautteiden pyytäminen säännöllisesti ja yhteisökokousten järjestäminen. Tavoitteiden asettamisessa oli tärkeää huomioida, että ne olivat realistisia ja saavutettavia. Asiakas oli keskeisessä roolissa, kun tavoitteita mietittiin. Asiakkaan osallisuutta tuettiin myös niin, että hänen oli mahdollista toteuttaa mieluisia ja omaa kuntoutumista tukevia asioita. Joissain yksiköissä asiakas otettiin mukaan kirjaamaan ja kirjauksista kävi ilmi, mikä oli asiakkaan omaa ja mikä henkilökunnan näkökulmaa. Aivoriihessä mietittiin lisäksi tulevaisuuskolmiomallin mukaisesti asioita, jotka työntävät ja vetävät kohti tulevaisuutta sekä mitkä ovat haasteita eli niin sanottuja kehityksen jarruja asiakkaan osallisuudessa. Keskustelua syntyi runsaasti ja asioita mietittiin myös koko kuntoutumisprosessin kannalta ja kroonisesti sairaiden osalta.

Tulevaisuuteen työntäviä tekijöitä oli asiakkaiden tavoitteiden laatiminen kuntoutumisen alussa yhdessä asiakkaan kanssa. Kuntoutumisen tavoitteiden laatiminen tulee korostumaan tulevaisuudessa, jota asiakkaan kuntoutumisprosessissa mukana olevat tahot seuraavat entistä tarkemmin. Myös uuden polven psykenlääkkeet työntävät kohti tulevaisuutta. Asiakkaille tulisi antaa entistä enemmän psykoedukaatiota ja tietoa siitä, mitä osallisuus on. Myös uudet tutkimukset ja tieto työntää kohti uusia käytäntöjä. Henkilökunnan koulutusten ja ammatillisen osaamisen kehittäminen katsottiin myös asiaksi, mikä työntää kohti tulevaisuutta.

Tulevaisuuteen vetäviä tekijöitä mietittiin seuraavaksi. Yksilöllisyyden huomioiminen käytännön työssä on tärkeää myös tulevaisuudessa ja entistä enemmän pitäisi kiinnittää huomiota siihen, että asiakas nähdään yksilönä ja kuntouttavaa mielenterveystyötä tehdään yksilöllähtöisesti. Tämä vaatii riittävää henkilöstöä toteutuakseen. Tässä yhteydessä mainittiin myös tuleva sote-uudistus ja sen mukana tuomat mahdolliset tulevaisuuteen vetävät tekijät. Mielenterveysasiakkaat tulevat lisääntymään tulevaisuudessa yhä enemmän, joten tarvitaan myös riittävää budjetoitua. Yhteiskunnan on tärkeää myös ymmärtää, mitä osallisuus on ja miten se toteutuu jatkossa. Tämä varmasti vaatii entistä enemmän yhteiskunnalta erilaisuuden hyväksymistä. Viime aikoina on puhuttu paljon kotiin vietävien mielenterveyskuntoutujien palveluista, mutta edelleen tulee olemaan niitä, jotka tarvitsevat asumispalveluhoitoa eivätkä pärjää kotona ainakaan sairauden alkuvaiheen kuntoutuksessa. Tämän asiakasryhmän arvostus ja huomioiminen yhteiskunnassa esimerkiksi budjetoimalla vetää kohti tulevaisuutta.

Historiassa kiinnipitävät tekijät eli kehityksen jarrut. Historiassa kiinni pitäviä tekijöitä ajateltiin haasteina nyt ja tulevaisuudessa. Pätevien työntekijöiden ja riittävän henkilöstön saaminen on haaste myös tulevaisuudessa ja se voi olla myös kehityksen jarru. Kaikki budjettiin liittyvät asiat ja haasteet ovat tulevaisuuden haaste myös ja saattaa jarruttaa kehitystä. Asiakkaan oma motivaatio liittyen kuntoutumiseen katsottiin tulevaisuuden haasteeksi. Yksi haaste on myös ikääntyneiden ja myös nuorempien heikentynyt fyysinen kunto, mikä taas saattaa jarruttaa kuntoutumisen etenemistä. Ennaltaehkäisyn huomioiminen on tärkeää tulevaisuudessa. Esimerkiksi joskus syrjäytyneisyys ja heikko sosiaalinen asema yhteiskunnassa periytyy, joten tämä saattaa olla kehityksen jarru ja historiassa kiinni pitävä asia, mikäli siihen ei kiinnitetä huomiota tulevaisuudessa.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

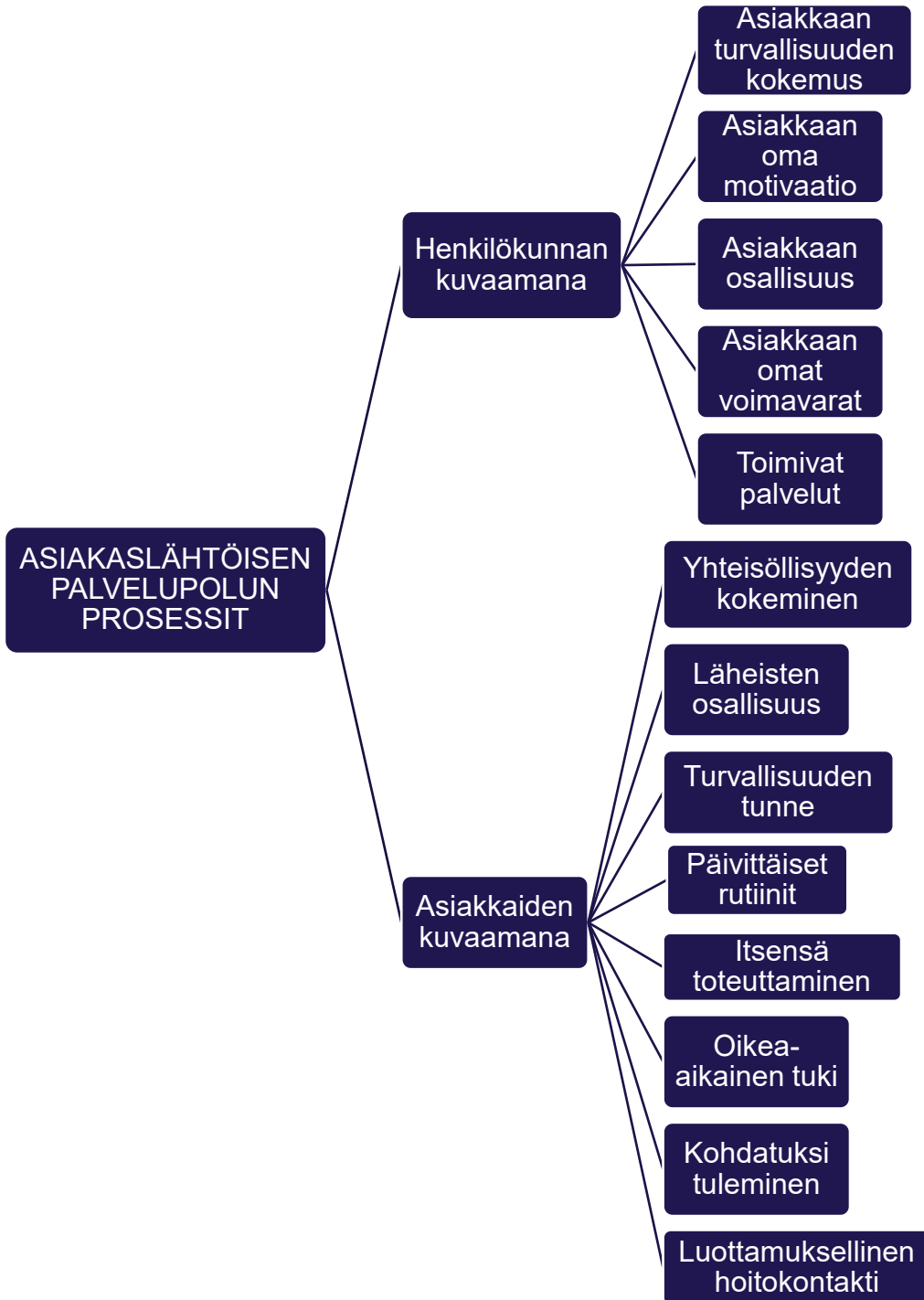
Seuraavissa kappaleissa tarkasteltiin kehittämistyön tuloksia sekä pohdittiin ja tehtiin johtopäätöksiä kehittämistyön tuloksista tutkimuskysymyksiin perustuen eli saatiinko kehittämistyössä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Myös kehittämistyön eettisyyttä ja luotettavuutta sekä jatkotutkimusaiheita arvioitiin ja pohdittiin.

10.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata mielenterveyskuntoutujan palvelupolkua asumisyksikössä. Tavoite oli laatia asiakaslähtöinen palvelupolku/prosessi, mikä tukee kuntoutumista. Palvelupolun kuvaamiseksi kartoitettiin sekä asukkaiden että henkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä. Kehittämistyössä kuvattiin myös kuntoutumista tukevan ryhmätoiminnan suunnittelu- ja kehittämisprosessia tavoitteena luoda uutta ryhmätoimintaa asiakaslähtöisesti. Aihe sai alkunsa kehittämistyön tekijän omasta kiinnostuksesta aihetta kohtaan sekä mielenterveystyön kehittämisen tarpeet yleisesti ja asiakaslähtöisyyden korostuminen ja kehittäminen nyt ja tulevaisuudessa. Kehittämistyössä haluttiin tutkimuskysymysten avulla kuvata asiakaslähtöisyyttä mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessissa asumisyksikössä. Kehittämistyön avulla haluttiin osallistaa mielenterveyskuntoutujia tutkimukseen ja tuoda myös heidän näkemyksiään esille henkilökunnan lisäksi.

Kehittämistyön tutkimustulokset osoittivat, millaiset prosessit tekivät mielenterveyskuntoutujan palvelupolusta asiakaslähtöisen henkilökunnan ja asiakkaiden kuvaamina. Tulokset osoittivat myös, millaisia asioita asiakkaat ja henkilökunta pitivät tärkeinä mielenterveysasiakkaan kuntoutumisen edistymisessä. Tuloksista nousi selkeästi esiin asiakaslähtöisyys, osallisuus ja asiakkaan oma motivaatio sekä asiakkaan voimavarojen tukeminen kuntoutumisprosessissa. Koulutukset ja työyhteisön tuki koettiin mielenterveystyötä tukeviksi asioiksi. Toipumisorientaatiokoulutusta toivottiin sekä henkilökunnalle että asiakkaille. Kuviossa 13 kuvattiin asiakaslähtöisen palvelupolun prosessit henkilökunnan ja asiakkaiden kuvaamina tämän kehittämistyön tulosten perusteella. Kehittämistyössä kuvattiin myös ryhmätoiminnan suunnittelu- ja kehittämisprosessia. Kehittämistyön tuloksissa kuvattiin asioita, jotka tekivät ryhmätoiminnan suunnittelu- ja kehittämisprosessista asiakaslähtöisen. Vastauksista kuvastui henkilökunnan asiakaslähtöinen ajattelutapa mielenterveystyössä. Kehittämistyön tulokset osoittivat

asiakslähtöisyyden huomioonottamisen ja asiakkaiden osallistamisen ryhmätoimintojen suunnittelussa.



Kuvio 13 Asiakaslähtöisen palvelupolun prosessit henkilökunnan ja asiakkaiden kuvaamana kehittämistyön tulosten perusteella.

Kuten Kulmala ym. (2019, 100) toteavat, asiakaslähtöisessä toimintatavassa pyritään palveluista tekemään mahdollisimman hyvin asiakkaiden tarpeita vastaavia ja asiakas on toiminnan lähtökohtana. Asiakaslähtöinen toimintatapa parantaa hoidon laatua ja henkilöstön tyytyväisyyttä. (Kulmala 2019, 101.) Kehittämistyön tulosten perusteella suurin osa henkilökunnasta koki oman työyhteisön työtä tukevaksi. Myös Kulmala ym. (2019, 101) totesivat tutkimuksessaan, että asiakaslähtöisyyttä voidaan tukea työyhteisön turvallisella ja työyhteisöä tukevalla ilmapiirillä.

Kehittämistyön tulokset osoittivat, että asiakkaat kokivat haasteeksi sairauden ja oireiden hallinnan sekä kuntoutumisen yleensä. Kuten Huttunen (2017) kirjoittaa, esimerkiksi skitsofrenian kanssa eläminen on helpompaa ja sujuvampaa, jos sairauttaan ja sen mukana tuomia oireita ymmärtää paremmin. Henkilökunta toi vastauksissaan esille asiakkaille kohdistetun psykoedukaation lisäämisen tarpeen tulevaisuudessa. Psykoedukaation tärkeyttä myös sairastuneen läheisille korostettiin, kuten Sharma ym. (2021) osoittivat tutkimuksessaan. Psykoedukaatio on keino, jolla pystytään parantamaan myös skitsofreniaan sairastuneen läheisten hyvinvointia. (Sharma ym. 2021.)

Henkilökunta koki suurimmaksi haasteeksi mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessissa asiakkaan oman motivaation ja voimavarat. Henkilökunta koki haasteeksi erityisesti sen, miten kuntoutumista voidaan edistää, jos asiakkaalla ei ole omaa motivaatiota kuntoutua. Henkilökunta koki haasteeksi myös henkilökunnan keinot tai taidot motivoida asiakasta. Kuten THL (2020) linjaa, asiakkaan motivoituminen voi alkaa hyvin pienestä kohtaamisesta tai ajatuksesta. Motivoitumisessa on tärkeää myös se, että tarjottu palvelu vastaa asiakkaan omia tarpeita ja tavoitteita. Avoin vuorovaikutus ja yhteys asiakkaaseen ja asiakkaan kuuntelu voi auttaa asiakasta motivoitumaan. Asiakkaan sitoutumista voidaan myös tukea pitkäjänteisellä keskustelulla, peilaamisella ja kuuntelemalla asiakkaan tuottamaa muutospuhetta. (THL, 2020.) Aivoriihessä henkilökunta nosti esiin vuorovaikutuksessa peilaamisen asiakkaan kanssa.

Leijala ym. (2019) toteavat, että skitsofrenia on sairaus, johon liittyy usein sairaudentunnettomuus, mikä heikentää asiakkaan hoitomotivaatiota. Psykoosipotilaan hoitomyöntyvyyttä lisää potilaan aktiivinen osallistaminen kannustavassa hoitoyhteistyössä. Kannustavassa hoitoyhteistyössä tärkeitä asioita ovat muun muassa aktiivinen hyväksyntä sekä henkilökunnan

empaattinen suhtautuminen asiakkaan oireiluun ja sairauden aiheuttamiin rajoitteisiin. Myös psykoedukaatio ja perheinterventio ovat tärkeitä asioita. (Leijala ym. 2019.) Leijala ym. (2019) lisäävät, että oireiden hallinnalla on keskeinen merkitys asiakkaan hoitomotivaatiossa, joten esimerkiksi lääkehoidon turvaaminen on tärkeää heti ensimmäisen psykoosijakson aikana. Tärkeä asia on myös, että pystytään tunnistamaan ne asiakkaat, joiden hoitomotivaatio on heikko ja edellä mainituilla keinoilla pyritään vahvistamaan hoitomotivaatiota. (Leijala ym. 2019.)

Osallisuus eri ilmenemismuodoissa oli yksi keskeisin asia, mikä kehittämistyön tuloksista nousi esille. Sekä asiakkaat että henkilökunta toivat esille asiakkaan osallisuuden kuntoutumisprosessissa sekä keinoja sen vahvistamiseksi. Osallisuus kuuluu kansalaisten perusoikeuksiin. Erilaiset lait sisältävät osallisuutta koskevia asioita kuten Suomen perustuslaki 731/1999, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Oikeus tulla kuulluksi ja osallisuus itseä koskevaan päätöksentekoon sekä tiedonsaantioikeus kuuluvat näiden lakien sisältöihin. (Saarinen ja Kilkku 2021, 25.)

Toipumisorientaation mukainen lähestymistapa korostaa osallisuutta. Osallisuuden korostaminen mielenterveys- ja päihdetyössä on ollut esillä jo useamman vuoden ajan, mutta edelleen tutkimukset osoittavat, että mielenterveysasiakkaat kokevat, että osallisuus ei toteudu toivotulla tavalla. Kokemusasiantuntijatoiminnalla on pyritty tuomaan esille osallisuutta ja vahvistamaan sitä mielenterveys- ja päihdetyössä. (Saarinen ja Kilkku 2021, 26.) Myös tämän kehittämistyön tulokset osoittivat, että henkilökunta toivoi jatkossa kokemusasiantuntijoita toimintaan mukaan.

Asiakkaat toivat vastauksissaan esille myös läheisten osallisuuden ja pitivät läheisten osallisuutta tärkeänä asiana elämässään. Pitkänen ja Kortteisto (2021, 25) painottavat, että läheisten osallistamista voidaan vahvistaa heitä kuulemalla ja luomalla heidän kanssaan yhteistyösuhde. On tärkeää, että läheiset voivat osallistua hoitoneuvotteluihin, mikäli asiakas antaa tähän luvan. Tutkimus osoitti myös, että vertaistuesta tiedottaminen läheisille oli tärkeää. (Pitkänen ja Kortteisto 2021, 25.)

Henkilökunnan koulutukset koettiin työtä tukevaksi asiaksi kehittämistyön tulosten perusteella. Henkilökunta toivoi myös, että asiakkaille voisi antaa tietoa esimerkiksi toipumisorientaatiosta. Etelä-Pohjanmaalla on vuosina 2014–2016 toteutettu Voimaa arkeen -kurssitoiminta hanke, jonka tarkoituksena oli tukea sekä mielenterveys -ja päihdekuntoutujien että heidän omaistensa voimavaroja ja arjessa selviytymistä. Toiminta tarjosi myös mielenterveysammattilaisille uudenlaisen mahdollisuuden oppia ja saada avaimia työhön. Voimaa arkeen -kurssitoiminnan mallina käytettiin Lontoon Recovery Collegen toimintaa, jossa kokemusasiantuntijat olivat keskeisessä roolissa kouluttajina Voimaa arkeen -kursseilla yhdessä ammattilaisten kanssa. Lontoon Recovery Collegen toimintamalli lisäsi ajatusta siitä, että myös Etelä-Pohjanmaalla toimintatapoja oli tarpeen kehittää siihen suuntaan, että ne tukivat entistä paremmin asiakkaan voimaantumista ja kuntoutumista tukevaa otetta. Kurssitoiminta onkin vakiintunut pysyvätoiminnaksi Etelä-Pohjanmaalla. (Martin ym. 2021, 13–14.)

Kehittämistyön tuloksista nousi yhtenä haasteena toimivat ja oikea-aikaiset palvelut. TUTU (Tuetusti Tulevaisuuteen) -hankkeessa (Jämsä ja Laru 2019, 19), joka kuvasi monitahoista tukea tarvitsevan asiakkaan kuntoutusprosessin kehittämistä, todettiin, että yhteistyö eri toimijoiden välillä jää usein rikkonaiseksi, koska palvelujärjestelmässä on aukkoja. Myös yhteiset toimintatavat puuttuvat usein. Tämä lisää järjestelmän tehottomuutta ja asiakkaiden väliinpuotoamista. Suurin haaste tässäkin oli, toteutuuko asiakkaan osallisuus hänen omassa kuntoutumisprosessissaan. Jämsä ja Laru (2019, 19) kirjoittavat, että asiakkaan osallisuuden toteutuessa tarvitaan eri organisaatioiden välisen yhteistyön, tiedonkulun ja osaamisen kehittämistä. TUTU-hankkeen tulokset osoittivat, että kuntoutumisen edistyminen edellyttää monitahoista tukea tarvitsevan asiakkaan elämässä kohtaamista, oikea-aikaisia kuntoutustoimenpiteitä, moniammatillista yhteistyötä, verkostoyhteistyötä ja vastuullisuutta palvelujen koordinoimisessa. (Jämsä ja Laru 2019, 26.) Myös se, että kuntoutujan sosiaalinen ympäristö, jossa hän elää ja asuu, hyväksyy hänet sairauksineen, tukee kuntoutumista (Salminen ja Häikiö 2022, 22).

Salminen ja Häikiön (2021, 24) tutkimus osoittaa, että mielenterveyskuntoutujien kohdalla erilaisten toimintamahdollisuuksien lisääminen yksilöllisten voimavarojen mukaan vaikutti nuorten kuntoutumiseen positiivisesti. Kuitenkin toimintamahdollisuuksien toteuttamisen esteenä saattavat olla alimitoitettut resurssit tai organisoimisen ongelmat. Joskus kuitenkin kuntoutumista edistävä asia voi olla hyvin pieni, mikä ei juurikaan vaadi resursseja ja sillä saattaa olla

suuri vaikutus kuntoutujan omaan kuntoutumisprosessiin ja motivaatioon. Joskus tällainen toimijuutta vahvistava prosessi saattaa muuttaa myös kuntoutuksen käytäntöjä määrittäviä rakenteita kuntoutumista tukevampaan suuntaan. (Salminen ja Häikiö 2021, 26.)

10.2 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että kehittämistyön arviointia tehdään koko kehittämistyön prosessin ajan. Tutkijan on otettava arvioinnissa huomioon rehellisyys ja tarkkuus, mikä ilmenee esimerkiksi niin, että lukijalle kerrotaan miten ja miksi kehittämistyön eri vaiheissa on toimittu tietyllä tavalla. (Vilka 2021, 197.) Seuraavissa kappaleissa arvioidaan perustellen kehittämistyön eri vaiheita. Arviointia tehdään reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmasta. Kehittämistyötä tarkasteltiin myös tulosten vaikuttavuuden kannalta, jossa otettiin huomioon kehittämistyön tekijän asiantuntijuuden kehittyminen sekä asiakkaiden, organisaation ja yhteiskunnan näkökulmat.

Kehittämistyön jokaisessa vaiheessa otettiin huomioon tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus, mitkä ovat tutkimuksen tekemisen peruseriaatteita (TENK 2012, 6). Tämän kehittämistyön hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastasi tutkimuksen tekijä. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen ja eettinen ajattelu ohjasivat tämän kehittämistyön tekemistä. Vilka (2015, 41) painottaa, että tutkimuksessa on oleellista noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimusetiikan tulee kulkea mukana koko tutkimusprosessin ajan. Pietilä ja Länsimies-Antikainen kirjoittavat (2008, 12), että tutkimusetiikka sisältää muutaman tärkeän ydinasian, joita ovat ihmisen vapauden ja elämän kunnioittaminen, hyödyn tuottaminen, ongelmien välttäminen ja puolueettomuus. Tutkimusetiikan taustalla on myös erilaisia lakeja ja toimintaperiaatteita. (Pietilä ja Länsimies-Antikainen 2008, 12.)

Kehittämistyön aiheen valintaa mietittiin yhdessä yhteistyöorganisaation kanssa. Kehittämistyön aiheen valinnan jälkeen hankittiin kehittämistyölle tutkimuslupa yhteistyöorganisaatiolta. Kehittämistyön suunnitelma lähetettiin tutkimuslupapyynnön yhteydessä organisaation johdolle. Kuten TENK (2012, 6) ohjeistaa, tarvittavat tutkimusluvut tulee hankkia. Kehittämistyön suunnitelmassa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Myös tutkimuksen teoriataustaa sekä tutkimusmenetelmät esiteltiin. Kehittämistyön suunnitelmaan liitettiin myös

kyselylomakkeet ja saatekirjeet. Kehittämistyön tekijä osoitti kehittämistyön suunnitelman avulla pyrkivänsä luottamukselliseen ja avoimeen yhteistyöhön yhteistyöorganisaation kanssa.

Tutkijan tulee perehtyä tutkittavan aihealueen teoretietoon muun muassa erilaisten tieteellisten ja tutkimukseen perustuneiden lähteiden avulla. Näin tutkija voi osoittaa perehtyneensä tutkittavan asian aihealueisiin. (Kananen 2017, 191; Tenk 2012, 6.) Kehittämistyössä pyrittiin mahdollisimman tarkkaan lähdekritiikkiin tarkastelemalla lähteiden ajankohtaisuutta ja tieteellisyttä. Pyrittiin etsimään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Yli 10 vuotta vanhoja lähteitä ei juurikaan käytetty. Jos lähde oli yli 10 vuotta vanha, se oli joko alkuperäinen tai klassikko. Myös muutamia kansainvälisiä lähteitä käytettiin. Kuten Tuomi ja Sarajärvi (2009, 159) kirjoittivat, tutkimuksissa käytettävien lähteiden täytyy olla laadukkaita ja kriteerit täyttäviä. Kehittämistyön lähdemerkinnät tehtiin ohjeiden mukaisesti. Tarkka lähteiden merkitseminen tarkoittaa myös sitä, että tutkimuksen tekijä huomioi muut tutkijat vilpittömästi ja rehellisesti antamalla heidän tutkimuksilleen niille kuuluvan arvon. (Vilkkä 2015, 42). Kehittämistyössä lähdeviitteet merkittiin huolellisesti ja eroteltiin selkeästi, mikä oli teoriaosaa ja mikä tutkijan omaa pohdintaa.

Kehittämistyön tutkimusmenetelmissä käytettiin määrällisiä ja laadullisia menetelmiä. Kyselyjä laadittiin sekä henkilökunnalle että asiakkaille. Jokaisen kyselyn mukana oli liitteenä saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Saatekirjeessä painotettiin myös sitä, että tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Saatekirjeessä kerrottiin, että tutkittavien anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan. Saatekirjeessä oli myös tutkimuksen tekijän yhteystiedot, jotta tutkittavan oli mahdollista saada tutkimuksesta lisätietoa. Kuten TENK (2012, 7) linjaa, tutkittavan on oikeus saada lisätietoa tutkimuksesta. Tutkittavan osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja hänellä on myös oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Tutkittavaa tiedotetaan siitä, että hänellä on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistumisensa missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Mikäli tutkittava keskeyttää tutkimukseen osallistumisensa, se ei kuitenkaan estä siihen asti kerättyjen tietojen käyttämistä tutkimuksessa jatkossa. (TENK 2012, 7.)

Tutkimuksessa tulee tutkittavan anonymiteetin säilyä ja tutkija on veloitettu säilyttämään tutkittavien anonymiteetti koko tutkimuksen ajan (TENK 2019, 13). Myös tutkimustulosten

säilyttämiseen liittyi tutkittavien anonymiteetin säilyttäminen. Tutkimustulokset tulee säilyttää niin, että ne eivät joudu väriin käsiin (Vilka 2015, 47). Kehittämistyön tekijä huomioi saatekirjeessä sen, että tutkittavia tiedotettiin heidän anonymiteettinsä säilymisestä koko tutkimuksen ajan eikä missään tutkimuksen vaiheessa tutkittavien henkilöllisyyttä pystytty tunnistamaan. Saatekirjeessä kerrottiin myös, että haastatteluista syntynyt materiaali säilytettiin ulkopuolisilta salassa ja tutkimusmateriaali hävitettiin tutkimuksen valmistuttua.

Kehittämistyössä oli sekä määrällinen että laadullinen tutkimusosio. Laadullisen osion tulokset olivat kattavammat kuin määrällisen tutkimusosion. Määrällisen osion tutkimustulokset ilmaistiin lukuina ja kuvailevana analyysinä. Määrälliseen kyselyyn vastaajien määrä jäi niin vähäiseksi, että sen perusteella ei voitu tehdä yleistyksiä. Syy, miksi määrällisen kyselyn vastaajien määrä jäi vähäiseksi, saattoi olla liian pitkä ja raskaaksi koettu kysely. Tässä tutkimuksessa määrällinen osio kuitenkin tuki tutkimuksen laadullista osiota huolimatta siitä, että vastausten määrä jäi vähäiseksi. Kuten Hirsjärvi ja Remes (2005, 218) toteavat, useita menetelmiä käyttämällä eli triangulaatiota voidaan tutkimuksen validiutta eli luotettavuutta tehostaa.

Kehittämistyön tutkimukseen osallistettiin sekä henkilökuntaa että asiakkaita ja lisäksi laadittiin benchmarking -kysely. Tutkimukseen haluttiin osallistaa sekä asiakkaita että henkilökuntaa, jotta saatiin molempien näkökulmat esille. Koska tutkimuksessa kuvattiin mielenterveysasiakkaan palvelupolkua, oli tärkeää, että myös asiakkaat osallistuivat tutkimukseen. Asiakkaille pyrittiin laatimaan selkeät kysymykset lomakkeeseen. Asiakkaan näkökulma tutkimuksessa lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, kun oli tarkoitus tutkia asiakkuuksiin liittyviä asioita. Kuten Vilka (2015, 135) kirjoittaa, haastateltavien valintaa tehdessä on muistettava, mitä tutkitaan ja otettava huomioon haastateltavan oma kokemus tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi myös se, että siinä käytettiin triangulaatiota myös tutkimusaineistoon liittyen (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 144). Tässä kehittämistyössä luotettavuutta lisäsi tutkimusaineistoon liittyvä triangulaatio, koska tietoa kerättiin eri ryhmiltä, jotka tässä kehittämistyössä olivat henkilökunta ja asiakkaat sekä benchmarking -osioissa toisten organisaatioiden henkilökunta.

Määrällisessä kyselyssä pyrittiin ottamaan tutkimuksen perusjoukko huomioon niin, että kyselyssä kysytyt asiat olivat heille tuttuja. Kuten Vilka (2015, 102) kirjoittaa, käsitteiden, joita kysely sisältää, tulee olla tutkittavalle tuttuja. Kyselylomakkeen kysymykset pyrittiin laatimaan

teoriasta lähtöisin olevien käsitteiden perusteella. Kehittämistyön teoriaosuudessa käytetyt käsitteet valittiin ennen kyselylomakkeen laatimista. Kuten myös Vilkka (2015, 102) toteaa, tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja siihen liittyvät käsitteet määritellään ennen kyselylomakkeen laatimista.

Kehittämistyön analysointimenetelmiksi valittiin tilastollinen analyysi ja induktiivinen sisällönanalyysi. Tilastollista analyysia ei täysin pystytty toteuttamaan vastausten vähäisyyden vuoksi. Lähinnä tulosten tilastollista tulkintaa oli tulosten ilmaiseminen lukujen ja pylväsdia grammien avulla. Induktiivinen sisällönanalyysi valittiin laadullisen aineiston analysointimenetelmäksi, koska aineistolähtöisen analyysitavan menetelmän katsottiin sopivan parhaiten tämän kehittämistyön laadullisen aineiston analysointimenetelmäksi. Käsitteet, jotka syntyvät induktiivisella sisällönanalyysillä, olivat verrattavissa aikaisempiin tutkimuksiin ja kehittämistyön teoriataustaan sekä käsitteisiin. Se lisäsi tämän kehittämistyön luotettavuutta.

Kehittämistyössä haluttiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla kuvata ja ymmärtää tutkittavien merkitysmaailmaa ja ajatuksia tutkittavasta asiasta. Kuten Vilkka (2015, 171) vahvistaa, se on induktiiviselle sisällönanalyysille tyypillistä. Lomakehaastattelujen aineisto litteroitiin eli aineistosta etsittiin samankaltaisia ilmaisuja, joista muodostettiin alakategorioita ja yläkategorioita. Induktiivisen sisällönanalyysin taulukot esitettiin kehittämistyössä, jotta myös lukija pystyi näkemään, millaisesta aineistosta luokittelua on tehty ja kategoriat muodostettu. Kehittämistyössä haluttiin mahdollisimman avoimesti esittää menetelmät, joista tutkimustulokset saatiin. Tutkijan on kyettävä todistamaan, miten ja miksi hän on päässyt lopullisiin ratkaisuihin tutkimuksessaan. Tämä on yksi tutkimuksen luotettavuutta mittaava tekijä. (Vilkka 2015, 197.)

Kehittämistyön vaikuttavuutta arvioitiin useasta eri näkökulmasta. Kehittämistyö prosessina syvensi kehittämistyön tekijän ammattitaitoa ja asiantuntijuutta monelta osin. Ammattitaitoa lisäsi tutkimuksen tekemiseen liittyvien tekijöiden lisäksi huolellinen perehtyminen mielenterveyttä kuvaaviin käsitteisiin ja kuntoutumiseen liittyviin tekijöihin ja asioihin. Kehittämistyön tulosten avulla pystyttiin esittämään, mitkä tekijät olivat tärkeitä mielenterveysasiakkaan elämässä, jotta elämä oli merkityksellistä ja hyvinvointia edistävää. Kehittämistyön tuloksia on mahdollista tulevaisuudessa hyödyntää mielenterveysasiakkaan kuntoutumisprosessien kehittämisessä esimerkiksi asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden näkökulmasta. Teoriatieto ja

kehittämistyön tulokset toivat esille eri tekijöitä, joita olisi tärkeä mielenterveystyössä kehittää ja parantaa. Asiakkaan osallisuus on niistä yksi oleellisin asia.

Asiakkaiden kannalta kehittämistyön vaikuttavuutta voisi arvioida heidän näkökulmastaan kartoittamalla ja kysymällä, toteutuvatko asiat ja millä tavalla niitä tulisi edelleen kehittää. Kehittämistyössä asiakkaiden ajatuksia ja näkemyksiä otettiin huomioon heille suunnattujen kyselyjen muodossa ja tulosten perusteella voisi tulevaisuudessa miettiä enemmän asiakkaiden näkökulmasta kuntoutumisprosessien kehittämistä. Nykyään on paljon keskustelua asiakaslähtöisyydestä ja palvelujen kehittämisestä asiakaslähtöisyyden kautta. Myös asiakkaan osallisuutta painotetaan. Asiakkaita tulisi osallistaa etenkin palveluiden kehittämiseen. Tämä vahvistaisi heidän osallisuuttaan ja lisäisi heidän päätöksentekoaan heidän omaa elämäänsä koskeviin asioihin liittyen. Osallisuuden tunteen lisääminen ja vahvistaminen saattaisi vaikuttaa myös asiakkaan omaan kuntoutusmotivaatioon positiivisesti.

Organisaation vaikuttavuuden näkökulmasta kehittämistyön tuloksia voisi hyödyntää organisaation toiminnassa sekä henkilökunnan että asiakkaiden näkökulmista. Henkilökunnan ja heidän työnsä kehittämisen näkökulmasta tuloksia voi tarkastella esimerkiksi koulutustarpeiden osalta sekä recoveryn eli toipumisorientaation kehittämisen kannalta käytännön työssä. Yleiset tutkimustulokset osoittavat, että recovery-toipumisorientaatiota tulisi jalkauttaa yhä enemmän ja syvällisemmin käytännön mielenterveystyöhön ja asiakkaan kuntoutumisprosessiin. Recoveryn kehittämisestä hyötyisivät sekä asiakas, henkilökunta että organisaatio, koska sitä vahvasti painotetaan nykyaikana ja sen mallia pitäisi entistä enemmän hyödyntää.

Laajemmassa yhteiskunnallisessa näkökulmassa aihe oli myös ajankohtainen, sillä yhteiskunnassa keskustelua herättää mielenterveyspalvelujen nykytila ja esille nousee kehittämistarpeita. Yhteiskunnan näkökulmasta kehittämistyön tuloksia voi hyödyntää mietittäessä asiakkaan osallisuutta ja mielenterveyspalveluiden oikea-aikaisuutta sekä yhteneväisyyttä. Kuten kehittämistyön tulokset osoittivat, sekä asiakkaat että henkilökunta toivat esiin kehittämistarpeen oikea-aikaisille ja toimiville mielenterveyspalveluille. Kehittämistyön tulokset osoittivat, että esimerkiksi ulkopuolinen taho asetti aikarajan, jonka puitteissa asiakkaan tuli kuntoutua, vaikka asiakas ei ollut siihen valmis. Saattaa olla, että tällaisessa tilanteessa kyseessä ovat taloudelliset asiat, eikä niinkään asiakaslähtöisyys. Palvelut ja asiakkaan tarpeiden

yhteenliittäminen ja kehittäminen asiakaslähtöisempään suuntaan olisi varmasti tarpeellista, jossa myös kehittämistyön tuloksia voisi hyödyntää.

10.3 Jatkotutkimusaiheita

Jatkotutkimusaiheiden osalta voisi jatkossa tutkia, miten recovery-toipumisorientaatio toteutuu kuntouttavassa mielenterveystyössä. Recovery on niin laaja käsite, että sitä voisi tutkia asiakkaan, henkilökunnan, organisaation ja yhteiskunnan näkökulmasta. Jatkossa tutkimusta voisi tehdä myös eri yhteistyötahojen kanssa, esimerkiksi mielenterveysasiakkaan kuntoutumiseen liittyvän osallisuuden ja palvelujen kehittämisen näkökulmasta. Kuntoutumisprosessissa ilmenevä haaste, mikä tuli esille tämän kehittämistyön tuloksista, oli asiakkaan motivaatio ja voimavarat kuntoutumisprosessissa. Myös siihen liittyvää tutkimusta voisi jatkossa toteuttaa asiakkaita ja henkilökuntaa osallistamalla eli miten tukea ja vahvistaa asiakkaan kuntoutumismotivaatiota mielenterveyspalveluissa. Tämä tukisi henkilökunnan tekemää mielenterveystyötä sekä antaisi asiakkaalle tukea ja keinoja olla vahvasti osallisena omassa kuntoutumisprosessissaan.

LÄHTEET

- Appelqvist-Shcmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E., Solin, P. 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Suomen lääkärilehti. 24/2016 S. 1759–1764. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 8.12.2021]. Saatavana: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/230006/SLL242016_1759.pdf?sequence=1&isAllowed=y-
- Chen, F-P. 2009. Assisting adults with severe mental illness on transitioning from parental. Columbia University School of Social work. Community Ment Health J 2010. 46, 372–380. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 11.11.2021]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Färber, F., Rosendahl, J. 2018. The association between Resilience and mental health in the somatically ill. A systematic review and meta-analysis. Deutsches Arztebl 2018. 115, 621–627. [Viitattu 29.3.2022]. [Verkkolehtiartikkeli]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Gitterman, A., Knight, C. 2016. Promoting Resilience Through Social Work Practice with Groups: Implications for the Practice and Field Curricula. Journal of social work education. 52/2016, s. 448–461. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 8.12.2021]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Heikkilä, T. 2014. Webropol-kyselyt. Tilastollinen tutkimus. EDITA. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 7.1.2022]. Saatavana: <http://tilastollinentutkimus.fi/6.WEBROPOL/Webropol-kysely.pdf>
- Hiekkala-Tiusanen, L., Halunen, M., Mehtälä, T., Kiesepä, T. 2019. Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa – sivuosasta tähtinäyttelijäksi? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2019. 135(20) s. 2011–9. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 28.12.2021]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hirsjärvi, S., Remes., Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino oy. Jyväskylä.
- Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu. 2016.
- Hornik-Lurie, T., Shalev, A., Haknazar, L., Epstein, P.G., Ziedenberg-Rehav, L., Moran, G.S. 2018. Implementing recovery-oriented interventions with staff in a psychiatric hospital: A mixed-methods study. Psychiatric mental health Nurs. 2018. 25 (9–10) s. 569-581. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 29.12.2021]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Huttunen, M. 2018. Persoonallisuushäiriöt. Terveyskirjasto. Duodecim. [Verkkolähde]. [Viitattu 11.11.2021]. Saatavana: <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00407>
- Huttunen, M. 2017. Skitsofrenia: sairauden hallinta. Lääkkeet mielen hoidossa. Duodecim. Terveyskirjasto. [Verkkolähde]. [Viitattu 7.4.2022]. Saatavana: <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00026>

- Innokylä i.a. [Verkkolähde]. [Viitattu 20.3.2022]. Saatavana: <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/aivo-riihi>
- Joutsenniemi, K., Lipponen, K. 2015. Resilienssi ja postraumaattinen kasvu. Suomen lääkäri-lehti. S. 2515–2519. 39/2015. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 8.12.2021]. Saatavana: https://www.lti.fi/wp-content/uploads/2016/04/Resilienssi_ja_posttraumaattinen_kasvu-2.pdf
- Jyväskylän Yliopisto (JYU). 28.10.2021. Laadullinen tutkimus. [Verkojulkaisu]. [Viitattu 14.3.2022]. Saatavana: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>
- Jyväskylän Yliopisto (JYU). 23.4.2015. Määrällinen tutkimus. [Verkojulkaisu]. [Viitattu 14.3.2022]. Saatavana: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>
- Jyväskylän yliopisto (JYU). 28.10.2021. Tilastollisesti kuvaava analyysi. [Verkojulkaisu]. [Viitattu 15.3.2022]. Saatavana: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/tilastollisesti-kuvaava-analyysi>
- Jämsä, U., Laru, E-L. 2019. Verkostoyhteistyö ja asiakkaan osallisuus edistävät monitahoista tukea tarvitsevan nuoren kuntoutumista. Kuntoutus. 42(4), 19–27. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 11.4.2022]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Suomen Yliopistopaino Oy. 2017.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P., Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenneltyyn tietoon. Hoitotiede 2013, 25 (4), 291–301. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 17.3.2022]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Karjalainen, V., Rantanen, A., Matikka, A., Koivisto, A-M., Joronen, K. 2017. Perhetekijöiden ja sosioekonomisten tekijöiden yhteys ammattiin opiskelevien nuorten itsearvioituun ahdistuneisuuteen. Hoitotiede. 2017. 29(2), 113–124. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 29.12.2021]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Killaspy, H. 2018. Contemporary mental health rehabilitation. Epidemiol Psykiatr Sci. 2/2019. 28(1): 1–3. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 11.11.2021]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kohonen, I., Kuula-Luumi, A., Spoof, S-K. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. [Verkojulkaisu]. [Viitattu 28.3.2022]. Saatavana: https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

- Kosloff, A., Larivaara, M., Rotko, T., Vormaa, H. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. STM. [Viitattu 28.10.2021.]. Saatavana: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4
- Kostilainen, H., Nieminen, A. 2018. Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. Diakonia ammattikorkeakoulun julkaisuja. Juvenes Print Oy. Tampere 2018.
- Korkeila, J. 2019. Mitä skitsofrenian sairaalahoidon pitäisi sisältää? Lääketieteen aikakauskirja Duodecim. 2019. 135 (20) 1989–91.[Verkkojulkaisu]. [Viitattu 28.12.2021]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. WSOYpro. 2010.
- Kulmala, M., Roos, M., Suominen, T. 2019. Palvelujen asiakaslähtöisyyden turvaaminen hoitotyön johtajien ydintehtävä. Hoitotiede 2019. 31(2), 99–110. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 11.4.2022]. Saatavana: https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/118442/Palvelujen_asiakaslahtoisyyden_turvaaminen_2019.pdf?sequence=2
- Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. 11(1), 3–12. 1999. [Viitattu 14.4.2022]. [Vaatii käyttöoikeuden].
- Käypä hoito- suositus. 2020. Skitsofrenia. [Verkkolähde]. [Viitattu 28.10.2021]. Saatavana: <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>
- Laitila, M. 2006. Selvitys mielenterveys- ja päihdetyön hoito- ja palveluketjujen nykytilasta Pohjanmaan maakuntien alueella. Pohjanmaa-hanke/SoNet Botnia. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 11.11.2021]. Saatavana: https://www.epshp.fi/files/5671/Selvitys_mielenterveys-ja_paihdeyden_hoito-ja_palveluketjujen_nykytilasta_Pohjanmaan_m maakuntien_alueella.pdf
- Lehmuskoski, A., Kuusisto-Niemi, S. 2008. Sosiaalialan sanastoa asiakastietojärjestelmää varten. Sosiaalialan tietoteknologiahanke. Stakesin raportteja 30/2008. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 6.12.2021]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76344/R30-2008-VERKKO.pdf>
- Lehtonen, J., Lönnqvist, J., 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Duodecim, 12-31. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 28.10.2021]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Leijala, J., Hietala, E., Kampman O. 2019. Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa. Aikakauskirja Duodecim. 135(20): 2028-34. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 11.4.2022]. Vaatii käyttöoikeuden.

- Malmström, T., Leskelä, R-L., Lindh, M., Kajova, M., Niemelä, P., Rissanen, A., Salmisaari, T. 2018. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus -tieto muutostyön tukena. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. 7/2018. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 15.12.2021]. Saatavana: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160569>
- Martin, M., Nordling, E., Soronen, K., Savelius-Koski, E. 2021. Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 21/2021. [Viitattu 1.1.2022]. [Verkkajulkaisu]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143364/URN_ISBN_978-952-343-664-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mielenterveystalo i.a. Kuntoutus. [Verkkolähde]. [Viitattu 11.11.2021]. Saatavana: https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/default.aspx
- Narmandakh, A., Roest, A., Jonge, P., Oldehinkel, A. 2020. Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. European Child & Adolescent Psychiatry. 2021 30: 1969–1982. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 29.12.2021]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Nordling, E., Rissanen, P. 2020. Mielenterveystyö uudistuu. Toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 40/2020. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 1.1.2022]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140792/URN_ISBN_978-952-343-591-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ojanen, M. 2008. Positiivista psykologiaa. Tieteessä tapahtuu. 4–5/2009. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 6.12.2021]. Saatavana: [file:///C:/Users/35840/Downloads/2392-Artikkelin%20teksti-5431-1-10-20090622%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/35840/Downloads/2392-Artikkelin%20teksti-5431-1-10-20090622%20(1).pdf)
- Peltonen, K., Nukari, J., Poutiainen, E. 2019. Oppimisvaikeuksien ja mielenterveyden ongelmien ryhmämuotoinen tuki. Kuntoutus. 42(4). 5–18. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 11.4.2022]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Perälä, M-L., Junttila, K., Toljamo, M. 2007. Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakesin työpapereita 19/2007. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES. Helsinki. 2007. Valopaino Oy. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 18.3.2022]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76021/T19-2007-VERKKO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pietilä, A-M., Länsimies-Antikainen, H. 2008. Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 23.3.2022]. Saatavana: https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/9682/urn_isbn_978-951-27-0130-8.pdf

- Pitkänen, A., Kortteisto, T. 2021. Potilaiden ja läheisten osallisuuden edistäminen akuuttipsykiatrian osastoilla -ammattilaisten näkökulma. *Hoitotiede*. 2021. 33(1), 16-28. [Verkkoleh-tiartikkeli]. [Viitattu 11.4.2022]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Raivio, M., Raivio, J. 2020. *Toipuva mieli. Opas toipumisorientaatioon*. PS-kustannus. Ota-van Kirjapaino. Keuruu.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). i.a. 2019. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Mental health*. Saatavana: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d4e9f522-en/index.html?itemId=/content/component/d4e9f522-en>
- Richardson, K., Barkham, M. 2020. Recovery from depression: a systematic review of per-ceptions and associated factors. *Journal of mental health*. 2020 29(1) s. 103–115. [Verk-kolehtiartikkeli]. [Viitattu 28.12.2021]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Riipel, L. 2019. What does it mean to Have a sense of Coherence? *PositivePsycho-logy.com*. 30.8.2019. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 8.12.2021]. Saatavana: <https://positi-vepsychology.com/sense-of-coherence-scale/>
- Saarinen, S., Kilkku, N. 2021. Ohjauksen käsitteet mielenterveys- ja päihdetyössä -näkykö asiakkaan osallisuus? *Kuntoutus*. 44(2), 25–33. [Verkkoleh-tiartikkeli]. [Viitattu 11.4.2022]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Salminen, J., Häikiö, L. 2022. Kuntoutuminen toimintamahdollisuuksina -ammattilaisten käsi-tykset nuorten kuntoutujien toimijuudesta. *Kuntoutus*. 45(1), 18–28. [Verkkoleh-tiartikkeli]. [Viitattu 11.4.2022]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Salminen-Tuomaala, M. 2021. *Erilaiset osallistavat kehittämismenetelmät. Laadulliset, mää-rälliset ja toiminnalliset kehittämismenetelmät- kurssi*. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Lu-ento.
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. *Turun ammattikorkeakoulun oppimateri-aaleja* 108. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 8.1.2022]. Saatavana: <http://julkaisut.tur-kuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>
- Sharma, M., Srivastava, S., Pathak, A. 2021. Family psychoeducation as an Intervention Tool in the Management of Schizophrenia and the Psychological Wellbeing of Caregivers. *Indian Journal of Community Medicine*. 46(2), 304–308. [Verkkoleh-tiartikkeli]. [Viitattu 11.4.2022]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Sosilaali -ja terveysministeriö (STM). *Kuntoutus*. [Verkkolähde]. [Viitattu 11.11.2021]. Saata-vana: <https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>

- Sosiaali -ja terveysministeriö (STM). 2020. Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020–2022. Sosiaali-ja terveysministeriön julkaisuja. 2020:39. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 6.12.2021]. Saatavana: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162622/STM_2020_39.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sosiaali -ja terveysministeriö (STM). 2003. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet 2004–2007. Sosiaali -ja terveysministeriö. 11.12.2003. Tiedote 370/2003. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 6.12.2021]. Saatavana: <https://stm.fi/-/sosiaali-ja-terveydenhuollon-tavoitteet-2004-2007>
- Talvela, J. & Stenman, K. 2012. Tulevaisuudentutkimuksen menetelmiä. [Verkkolehtiartikkeli]. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A, nro 35. Tampere: Tammerprint Oy. [Viitattu 20.3.2022]. Saatavana: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47132/tutu_kirja_web_ver3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Taulukkolaskenta. Jyväskylän Yliopisto. 1.10.2019. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 30.3.2022]. Saatavana: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/tvt/tvt-perusteet/taulukkolaskenta>
- Terveyden-ja hyvinvoinnin laitos (THL). 13.7.2020. Asiakslähtöisyys. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 16.3.2022]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosku/sosiaalisen-kuntoutuksen-opas/palvelun-sisallot/yksilotyoskentely/asiakslah-toisyys>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Mielialahäiriöt. 2021. [Verkkolähde]. [Viitattu 28.10.2021]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Ahdistuneisuushäiriöt. 2021. [Verkkolähde]. [Viitattu 28.10.2021]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuushairiot>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2020. Motivoituminen ja motivointi. [Verkkolähde]. [Viitattu 7.4.2022]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosku/sosiaalisen-kuntoutuksen-opas/palvelun-sisallot/yksilotyoskentely/motivoituminen-ja-motivointi>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Positiivinen mielenterveys. 2021. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 8.12.2021]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/positiivinen-mielenterveys>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2020. Ryhmätoiminnot ja toiminnalliset menetelmät. 13.7.2020. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 7.1.2022]. Saatavana: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosku/sosiaalisen-kuntoutuksen-opas/palvelun-sisallot/ryhmatoiminta-ja-toiminnalliset-menetelmat>

- Toikko, T., Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print.
- Tolonen, J., Kokkinen, K., Jääskeläinen, E., Sihvonen, S., Kiviniemi, L., Moilanen, K. 2021. Tavoitteet nuorten mielenterveyskuntoutuksessa. Kuntoutus. 2021. 44(2), 36–47. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 12.4.2021]. Vaatii käyttöoikeuden.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Uusitalo-Malmivaara, L. 2014. Positiivisen psykologian voima. PS-kustannus. 2014.
- Malmström, T., Leskelä, R-L., Lindh, M., Kajova, M., Niemelä, P., Rissanen, A., Salmisaari, T. 2018. Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus -tieto muutostyön tukena. Valtioneuvoston tutkimus ja selvitystoiminta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. 7/2018. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 11.11.2021]. Saatavana: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160569/7-2018-Kuntoutusjarjestelman%20kokonaisuudistus.pdf?sequence=1&isA>
- Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S-K., Jäppinen, S. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 19.4.2021]. Saatavana: https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Vilka, H. 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä. Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. PS-kustannus. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu 2021.
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. Bookwell Oy, Juva. 2015.
- World Health Organization (WHO). i.a. 2019. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 16.3.2021]. Saatavana: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/mental-health>

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje henkilökunnalle

Liite 2. Kyselylomaketutkimus henkilökunnalle

Liite 3. Saatekirje asiakkaille

Liite 4. Lomakehaastattelu asiakkaille

Liite 5. Benchmarking lomakehaastattelu

Liite 1. Saatekirje henkilökunnalle

Hyvä kyselyyn vastaaja,

Opiskelen Seinäjoen ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, kliininen asiantuntijuus. Opiskeluuni kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni aihe on *mielenterveysasiakkaan palvelupolku asumisyksikössä, ryhmätoiminnot osana kuntoutumista*. Opinnäytetyöni aihe käsittelee mielenterveysasiakkaan palvelupolkuun asumisyksikössä ja siihen liittyviä prosesseja. Tarkoitus on myös kuvata ryhmätoimintojen suunnittelu- ja kehittämisprosessia.

Pyydän Teitä vastaamaan ohessa olevaan Wepropol -kyselylomakkeeseen mahdollisimman pian. Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa noin 10–15 minuuttia. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista, mutta kattavan tuloksen saamiseksi toivotaan mahdollisimman suurta vastausprosenttia. Tulokset käsitellään täysin nimettömästi eikä vastauksista voi tunnistaa henkilöitä. Kaikki tutkimusmateriaali säilytetään ulkopuolisilta salassa tutkimuksen ajan. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen tutkimusmateriaali tuhoetaan täysin.

Opinnäytetyöni arvioitu valmistumisaika on keväällä 2022, jonka jälkeen se on luettavissa Theseus -tietokannassa.

Olin erittäin kiitollinen, jos vastaisit kyselyyn.

Opinnäytetyöni ohjaava opettaja on TtT, lehtori Mari Salminen-Tuomaala.

Mahdollisiin opinnäytetyöhöni liittyviin kysymyksiin vastaan mielelläni.

Ystävällisin terveisin,

Annukka Mäkinen

annukka.makinen@seamk.fi

Liite 2. Kyselylomaketutkimus henkilökunnalle

Rastita Sinulle sopiva vaihtoehto:

1. Ikä:

20–29 v. ___

30–39 v. ___

40–49 v. ___

yli 50 v. ___

2. Sukupuoli:

nainen ___

mies ___

muun sukupuolinen ___

en halua ilmoittaa ___

3. Koulutus:

sairaanhoidtaja ___

sosionomi ___

lähihoitaja ___

muu, mikä ___

en halua ilmoittaa ___

4. Työkokemuksesi mielenterveyskuntoutujien parissa:

0–4 vuotta ___

5–10 vuotta ___

yli 10 vuotta ___

en halua ilmoittaa ___

Valitse sopivin vaihtoehto seuraavista väittämistä: (1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en samaa enkä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä, 0 = en osaa sanoa)

5. Tiedän, mitä positiivinen mielenterveys tarkoittaa

6. Tiedän, mitä resilienssi tarkoittaa

7. Tiedän, mitä koherenssi tarkoittaa

8. Tiedän, mitä toipumisorientaatio tarkoittaa
9. Tiedän, millaisia ovat toimivat mielenterveyspalvelut

10. Positiivinen mielenterveys on yksi voimavara, jota ihminen tarvitsee kuntoutuakseen
11. Vaikka ihmisellä on diagnosoitu mielenterveyden häiriö, hänellä voi siitä huolimatta olla positiivista mielen-terveyttä
12. Resilienssiä ihminen tarvitsee silloin, kun kohtaa vastoinkäymisiä toipuakseen niistä
13. Resilienssi tukee ihmistä pärjäämään haastavissakin olosuhteissa
14. Resilienssi on synnynnäinen voimavara, sitä joko on tai ei ole
15. Koherenssi on yksi kuntoutumista tukeva asia, jota asukkaat päivittäin harjoittavat yksikössämme
16. Vahva koherenssin tunne on yhteydessä siihen, miten motivoituneita asukkaat ovat kuntoutumiseensa
17. Recovery-ajattelu korostaa toivon ylläpitämistä elämässä ja toipumisprosessissa
18. Recovery-ajattelu on yksikkömme keskeisin periaate ja ajattelumme perustuu siihen
19. Toipuminen määräytyy yksilön henkilökohtaisista periaatteista käsin
20. Jokaisella asiakkaalla on oma, henkilökohtainen kokemus toipumisestaan ja sitä on kunnioitettava
21. Toivon, että saan koulutusta toipumisorientaatioon liittyen
22. Asukkaille olisi myös hyvä tarjota tietoa toipumisorientaatioajatteluun liittyen
23. Pidän tärkeänä, että jokaiselle asukkaalle tehdään henkilökohtainen kuntoutumissuunnitelma
24. Pidän tärkeänä, että asukas itse määrittelee tavoitteet kuntoutumiselleen
25. Pidän tärkeänä, että omaiset otetaan mukaan kuntoutumissuunnitelman tekoon, jos asukas itse niin haluaa
26. Kuntoutumissuunnitelma päivitetään riittävän usein
27. GAS-menetelmä on tärkeä asukkaan kuntoutumistavoitteita laadittaessa
28. Koen, että tarvitsen koulutusta GAS-menetelmän käyttöön
29. Laadukkaat palvelut korostavat asiakaslähtöisyyttä
30. Pitäisi järjestää enemmän matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja
31. Asiakaslähtöisyys on tärkeää kuntoutusprosessissa
32. Asukkaat tulisi ottaa entistä enemmän yksikön toimintaan ja sen kehittämiseen mukaan
33. Yhteydenpito omaisiin pitäisi olla tiiviimpää, jos asukas itse niin haluaa
34. Pidän tärkeänä, että säännöt laaditaan yhdessä asukkaiden kanssa
35. Asiakaslähtöisyyteen kuuluu yksilöllisyys ja sen kunnioittaminen
36. Mielestäni on tärkeää, että jokaisella asukkaalla on yksi omaohjaaja
37. Koen, että minulla on aikaa perehtyä omaohjaajana asukkaani asioihin
38. Saan tarvittaessa tukea työyhteisöltä haastaviin tilanteisiin omaohjattavani kanssa
39. Koen, että saan olla riittävästi mukana omaohjattavaani koskevissa asioissa ja palavereissa
40. Tiedän omaohjattavani tärkeimmät verkostot
41. Kokemusasiantuntijat ovat tärkeä tuki asukkaiden kuntoutumisen edistymiseen

42. Toivon, että saisimme kokemusasiantuntijoita vierailemaan yksikköömme ja keskustelemaan asukkaiden kanssa säännöllisesti
43. Olen kuullut kokemusasiantuntijoista, mutta asia on minulle vieras
44. Vapaaehtoistoiminta olisi tärkeä lisä yksikkömme toimintaan
45. Toivon, että jatkossa vapaaehtoistoimintaa lisätään ja yksiköstämme viedään tietoa vapaaehtoistoimintaan päin
46. Koen, että saan tarpeeksi koulutusta työhöni liittyen
47. Säännöllinen koulutus auttaa minua ohjaajana tukemaan asukasta paremmin hänen kuntoutumisprosessissaan
48. Olen osallistunut työnohjaukseen
49. Kannatan yksilötyönohjausta
50. Kannatan ryhmätyönohjausta
51. Jos tarvitsen työnohjausta, sitä on saatavilla ja tiedän mistä sitä saan
52. Koen, että työyhteisöni on toimiva
53. Koen, että saan tukea työyhteisöltäni työhöni liittyviin asioihin
54. Työyhteisön vahvuudet heijastuvat asukkaiden toimivaan kuntoutusprosessiin positiivisesti
55. Koen, että ryhmätoiminnot ovat tärkeä osa asukkaan kuntoutumisprosessissa
56. Ryhmätoiminnot ovat tärkeä osa sosiaalista kuntoutusta
57. Yksikössämme on säännöllistä ryhmätoimintaa
58. Asukkaat saavat olla mukana suunnittelemassa erilaisia ryhmätoimintoja
59. Ryhmätoiminnot suunnitellaan henkilökunnan toimesta
60. Ryhmätoimintojen suunnittelu ja vetäminen kuuluu kaikille ohjaajille
61. Kannatan kädentaidonryhmiä
62. Kannatan liikuntaryhmiä yksikössä tai yksikön ulkopuolella (esim. liikuntahallivuoro)
63. Kannatan ryhmiä, joissa leivotaan tai tehdään ruokaa
64. Kannatan keskusteluryhmiä ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin aiheisiin liittyen
65. Kannatan ryhmiä, joissa pelataan sisällä tai ulkona
66. Kannatan ryhmiä, joihin tulee keskustelemaan joku yksikön ulkopuolinen henkilö, esim. kokemusasiantuntija
67. Kannatan ryhmiä, joissa käsitellään erilaisia mielenterveyshäiriöihin liittyviä asioita

- 68. Millaisia muita ryhmiä toivoisit asumisyksikössä järjestettävän ja millaisia asioita täytyy ottaa huomioon ryhmätoimintoja mietittäessä?**
- 69. Millaisista koulutuksista koet olevan hyötyä?**

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Liite 3. Saatekirje asiakkaille

Hei,

Haluaisitko osallistua tutkimukseen, jossa tarkoituksena on kuvata mielenterveyskuntoutujan palvelupolkua Buustin asumisyksiköissä? Palvelupolku tutkimukseni liittyy niihin asioihin, joista Sinun kuntoutumisesi koostuu asumisyksikössä ja millaisilla asioilla Sinun kuntoutumistasi voidaan yksilöllisesti toteuttaa parhaalla tavalla.

Opiskelen Seinäjoen ammattikorkeakoulussa ylem্পää ammattikorkeakoulututkintoa ja opiskeluuni kuuluu opin- näytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni aihe on *mielenterveyskuntoutujan palvelupolku asumisyksikössä, ryhmä- toiminnot osana kuntoutumista*.

Tavoitteena on luoda entistä asiakaslähtöisempi palvelupolku. Tutkimuksen tarkoitus on myös kuvata ryhmätoi- mintoja, jotka parhaiten tukevat kuntoutumista asumisyksikössä. Olisi tärkeää, että saisin kuntoutujan näkökul- man tutkimukseeni, joten Sinun vastauksesi tähän tutkimukseen olisi todella arvostettu.

Kysely tutkimukseen toteutetaan kirjallisena, avoimin kysymyksin. Kysely tehdään nimettömänä, joten mitään henkilötietojasi, kuten nimeäsi, Sinun ei tarvitse siihen kirjoittaa. Sinua ei voida missään tutkimuksen vaiheessa tunnistaa vastauksista. Kaikki kirjallinen materiaali säilytetään ulkopuolisilta salassa tutkimuksen ajan ja tutki- muksen päätyttyä kaikki kirjallinen materiaali tuhoetaan.

Tämän saatekirjeen liitteenä on paperinen kyselylomake, mikä sisältää 7 kysymystä. Kun olet vastannut kyse- lyyn voit laittaa lomakkeen ohessa olevaan tyhjään kuoreen ja sulkea kuoren. Kuoren voit palauttaa yksikkösi ohjaajalle.

Olisin erittäin kiitollinen, jos Sinä vastaisit kyselyyn.

Annan mielelläni lisätietoja tutkimukseen liittyen.

Ystävällisin terveisin,

Annukka Mäkinen

annukka.makinen@seamk.fi

Liite 4. Lomakehaastattelu asiakkaille

1. Minkä ikäinen olet? ____ vuotta
2. Sukupuolesi: nainen__ mies__ muun sukupuolinen__
3. Millaiset asiat ovat Sinulle tärkeitä elämässä?
4. Millaiset asiat auttavat Sinua kuntoutumaan? Kuvaile kuntoutumista tukevia asioita.
5. Millaista Sinun ja ohjaajien välinen vuorovaikutus on? Miten toivot, että sinut kohdataan?
6. Kuvaile asioita, mitkä ovat Sinulle tärkeitä kuntoutumisprosessissa? Millä eri tavoin asiat toteutuvat asumisyksikössäsi?
7. Kuvaile erilaisia ryhmätoimintoja, mitkä auttavat ja edistävät Sinun kuntoutumistasi.

SYDÄMELLINEN KIITOS VASTAUKSISTASI!

Liite 5. Benchmarking lomakehaastattelu

Valitse Sinulle sopiva vaihtoehto:

Sukupuoli:

Nainen

Mies

Muun sukupuolinen

En halua ilmoittaa

Ikä:

20–29 v.

30–39 v.

40–49 v.

yli 50 v.

en halua ilmoittaa

Koulutus:

sairaanhoitaja

sosionomi

lähihoitaja

muu, mikä?

en halua ilmoittaa

Työkokemus mielenterveyskuntoutujien parissa:

0–4 v.

5–10 v.

11–20 v.

yli 20 v.

en halua ilmoittaa

Kuvaile asioita, jotka ovat tärkeitä mielenterveyskuntoutujan palveluprosessissa.

Millainen vuorovaikutus ja kohtaaminen on tärkeää työskenneltäessä mielenterveysasiakkaan kanssa?

Kuvaile, kuinka recovery eli toipumisorientaatio toteutuu kuntouttavassa mielenterveystyössä

Kuvaile mielenterveysasiakkaan kuntoutusprosessiin liittyviä haasteita ohjaajan näkökulmasta.

Kuvaile, millä tavoin kuntoutussuunnitelmaan laaditut tavoitteet ja niiden seuranta toteutuu kirjaamisessa.

Kuvaile asioita, joita tulee ottaa huomioon ryhmätoimintoja suunniteltaessa.

Millaista ryhmätoimintaa yksikössänne toteutetaan?