

TÄÄLLÄ ON KAIKKI MITÄ MÄ TAR- VITSEN, TÄÄ ON MUN KOTI.

Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia asumisesta ja osallisuudesta toiminnallisessa ryhmäkodissa

Suvi Karvinen ja
Mari Pikkarainen
Opinnäytetyö, syksy 2012
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki
Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosionomi (AMK)

TIIVISTELMÄ

Karvinen, Suvi & Pikkarainen, Mari. Mielenterveyskuntoutujat toiminnallisessa ryhmäkodissa. Kokemuksia asumisesta ja osallisuudesta. Helsinki, syksy 2012. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveyskuntoutujien kokemuksia siitä, millaista on asua toiminnallisessa ryhmäkodissa ja miten toiminnallisessa ryhmäkodissa asuminen tukee kuntoutujien osallisuutta. Opinnäytetyön tavoite on tarjota ajankohtaista tietoa ryhmäkodissa asumisesta mielenterveyskuntoutujien jakamien kokemusten avulla.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto on kerätty haastattelemalla Viertokodin toiminnallisen ryhmäkodin viittä asukasta. Haastateltavat sairastavat skitsofreniaa. Toiminnallinen ryhmäkoti on perustettu vuonna 2010.

Opinnäytetyössä on käytetty laadullista tutkimusmenetelmää. Haastattelumenetelmänä on käytetty puolistrukturoitua haastattelua. Teemahaastattelurungon kysymykset käsittelevät ryhmäkodissa asumista ja asukkaan osallisuutta. Mielenterveyskuntoutujien antamat haastattelut on tallennettu nauhoittamalla ja litteroimalla. Haastatteluista saatu materiaali on teemoiteltu. Teemoittelun avulla aineistosta etsittiin esiin nousevia, tärkeitä seikkoja, joiden avulla tarkasteltiin mielenterveyskuntoutujien kokemuksia tehostetusta asumispalvelusta, ryhmäkodissa asumisesta, toiminnallisista muodoista sekä osallisuuden toteutumisesta.

Opinnäytetyön tulokset tuovat ilmi, että toiminnallisessa ryhmäkodissa asuminen koetaan monilta osin myönteisenä asiana. Tulosten mukaan ryhmäkodissa asumisen koetaan tukevan sairauden kanssa selviämistä ja lisäävän turvallisuudentunnetta. Tulosten mukaan mielenterveyskuntoutujat kokevat ryhmäkodissa asumisen psyykkisen sairauden mukanaan tuomana elämäntilanteena. Ryhmäkodin tarjoama mahdollisuus yksityisyyteen ja toisaalta sen tarjoama tuki osallisuudelle ovat arvokkaita asioita mielenterveyskuntoutujalle. Tulosten mukaan asukkaiden kokema osallisuus koostuu asukkaiden osallisuudesta sekä yhteisöön että omaan elämään.

Asiasanat: Mielenterveys, kuntoutuja, asumispalvelut, osallisuus, ryhmäkoti

ABSTRACT

Karvinen, Suvi and Pikkarainen, Mari.

Experiences of mental health rehabilitees on living in a functional group home. 62 p., 1 appendix. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services. Degree: Bachelor of Social Services.

Mental health rehabilitation is important among people suffering from mental disorders. Mental health disorders are on the increase in Finland. There are different methods how to understand the rehabilitation process. One focal point is that rehabilitation should start from the rehabilitees' goals and their own involvement.

The aim of the thesis was to produce information on the experiences of mental health rehabilitees on living in a functional group home. The study employs qualitative methods.

The material for this thesis was collected by using thematic interviews. Five people who suffer from schizophrenia and live in a functional group home were interviewed. All interviewed participants live in Viertokoti. Viertokoti offers residential services for adults suffering from long-term mental health disorders. The functional group home, which is one of the five group homes in Viertokoti, was founded in 2010. The interviews were carried out in February 2012.

The questions of the thematic interview were focused on living in a group home, functional methods and the participation of rehabilitees. The collected material was recorded, transcribed and analyzed by using content analysis. The material was analyzed by classifying important themes which were found from the interview material.

The results of the thesis showed that the mental health rehabilitees considered the group home as a safe place to live. Living in a group home supported coping in life with mental health disorders.

Key words: Mental health, rehabilitee, residential services, participation, group home

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIENTÄ ASUMISPALVELUT	8
2.1 Laitoshoidosta asumispalveluihin	8
2.2 Asumismuotoja mielenterveyskuntoutujille	12
2.3 Tehostettu palveluasuminen.....	14
2.4 Asumispalvelut ja lainsäädäntö	16
3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS.....	18
3.1 Mielenterveyskuntoutuksen ulottuvuuksia	18
3.2 Elämänhallinta, elämänprojektit, roolit ja motivaatio.....	20
3.3 Kuntoutuksen suunnitelmallisuus	22
4 OSALLISUUS	24
4.1 Osallisuuden käsitteitä.....	24
4.2 Osallisuus mielenterveystyössä	26
4.3 Asiakkaan osallisuuden toteutuminen	27
5 VIERTOKOTI TUTKIMUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ.....	29
5.1 Toimintaympäristö	29
5.2 Tehostettu palveluasuminen Vientokodissa	30
5.3 Toiminnallinen ryhmäkoti.....	31
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	32
6.1 Tutkimuksen tavoitteet, tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	32
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	33
7.1 Laadullinen tutkimus.....	33
7.2 Puolistrukturoitu haastattelu	34
7.3 Teemoittelu.....	35
7.4 Aineiston hankinta	36
7.5 Aineiston analyysi.....	38
8 TULOKSET	40
8.1 Toiminnallisessa ryhmäkodissa asuminen	40

8.1.1 Rauhallinen ilmapiiri.....	40
8.1.2 Asumistilat toiminnallisessa ryhmäkodissa	41
8.1.3 Ohjaajien merkitys	42
8.2 Osallisuus.....	43
8.2.1 Yhteinen toiminta	43
8.2.2 Terveysteen liittyvät rajoitteet	45
8.2.3 Sosiaaliset suhteet.....	46
8.2.4 Toiveet omaan elämään ja ryhmäkotiin liittyen	47
8.2.5 Harrastukset ja omien asioiden hoito.....	48
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	50
9.1 Toiminnallisessa ryhmäkodissa asumisesta.....	50
9.2 Osallisuuden merkitys toiminnallisessa ryhmäkodissa	52
9.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	54
10 POHDINTA	56
10.1 Tutkimuksen eettisyys	56
10.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	57
10.3 Ammatillinen kasvu opinnäytetyöprosessin aikana	59
LÄHTEET.....	63

Liite 1: Teemahaastattelurunko

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata asukkaiden kokemuksia toiminnallisessa ryhmäkodissa asumisesta ja osallisuudesta. Tutkimus toteutettiin laadullisin tutkimusmenetelmin. Opinnäytetyössä käsiteltävät aihepiirit ovat asuminen tehostetun palveluasumisen yksikössä ja osallisuus. Tutkimamme aihe liittyy mielenterveys- ja asumispalveluihin sekä kuntoutujan osallisuuteen. Tutkimme mielenterveyskuntoutujien kokemaa laadullisin menetelmin, puoli-strukturoitua haastattelua hyödyntäen.

Opinnäytetyön aihevalintaan vaikutti työelämätahon halu selvittää uuden, vuonna 2010 perustetun ryhmäkodin toimivuutta ja löytää mahdollisia kehittämissuhteita tulosten pohjalta. Lisäksi halusimme tutkia osallisuuden toteutumista mielenterveyskuntoutujan arkielämässä toiminnallisessa ryhmäkodissa. Valitsimme opinnäytetyömme mielenterveyttä ja osallisuutta käsitteleviä opintojaksoja, mikä vaikutti osaltaan kiinnostukseemme valita tämä aihe.

Tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista tietoa toimeksiantajalle siitä, miten asukkaat ovat kokeneet asumisen toiminnallisia menetelmiä toteuttavassa ryhmäkodissa. Tavoitteena oli myös pohtia, miten toimintaa voisi opinnäytetyön tulosten mukaan mahdollisesti kehittää. Opinnäytetyöntekijöiden henkilökohtaisena tavoitteena oli kehittää ammatillisia toimintavalmiuksia tulevaa työelämää ajatellen ja lisätä ymmärrystä mielenterveyskuntoutujien tarpeista.

Sekä palveluasuminen että osallisuus mielenterveyskuntoutuksessa ovat hyvin ajankohtaisia aiheita. Mattilan (2002, 7–8) mukaan supistukset laitospaikoissa ovat johtaneet asumispalveluiden yleistymiseen mielenterveyskuntoutujien asumismuotona. Tutkimamme toiminnallinen ryhmäkoti tuottaa tehostettua palveluasumista. Latilan (2010, 8–9) mukaan osallisuus sisältää oletuksen siitä, että asiakkaan omalla toiminnalla on vaikutus palveluprosessiin. Pelkkä mukana olo ei kuitenkaan ole vielä osallisuutta. Opinnäytetyössä on pyritty huomioimaan osallisuuden monet puolet, joihin lukeutuvat niin konkreettiset harrastus- ja ryhmätoiminnot kuin kysymykset itsemääräämisoikeudesta silloin, kun elämään

kuuluu vaikea psyykkinen sairaus. Asumista ja osallisuutta on tutkittu mielenterveyskuntoutujien antamien haastattelujen kautta, heidän kokemansa ja jakamansa avulla.

Opinnäytetyön tuottamasta tiedosta on hyötyä opinnäytetyön työelämätaholle, sillä tulokset tuovat esiin toiminnallisen ryhmäkodin asukkaiden kokemuksia ja niiden pohjalta nousee esiin joitakin kehittämisehdotuksia. Opinnäytetyön tuottamasta tiedosta on hyötyä myös tehostetun palveluasumisen yksiköille, erityisesti silloin, jos asumispalvelu on suunnattu mielenterveyskuntoutujille. Tutkimustuloksista on hyötyä mielenterveyskuntoutujien parissa työskenteleville henkilöille, kuten asumispalveluyksiköiden ohjaajille tai toiminnan suunnittelijoille. Tulokset tarjoavat mielenterveyskuntoutujien läheisille näkökulmia kuntoutujien kokemuksista liittyen ryhmäkotiin, jossa tuotetaan tehostettua asumispalvelua sekä painotetaan toiminnassa osallisuutta ja toiminnallisia menetelmiä.

2 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN ASUMISPALVELUT

2.1 Laitoshoidosta asumispalveluihin

Laitilan (2010, 36) mukaan Suomi pysyi pitkään hyvin laitosvaltaisena maana kansainvälisesti vertailtuna. Vasta 1980- ja 1990-luvuilla mahdollistui psykiatrisen sairaalajärjestelmän purkaminen. Tuolloin pitkään sairastaneita, jopa vuosikymmeniä sairaalassa viettäneitä potilaita alettiin kuntouttaa ja heille annettiin mahdollisuus siirtyä sairaalasta niin sanottuihin puoliavoimiin hoitomuotoihin. Tähän vaikuttivat osaltaan kehittynyt lääkehoito ja näille potilaille kehitetty ja hyvin soveltuva portaittainen kuntoutus. Sairaalaipaikkojen vähentämiseen tähänneen rakennemuutoksen taustalla oli taloudellisten seikkojen lisäksi myös ideologiseen muutokseen perustuva suuntaus. Hoitoa pyrittiin inhimillistämään ja psykiatrisille potilaille haluttiin tarjota erilaisia vaihtoehtoja.

Terveydenhuollon valtakunnallisessa suunnittelussa alettiin vuodesta 1983 alkaen osoittaa uusia virkoja mielenterveystoimistojen kehittämiseen, mikä edesauttoi avohoidon kehitystä. Niin sanottu VALTAVA-lainsäädäntö laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista astui voimaan vuonna 1984. Tuona vuonna myös mielenterveystyön komitean mietintö painotti väestövastuisen, aluepsykiatrisen hoitojärjestelmän kehittämistä ja sairaalaipaikkojen vähentämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjelma Terveyttä kaikille vuoteen 2000 yhtyi vuonna 1986 mielenterveyskomitean esittämiin tavoitteisiin psykiatristen laitospaikkojen vähentämisestä ja avohoidon sekä puoliavointen hoitomuotojen ja asuntolatoiminnan lisäämisestä. (Laitila 2010, 36–37.)

Skitsofreniaa sairastavien potilaiden tutkimuksesta, hoidosta ja kuntoutuksesta toteutettiin vuosina 1981–1987 laaja kehittämisohjelma. Tarkoituksena oli kymmenen vuoden aikana vähentää pitkäaikaisessa psykiatrisessa laitoshoidossa olevien skitsofreniapotilaiden määrää puolella. Rakennemuutos on vaikuttanut skitsofreniaa sairastaviin. Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin 10-vuotisarvioinnissa havaittiin, että uusien skitsofreniaa sairastavien pitkäaikaisten

sairaalapotilaiden määrä vähentyi vuosina 1982–1992 60 prosentilla. Erityisesti vuoden 1986 jälkeen vähenemistä oli havaittavissa. Vähenemistä oli tapahtunut vielä selvemmin eli 68 prosentilla myös yli kaksi vuotta sairaalahoidossa olleiden vanhojen pitkäaikaispotilaiden määrässä. Psykiatrisissa sairaaloissa siis tapahtui rakenteellinen muutos. Aiemmin ajateltiin olevan selvää, että akuutisti psykoottinen potilas otettiin sairaalahoitoon. Esillä oli myös ajatusta siitä, että hyvä tapa varmistaa potilaan hoitomotivaation kehittyminen ja riittävä hoitoon sitoutuminen, oli pitkä sairaalahoito. Tästä ajatuksesta on pääosin luovuttu ja alettu korostaa avohoidon keskeistä merkitystä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä, kun sairaalapaikat vähentyivät. Osoituksena muutoksesta on esimerkiksi se, että ensikertalaisia psykoottisia potilaita hoidetaan yhä useammin sairaalan ulkopuolella, jopa potilaan omassa kodissa. Rakennemuutos on siis vaikuttanut psykiatristen potilaiden hoitomenetelmiin. Erialaisten mielenterveysprojektien myötä rakentavan mielenterveystyön näkökulma katosi suomalaisesta mielenterveystyöstä ja tilalle tulivat lääketieteellistä preventionäkökulmaa edustavat kansanterveysohjelmat. (Laitila 2010, 36–38; Aaltonen 2007, 65.)

Vuoden 1990 mielenterveyslaissa mainitaan, että avopalveluiden tulisi olla ensisijassa järjestettäessä mielenterveyspalveluja. Niiden tulee myös tukea itsestä suoriutumista ja oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan 1992. Vuonna 1994 tehdystä selvityksestä ilmeni, että valtaosa psykiatristen sairaaloiden potilaista oli tuolloin niin sanottuja pitkäaikaispotilaita eli heidän hoitonsa oli kestänyt vähintään kolme kuukautta yhtäjaksoisesti. Hoidossa vastentahtoisesti olevia oli noin 40 prosenttia sairaalapotilaista. Siirtyminen sairaalakeskeisyydestä avohoitoon tapahtui ainakin vuoteen 1993 hallitusti siten, että ensin lisättiin avohoidon voimavaroja, jonka jälkeen vähennettiin psykiatrisia sairaansijoja. (Laitila 2010, 39–41.)

Laman aikana lupaavasti alkanut psykiatrisen hoidon rakennemuutos kiihtyi. Koska haluttiin tavoitella säästöjä, psykiatristen sairaansijojen vähentämistä jatkettiin. Julkisuudessa nousi keskustelua psykiatristen potilaiden heitteillejättöistä. Toisaalta tutkimuksissa osoittautui, että Suomen julkinen psykiatrisen hoitojärjestelmä selvisi vaikeuksista huolimatta hyvin. 1990-luvulla pyrittiin julki-

selle sektorille soveltamaan yksityisen sektorin johtamistapaa, jonka taustalla oli toive kustannusten hillinnästä ja toiminnan tehostamisesta. Tarkoituksena oli siirtyä kohti puolittaismarkkinoita, welfare mix - ja tilaaja-tuottaja -mallia, jossa palveluiden tuottamista määrittelevät entistä enemmän markkinat ja kansalais-toiminta. Esimerkiksi yksityisten sosiaalipalveluyritysten määrä kolminkertaistui 1990-luvulla. Potilas- ja omaisjärjestöt ovat kehittyneet nopeasti ja ottaneet lisääntyvää vastuuta mielenterveysongelmallisista. Markkinoita ja valinnanvapautta korostavassa palvelujärjestelmässä ovat asiakkaiden mielipiteet ja palautteet tärkeitä, koska siten voidaan varmistaa palveluiden laatu ja tarvittaessa kehittää niitä. 1990-luvun loppupuolella kunnat ryhtyivät perustamaan mm. mielenterveyskeskuksia, jossa on päiväosastoja, toimintakeskuksia ja kuntoutuskojeja. Näihin on pystynyt siirtymään kuntoutumaan osa psykiatrisista sairaaloista kotiutetuista potilaista. (Laitila 2010, 41–42; Mattila 2009, 95.)

Suomen hoitojärjestelmä on edelleen kansainvälisesti arvioituna laitოსvaltainen, vaikka psykiatrisia sairaalapaikkoja on vähennetty. Huolta aiheuttaa myös tahdonvastaisen sairaalahoidon osuus, joka on Suomessa eurooppalaisittain suuri. Pakkohoidon suurta osuutta selittää avopalveluiden alhainen saatavuus. Matalan kynnyksen toimipisteillä, etsivällä työllä sekä liikkuvilla työryhmillä voitaisiin parantaa saatavuutta varhaiseen tukeen ja hoitoon sekä siten ehkäistä tahdosta riippumattoman hoidon tarpeen syntymistä. Suomessa hoitoajat psykiatrisissa sairaaloissa ovat lyhentyneet, joskin sairaalaan palaaminen on lisääntynyt. Yhä uudelleen sairaalaan palaavia potilaita luonnehtii vajaakykyisyys, sosiaalinen vähäosaisuus sekä asunnottomuus. Omaisten vastuu sairastuneen läheisen hyvinvoinnista ja arkielämästä on kasvanut hoitoaikojen lyhentyessä ja palvelujärjestelmän muuttuessa avohoitopainotteisemmaksi. Omaisista on myös tullut tärkeä lisäresurssi ja voimavara viralliselle hoitojärjestelmälle. (Laitila 2010, 43.)

Mielenterveystyö on edelleen painottunut häiriöiden hoitoon, vaikka kaikissa ajankohtaisissa valtakunnallisissa mielenterveystyön hankkeissa ja ohjelmissa keskeisessä asemassa ovat ehkäisevä työ ja ongelmien varhainen tunnistaminen. Monissa kunnissa kiinnitetään liian vähän huomiota mielenterveyden edistämiseen, häiriöiden ehkäisyyn ja psykososiaaliseen kuntoutukseen. Omat

haasteensa mielenterveyden edistämiseksi asettavat markkinaistuminen ja tuoteistaminen. Rakennemuutos mielenterveyspalveluissa on vielä kesken, ja sekä mielenterveystyön että mielenterveyspalvelujen kehittäminen pysyy kuntien suurena haasteena myös jatkossa. Mielenterveyspalveluiden saatavuus vaihtelee alueittain ja kuntien välillä on suuria eroja palveluiden järjestämisen tavoissa ja monimuotoisuudessa. Palvelujärjestelmää leimaa hajanaisuus ja koordinaation puute, eikä mielenterveystyön kokonaisuuden johtaminen ole selkeää. (Laitila 2010, 44.)

Erilaisten mielenterveyskuntoutujille suunnattujen asumispalveluiden määrä on lisääntynyt psykiatristen sairaalapaikkojen vähentyessä. Huomiota tulisi kiinnittää asumispalveluiden laatuun ja niiden toiminnan kuntouttavuuteen. Asumispalveluiden kehittämisen nähdään olevan yhteydessä entistä tarkempaan suunnitelmallisuuteen. Parempi johtaminen, koordinaatio ja tietojen vaihtaminen selkeyttävät palvelujärjestelmää kokonaisuutena, sekä lisäävät sen toimivuutta. Parempi koordinaatio selkeyttää palvelujärjestelmää, estää asiakkaan välinpuutoamista ja vähentää palveluiden päällekkäistä toimintaa. On tärkeää, että uudistuksia tehtäessä väestölle tiedotetaan mielenterveyspalveluiden muutoksista. Kuntien vastuuta mielenterveyspalveluiden järjestämisestä, johtamisesta ja koordinoinnista peräänkuulutetaan. (Laitila 2010, 44; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009:3, 26–28.)

Tutkijat ovat olleet huolissaan muun muassa siitä, että psyykkisistä häiriöistä kärsiviä on sairaalan sijasta laitostettu avohoitoon. Näin ollen ei ole tapahtunut aitoa muutosta asenteissa kohti erilaisuuden sietämistä, yhteisvastuullisuutta, asiakkaan itsemääräämisoikeuden lisääntymistä tai valinnanvapautta. Lisäksi on oltu huolissaan osittain yksityistettyjen asumispalveluiden valvonnasta ja toiminnan sisällöstä. 2000-luvulla on siirrytty resurssiohjauksesta informaatio-ohjauksen aikakauteen, jolloin sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistä pyritään ohjaamaan erilaisten suositusten ja ohjeiden avulla. Esimerkiksi laatusuosituksia on julkaistu mielenterveyspalveluista ja mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista. Lisäksi on laadittu käypä hoito -suosituksia esimerkiksi skitsofreniasta. Kuitenkin vaikuttaa siltä, ettei kehittämissuosituksia ole viety käy-

täntöön, ja sen takia informaatio-ohjauksen vaikuttavuutta on kritisoitu. Kun kehitetään palvelujärjestelmää, tulisi huomioida se, ettei pitkäaikaista laitoshoidoa korvattaisi toisella, vaan että samalla lisääntyisi mielenterveyspalveluita käyttävien henkilöiden sosiaalinen osallisuus. (Laitila 2010, 44–47.)

2.2 Asumismuotoja mielenterveyskuntoutujille

Suomalaisia 15–64-vuotiaita mielenterveyskuntoutujia tutkittaessa on havaittu, että valtaosa mielenterveyskuntoutujista asuu itsenäisesti. Vajaa kolmannes tutkimukseen vastanneista asuu erilaisissa asumisyksiköissä, joita ovat tavallisimmin palvelu- hoito- ja kuntoutuskodit. 5 % mielenterveyskuntoutujista asuu laitoksissa. (Salo & Kallinen 2007, 47.)

Mielenterveyskuntoutujille suunnattujen asumispalveluiden joukko on varsin laaja-alainen. Suuri osa asumispalveluista on kuntien tuottamaa, mutta tämän lisäksi palveluita voidaan ostaa kuntaliittymältä, erilaisilta yhdistyksiltä, säätiöiltä tai muilta palveluntuottajilta. Asumispalveluiden tuottajan tulee järjestää mielenterveyskuntoutujalle asumista, joka soveltuu terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä tapahtuvaan huolenpidolliseen tehtävään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 23–24.)

Mielenterveyspalvelut ovat modernisoituneet yleisen kehityksen mukaisesti. Laitosjärjestelmä ei supistuksista huolimatta ole täysin korvaantunut missään maassa jollakin toisella instituutiolla. Sairaalasijojen supistaminen ei ole myöskään johtanut julkisten mielenterveyspalveluiden lakkauttamiseen. Avo- ja yhteisöhoitolliset organisaatiot ovat yleistyneet. 1990-luvun molemmin puolin tehdyt muutokset ovat vaikuttaneet mielenterveyspalveluihin laajasti. Kunnat ovat perustaneet esimerkiksi kuntoutuskoteja. Osa psykiatrisesta hoidosta kotiutuvis- ta on voinut siirtyä suoraan näihin paikkoihin saamaan jatkohoitoa. Kunnat ovat tehneet ostopalvelusopimuksia yksityisten asumis- ja kuntoutuspalveluita tarjoavien hoito- ja palvelukotien kanssa. (Mattila 2002, 7–8.)

Mielenterveyspalveluita on kehitetty osana sosiaali- ja terveydenhuollon yleistä kehittämistoimintaa, mutta tämän lisäksi palveluiden erillishaasteet ovat nousseet keskeisiksi. Erillishaasteisiin lukeutuvat esimerkiksi pakon käytön rajoittaminen ja mielenterveyskuntoutujien sosiaalisen osallisuuden lisääminen. Sairaalahoidon käyttö on laskenut kaikissa Pohjoismaissa, mikä on vaikuttanut asumispalveluyksiköiden tuottamien palveluiden kasvuun. Mielenterveyspalveluissa on havaittavissa selkeää siirtymistä terveydenhuollosta sosiaalipalveluiden suuntaan. Suomessa suurin osa asumispalveluista tuotetaan yksityisten palveluntuottajien toimesta. (Wahlbeck 2010, 42.)

Asumispalvelut voidaan luokitella esimerkiksi tuettuun asumiseen, palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen. Tuettu asuminen edustaa itsenäistä asumismuotoa, kuten yksityisasunnossa tai tukiasunnossa asumista. Asumisen yhteyteen liittyy intensiivinen kuntoutus. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen järjestetään tähän tarkoitukseen varatuissa asumispalveluyksiköissä. Asumispalvelua tuottavissa toimintayksiköissä tulee olla asianmukaiset tilat. Asiakkaan perusoikeudet, kuten oikeus yksityisyyteen sekä henkilökohtainen tila, tulee taata. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 18–20.)

Yleisiä haittoja mielenterveyskuntoutujien asumisessa ovat vaikeus tarttua toimeen, yksinäisyys, pelko, turvattomuus, ahdistus ja henkinen väsymys. Suomalaisia mielenterveyskuntoutujia tutkittaessa on todettu, että yksinäisyys vaivaa erityisesti itsenäisesti asuvia, kun taas yksityisyyden puute vaivaa eniten laitoshoidossa asuvia mielenterveyskuntoutujia. (Guerrero 2008, 44–46.)

Mielenterveyskuntoutajat edustavat yleensä asiakasryhmää, joka on pitkän laitoshoidon seurauksena muodostunut riippuvaiseksi erilaisista hoitojärjestelmistä. Palvelurakenteen murroksen myötä on erilaisille yksityisille asumispalveluyksiköille ollut sosiaalista tilausta. Ennen vuonna 1997 voimaan astunutta lakia yksityisten sosiaalipalveluiden valvonnasta palveluiden seuranta ja valvonta ovat olleet hajanaisia. Yrittäjille on ollut epäselvää, onko heidän yrityksensä tuottanut sosiaali- vai terveyspalveluita ja asiakkaat ovat joutuneet eriarvoiseen asemaan. (Mattila 2002, 9.) Asiakkaiden oikeuksia on pyritty tuomaan esiin.

Esimerkiksi Laitinen (1995, 102–103) on kehottanut asiakkaita kysymään, miten he voivat verrata eri palveluja toisiinsa, mitkä ovat asiakkaan velvollisuudet, oikeudet ja vaikutusmahdollisuudet ja mitä asiakkaat sijoittamallaan rahalla saavat.

2.3 Tehostettu palveluasuminen

Tehostetun palveluasumisen muoto tulee kyseeseen silloin, kun kuntoutuja on vaikeasti toimintarajoitteinen. Kuntoutuja tarvitsee jatkuvaa hoivaa ja huolenpitoa sekä ympärivuorokautista tukea. Kuntoutujaa autetaan päivittäisissä toimissa, kuten henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisessa, siivouksessa, pyykinpesussa, ruokailujen järjestämisessä ja asianmukaisessa lääkehoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 18.)

Tehostetun asumispalvelun yksiköihin sijoittuvilla mielenterveyskuntoutujilla on usein sairaushistorian osalta yhtenevää taustaa. Moni mielenterveyskuntoutujista sijoittuu sairaalahoidon jälkeen asukkaaksi asumispalveluyksiköihin. Monimutkaisista elämäntilanteista selviäminen, totutusta luopuminen ja uuden oppiminen tuottavat yleensä pitkän laitoshoidon jälkeen mielenterveyskuntoutujalle haasteita. Mielenterveyskuntoutujat ovat usein olleet sairaalahoidossa vuosia hoidettavana skitsofrenia-diagnoosin takia. Lääketieteellinen malli pitää skitsofreniaa kognitiivis-affektiivisena psykoosina. Skitsofreniassa korostuvat ajatteluun, kieleen, havainnointiin ja muistiin liittyvät häiriöt sekä tunteiden kokemiseen ja ilmaisemiseen liittyvät häiriöt. Häiriö on kokonaisvaltaisuutensa ohella paradoksinen. Ajattelu ja kielenkäyttö eivät lakkaa, mutta ne irtautuvat konkreettisesta toiminnasta ja niiden suhde todelliseen toimintaan muuttuu. (Mattila 2002, 10)

Tehostetun palveluasumisen yksikössä asukasta ohjataan harjoittelemaan sairauden kanssa selviytymistä. Henkilöä kannustetaan tekemään omia päätöksiä, hoitamaan omia raha-asioitaan sekä asioimaan asumispalveluyksikön ulkopuolella. Asukasta tuetaan mielekkäässä vapaa-ajan vietossa sekä sosiaalisten

suhteiden hoitamisessa. Tukea annetaan sekä asumisyhteisössä että laajemmin ympäröivässä yhteiskunnassa toimimiselle. Tehostetussa palveluasumisessa vaikeasti toimintarajoitteinen henkilö tarvitsee hoivaa ja huolenpitoa ympärivuorokautisesti. Tehostettu palveluasuminen on yleensä yhteisöllistä asumista ryhmäasunnossa, johon kuuluu henkilökunnan läsnäolo päivisin sekä puhelinpäivystys ympärivuorokautisesti. Painopisteessä on monipuolinen kuntoutus ja asukkaan sosiaalisten suhteiden sekä toimintakyvyn ylläpito. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 18–20)

Tehostettu palveluasuminen järjestetään sille varatuissa asumispalveluyksiköissä ja se vaatii onnistuakseen oikeanlaiset tilat. Palvelun tuottajan tulee tarjota turvalliset, asianmukaiset tilat sekä toimintaympäristö, joka turvaa tehostetun palveluasumisen toteutumisen. Asukkaiden tulee voida liikkua ja oleskella asumisyksikössä esteettömästi. Asukkailla tulee olla oma lukittava huone sekä henkilökohtainen wc- ja pesutila. Asukkaan yksityisyys tulee turvata päivittäisten toimien aikana. Mahdollisuus päivittäiseen, turvalliseen ulkoiluun tulee taata. Asukkaalla on oikeus tuoda huoneeseensa omia huonekaluja. Asukkaan huoneistoon ja omaisuuteen liittyen tulee palveluita tarjoavilla yksiköillä olla ajanmukaiset kunnossapito- ja hygieniasuunnitelmat. (Sitra 2011, 12.)

Tehostettuun palveluasumiseen kuuluu suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus. Palveluiden tulee perustua yksilöllisiin tarpeisiin. Olemassa olevaa toimintakykyä ja voimavaroja on tuettava. Asukkaalle tulee järjestää omaohjaaja ja hänelle tulee tehdä yksilöllinen palvelusuunnitelma. Palvelun tarjoajan tulee huolehtia siitä, että asukas ja tämän läheiset ovat selvillä siitä, kuka omaohjaaja on ja mitä palvelusuunnitelma sisältää. Palvelusuunnitelman ajanmukaisuus tulee tarkistaa määräajoin. Tehostetussa palveluasumisessa palveluiden tuottajan tulee omaohjaajan kanssa huolehtia siitä, että asukas saa tarvittavat etuudet esimerkiksi Kansaneläkelaitokselta tai sosiaalitoimesta. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä henkilöstömitoitus tehdään olemassa olevien suositusten mukaisesti. (Sitra 2011, 13.)

2.4 Asumispalvelut ja lainsäädäntö

Mielenterveyspalveluiden järjestämisestä on säädetty esimerkiksi mielenterveyslaissa, kansanterveyslaissa, sosiaalihuoltolaissa ja erikoissairaanhoidolaissa. Kuntien tai kuntayhtymien edellytetään huolehtivan alueellaan laissa määriteltyjen mielenterveyspalveluiden toteutumisesta. (Moring 2010, 31–32.) Sosiaalihuoltoa koskevassa lainsäädännössä on säädetty mielenterveyskuntoutujan asumispalveluiden järjestämisestä. Asumispalveluyksiköiden tulee tarjota asumispalveluita, jotka vastaavat laadultaan yleisiä asumisstandardeja ja joissa riittävät kuntouttavat palvelut turvataan. Tehostetussa palveluasumisessa kuntoutuja tarvitsee hoivaa ja huolenpitoa, sekä tukea toimintakyvyn ylläpitämisessä. Lisäksi kuntoutujaa tuetaan vastuulliseen elämiseen yhteisössä ja laajemmin yhteiskunnassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 18–20.)

Mielenterveyslaissa määritellään mielenterveystyön käsitteet, sisältö, järjestämisvastuu, valvonta ja palveluiden järjestämisperiaatteet. Mielenterveyslaissa säädetään, että mielenterveyspalvelut tulee järjestää niin, että ne vastaavat tarvetta sekä sisällöltään että laajuudeltaan. Mielenterveyslaissa on annettu säädöksiä mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä. Mielenterveyslain 5 § mukaan mielisairautta tai muuta mielenterveydenhäiriötä potevalle henkilölle on järjestettävä tarvittuun lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvä tuki- tai palveluasuminen siten, miten siitä on erikseen säädetty. Sosiaalihuoltolain 17 § mukaan asumispalvelut on luokiteltu sosiaalipalveluiksi, joiden järjestämisestä huolehtiminen on kunnan vastuulla. Sosiaalihuoltolain 23 § määrittää, että asumispalveluita annetaan henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat tukea tai apua asunnon tai asumisen järjestämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 15; Harjajärvi ym. 2006, 15.)

Ohjatuissa ja valvotuissa yksiköissä asuminen ei karsi ihmisen oikeuksia ihmisarvoon, yhdenvertaisuuteen tai henkilökohtaiseen koskemattomuuteen. Valtiosääntö turvaa perustuslain 1§:n mukaan ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden sekä oikeuden edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa.

Perus- ja ihmisoikeuksina on turvattu oikeus sosiaaliturvaan sekä oikeus sosiaali- ja terveydenhoitoon sen osana perustuslain 19 § mom 2 mukaisesti. (Perustuslaki 731.)

Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Perustuslain 7§ mukaan jokaisella on oikeus elämään ja sen henkilökohtaiseen vapauteen, turvallisuuteen ja koskemattomuuteen. Ketään ei saa kohdella ihmisarvoa loukkaavasti. Vapauttaa ei saa riistää mielivaltaisesti, eikä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen saa puuttua. (Perustuslaki 731.)

Perustuslain 7§ määrittää, että yksiköllä on oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, joka antaa suojan esimerkiksi henkilöön käypiä tarkastuksia ja pakolla toteutettavia lääketieteellisiä toimenpiteitä vastaan. Säännöksellä on yhteys myös yksityiselämän suojaan. Suojan piiriin kuuluvat ruumiillinen koskemattomuus ja merkittävä puuttuminen yksilön henkiseen koskemattomuuteen jopa niissä tapauksissa, joissa tällaista puuttumista ei voida katsoa ihmisarvon vastaiseksi kohteluksi. Henkilökohtainen koskemattomuus on perusoikeus, joka asettaa siihen puuttumiselle korkean kynnyksen. Mahdollisten rajoitusten tulee aina perustua lakiin. (Koivuranta 2001, 20–22.)

Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklan mukaan jokaisella on oikeus nauttia yksityis- ja perhe-elämäänsä, kotiinsa ja kirjeenvaihtoonsa kohdistuvaa kunnioitusta. Sosiaalihuollon asiakaslaissa 8 § säädetään asiakkaan itsemääräämisoikeudesta palvelujen järjestämisessä. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua palveluidensa suunnitteluun ja toteutukseen. Mikäli asiakas ei sairautensa tai henkisen toimintakykynsä vajavaisuuden vuoksi pysty osallistumaan palvelujensa suunnitteluun, tai ymmärtämään ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja, asiakkaan tahtoa tulee asiakaslain (9§ 10 mom.) mukaan selvitettävä yhdessä hänen laillisen edustajansa, omaisen tai muun läheisen henkilön kanssa. (Euroopan ihmisoikeussopimus, 1999.)

3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS

3.1 Mielenterveyskuntoutuksen ulottuvuuksia

Kuntoutuksen käsitettä käytetään ainakin kolmessa rinnastettavassa merkityksessä. Kuntoutus ymmärretään usein erilaisista toimenpiteistä muodostuvaksi kokonaisuudeksi, jolla tähdätään tiettyihin tavoitteisiin. Toinen merkitys liittyy kuntoutuksen määrittelemiseen prosessiksi, joka etenee kohti ennalta asetettuja tavoitteita. Kolmanneksi kuntoutusta voidaan pitää yhteiskunnallisena toimintajärjestelmänä. Yhteistä näille näkökulmille on päämäärien asettaminen ja tavoittelu. Kuntoutuksella ei yleensä pyritä pelkkään kuntoutujan psykofyysisessä tilassa tapahtuvaan muutokseen, vaan muutosta tavoitellaan myös yksilön ja ympäristön välisessä suhteessa. Kuntoutuksen tyypilliset tavoitteet, joita ovat esimerkiksi parempi selviytyminen arjessa tai osallisuus yhteisön toimintaan, kuvaavat ihmisen toimintaa sosiaalisessa ja fyysisessä ympäristössä. Kun tarkastellaan kuntoutumista kuntoutujan näkökulmasta, tavoitteet liittyvät oman elämän parempaan hallintaan ja vaikutusmahdollisuuksiin. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 17.)

Perinteisesti kuntoutuksella on ymmärretty tietyn, selkeärajaisten sairauden tai vamman muodostamien ongelmien ratkaisu, henkilön toimintakyvyn parantaminen ja haittojen minimointi. Mielenterveyskuntoutuksessa tämä on aiemmin ollut vahvasti sidoksissa sairauteen ja sen diagnoosiin. Tämä usein ”psykiatriseksi kuntoutukseksi” määritelty kuntoutus porautuu psyykkisen sairauden aiheuttamaan toimintakyvyn alenemiseen tai haittaan. Kuntoutuksella voidaan kuitenkin tämän ohella tarkoittaa varsin laajaa toimintaa, jolla on vaikutuksia yksilöön ja hänen ympäristöönsä. Tällöin mielenterveyskuntoutuksessa pyritään ensin kartoittamaan mahdollisia ongelmia, joita voivat olla esimerkiksi sairaudesta johtuva hallinnan puute, toimintakyvyn rajallisuus tai muut erilaiset ongelmat. Tämän ohella pyritään löytämään tekijöitä, jotka vaikuttavat henkilön mielenterveyteen positiivisella tavalla. (Koskisu 2004, 11.)

Mielenterveyden positiivisiin ulottuvuuksiin lukeutuvat henkinen vahvuus, joka tarkoittaa yksilön kykyä käsitellä omaa maailmaansa, tunteitaan ja ajatteluaan. Kansalaisuus liittyy yksilön kykyyn tulla toimeen sosiaalisen ympäristönsä kanssa, ja siihen sisältyy esimerkiksi osallistuminen, yhteisvastuu ja monimuotoisuuden tunnistaminen. Yhteiskunnan tukirakenteisiin liittyminen tarkoittaa oikeutta päästä sosiaali- ja terveystalouteen, mutta tämän ohella myös laajemmin yhteiskunnan koko infrastruktuuria käytettävyyttä. (Koskisu 2004, 11–12.)

Kaksi eri näkökulmaa luo kuntoutukselle haasteen. Perinteisempi diagnoosin, oireiden ja ongelmien hallitsema näkökulma tulisi pystyä yhdistämään resurssi-keskeiseen näkökulmaan, joka painottaa osallistumista, täysimittaista kansalaisuutta ja selviytymiskeinoja. Kummankin näkökulman liiallinen painottaminen johtaa helposti ongelmiin, sillä liiallinen painotus sairauteen johtaa helposti ongelma-keskeiseen malliin, eikä salli yksilölle juuri muita kokemuksia kuin oma vajavuus ja ”toiseus” suhteessa terveisiin. Toisaalta taas pelkkä voimavara- ja osallisuuslähtöisyys saattaa sivuuttaa kuntoutujan oman kokemuksen sairaudesta tai psyykkisen sairauden asettamat, todelliset esteet. Yksinkertaisimmillaan kuntoutus voidaan määritellä kuntoutumista tukevaksi toiminnaksi. Kuntoutus on yhdistetty myös kuntoutumisen prosessiin, tavoitteisiin, menetelmiin, järjestelmään, toimintamalleihin ja jopa sen oppialaan. (Koskisu 2004, 12–14.)

Suomalaisessa järjestelmässä kuntoutuspalveluiden käyttäjästä selvästi nousussa oleva käsite on kuntoutuja. Nimityksellä pyritään korostamaan sitä, että kuntoutuspalveluiden käyttäjä on itsenäinen toimija, jolla on merkittävä rooli kuntoutukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa. Aikaisemmat nimitykset potilas tai asiakas nähdään nykymuotoisen, moniulotteisen ja kuntoutujan aktiivisuutta korostavan mielenterveyskuntoutuksen kannalta harhaanjohtavina. (Järvikoski & Härkäpää 2005, 152.)

Kuntoutusta tukevien mielenterveys- ja päihdepalveluiden keskeisiä tavoitteita on monesti itsenäisen asumisen, ei niinkään itsenäisen elämisen, tukeminen. Itsenäinen elämä (independent living) tyypistyy toisinaan itsenäiseksi asumisek-

si. Asukkaan otetta itsenäiseen elämään on vaikea tukea, mikäli kuntoutumisen tavoitteenasettelu koskee vain itsenäistä asumista ja vähäisiä toiminta- ja harrastusmahdollisuuksia. Kuntoutujaksi määrittely johtaa helposti siihen, että ”itsenäinen asuminen” jatkuu hyvin rajoittuneena ja laitostuneena. Jos kuntoutujan sosiaalista roolia ei pidetä väliaikaisena vaiheena, yhteiskuntaan kiinnittävän sosiaalisen osallisuuden tulisi läpäistä jokainen kuntoutuksen etappi. (Salo 2010, 40)

3.2 Elämänhallinta, elämänprojektit, roolit ja motivaatio

Kuntoutuksen tavoitteena tulisi olla kuntoutujan auttaminen toteuttamaan elämänprojekteja ja ylläpitämään elämänhallintaansa silloin, kun mahdollisuudet integraatioon ja sosiaaliseen selviytymiseen ovat sairauden tai muun syyn vuoksi uhattuina. Kuntoutusta tukevat erilaiset toimintamuodot, jotka tukevat yksilön kehittymismahdollisuuksia ja kehittävät työ- ja elinympäristöä henkilön toimintaedellytysten kannalta mielekkäämmäksi. (Koskisuus 2004, 13.)

Mielenterveyskuntoutusta voi lähestyä yksilön voimavarojen, toimintakyvyn, hallinnan tunnetta lisäävien toimenpiteiden ja ympäristöön liittyvien toimenpiteiden kautta. Ammattialan kannalta keskeisten käsitteiden selkeyttäminen ja käsittely ovat edellytyksiä sille, että kuntoutusta voidaan kehittää. Toimintakykyyn vahvasti yhteydessä oleva elämänhallinta ei ole pelkkää toimintakykyä, vaan laaja ja monisyinen käsite. Kuntoutuksen näkökulmasta elämänhallinta liittyy suoriutumiseen arjesta ja ihmisen eri rooleihin liittyvistä välittömistä tehtävistä. Elämänhallinnan kokemus pohjautuu ihmisen sisäisiin mielikuviin, tulkintoihin siitä, miten ja missä määrin voimme vaikuttaa elämäämme. Mielenterveyskuntoutujille monesti tyypillistä on hallintakäsitysten heikkous, jolloin omaan hallintaan ei uskota tai luoteta. Yleistä on lisäksi se, ettei oman toiminnan seurauksia tunnista tai ne käsitetä väärin. (Koskisuus 2004, 14–15.)

Elämänprojektit käsittävät yksilön omaa elämää koskevat suunnitelmat, päämäärät ja niihin tähtäävät toiminnot. Kuntoutuksen kannalta tarkasteltuna kyse

on siitä, mitä kuntoutuksen tavoitteet ovat ja ennen kaikkea; kenen tavoitteet ohjaavat kuntoutusprosessia. Unelmat, haaveet ja toiveet ovat tärkeitä, ja ne ohjaavat ihmisen elämäntavoitteita. Tulevaisuus ei saisi rajautua kuntoutujan ulkopuolelle, joten kuntoutuksessa tärkeää on tukea ihmistä löytämään jälleen usko omaan kykyihin, mahdollisuuksiin ja tavoitteisiin. (Koskisuus 2004, 15–16.)

Kuntoutujan motivaation ja toimintakyvyn merkittävää vaikutusta on myös erilaisilla tukipalveluilla. Tukipalveluiden saatavuus ja niiden kohtaaminen kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden kanssa on tärkeää. Jokaisen henkilön kohdalla yksilöllistä kuntoutumisprosessia voivat haitata monet yksilölliset tekijät. (Anttila 2007, 3.)

Sullivanin (1994, 22–26) tutkimuksen mukaan tärkeimmiksi kuntoutusta tukeviksi tekijöiksi mielenterveyskuntoutujat kokevat asianmukaisen lääkityksen, tiedot sairaudesta, kuntoutumisvaihtoehdoista ja -mahdollisuuksista, itsestä huolehtimisen ja oman tahdon, mielenterveyspalvelut, hyvän suhteen henkilökuntaan, työn tai muun mielekkään toiminnan sekä vertaistuen samassa tilanteessa olevilta henkilöiltä, sekä tuen erityisesti omalta lähipiiriltä. Kuntoutumisprosessissa tärkeänä pidetään erilaisten keinojen oppimista, joiden avulla sairauden kanssa tullaan toimeen. Tämä voi ilmetä esimerkiksi siten, että kuntoutuja ymmärtää stressinsietokykynsä olevan sairauden myötä alhaisempi, ja hän pyrkii rakentamaan arkensa tämän tiedon valossa.

Yhteisön jäsenyys on kuntoutujalle tärkeää, sillä tällöin kuntoutuksessa huomioidaan myös sosiaaliset roolit ja tehtävät. Kuntoutuksessa huomioidaan, kuinka henkilö kykenee toteuttamaan omassa elämässään tärkeinä pitämiään sosiaalisia rooleja, jotka voivat liittyä esimerkiksi perheenjäsenyyteen, sukulaisuuteen, työhön tai harrastamiseen. Yhteisölliset roolit edellyttävät tilanteen mukaan muuttuvia tehtäviä, vuorovaikutusta ja sosiaalista osallistumista. Tukemalla kuntoutujaa toimimaan onnistuneesti tämän itse valitsemissaan rooleissa kuntoutuksella voidaan vahvistaa kuntoutujan kokemuksia elämänsä mielekkyydestä ja tarkoituksellisuudesta. (Koskisuus 2004, 18–19.)

3.3 Kuntoutuksen suunnitelmallisuus

Kuntoutukselle ominainen piirre on suunnitelmallisuus. Nykytilanteen pohtiminen on kuntoutuksessa tärkeää, jonka ohella tulee pohtia sitä, millaista tulevaisuutta tavoitellaan ja millaisin keinoin siihen pyritään. Yhteinen suunnitelma on tärkeää laatia kaikkien kuntoutusprosessin osapuolten kesken, sillä muutoin kuntoutuksen tavoitteisiin sitoutuminen on vaikeaa. Nykytilanteen ja tavoitteiden määrittelyn jälkeen kuntoutus tapahtuu erilaisten suunnittelutapahtumien, ohjauskeskustelujen, harjoitusten ja toimenpiteiden ketjuna. Matkan varrella tapahtuvia kokemuksia tulisi pyrkiä hyödyntämään. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 35.)

Kuntoutuksen tulee olla suunnitelmallista ja monialaista toimintaa. Suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden periaatteet eivät aina toteudu mielenterveys-työssä. Tämä ilmenee siten, ettei suunnitelmia tehdä tarpeeksi tai kuntoutuja ei ymmärrä, että hänellä on oma kuntoutus- tai palvelusuunnitelma. Suunnitelman tulisi aina olla laadittu kirjallisena ja sen sisällöstä tulisi päättää ammattihenkilön ja asianomaisen itsensä lisäksi, hänen niin halutessaan, myös lähiomaisen läsnäollessa. Asumispalveluyksiköissä kuntoutussuunnitelmien laatiminen on johdonmukaisempaa, ja sisältö liittyy vahvasti toimintaan. Asumispalveluissa kuntoutussuunnitelma liittyy etupäässä asumiseen. Kokonaisvaltainen, kuntoutujan verkostot huomioiva suunnitelma, jonka toteutus ja seuranta toimivat, jää mielenterveyskuntoutuksessa usein uupumaan. (Koskisu 2004, 19.)

Kuntoutus voidaan nähdä yhteistyösuhteena, joka tarkoittaa tasaveroista suhdetta kahden toimijan välillä. Työntekijän ammatillinen tieto kohtaa kuntoutujan oman kokemuksen omasta elämästä, tavoitteista ja toiminnasta. Yhteistyösuhte tukee kuntoutuksen tehtävää tuoda esiin ja arvostaa yksilön omaa asiantuntemusta elämänsä suhteen. Yhteistyösuhteessa viimeinen päätösvalta on kuntoutujalla itsellään. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 12.)

Kuntoutuksen merkityksellisyyttä voi perustella sekä yksilön edulla että yhteiskunnan hyödyllä. Yksilöllisellä tasolla kuntoutus tukee tietä mielekkääseen ja tasapainoisempaan elämään, kokemukseen omavastuusta sekä identiteetin

muodostumiseen. Yhteiskunnan hyötynäkökohdista kuntoutus edistää sekä turvallisuus- että taloustekijöitä. Kansalaisten hyvinvointiin panostaminen lisää turvallisuutta ja kuntoutuspalvelut luovat mahdollisuuden työvoimalle. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 13.)

4 OSALLISUUS

4.1 Osallisuuden käsitteitä

Osallisuus on laajempi käsite kuin osallistuminen. Osallisuus sisältää oletuksen siitä, että asiakkaan omalla toiminnalla on vaikutus palveluprosessiin. Osallistuminen puolestaan voidaan nähdä mukana olona esimerkiksi omaa hoitoa ja tukea koskevissa palavereissa. Pelkkä mukana olo ei kuitenkaan ole vielä osallisuutta. (Laitila 2010, 8–9.)

Osallisuuden taustalla voidaan nähdä erilaisia vaikutteita. Konsumerismi korostaa palveluita käyttävää henkilöä kuluttajana ja asiakkaana. Ajattelutavan mukaan asiakkaan mielipiteet tulee ottaa palveluissa huomioon. Kuluttajanäkökulmasta mahdollisesti seuraavaa vallan ja vaikutusmahdollisuuksien epätasaista jakautumista ei tämän ajattelutavan mukaan nähdä ongelmana. Palveluita käyttävältä henkilöltä edellytetään tietoa, ymmärrystä ja kykyä toimia, jotta hän voisi toimia kuluttajana. Mikäli kuluttaja ei ole tyytyväinen, vastuu muutoksista on tuottajalla. (Laitila 2010, 7–8, 168–169.)

Oletus vapaasta tahdosta ja mahdollisuus tehdä tietoihin perustuvia valintoja hoitoa koskevissa päätöksissä kytkeytyvät konsumerismiin ja kuluttajan käsitteeseen. Onkin pohdittu voiko nämä toteutua esimerkiksi hoidossa, johon liittyy pakkoa ja velvoittavuutta. Kuluttajalla on myös vastuu tekemistä valinnoistaan ja teoistaan. Asiakkaita, jotka esimerkiksi käyttävät valinnanmahdollisuuttaan väärällä tavalla ajatellen järjestelmän näkökulmaa, leimataan ongelmatapauksiksi. Jos konsumerismi menee äärimmilleen, seurauksena voi olla todellisten valinnanmahdollisuuksien ja osallisuuden väheneminen. Kuluttaja voi valita vain niistä vaihtoehtoista, joita on tarjolla. Tällöin ei toteudu todellista asiakkaiden voimaantumista ja vallan siirtymistä kuluttajille, koska tuetaan voimassaolevia malleja ja vallanjakoa. Toisten toiminnalle järjestystä tukevia sääntöjä ja asetuksia säättävät pitävät valtaa hallussaan. Mielenrveyspalveluita kuvastaa ongelmalähtöisyys ja harkinnanvaraisuus, ja se vaikeuttaa palvelunkäyttäjän osallistumi-

sen ja valinnan mahdollisuutta. (Laitila 2010 7–8, 168–169.)

Toisaalta osallisuuden korostamisen taustalla vaikuttaa vahvasti myös demokraattinen näkökulma. Näkökulma painottaa asiakkaan äänen kuulemista ja asiakkaan valtaistumista. Mallia kutsutaan myös nimekkeellä empowerment, voimaantuminen. Voimaantumisen näkökulmasta tärkeänä pidetään vallan tasa-arvoista jakautumista, kansalaisoikeuksien toteutumista, kansalaisuutta ja yhtäläisiä mahdollisuuksia. (Laitila 2010, 7–8.)

Voimaantuminen on kuntoutuksen tavoitteena ja arvona kaksiulotteinen. Sisäisen voimaantumisen muutosprosessin myötä ihmisen leimaantumisen hallitsema, laskenut itsetunto korvautuu hiljalleen kokemuksella henkilökohtaisesta arvosta ja oman elämän hallintakokemuksista. Voimaantumisen voi olla myös selkeästi vuorovaikutuksellinen ulottuvuus, jossa kuntoutuja kohtaa luottavaisesti ne esteet, joita yhteisö asettaa hänen omien tavoitteidensa toteutumiselle. (Koskisu 2004, 55.)

Voimaantumisen prosessi lähtee liikkeelle ihmisestä itsestään, ja siten voimaa ei voi antaa toiselle. Ympäristön olosuhteilla voi olla oleellinen vaikutus voimaantumiseen. Toimijuuden ja osallistumisen kautta toteutuu voimaantumista ja se linkittyy ihmisen hyvinvointiin. Asiakkaan voimaantumista voidaan tukea vaikuttamalla asiakkaan sekä sisäisiin tekijöihin esimerkiksi oireiden hallintaan että ulkoisiin ehtoihin esimerkiksi resursseihin. Tarkastelupohja voimaantumisen voi olla sekä yksilö- että yhteisötasolla. Psykologinen ja konsumeristinen malli ovat näkökohtia voimaantumisen yksilötasolla. Voimaantumiseen liittyviä ihmisen sisäisiä tai psykologisia tekijöitä ovat muun muassa kontrollintunne, osallistuminen ja vastuullisuus. Voimaantumisen yhteisötasolla pohjana on ajatus siitä, että erilaisilla toimilla voidaan vastata ihmisten yhteisiin tarpeisiin. Eräs tavoite on monimuotoisten toimien avulla saada aikaan yhteiskunnan sosiaalisiin ja taloudellisiin voimasuhteisiin rakenteellisia muutoksia. Myös pienimuotoinen toiminta voi aikaansaada muutosta. Mahdollisuus kontrolloida käytössä olevia resursseja, vuorovaikutus-, työ- ja järjestelykyvyt sekä kyky toimia erilaisissa yhteisöissä liittyvät voimaantumiseen. (Laitila 2010, 31–32.)

Ihmisarvon suojelun merkitys tulisi ottaa huomioon voimaantumisen määrittelyssä. Asiakas on toimenpiteiden kohteena, joka merkitsee alistumista sekä riippuvuutta, ja tällöin toimenpiteiden toteuttajien valta vahvistuu ja yksilön elintila kapenee. Voimaantuakseen henkilö tarvitsee toisaalta liikkumatilaa ja oman arvon tunnistamista, toisaalta osallistumista ja yhteisöllisyyttä. Tärkeää on tasapaino yksilön ja yhteisön eduissa. Voimaantumisessa on kyse sekä yksilöllisestä että sosiaalisesta prosessista. Huomioitava seikka on, että voimaantuneessa yhteisössä ei saisi käyttää valtaa toisten yli tulkiten ja valiten tietoja omavaltaisesti. (Iija 2009, 106.)

4.2 Osallisuus mielenterveystyössä

Osallisuuden toteutuminen on keskeinen tavoite mielenterveystyössä. Osallisuus voidaan nähdä sekä keinona tämän tavoitteen saavuttamiseksi, että päämääränä itsessään. Osallisuus voi mielenterveystyössä toteutua esimerkiksi vuorovaikutuksena palveluiden käyttäjien kesken (vertaistuki), vuorovaikutuksena palveluiden käyttäjien ja ammattilaisten kesken, vuorovaikutuksena paikallisten palveluiden tuottajien ja johtajien kanssa sekä osallistumisena palveluiden suunnitteluun. Olennaista on asiakkaan oikeuksien turvaaminen laeilla sekä mahdollisuus hyödyntää tarvittaessa valituskäytäntöjä. Potilasjärjestöt on koettu Pohjoismaissa tärkeäksi osallisuuden tukemisessa, mutta Suomessa niitä on verrattain vähän. Kriittisten näkemysten mukaan psykiatriseen järjestelmään liittyvä kontrolli estää osallisuuden toteutumisen. Kriittisten tulkintojen mukaan osallisuuden tavoitteet toteutuvat vain virallisen palvelujärjestelmän ulkopuolissa projekteissa, kuten kansalaislähtöisissä järjestöissä. (Laitila 2010, 15–16.)

Merkittävänä esteenä osallisuudelle pidetään leimautumista, stigmaa. Leimautuminen voi olla joko ulkopuolelta, ympäristön asenteista ja ennakkoluuloista kumpuavaa tai sisäistä, jolloin kuntoutuja itse kokee mielenterveyskuntoutujat avuttomina ja kyvyttöminä. Tutkimusnäyttöä on havaittu sille, että psyykkisistä sairauksista kärsivät eivät halua aina hakeutua mielenterveyspalveluiden käyttäjäksi, koska he kokevat tulevansa leimatuiksi mielenterveysongelmaisiksi.

Psyykkisestä sairaudesta kärsivät eivät halua kärsiä leimautumisen mukanaan tuomasta syrjinnästä ja ennakkoluuloisuudesta. Psyykkisestä sairaudesta kärsivät kokevat helposti syrjintää työ- ja asuntomarkkinoilla ennakkoluulojen vuoksi. Mielenterveysongelmista kärsivät mieltävät usein sairauden heikkoudeksi, joka vaikuttaa heidän ihmisyyteensä. Ajattelutapa voi johtaa negatiivisiin tunteisiin, häpeään ja heikkoon itsetuntoon, mitkä puolestaan voivat vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen. (Corrigan 2007.)

4.3 Asiakkaan osallisuuden toteutuminen

Osallisuus on mielenterveyskuntoutuksessa sekä merkittävä arvo että tavoite. Merkitys perustuu tutkimuksiin, joiden mukaan kuntoutujat haluavat elää mahdollisimman tavallista elämää ja arkea. Kuntoutujat toivovat samoja kokemuksia kuin muutkin ihmiset. Näitä kokemuksia ovat esimerkiksi halu liittyä toisiin ihmisiin sekä mahdollisuus osallistua työhön, harrastuksiin ja ihmissuhteisiin tavallisissa ympäristöissä. Kuntoutusyksiköiden tarjoamat toiminnot eivät ole ainoa osallisuuden väylä, vaan tärkeää olisi siirtää kuntoutus normaalipalveluiden pariin, pois kuntoutuspaikoista. (Koskisu 2004, 54.)

Asiakkaan osallisuuden tukena nähdään olevan palveluiden käyttäjien, kuten asumispalveluiden asiakkaiden, asiantuntijuuden hyväksyminen, huomiointi ja hyödyntäminen. Asiakkaiden mielipiteiden ja ideoiden kartoittaminen palveluita suunniteltaessa tai ylläpidettäessä mahdollistavat osallisuuden toteutumista. Oikeus osallistua erilaiseen toimintaan, kuten yhteisökokouksiin ja erilaisiin ryhmiin, luo kokemusta osallisuudesta ja tuo vaihtelua yksitoikkoiseen arkeen. Erilaiset vertaistukiryhmät, yhdistykset ja potilasjärjestöt luovat mahdollisuuden osallisuuden kokemukselle. (Laitila 2010, 91–92.)

Autonomialla eli itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan yksilön omaa kykyä tehdä päätöksiä ja valintoja. Itsemääräytyvä henkilö on kykeneväinen vaikuttamaan itseään koskeviin asioihin. Hoitotilanteessa itsemääräytyminen voidaan nähdä esimerkiksi myötämääräämisenä niissä asioissa, jotka koskevat itseä.

Henkilökunnan ei tule käyttää itsemääräytymistä tekosyynä avun annosta kieltäytymiseen tai liiallisen vastuun siirtämiseen asiakkaalle. (Laitila 2010, 32–33.)

Osallisuuden toteutuminen tarkoittaa myös sitä, että asiakas saa itselleen mielekkäänä kokemaansa palvelua, hän tiedostaa tilanteensa ja antaa ammattilaisille luvan asioidensa käsittelyyn ja kantaa tämän lisäksi omalta osaltaan vastuun hoidostaan tai kuntoutumisestaan. Haasteita asiakkaan osallisuuden onnistumiselle luovat esimerkiksi epäselvyydet sääntöjen ja toimintakäytäntöjen tarkoituksissa ja merkityksissä sekä tiedon saantiin ja ymmärrettävyyteen liittyvät haasteet. Asiakkaan osallisuuden toteutumisessa on puutteita. Osallisuuden toteutumiselle esteenä ovat esimerkiksi vähäinen henkilökuntamäärä, kiire, riittämättömät taloudelliset resurssit ja asiakkaiden mielipiteiden huomioimattomuus. Osallisuuteen vahvasti vaikuttava tekijä liittyy toisaalta vahvasti itse asiakkaisiin ja heidän omiin kykyihinsä sekä motivaatioonsa olla osallisina. Osa asiakkaista ei halua tai kykene olemaan osallisina, johon vaikuttaa esimerkiksi psyykinen ja fyysinen vointi. (Laitila 2010, 139–141, 150–152.)

5 VIERTOKOTI TUTKIMUKSEN TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

5.1 Toimintaympäristö

Vuonna 2004 perustetun Lilinkotisäätiön tarkoituksena on parantaa psyykkisesti pitkäaikaissairaiden helsinkiläisten asemaa yhteiskunnassa. Säätiön hallinto ja toimintatalo toimivat Malmilla ja kuusi tehostettua asumispalveluyksikköä toimivat eri puolella Helsinkiä. Viertokoti sijaitsee Etelä-Haagassa. Vuonna 2003 rakennettu Viertokoti on kodinomainen yksikkö psyykkisesti pitkäaikaissairaille aikuisille. Yksikössä laaditaan asukkaille yksittäiset kuntoutussuunnitelmat. Aktiivista kuntoutusta ei pidetä ensisijaisena, vaan tarkoituksena on tarjota tukea ja toimintakyvyn ylläpitoon liittyvää ohjausta. Toiminnan yksi keskeisempiä tavoitteita on yhteisöllisyyden toteutuminen, jota vaalitaan muun muassa järjestämällä yhteisökokouksia ja yhteisöllisiä tapahtumia kaikille Viertokodin asukkaille ja työntekijöille. (Lilinkotisäätiö i.a.)

Viertokodissa on viisi ryhmäkotia, joissa asuu pääasiallisesti seitsemän asukasta. Ryhmäkotien asukkailla on omat lukittavat huoneet, joissa on oma wc ja suihku. Ryhmäkotien yhteiset tilat koostuvat keittiöstä, kodinhoitohuoneesta, siivouskomerosta ja olohuoneesta, jossa on tv-nurkkaus. Tämän lisäksi Viertokodissa on 12 kaksiota. Asuntokerroksessa on keittiö yhteistä oleskelua ja lääkkeenjakoa varten. (Lilinkotisäätiö i.a.)

Toiminnallisen ryhmäkodin ohjaajan mukaan Viertokodilla on monia yhteistyökumppaneita. Tärkeimmät yhteistyökumppanit ovat Lilinkotisäätiön muut asumisyksiköt Sepänkoti, Mäkikoti, Pekinkoti, Koskikoti ja Suutarinkoti. Muita merkittäviä yhteistyökumppaneita ovat erilaiset terveyspalvelut, erityisesti Haartmannin sairaala, Haagan terveysasema ja Auroran sairaala. Asukkaista useat käyvät Malmilla Lilinkotisäätiön Långin talolla osallistumassa päivätoimintaan. Lisäksi asukkaat asioivat paljon kotisairaanhoidon, terveydenhoitajien ja psykiatrin kanssa. Taksikuljetus vastaa vaikeammin liikkuvien asukkaiden kyyditsemisestä, muuten asukkaat liikkuvat itsenäisesti julkisilla kulkuneuvoilla. Viertokoti

kodissa käy jalkahoitaja ja kampaaja. Yhteisten tilojen siivouksesta vastaa siivooja, joka siistii myös osan asunnoista. Asukkaat asioivat paljon sosiaaliviraston kanssa, esimerkiksi vuokra- ja maksusitoumusasioissa.

5.2 Tehostettu palveluasuminen Viertokodissa

Viertokoti tarjoaa tehostettua palveluasumista. Asukkaat sairastavat pitkäaikaisista psyykkisistä sairautta, ja heille on laadittu omat henkilökohtaiset kuntoutussuunnitelmat. Asukkaille halutaan tarjota mahdollisuus ympärivuorokautiseen tukeen ja ohjattuun asumiseen. Tavoitteena on tarjota asukkaille turvallinen, kodikas ja toimintakykyä ylläpitävä asumismuoto sekä mahdollisuus yhteisöllisyyteen. Ohjaajien tehtävänä on tarjota ohjausta, tukea ja apua kaikessa asumiseen ja arkielämään liittyvässä, kuten esimerkiksi vaatehuollossa, henkilökohtaisessa hygieniassa, ostoksien teossa, asioiden hoidossa ja vapaa-ajan vietossa. (Lilinkotisäätiö i.a.)

Asukkaat saavat kulkea vapaasti Viertokotiin ja sieltä pois, mutta käytäntönä on, että menoista ilmoitetaan kohteliaisuusyistä. Vieraat saavat käydä päivisin kaikkiin aikoihin ja yökylään saa tulla sovitusti. Viertokodin tiloissa on mahdollista pitää ryhmiä. Henkilökuntaa Viertokodissa on 25 henkilöä: 20 ohjaajaa, 3 keittiötyöntekijää, kiinteistönhoitaja ja johtaja. Ohjaajat ovat koulutukseltaan mielenterveyshoitajia, mielisairaanhoitajia, sosionomeja, sairaanhoitajia ja lähihoitajia. Kaikkien ohjaajien tehtävät ovat samat, ja ne liittyvät asiakkaiden ohjaamiseen ja osallisuuden tukemiseen. Henkilökunnan tehtävänä on ottaa toimissa huomioon asukkaiden yksilölliset tarpeet ja olla mukana asumisen, arkielämän, vapaa-ajan ja virkistystoiminnan tukena. (Lilinkotisäätiö i.a.)

Toiminnallisen ryhmäkodin ohjaajan mukaan tehostettuun palveluasumiseen Viertokodissa sisältyy asukkaan kokonaisvaltainen tukeminen elämän kaikilla osa-alueilla. Asukkaita pyritään ohjaamaan niin terveystalveluiden käytössä, raha-asioiden hoidossa, harrastamisessa kuin vierailuissa sukulaisten ja tuttavien luona. Asukkaiden etua valvoo virallinen edunvalvoja tai lähiomainen.

5.3 Toiminnallinen ryhmäkoti

Kuten toiminnallisen ryhmäkodin ohjaaja esittää, toiminnallinen ryhmäkoti perustettiin Viertokotiin marraskuussa 2010. Vastaavat toiminnalliset ryhmäkodit perustettiin kaikkiin Lilinkotisäätiön asumispalveluyksiköihin. Toiminnallisessa ryhmäkodissa ryhmäkodin seitsemän asukasta syövät aamiaisen oman ryhmäkodin tiloissa ruokasalin sijaan. Muista ryhmäkodeista poiketen yhteissiivouksia ei ole. Asukkaat harrastavat ohjaajien kanssa ruoanlaittoa yhteisvoimin kerran viikossa ja toiveiden mukaan tehdään myös retkiä. Ohjaajat pitävät kirjanpitoa asukkaiden rahavaroista. Ohjauksellisesta näkökulmasta ideana on tukea asiakkaan aktiivisuutta hoidollisen työotteen sijaan.

Toiminnallisen ryhmäkodin ohjaajan mukaan haastatteluun osallistuneet asukkaat ovat asuneet aikaisemmin Viertokodin muissa ryhmäkodeissa, toisissa mielenterveyspalveluita tarjoavissa asumisyksiköissä tai psykiatrisessa sairaalassa. Ryhmäkodin perustamisen yhteydessä asukkaaksi olisi voinut hakea, mutta koska ilmoittautuneita ei ollut, asukkaat valittiin. Asukkaiksi valittiin henkilöitä, joille aktiivisempi elämänote vaikutti soveltuvan. Lääkkeitä toiminnallisen ryhmäkodin asukkaat säilyttävät itsellään ja lääkkeiden otto tapahtuu itsenäisesti.

Viertokoti tarjoaa tehostettua asumispalvelua, johon sisältyy ympärivuorokautinen tuki. Tutkimassamme toiminnallisessa ryhmäkodissa puhelinpäivystys on saatavilla ympäri vuorokauden. Ohjaajia toiminnallisessa ryhmäkodissa on arkena päivisin. Koko yksikössä ohjaajia on ilta- yö ja viikonloppuvuoroissa. Lääkkeitä toiminnallisen ryhmäkodin asukkaat säilyttävät itsellään ja lääkkeiden otto tapahtuu itsenäisesti. (Lilinkotisäätiö i.a.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

6.1 Tutkimuksen tavoitteet, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata asukkaiden kokemuksia toiminnallisessa ryhmäkodissa asumisesta ja osallisuudesta. Tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista tietoa toimeksiantajalle siitä, miten asukkaat ovat kokeneet asumisen toiminnallisia menetelmiä toteuttavassa ryhmäkodissa. Asukkaiden kokemusten perusteella toimeksiantajalla on mahdollisuus kehittää toimintaansa. Opinnäytetyöntekijöiden henkilökohtaisena tavoitteena oli kehittää ammatillisia toimintavalmiuksia ja lisätä ymmärrystä mielenterveyskuntoutujien tarpeista.

Tutkimuskysymyksiksi valitsimme seuraavat:

1. Miten asukkaat ovat kokeneet toiminnallisessa ryhmäkodissa asumisen?
2. Miten asukkaat kokevat toiminnallisen ryhmäkodin tukevan osallisuutta?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Laadullinen tutkimus

Olemme käyttäneet tutkimuksessa laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Pelkistetyimmillään laadullinen tutkimus on aineiston muodon ei-numeraalista kuvausta. Laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta on peilattu paljon kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen. Laadullista tutkimusta on tuotu tutuksi sen kautta, mitä siihen ei kuulu. Kvantitatiiviseen tutkimukseen verrattuna kvalitatiiviselle tutkimukselle ei ole ominaista esimerkiksi valmiit hypoteesit. Tällaista vastakkainasettelua ei nähdä nykyään enää tärkeänä. Monet käsitteet, kuten objektiivisuus, on aiemmin nähty kuuluvan vain määrällisen tutkimuksen piiriin. Myös laadullinen tutkimus voi olla objektiivista. Tutkijan toimiminen objektiivisesti kentällä on aiemmin nähty mahdolliseksi vain siten, että tutkittava pysyy mahdollisimman kaukana haastateltavasta. Objektiivisuus voi kuitenkin näyttäytyä laadullisessa tutkimuksessa esimerkiksi siten, että tutkija tietoisesti välttää sotkemasta omia ennakkokäsityksiään ja asenteitaan tutkimuskohteeseen. Vaikka ennakkokäsitysten tiedostaminen ei karsisikaan niiden vaikutusta tutkimukseen täydellisesti, se lisää tutkimuksen objektiivisuutta. (Eskola & Suoranta 2008, 13–20.)

Laadulliselle tutkimukselle ominaista on tutkijan vapaus ja vastuu. Kun ennakoasetelmia ei ole ja laadullinen tutkimus rakentuu ikään kuin alhaalta ylös, vastuu aineiston rajaamisesta jää tutkijalle. Laadulliselle tutkimukselle ominaista on, ettei aineisto lopu koskaan. Tämän vuoksi aineiston rajaaminen ja tutkimussuunnitelman ja -kysymysten huolellinen laatiminen on tärkeää. (Eskola & Suoranta 2008, 18–20.)

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui laadullinen tutkimusmenetelmä, sillä se soveltuu paremmin tutkimukseen, jossa haetaan vastaajien yksilöllisiä kokemuksia ryhmäkodin toiminnasta.

7.2 Puolistrukturoitu haastattelu

Puolistrukturoidussa haastattelussa haastateltavat voivat vastata omin sanoin kysymyksiin. Kysymykset ovat ennalta määrättyjä, mutta haastattelija voi halutessaan vaihdella niiden sanajärjestystä. Puolistrukturoiduille haastattelumenetelmille ominainen piirre on, että jokin haastattelun näkökulma on lyöty lukkoon, mutta ei kaikkia. Puolistrukturoitua haastattelua voidaan kutsua myös teemahaastatteluksi. Teemahaastattelussa keskitytään tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Teemahaastattelu pohjaa oletuksesta, että yksilön kaikkia kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä. Puolistrukturoidulle haastattelulle on siis ominaista, että haastattelulle on mietitty teemoja, mutta lisäksi haastattelussa esitetään tarkkoja kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Vaikka teemahaastattelu on lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua, on se kuitenkin puolistrukturoitu menetelmä, koska teemahaastattelussa yksi haastattelun aspekti eli haastattelun aihepiirit, teema-alueet, on kaikille sama. Teemahaastattelussa ei ole samanlaista kysymysten tarkkaa järjestystä ja muotoa kuin strukturoidussa haastattelussa, mutta siitä puuttuu syvähaastattelulle ominainen täyden vapauden piirre. Teemahaastattelussa huomioidaan se, että keskeistä on ihmisten tulkinnat asioista ja heidän antamansa merkitykset asioille, kuten myös se, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.)

Valitsimme haastattelumenetelmäksi puolistrukturoidun haastattelun, koska keskityimme haastattelussa teemoihin, jotka liittyivät erityisesti tutkimuskysymyksiimme eli asukkaiden kokemuksiin asumisesta ja osallisuudesta. Kuten Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006) mainitsevat, puolistrukturoidussa haastattelussa on mahdollista esittää tarkkoja kysymyksiä. Tämän vuoksi haastattelumenetelmä sopi opinnäytetyöhömme hyvin, koska näin asukkaat saattoivat kertoa kokemuksistaan ja ajatuksistaan tarkasti. Hirsjärvi ja Hurme toteavat (2000, 47–48), että puolistrukturoidussa haastattelussa haastateltavat voivat vastata omin sanoin kysymyksiin. Pidimme tätä seikkaa tärkeänä, koska ha-

lusimme antaa haastateltaville mahdollisuuden vastaamiseen omin sanoin emmekä sitoa vastauksia vastausvaihtoehtoihin.

7.3 Teemoittelu

Teemoja eli keskeisiä aiheita voidaan muodostaa aineistolähtöisesti niin, että etsitään tekstistä sen haastatteluja, vastauksia tai kirjoitelmia yhdistäviä tai erottavia tekijöitä, mutta myös teorialähtöisesti, jolloin teemoittelu ohjautuu jonkin tietyn viitekehyksen tai teorian mukaisesti. Haastateltavien kanssa läpikäytyt teemat löytyvät yleensä kaikista haastatteluista vaihtelevissa määrin. Litteroinnin jälkeen aineisto voidaan siis järjestellä teemoittain. Aineistosta voi löytyä myös kokonaan uusia teemoja ja ihmisten läpikäymät aiheet eivät välttämättä noudata tutkijan laatimaa järjestystä ja jäsenystä. Sen vuoksi on tärkeää, että ihmisten puheesta litteroitua tekstiä tarkastellaan ennakkoluulottomasti. Teemoittelun avulla on mahdollista vertailla tiettyjen teemojen esiintymistä ja ilmenemistä aineistossa, koska aineistosta pystyy nostamaan esille tutkimusongelmaa valaisevia teemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Eskola & Suoranta 2008, 174.)

Aineistoa järjestettäessä teemojen mukaan sijoitetaan tietyn teeman alle esimerkiksi kustakin haastattelusta kohdat, jossa puhutaan kyseessä olevasta teemasta. Tutkimusraportin yhteydessä esitetään yleensä sitaatteja, joiden tarkoituksena on antaa esimerkkejä, ja todentaa lukijalle aineiston olemassaolo, johon tutkija pohjaa analyysinsä. Käytettäessä sitaatteja tulisi muistaa olla kriittinen ja kirjoittaessa pitäisi pohtia, mikä kunkin sitaatin tehtävä on ja onko sille varmasti tarvetta suunnitellussa kohdassa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Valitsimme teemoittelun opinnäytetyömme analysointimenetelmäksi, koska näin pystyimme tarkastelemaan haastatteluaineistoa erityisesti tutkimuskysymystemme kannalta. Pystyimme teemoittelun kautta myös vertailemaan tiettyjen teemojen esiintymistä ja ilmenemistä aineistoissa, kuten Eskola ja Suoranta

(2008, 174) mainitsevat. Lisäksi teemoittelu analysointimenetelmänä mahdollisti ennakkoluulottoman lähestymistavan aineistoon, ja näin aineistosta nousi esiin merkityksellisiä seikkoja asiakkaiden kokemuksista osallisuudesta ja asumisesta.

7.4 Aineiston hankinta

Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli keväällä 2011 harjoittelussa Viertokodissa, tosin eri ryhmäkodissa. Opinnäytetyön toteuttamisesta keskusteltiin harjoittelun yhteydessä Viertokodin opiskelija-asioista vastaavan työntekijän kanssa. Harjoittelun jälkeen yhteydenpito Viertokotiin tapahtui soittamalla tai sähköpostitse. Olimme aluksi yhteydessä Viertokodin opiskelija-asioita hoitavaan ohjaajaan sekä yksikön johtajaan. Myöhemmin yhteydenpito tapahtui toiminnallisen ryhmäkodin ohjaajan kanssa. Yhteydenpito asukkaisiin tapahtui Viertokodissa.

Ennen haastattelujen alkamista kävimme tutustumiskäynnillä toiminnallisessa ryhmäkodissa. Saimme neuvoja ja ideoita ammatillisesta näkökulmasta ryhmäkodin ohjaajalta kysymysten laatimiseen. Tärkeäksi osoittautui muodostaa sopivan mittainen haastattelu sekä välttää liian vaikeaselkoisia kysymyksiä. Tämä huomioitiin siksi, että kysymykset laadittiin pitkäaikaisesti psyykkisesti sairaille henkilöille. Kysymyksissä halusimme huomioida sen, että niiden avulla onnistuttaisiin tuomaan asukkaan omat näkemykset ja kokemukset kuuluviin. Tähän tavoitteeseen pyrimme tekemällä kysymyksistä selkeitä ja ymmärrettäviä. Halusimme että kysymykset käsittelevät kuntoutujan arkielämään liittyviä asioita, kuten päiväaskareita, harrastuksia ja ihmissuhteita. Avoimilla ja keskustelunomaisilla kysymyksillä tahdoimme antaa haastateltavalle mahdollisuuden kertoa kokemuksistaan laajasti. Erityisesti osallisuus monisyisenä terminä oli tarpeellista avata haastattelukysymyksissä siten, että osallisuutta käsittelevät kysymykset liittyivät konkreettisiin asioihin, kuten harrastamiseen, päätöksentekoon ja ihmissuhteiden ylläpitoon.

Teemahaastattelurungon kysymykset käsittelevät kahta aihepiiriä. Ensimmäinen

valitsemamme aihepiiri oli asuminen toiminnallisessa ryhmäkodissa. Kysymykset käsittelivät sitä, millaista asuminen ryhmäkodissa asukkaiden mielestä oli, mitä ryhmäkodin toiminnallisuus heidän kokemuksensa mukaan oli ja miten asukas koki ryhmäkodin eri toiminnot ja käytännöt. Toinen aihepiiri koski osallisuutta. Osallisuutta käsittelevissä kysymyksissä pyrimme tuomaan esiin asukkaiden kokemuksia osallistumisesta esimerkiksi konkreettiseen tekemiseen, kuten ryhmiin ja harrastuksiin. Tämän ohella pyrimme kartoittamaan osallisuuden toteutumista yksilön ihmisoikeuksien näkökulmasta. Tätä aihepiiriä käsittelevät kysymykset koskivat esimerkiksi asukkaan oikeutta kutsua omia vieraita kylään, mahdollisuutta ylläpitää asumisyksikön ulkopuolisia ihmissuhteita ja mahdollisuutta tehdä omaa elämää koskevia päätöksiä.

Haastattelimme opinnäytetyötä varten viittä asukasta toiminnallisesta ryhmäkodista kolmena eri päivänä. Olimme esitelleet itsemme ja opinnäytetyön aiheen asukkaille tutustumiskäynnin yhteydessä, jonka lisäksi ohjaajat olivat kertoneet tulostamme aamukokouksessa. Tullessamme haastattelemaan kysyimme jokaiselta asukkaalta vain meidän ja haastateltavan ollessa paikalla luvan haastattelulle. Lisäksi esittelimme lyhyesti opinnäytetyön aiheen haastateltavalle ja kerroimme, että haastattelu nauhoitetaan. Haastattelu toteutettiin haastateltavan toiveesta riippuen ryhmäkodin yhteisissä tiloissa tai haastateltavan omassa asuinhuoneessa. Haastattelussa oli valmis runko haastattelukysymyksistä, mutta halusimme säilyttää mahdollisuuden esittää tarkentavia kysymyksiä. Puoli-strukturoitu haastattelu mahdollisti sen, että haastateltava sai halutessaan kertoa kokemuksistaan yksilöllisesti ja tarkasti. Haastattelutilanteet sujuivat rauhallisesti. Haastateltavat elävöittivät haastattelutilannetta monesti esimerkiksi harrastuksista puhuttaessa esittelemällä meille käsitöitään ja piirustuksiaan.

Haastattelemamme Viertokodin toiminnallisen ryhmäkodin asukkaat olivat skitsofreniaa sairastavia helsinkiläisiä. Kaikki haastateltavat olivat yli 40-vuotiaita. Haastatteluun osallistuneet asukkaat olivat asuneet toiminnallisessa ryhmäkodissa sen perustamishetkestä alkaen. Pitkäaikaisesta psyykkisestä sairaudesta johtuen asumiseen liittyvä kuntoutus oli toimintakykyä ylläpitävää.

7.5 Aineiston analyysi

Kun analysoidaan laadullista aineistoa, on sen tarkoituksena selkeyttää aineistoa ja tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysin avulla aineistoa tiivistetään kuitenkin kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Aineiston informaatioarvo kasvaa, kun hajanaisesta aineistosta luodaan ymmärrettävää ja mielekästä. Aineiston analyysi on ongelmallinen vaihe laadullisessa tutkimuksessa. Ongelmallisuus johtuu esimerkiksi siitä, että selkeitä työskentelytekniikoita on vähän. Analyysitapoja laadullisille aineistoille on olemassa suhteellisen paljon ja tapoja kehitetään lisää. (Eskola & Suoranta 2008, 137, 160.)

Haastattelut litteroitiin siten, että asukkaan nimi tai hänen mainitsemansa ihmisten tai paikkojen nimet kirjattiin ylös merkillä X. Eettisesti ajatellen haastattelurungon kysymykset 2. Missä asuit aiemmin? Eroaako tämä asuinpaikka edellisestä asuinpaikastasi? ja 14. Pidätkö yhteyttä läheisiisi; käyvätkö he luonasi kylässä tai käytkö itse muualla kyläilemässä? olivat varsin henkilökohtaisia. Näiden kysymysten yhteydessä haastateltavat kertoivat monesti paikkojen tai tuttavien nimiä, jotka korvattiin merkinnällä X. Haimme kysymyksillä tietoa siitä, kuinka toiminnallinen ryhmäkoti täyttää tehtävänsä nimenomaan osallistavana yksikkönä, verrattuna tavalliseen tehostetun palveluasumisen ryhmäkotiin tai laitosasumiseen. Haastatteluvastauksista tutkimukseen poimittiin näin ollen kuvaukset ryhmäkodin ilmapiiristä tai arkirutiineista mahdollisesti verrattuna muihin ryhmäkoteihin tai laitosasumiseen, mikäli asukkaan asumismuoto oli aiemmin ollut jokin asumispalveluiden muoto. Yhteydenpitoa käsittelevässä kysymyksessä tutkittiin, ovatko asukkaat halukkaita tai pystyviä hyödyntämään ryhmäkodissa asuvien oikeutta kutsua vieraita ja vierailia itse yksikön ulkopuolella.

Eskola ja Suoranta (2008, 174) mainitsevat, että aineiston analyysia tehdessä on tärkeää, että tekstistä kykenee löytämään ja erottelemaan tutkimusongelman kannalta olennaisinta tietoa. Tämän vuoksi kävimme aineiston analyysin alkuvaiheessa litteroimamme haastattelut monta kertaa läpi, koska halusimme tuntea aineiston mahdollisimman hyvin. Löysimme litteroidusta materiaalista sopivia teemoja, jotka liittyivät olennaisesti tutkimuskysymyksiimme, asukkaiden

kokemuksiin asumisesta ja osallisuudesta. Teemoittelemalla aineistoa pyrimme tavoittamaan haastateltavien puheesta sellaisia seikkoja ja asioita, jotka nousivat heidän puheistaan merkityksellisesti esiin. Alkuvaiheessa alleviivasimme aineistosta kuhunkin teema-alueeseen sopivia ilmaisuja. Laadimme taulukon, johon siirsimme haastateltujen ilmaukset kunkin teema-alueen alapuolelle. Seuraavaksi yksinkertaistimme alkuperäiset ilmaukset lyhyempään muotoon samalla huolehtien, että niiden sisältö pysyi samana.

Loppuvaiheessa analysointia yksinkertaistetut ilmaisut yhdistettiin alakäsitteisiin eli teema-alueisiin (esimerkiksi sosiaaliset suhteet ja rauhallinen ilmapiiri) ja alakäsitteet ryhmiteltiin yläkäsitteiden eli asukkaiden kokemusten asumisesta ja osallisuudesta mukaisesti. Näin saimme muodostettua ilmiöitä ja asioita, jotka liittyivät sekä ylä- että alakäsitteisiin.

Päädyimme käyttämään tutkimustulosten yhteydessä haastateltujen alkuperäisiä ilmauksia eli sitaatteja. Mielestämme tämä oli perusteltua, koska kuten Saaränen-Kauppinen ja Puusniekka (2006) huomauttavat, sitaatit antavat esimerkkejä ja todentavat lukijalle aineiston olemassaolon. Lisäksi mielestämme valitsemamme sitaatit kuvastavat eläväisesti esiinnousseita teema-alueita ja tuovat kuvailevasti haastateltavien mielipiteitä ja ajatuksia esille.

8 TULOKSET

8.1 Toiminnallisessa ryhmäkodissa asuminen

Käsitlemme tässä kappaleessa tutkimustuloksia, jotka vastaavat ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme, eli miten asukkaat ovat kokeneet toiminnallisessa ryhmäkodissa asumisen. HavaitSIMME analysoidusta aineistosta nousevan esiin teemoja, jotka liittyivät olennaisesti ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme. Rauhallinen ilmapiiri, asumistilat ja ohjaajat vaikuttavat kaikki siihen, että miten asukkaat ovat kokeneet toiminnallisessa ryhmäkodissa asumisen.

8.1.1 Rauhallinen ilmapiiri

Toiminnallisessa ryhmäkodissa viihtymistä kuvattiin aiempien asumismuotojen kautta. Osa haastateltavista oli aiemmin asunut laitostuntoutuksen yksiköissä. Useat haastateltavista olivat ennen toiminnallista ryhmäkotia asuneet useita vuosia Viertokodin muissa ryhmäkodeissa. Edellisiin verrattuna toiminnallista ryhmäkotia kuvattiin haastatteluissa rauhalliseksi ja viihtyisäksi paikaksi. Aiemmissä ryhmäkodeissa esiintyi paljon enemmän rauhattomuutta esimerkiksi oven takana huutamista.

Pääsin tänne kolmosesta. Siellä oli aina joku oven takana. Huusi siellä kovaan ääneen.

Toiminnallisen ryhmäkodin ilmapiiriin koettiin vaikuttavan vahvasti asukkaiden rauhallisuus ja sen myötä syntyvä mahdollisuus viettää aikaa yhteisissä tiloissa esimerkiksi televisiota katsellen. Osa asukkaista totesi, että ruokasalissa syöminen on hyvin rauhatonta, koska osa muiden ryhmäkotien asukkaista huutaa ja etuilee jonoissa. Sen takia ruokailu omassa ryhmäkodissa koettiin rauhallisemmaksi.

On kivaa syödä aamupalaa tässä, kauheen ahdasta siellä ruokalassa. Joku aina itkee ja huutaa.

8.1.2 Asumistilat toiminnallisessa ryhmäkodissa

Jokainen haastateltava nosti esille oman tilan merkityksen. Toiminnallisessa ryhmäkodissa jokaisella asukkaalla on oma huone, jossa on sänky, kylpyhuone ja pöytä. Kaikilla haastatelluilla oli myös huoneessaan oma radio. Haastatteluisa korostui se, että omaan huoneeseen voi mennä silloin, kun halusi viettää omaa aikaa tai oli fyysisesti tai psyykkisesti huono olo. Haastateltavat kertoivat, että omaan huoneeseen on mukava mennä lukemaan lehtiä, kuuntelemaan radiota ja lepäämään. Vastapainoksi yhteiselle tekemisille jokainen kaipasi omaa henkilökohtaista aikaa, jolloin sai olla omissa oloissaan. Välillä yhteiset askareet rasittivat haastateltavia, joten erityisesti silloin oman huoneen merkitys korostui asukkaalle. Jokainen haastateltava piti huoneestaan, negatiiviset kommentit liittyivät pääsääntöisesti huoneen pieneen kokoon. Lisäksi asumishuoneen kuvattiin muuttuvan tukalan kuumaksi esimerkiksi suihkussa käynnin yhteydessä.

*Mä oon tyytyväinen tähän mun omaan huoneeseen.
Täällä on kaikki mitä mä tarvitsen, tää on mun koti.*

Yhteisiä tiloja asukkailla toiminnallisessa ryhmäkodissa ovat keittiö, olohuone ja pyykkitupa. Pyykkituvassa jokaisella asukkaalla oli omat pesuvuoronsa, joita asukkaat kertomansa mukaan noudattivat suhteellisen hyvin. Asukkaat kertoivat, että tarvittaessa pyykinpesuun saa opastusta ohjaajilta. Asukkaat kokivat olohuoneen viihtyisäksi paikaksi, jossa katsotaan yhdessä televisiota, luetaan lehtiä ja jutellaan muiden asukkaiden kanssa. Suurimmaksi osaksi asukkaat kertoivat pitävänsä yhteisestä aamupalan valmistamisesta ja viikoittaisen lounaan valmistamisesta yhdessä.

Katotaan tossa aina telkkaria ja elokuvia ku telkkari on päällä.

Asukkaat kertoivat liikkuvansa myös Viertokodin muissa kerroksissa, joissa heillä oli ystäviä. Lisäksi päivän muut ruokailut kuin aamupala ja viikoittainen lounas tapahtuvat Viertokodin yhteisessä ruokasalissa. Viikonloppuisin asukkaat kertoivat syövänsä ruokasalissa. Mahdollisuus yksityisyyteen omassa huoneessa sekä toisaalta yhteisöllisyyteen olohuoneessa, keittiössä ja Viertokodin muissa kerroksissa koettiin mielekkäänä.

Jos on jotain yhteistä kivaa tekemistä tuolla ruokasalissa niin semmosessa oon ollu mukana.

8.1.3 Ohjaajien merkitys

Toiminnallisessa ryhmäkodissa ohjaajat ovat pääsääntöisesti paikalla arkisin kello 8-16. Asukkaat saavat tarvittaessa yhteyden Viertokodin muihin ohjaajiin ympärivuorokautisesti. Pääosin asukkaat olivat tyytyväisiä ohjaajien läsnäoloon ja he kokivat saaneensa apua heiltä. Yhteinen ruoanlaitto ja kaupassa käynti ohjaajien kanssa koettiin hyvin mielekkäänä. Asukkaat totesivat ohjaajien ymmärtävän heidän taudinkuvaansa esimerkiksi liittyen siihen, miten kunto saattaa vaihdella päivittäin. Asukkaiden henkilökohtaiset lääkkeet ovat asukkaiden omassa hallinnassa, joten asukkaat kokivat tärkeänä, että ohjaajat muistuttivat lääkkeiden ottamisesta. Haastateltavat kokivat, että ohjaajat kysyivät heiltä mielipiteitä asioista, muistuttavat esimerkiksi lääkkeiden otosta ja kannustavat osallistumaan ryhmätoimintaan. Myös se, että ohjaajat kannustivat tekemään ja ottamaan osaa silloinkin, kun asukas ei olisi jaksanut, koettiin tärkeänä. Osa koki, ettei uskaltanut sanoa ohjaajille suoraan mitä halusi, osa taas kertoi keskustellevansa ohjaajien kanssa usein. Kaikki kokivat ohjaajien olemassaolon tarpeelliseksi.

Kyl mä oon huomannu et heistä (ohjaajilta) saa apua. Jos joku ongelma painaa niin puhuu siitä

Toisaalta haastateltavat kokivat, että he pärjäävät viikonloppuisin hyvin ilman ohjaajien läsnäoloa ja viikonloppuisin he käyvät esimerkiksi ruokalassa syömässä. Rauhallisuus ja hyvä ilmapiiri säilyi huolimatta siitä, että ohjaajat eivät

olleet läsnä. Lisäksi asukkaat kokivat, että viikonloppuisin he viettävät ehkä jopa enemmän aikaa keskenään kuin viikolla.

Sitte se on tietysti hyvä että ku ohjaajat lähtee pois ni me voidaan olla keskenämme.

8.2 Osallisuus

Löysimme tutkimusaineistosta teemoja, jotka vastasivat toiseen tutkimuskysymykseemme, eli miten asukkaat kokevat toiminnallisen ryhmäkodin tukevan osallisuutta. Tässä kappaleessa käsittelemme näitä tutkimustuloksia. Asukkaiden kokemus osallisuudesta liittyy tutkimustulosten perusteella yhteiseen toimintaan, sosiaalisiin suhteisiin, toiveisiin omaan elämään ja ryhmäkotiin liittyen sekä harrastuksiin ja omien asioiden hoitoon. Terveysteen liittyvät rajoitteet hankaloittivat asukkaiden kokemaa osallisuutta.

8.2.1 Yhteinen toiminta

Kaikki haastateltavat olivat tietoisia ryhmäkodin ja koko yksikön toimintamahdollisuuksista, kuten erilaisista ryhmistä. Asukkaat muistelivat aiempia ryhmätöitä, jotka olivat sittemmin loppuneet tai muuttuneet. Niin meneillään olevista kuin tulevista toiminnoista oli annettu asukkaille tietoa, minkä he muistivat tarkasti. Esimerkiksi viikonpäivät, jolloin liikunnanohjaaja vieraili talossa, olivat tarkassa muistissa.

Vastaajat kokivat toimintamuodoista erityisesti yhteisen ruoanlaiton merkitykselliseksi. Ruoanlaitosta mainittiin yleensä jo haastattelun alkupuolella, jolloin kysymykset käsittelivät vielä laajasti toiminnallisessa ryhmäkodissa asumista. Yhteinen ruoanlaitto mainittiin lähes poikkeuksetta heti, ja se koettiin erittäin positiivisena kokemuksena. Asukkaat kuvailivat yhteistä kaupassakäyntiä ennen ruoanlaittoa sekä kertoivat tarkasti, millaisia ruokia yhdessä oli tehty.

Sitten on ruuanlaitto, lounas tehdään itse jotain semmosta mikä on helpompaa.

Muusta ryhmätoiminnasta haastateltavat mainitsivat yleensä vasta silloin, kun kysyttiin tarkasti "onko täällä tarjolla ryhmätoimintaa ja osallistutko siihen?". Muusta ryhmätoiminnasta asukkaat pitivät mieleisenä erityisesti liikunnanohjaajan vetämää liikuntatuokiota. Lisäksi vastaajat olivat osallistuneet esimerkiksi erilaisiin taideryhmiin. Kaikki haastateltavat olivat osallistuneet ryhmätoimintaan jossain määrin ja osalla oli selkeitä toiveita, millaista ryhmätoimintaa haluaisi.

Ne tykkää toisetki siitä. Tommosesta hitaasta liikunnasta.

Asukkailta kysyttiin myös talon ulkopuolelle tehtävistä retkistä ja kaikki haastateltavat asukkaat kertoivat osallistuneensa useille retkille. Retkiä tehtiin esimerkiksi muihin vastaavanlaisiin ryhmäkoteihin ja lähiseudun kohteisiin esimerkiksi Linnanmäelle. Erityisesti kesäaikaan tehdyt retket koettiin positiivisiksi ja niihin osallistuminen oli aktiivista.

Niin ja sitten oltiin teatterissa. Tilausautolla oltiin siellä.

Toiminnallisessa ryhmäkodissa jokaisella asukkaalla on myös päivittäisiä askareita, joista asukas on vastuussa. Vastuualueet vaihtelevat viikoittain. Askareita ovat esimerkiksi roskien vienti, aamupuuron tekeminen, aamukahvin keittäminen ja yhteisten tilojen siistiminen. Osa haastateltavista koki päivittäiset askareet toimiviksi ja osa koki, että tekemistä oli joskus liikaakin ja olisi halunnut vähentää askareiden määrää. Kuitenkin jokainen haastateltava kertoi tekevänsä päivittäiset askareet, koska niiden jälkeen on omaa vapaa-aikaa.

Toi toimii mun mielestä hyvin, että mä pidän aamuista ku jokaisella on oma askare, joka pitää tehdä.

Täällä joutuu niin paljon tekemään.

8.2.2 Terveysteen liittyvät rajoitteet

Koska tutkimus oli rajattu koskemaan asumispalveluita ja erityisesti niiden osallisuuteen liittyviä puolia, haastattelurungossa ei ollut suoraan asukkaan terveydentilaa käsitteleviä kysymyksiä. Terveysteen liittyvät seikat nousivat kuitenkin jokaisessa haastattelussa esiin. Asukkaat kertoivat, että syy lopettaa ryhmätoiminta tai liikunnallinen harrastus liittyi fyysisiin vaivoihin, kuten kankeisiin jalkoihin, kipeään selkään tai päänsärkyyn.

Mulla on vähän päänsärkyä näin pakkasilla.

Terveydelliset seikat vaikuttivat asukkaiden osallistumiseen myös erilaisille retkille erityisesti talviaikaan, kun taas kevät ja kesä koettiin helpommaksi ajaksi. Psykkisen sairauden eli haastateltavien tapauksessa skitsofrenian merkitystä tuotiin myös esiin. Haastateltavat kokivat pääsääntöisesti, että elämä oli rauhoittunut ryhmäkodissa asumisen aikana. Elämän koettiin rauhoittuneen sairauden puhkeamisen ajoista. Toisaalta erilaiset kolotukset ja kivut sekä psyykkiseen sairauteen liittyvät vaikeudet aiheuttivat sen, ettei etenkään talvisin liikuttu juuriakaan asumispalveluyksikön ulkopuolella. Ryhmäkodin arkeen kuuluvista tehtävistä vastattiin kuitenkin ympärivuotisesti, samoin kuin yhteiseen ruoanlaittoon otettiin osaa. Haastateltavat olivat tietoisia fyysisten ja psyykkisten vaivojen asettamista rajoitteista, ja silloin he ottivat rauhallisemmin viettäen suurimman osan ajasta ryhmäkodissaan.

Sit mä oon välillä kokonaan niin kipee ettei jaksais mitään tehdä

Haastatteluissa mainittiin myös, että toiminnallisessa ryhmäkodissa osallistutaan yhteisiin toimintoihin omien voimien mukaisesti. Ohjaajat kannustavat osallistumaan, mutta ketään ei pakoteta osallistumaan esimerkiksi retkille. Osa asukkaista kertoi muuttaneensa elämäntapojansa parempaan suuntaan esimerkiksi lopettamalla tupakanpolton ja alkoholin käyttämisen.

Toinen ohjaaja sanoi et sinähän voit mennä minne haluat. Muistin että on vapautta ja tulin heti iloiseksi.

8.2.3 Sosiaaliset suhteet

Toiminnallisen ryhmäkodin asukkaat kertoivat olevansa päivittäin tekemisissä muiden asukkaiden kanssa. Haastateltavat kertoivat viettävänsä päivittäin aikaa toisten toiminnallisen ryhmäkodin asukkaiden kanssa esimerkiksi televisiota katsellen, keskustellen, yhteisiä kävelylenkkejä tehden ja pelaillen erilaisia pelejä. Lisäksi osalla asukkaista oli tovereita myös muista Viertokodin ryhmäkodeista. Haastateltavat viettivät yhteistä aikaa muiden asukkaiden kanssa retkillä ja erilaisissa toimintaryhmissä. Toiminnallisen ryhmäkodin asukkaat tulivat hyvin toimeen keskenään haastattelujen perusteella ja yhteisesti vietetty aika kului rauhallisesti. Ryhmäkotiin oli valikoitunut ajan myötä sellaiset henkilöt, jotka tulivat hyvin toimeen toisten ihmisten kanssa ja omalla toiminnallaan ottivat huomioon toisia asukkaita. Vaikka kaikki haastateltavat kertoivat viihtyvänsä toistensa seurassa, haastateltavilla oli myös selkeää tarvetta yksinololle. Osa haastateltavista ilmaisi selkeästi, että haluaa viettää aikaa yksin ja päivittäiset kontaktit muiden asukkaiden kanssa tapahtuivat siten omasta tahdosta.

Kyllä täällä aina välillä ollaan kaikkien kanssa tasapuolisesti.

Kattellaan paljon televisiota, syksyllä käytiin paljon ulkona. Ja sitten rupertellaan.

Haluan olla enemmän itsekseen.

Haastatteluissa nousi esiin asukkaiden ryhmäkodin ulkopuoliset sosiaaliset suhteet. Asukkaat olivat tietoisia siitä, että he saivat kutsua omia vieraita huoneeseensa vaikka yökylään, tai lähteä vastavuoroisesti itse kyläilemään. Sosiaalinen elämä ei kuitenkaan monilla ollut kovin vilkasta yksikön seinien ulkopuolella. Syyksi tähän koettiin esimerkiksi sairauden aiheuttamat rajoitteet, asunnon koko tai se, ettei lähipiirin arkea haluttu häiritä. Useimmiten yhteydenpito tapahtui puhelimitse niin, että asukas otti itse yhteyttä sukulaisiinsa. Joissakin tapauksissa lähisukulainen oli yhteydenpidossa aktiivisempi osapuoli. Puhelujen lisäksi osa asukkaista sai tärkeinä juhlapäivinä postia, osa tapasi lähisukulaisiaan silloin tällöin joko Viertokodin ulkopuolella tai sitten lähisukulainen kutsuttiin vierailemaan Viertokotiin. Kukaan ei kertonut poistuvansa yökylään eikä kukaan

kutsunut yökylään ketään. Vastauksista ilmeni, että yhteydenpito lähisukulais-
ten kanssa pidettiin tärkeänä, koska yhteydenpito omalta osaltaan linkitti asuk-
kaat yhteiskuntaan. Asukkaat eivät maininneet mitään Viertokodin ulkopuolisista
ystävyyssuhteista, vaan he puhuivat aina sukulaisistaan, kun kysyimme yhtey-
denpidosta sukulaisiin ja läheisiin.

*Ei, ei käy yökylässä ketään. Mun sukulaiset ne pysyy omissa olois-
saan, niillä on omat perheensä ja tommoset ne halua pitää sen niit-
ten kanssa. Ois kauheeta jos niitä pitäis tonne kutsua, pieneen
koppiin.*

Kiva nähdä sukulaisia.

*Juu tytär soittaa. Soitti just oliko se viime viikolla, soitti ja toivotti hy-
vää ystävänpäivää.*

8.2.4 Toiveet omaan elämään ja ryhmäkotiin liittyen

Vastaajat kertoivat odotuksistaan tulevaisuuden suhteen. Yleisemmin haaveet
liittyivät terveydentilaan. Toiveissa kuului ajatus siitä, että terveydentila ei muut-
tuisi huonommaksi tai terveydentila kohenisi. Asukkaat esittivät toiveita esimer-
kiksi harrastuksissa kehittymisen, omaisten läheisenä pysymisen ja oman kodin
perustamisen suhteen. Osa haastatelluista totesi haaveiden olevan realistisia ja
osa ajatteli niiden olevan vaikeita saavuttaa, kuten esimerkiksi haave omaan
kotiin liittyen.

Mulla ois semmoinen realistinen haave, että pysyis terveenä.

Minä vaan toivoisin, että minä edistyisin minun harrastuksissa.

Oma koti jollain tavalla perustaa mut ku toi raha puuttuu.

Asukkaiden kehitysehdotukset toiminnan suhteen liittyivät monesti siihen, että
millaista toimintaa ei haluaisi. Asukkaat ehdottivat, että retkiä ei pitäisi tehdä
muulloin kuin kesällä ja retkien pitäisi suuntautua etupäässä lähiseuduille. Suu-
rin osa haastelluista sanoi, etteivät he toivo esimerkiksi erilaisia taideryhmiä,
koska he kokivat omat taitonsa riittämättömiksi. Toimintaa oli osan mielestä lii-

kakin, ja että sitä voisi vähentää. Kehitysehdotukset asumisen suhteen liittyivät osalla siihen, että he halusivat enemmän aikaa yksinololle.

En mitään taidetta enkä semmosta. Mä jotenkin hermostun siitä.

Suomen rajojen sisäpuolella, Helsingin alueella mieluites se on siten eri asia, jos mennään retkelle jonnekin bussilla.

Asukkaat kokivat, että heidän oli mahdollista päättää omista asioista. Asukkaila oli suurimmaksi osaksi itsenäinen olo. Osa kertoi, että heidän ajatuksiaan ja mielipiteitään kuunneltiin sekä heillä oli valinnanvapautta toiminnan suhteen. Vapaa-ajan viettomahdollisuudet he saivat päättää itse. Mielipiteitä esitettiin esimerkiksi ruuanlaiton ja toiminnan suhteen. Osa totesi, että toiminnallisessa ryhmäkodissa huomioidaan hyvin asukkaan sen hetkisiä voimavaroja. Asukkaat olivat sitä mieltä, että loppupeleissä he saivat itse päättää osallistuvatko esimerkiksi jollekin retkelle. Valinnanvapautta pidettiin tärkeänä erityisesti talvikaikana, jolloin fyysiset rajoitteet vaikuttavat enemmän. Asukkaat pitivät positiivisena seikkana sitä, että heitä kannustettiin osallistumaan toimintaan, vaikka kunto olisi hieman heikompi. Osalla asukkaista päätäntävaltaa lisäsi se, että he olivat aktiivisesti mukana asukastoimikunnan toiminnassa. Osa ei ollut varma jatkaako asumista toiminnallisessa ryhmäkodissa ja he kokivat, että jos he päätäisivät muuttaa pois, se olisi mahdollista.

Kyllä mä voin päättää, kyllä ne (ohjaajat) uskoo minua, jos puhuu jonkun asian ja päättää silleen.

Saa sanoa oman mielipiteensä asioista.

Täällä minä oon toistaseks ollu aika tyytyväinen

8.2.5 Harrastukset ja omien asioiden hoito

Asukkaat kertoivat haastattelussa myös omista henkilökohtaisista harrastuksistaan. Suurin osa harrasti ulkoilua. Osa teki hyvinkin pitkiä kävelylenkkejä. Ulkoilun määrä riippui säästä ja henkilökohtaisesta terveydentilasta. Joskus kävely-

lenkkejä tehtiin yhdessä muiden toiminnallisen ryhmäkodin asukkaiden kanssa. Eräät asukkaat kertoivat harrastaneensa aikaisemmin enemmänkin esimerkiksi neulomista ja piirtämistä, mutta harrastukset olivat jääneet sittemmin. Asukkaat totesivat harrastavansa myös lukemista, musiikin kuuntelua ja television katselemista. Osa asukkaista kertoi osallistuvansa aktiivisesti asukastoimikunnan toimintaan. Asukkaat kertoivat käyvänsä silloin tällöin syömässä ulkona läheisissä ravintoloissa. Pari asukasta kävi myös eräänlaisessa toimintakeskuksessa töissä useampana päivänä viikossa.

Käyn, kävelen sellasia aika semmoisia neljän kilometrin lenkkejä päivässä.

Mä ennen osasin mut nyt en millään muista miten se sukka kavenetaan.

Asukkaat kertoivat huolehtivansa pääosin itse omista asioistaan ja siihen myös kannustettiin. Omilla asioilla tarkoitettiin tässä yhteydessä esimerkiksi pankissa, postissa, ostoksilla ja lääkärissä käymistä. Tarvittaessa asioiden hoitoon saattoi saada myös saada apua ohjaajilta tai sitten asukkaat lähtivät yhdessä esimerkiksi kauppaan.

Mä meen pankkiin ja kauppaan.

Täytyy mennä huoltoasemalle pastilleja ostamaan.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Toiminnallisessa ryhmäkodissa asumisesta

Opinnäytetyön tulosten mukaan asuminen toiminnallisessa ryhmäkodissa koettiin pääosin myönteisenä asiana, joka vastasi monilla osa-alueilla asukkaan tarpeisiin. Tehostetun asumispalvelun muotoon kuuluva ohjaajien läsnäolo sekä mahdollisuus ympärivuorokautiseen tukeen koettiin rauhoittavana tekijänä. Haastateltavat nostivat esille tärkeäksi seikaksi mahdollisuuden yksityisyyteen omassa, lukittavassa huoneessa. Osa haaveili tulevaisuudessa muuttamisesta omaan, erilliseen asuntoon, osa taas näki itsensä tulevaisuudessakin ryhmäkodin asukkaana.

Myös Salo & Kallinen (2007, 323–325) ovat esittäneet tutkimustuloksia, joissa keski-ikään ehtineet ja sitä vanhemmat mielenterveyskuntoutujat ovat löytäneet pienistä asumisyksiköistä itselleen turvapaikan, josta ei enää kaivata pois tai jonka kokee mielekkäänä välivaiheena kohti itsellisempää asumismuotoa. Tutkimustulosten perusteella nousi esiin, että tehostetun palveluasumisen ohella ryhmäkodin toiminnallisuudella oli suuri merkitys. Asukkaat kokivat oman tilan ja rauhallisuuden tärkeäksi, mutta toisaalta ryhmäkodin arjen tuoma ohjelma ja aktiviteetit toimivat vastapainona täysin omiin oloihin vetäytymiselle ja sängyn pohjalle jäämiselle.

Toiminnallisen ryhmäkodin tilat saivat haastateltavilta sekä kiitosta että parannustoiveita. Mahdollisuutta yksityisyyteen arvostettiin. Yhteisölliset tilat ja niiden luomat seurustelumahdollisuudet koettiin myönteisinä. Oma huone koettiin varsin pienenä, jos kylään olisi halunnut kutsua ystäviä ja perhettä käymään pidemmäksi aikaa. Omaa kylpyhuonetta arvostettiin.

Salon & Kallinen (2007, 327–330) tuovat esiin, että mielenterveyskuntoutujien asuminen asumisyksiköissä on yhä monilta osin puutteellista. Huoneiden koko ja varustelutaso eivät vastaa muun aikuisväestön omistamaa varustetasoa.

Asuminen asumispalveluyksiköissä on pitkäaikaista, mutta asumisjärjestelyt eivät vastaa suomalaisen elämänlaadun minimijärjestelyjä. Opinnäytetyön tulosten mukaan yhteisten tilojen varustelutasoa, kuten mahdollisuutta oleilla ja katsoa elokuvia, pidettiin toiminnallisessa ryhmäkodissa kuitenkin hyvänä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan asumismuotoon vahvasti liittyvä yhteisöllisyys koettiin merkittävänä voimavarana. Sosiaalisten suhteiden solmiminen, vastuu yhteisestä ryhmäkodista ja mahdollisuus viettää aikaa oman huoneen ulkopuolella nostettiin tärkeiksi asioiksi. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on saanut myös Anttila (2007, 97); asukkaat ovat kuvanneet ryhmäkotiasumista turvallisiksi, myönteiseksi ja kodinomaiseksi. Asuminen ryhmäkodissa tarjosi kokemuksen kiinteään yhteisöön kuulumisesta. Ryhmäkotiasumisen koettiin tukevan sosiaalisten suhteiden ja arkirytmien ylläpitoa.

Opinnäytetyön tulosten mukaan pitkäaikainen psyykinen sairaus sekä ikäänymiseen liittyvät vaivat vaikuttivat siihen, miten ryhmäkodissa asumisen koki. Sairauden vaihtelevat hyvät ja huonot kaudet aiheuttivat sen, ettei ryhmäkodista muuttaminen ollut ainakaan toistaiseksi ajankohtaista. Haastateltavat toivat esiin, että skitsofrenia oli syy, miksi ryhmäkodissa asuttiin. Sairauden haasteellisuus tässä hetkessä esti muuttamisen pois. Osa oli myös asennoitunut siten, että sairaus mahdollisesti kulkee mukana koko loppuelämän, mikä tarkoittaa asumispalveluiden käyttöä yhä tulevaisuudessa. Ryhmäkoti koettiin toisaalta myönteisenä turvallisuuden tarjoajana psyykkisen sairauden kanssa elämiseen. Toisaalta ryhmäkodissa asuminen nähtiin välttämättömänä asiana, joka otetaan vastaan psyykkisen sairauden vuoksi. Mielenterveyskuntoutajat antavat haastattelutulosten mukaan arvoa ryhmäkodille asumisympäristönä ja -muotona ja näkevät ryhmäkodin merkityksen toimintakyvyilleen. Itsenäisemmän elämän toivosta he eivät ole luopuneet.

9.2 Osallisuuden merkitys toiminnallisessa ryhmäkodissa

Osallisuuden käsite liitettiin haastattelukysymyksissä konkreettisempiin asioihin kuten esimerkiksi harrastamiseen, osallistumisena toimintaan, päätöksentekoon ja ihmissuhteiden ylläpitoon. Opinnäytetyön tulosten mukaan toiminnallisen ryhmäkodin asukkaista kaikki kertoivat harrastavansa jotakin. Asukkaat kertoivat osallistuvansa yhteiseen toimintaan ja heitä kannustettiin siihen. He mainitsivat, että he saavat tehdä päätöksiä omista asioistaan. Asukkaat kertoivat sosiaalisista suhteistaan, joita oli sekä Viertokodissa että Viertokodin ulkopuolella.

Koskisuus (2004, 54) mainitsee, että monissa tehdyissä tutkimuksissa, joiden mukaan mielenterveyskuntoutujille on tärkeää tavallinen elämä ja arki, osallisuus nähdään arvona ja tavoitteena. Kuntoutujille on tärkeää, että he voivat liittyä toisiin ihmisiin, osallistua harrastuksiin sekä töihin ja ihmissuhteisiin tavallisessa ympäristössä. Tutkimustuloksista nousi esiin seikkoja, jotka kertoivat asukkaiden kiinnostuksesta olla tekemisissä muiden ihmisten kanssa myös asumisyksikön ulkopuolella. Lisäksi asukkaat pyrkivät harrastamaan myös ryhmäkodin ulkopuolella ja pari asukasta kävi myös töissä. Toisaalta asukkaat kokivat välillä olevan hankalaa osallistua ryhmäkodin ulkopuolella tapahtuviin aktiviteetteihin johtuen esimerkiksi terveydentilasta, mutta pääsääntöisesti asukkaat tahtoivat viettää aikaa myös muussa ympäristössä kuin ryhmäkodissa esimerkiksi sukulaisten kanssa.

Toiminnallisen ryhmäkodin asukkaat kokivat erilaisille retkille ja toimintaryhmiin osallistumisen pääosin positiivisena. Retket olivat mieluisia kesäaikaan ja toimintaryhmiin osallistuttiin omien voimien mukaisesti. Kaikki asukkaat osallistuiivat aktiivisesti ryhmäkodin yhteisiin askareisiin, vaikka ne välistä raskaiksi koettiin. Tosin askareet saivat myös runsaasti positiivista palautetta eritoten siitä, että niitä tehdään yhdessä, ja että jokaiselle on oma henkilökohtainen vaihtuva vastuualue. Erityisen mieluinen askare oli ruoanlaitto, jota asukkaat kuvailivat hyvinkin tarkasti.

Laitilan (2010, 7–9) mukaan osallisuuden taustalla oleva konsumerismi korostaa asiakkaan osallistumista sekä vaikutus- ja valinnanmahdollisuuksia. Osallisuudessa tärkeitä asioita ovat esimerkiksi kiinnittyminen yhteiskuntaan, mahdollisuus osallistua, toimia ja vaikuttaa yhteisöissä ja yhteiskunnassa. Opinnäytetyön tuloksista selviää asiakkaiden kokevan, että heidän mielipiteitään kuunnellaan ja arvostetaan. Yhteiskuntaan kiinnittyminen asukkailla toteutui Viertokodin ulkopuolisten sosiaalisten suhteiden kautta, parilla asukkaalla töiden kautta ja kaikilla asukkailla omien asioiden hoitamisen kautta. Asukkaat kertoivat olevansa osa yhteisöä, jossa heidän on mahdollista osallistua erilaisiin toimintoihin. Osa asukkaista vaikutti aktiivisesti yhteisöllisissä toiminnoissa, kun taas osalle vaikuttaminen ei ollut niin tärkeää. Yhteiskunnallinen vaikuttaminen ei toteutunut hyvin kenelläkään. Tulosten mukaisesti asukkaat tunsivat saavansa tukea ohjaajilta jokapäiväisessä elämässä. Lisäksi heillä on mahdollisuus tehdä valintoja esimerkiksi asumisen ja toimintaan osallistumisen suhteen.

Laitila (2010, 150–152) erittelee tutkimuksessaan, miksi asiakkaan osallisuuden käytännön toteutumisessa on edelleen puutteita. Syitä tähän ovat esimerkiksi asiakkaaseen itseensä liittyvät kyvyt ja motivaatio olla osallisina. Fyysinen ja psyykinen vointi voivat vaikuttaa osallisuuteen. Kaikilla asukkailla ei ole kykyjä tai taitoja osallistua ja osalta voi puuttua luottamus omiin kykyihin. Opinnäytetyön tulosten mukaan asukkaisiin vaikutti voimakkaasti fyysinen ja psyykinen vointi. Nämä vaivat selvästi rajoittivat asiakkaan osallisuutta esimerkiksi osallistumista ryhmiin ja retkille. Vaivat vaikuttivat myös yleiseen jaksamiseen ja jokapäiväiseen osallistumiseen askareisiin. Osalla asukkaista oli epävarmuutta omista kyvyistään esimerkiksi uusiin ryhmiin osallistumisesta. Erityisesti keskittymistä ja tarkkaavaisuutta vaativat asiat esimerkiksi piirtäminen ja neulominen aiheuttivat hermostuneisuuden ja kyvyttömyyden tunnetta osassa asukkaissa. Kuitenkaan heillä ei ollut juuri ehdottaa minkäänlaista uutta toimintaa, vaan suurin osa asukkaista koki tekemistä olevan jo riittävästi.

Tulosten perusteella selviää, että asukkailla itsellään on paljon valtaa osallisuudessa. Toiminnallisessa ryhmäkodissa kannustetaan tekemään ja osallistumaan myös silloin, kun fyysinen ja psyykinen vointi on huonompi. Kuitenkin

terveydelliset rajoitteet ja kokemus riittämättömistä kyvyistä vaikuttavat suhteellisen paljon asukkaan osallisuuteen. Osallisuuden voi todeta toteutuvan parhaiten silloin, kun fyysisiä ja psyykkisiä rajoitteita on mahdollisimman vähän. Asukkaat kuitenkin ylläpitivät hyvin sosiaalisia suhteita voinnista riippumatta esimerkiksi keskustelemalla päivittäin muiden ryhmäkodin asukkaiden kanssa.

9.3 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulosten pohjalta esiin on noussut joitakin kehittämissuhteita. Asukkaat kertoivat osallistuvansa retkille, mutta kaikki haastatteluun osallistuneista kokivat toiminnot talviaikaan hyvin haastavina. Koska osallistuminen on talvella vähäisempää ja asukkailla on terveydentilaan sekä ikään liittyviä rajoitteita, yksikön sisällä voisi mahdollisesti järjestää aktiviteetteja enemmän. Asukkaat mainitsivat pitävänsä erityisesti talon sisällä tapahtuvasta liikuntatuokiosta sekä ryhmäkodin yhteisestä ruoanlaitosta, joten näitä toimintoja voisi järjestää useamminkin.

Ruoanlaitto ja toisten asukkaiden kanssa rupattelu ryhmäkodin yhteisissä tiloissa koettiin mielekkäänä. Asukkaiden välistä yhteisöllisyyttä voisi tukea enemmän järjestämällä pienimuotoista yhteistä toimintaa ryhmäkodin tiloissa. Oman ryhmäkodin tiloissa tapahtuvaan toimintaan on pienempi kynnyks lähteä mukaan terveyden tilaan liittyvistä syistä huolimatta.

Aineistosta nousi keskeisesti esille toiminnallisen ryhmäkodin rauhallinen ilmapiiri ja yhteisen tilan arvostus. Rauhallinen ilmapiiri sallii sen, että asukkaat voivat halutessaan laittaa yhteisiä tiloja mieleisekseen ja viettää olohuoneessa ja keittiössä aikaa siinä missä muutkin kansalaiset. Tähän heitä tulisi tukea ja kannustaa. Yhteisöllinen oleminen ja mahdollisesti siihen liittyvä tekeminen, kuten tilojen muokkaaminen mieleiseksi tai asukkaiden keskinäinen kahvittelu tukevat siirtymistä itsellisempiin asumismuotoihin. Useat haastateltavat haaveilivat mahdollisuudesta perustaa oma koti, mikäli sairauden kanssa eläminen tasapainottuisi tulevaisuudessa. Niin sanotun tavallisen ja normaalin elämän

tukeminen viihtyisäksi laitetuissa tiloissa on hyödyksi sekä niille asukkaille, jotka kokevat ryhmäkodin turvapaikakseen ja kodikseen, kuin heillekin, jotka tavoittelevat itsenäisempää asumismuotoa.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset käsittivät mielenterveyskuntoutujien kokemukset toiminnallisessa ryhmäkodissa asumisesta ja osallisuudesta. Tämän lisäksi seitsenpaikkaisessa, toiminnallisessa ryhmäkodissa voisi tutkia esimerkiksi yhteisöllisyyden toteutumista asukkaiden kesken. Ryhmäkodissa toteutettava yksilöohjaus yhteisössä olisi mielenkiintoinen tutkimusaihe, joka tuottaisi tietoa esimerkiksi sosiaali-alan ammattilaisille.

10 POHDINTA

10.1 Tutkimuksen eettisyys

Opinnäytetyöprosessin alussa kävimme tutustumiskäynnillä yhteistyötahon luona. Toinen opinnäytetyöntekijä oli ollut harjoittelussa saman yksikön toisessa ryhmäkodissa, mutta ei kontaktissa tutkimamme ryhmäkodin asukkaisiin. Tästä syystä olimme molemmat jokaisessa haastattelutilanteessa paikalla, koska asukkaat eivät olleet valmiiksi tuttuja.

Kuten Karinen (71–72) tuo esiin, oikeusturvan toteutuminen edellyttää, että asiakkaalla on riittävät tiedot omista oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan. Itsemääräämisoikeudella ei siis pelkästään ole merkitystä, mikäli henkilö ei saa riittävästi tietoa muodostaa asiasta omaa käsitystään. Mielenterveyskuntoutujien kohdalla suurimmat ongelmat oikeusturvan toteutumisen kannalta liittyvät ylenkatseiseen ja vähättelevään käytökseen.

Pyrimme antamaan haastateltaville mahdollisimman selkeän ja realistisen kuvan opinnäytetyöstämme. Esittelimme itsemme asukkaille sosionomiopiskelijoina, jotka tutkivat toiminnallisen ryhmäkodin toimivuutta ja sitä, tukeeko se osallisuuden kokemuksia. Kuten aiemmin esitimme, haastatteluihin kysyttiin jokaiselta asukkaalta lupa kahdessa eri tilanteessa. Ohjaajat olivat kertoneet haastatteluista aamukokouksessa, jossa asukkaalla oli mahdollisuus kieltäytyä toisten asukkaiden ja ohjaajien ollessa läsnä. Tämän lisäksi kysyimme luvan vielä siten, että paikalla olimme vain me opinnäytetyöntekijät sekä haastateltava. Haastateltavat eivät aina ymmärtäneet osallisuutta terminä, joten pyrimme kuvaamaan sitä esimerkiksi mukana olona ja omiin asioihin vaikuttamisena. Näin varmistimme sen, että haastatteluluvan antavat asukkaat tietäisivät millaiseen tutkimukseen osallistuvat ja millaisia asioita haastattelussa kysytään. Haastateltavat olivat tietoisia siitä, että haastattelu nauhoitetaan ja litteroidaan. Kerroimme myös, että aineistoa käytetään vain tässä opinnäytetyössä.

Haastattelutilanteissa tiesimme haastateltavasta pelkän etunimen. Nimi oli tie-

dettävä, jotta haastattelutilanteen järjestäminen oli mahdollista. Tiesimme myös, että ryhmäkodin kaikki asukkaat sairastavat skitsofreniaa. Henkilöiden yksilökohtaisen sairaustaustan tarkempi tunteminen ei ollut työmme kannalta relevanttia. Toisinaan asukkaat halusivat kertoa sairashistoriaansa kuuluvia asioita, mutta nämä tiedot eivät olleet tutkimuskysymystemme kannalta olennaisia, ja ne poistettiin samalla, kun haastatteluäänitteet tuhottiin litteroinnin jälkeen. Litteroinnissa haastatteluissa esiin nousseet paikkojen tai henkilöiden nimet merkittiin aina merkinnällä X haastateltavien anonymiteetin vuoksi. Skitsofrenia on sairautena meille jonkin verran tuttu opintojen ja työharjoittelukokemusten kautta, joten pystyimme mielestämme asukasta haastatteluun pyytäessämme arvioimaan asukkaan kanssa, salliiko hänen kuntonsa haastattelun.

Yhteistyökumppanimme on tunnistettavissa opinnäytetyöstä. Tämä on mielestämme perusteltua, sillä opinnäytetyön tavoitteisiin lukeutuu tarkoitus tuottaa asukkaiden kokeman avulla tietoa siitä, miten asuminen ja osallisuus tutkimuskohteeksi valitussa, suhteellisen uudessa ryhmäkodissa toteutuvat. Opinnäytetyön tulokset -osiota kirjoitettaessa olemme pyrkineet valitsemaan esiin nostamiksemme sitaateiksi sellaisia lauseita, jotka eivät paljasta haastateltavan henkilöllisyyttä. Nimien karsimisen ohella tämä tarkoitti kaikista tarkimpien kuvailujen jättämistä vain opinnäytetyön tekijöiden tietoon. Toisaalta joistakin kohdista, esimerkiksi kun haastateltava luettelee harrastuksiaan, henkilö voi olla tunnistettavissa. Pyrimme erityisesti arkaluonteisempien teemojen kohdalla valitsemaan lyhyitä sitaatteja, joissa tuli ilmi henkilön mielipide ilman oheistietoja tai tarkkoja perusteluita.

10.2 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyö on toteutettu Diakonia-ammattikorkeakoulun (2010) laatiman tutkimusta ohjaavan oppaan mukaisesti. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta. Tärkeää on myös suunnitella, raportoida ja toteuttaa tutkimus tieteelliselle tiedolle asetetulla tavalla. Muiden tutkijoiden tekemää tutkimusta tulee arvostaa ja

antaa heidän saavutuksilleen arvo ja merkitys omassa tutkimuksessa. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2002, 3.) Olemme opinnäytetyössämme ottaneet nämä asiat huomioon prosessin toteuttamisen kaikissa vaiheissa. Lähteiden käyttö on merkitty Diakonia-ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti lähdeviitteisiin sekä lähdeluetteloon.

Kuten Eskola ja Suoranta (2008) esittävät, laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tulee olla tietoinen omien lähtökohtiensa vaikutuksesta, jotta tutkimus olisi mahdollisimman luotettava. Omat ennakkoluulot, näkemykset ja asenteet saattavat muutoin peilautua haastattelutilanteessa haitallisesti haastateltavaan. Haastattelutilanteessa pyrimme esittämään mahdollisimman avoimia kysymyksiä, jotta haastattelut ilmentäisivät kuntoutujien, ei haastattelijoiden, näkemyksiä. Yksikön toisessa ryhmäkodissa aiemmin harjoittelun suorittanut opinnäytetyöntekijä pyrki siihen, etteivät kokemukset ja näkemykset toisesta ryhmäkodista ole vaikuttaneet toiminnallista ryhmäkotia koskeviin haastattelukysymyksiin tai johtopäätöksiin. Toisaalta aineisto on teemoiteltu tekijöiden tulkintojen mukaan, joten joku toinen tutkija olisi voinut päätyä aineistoa analysoidessaan erilaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Koemme kuitenkin, että eritellyt teemat tulevat vahvasti esiin kerätyssä aineistossa.

Olemme pyrkineet vaalimaan luotettavuutta tutkimuksessamme tekemällä kysymyksistä mahdollisimman avoimia. Tällöin haastateltavalla oli mahdollisuus kertoa kokemuksistaan laajasti niin tahtoessaan. Teemahaastattelurunkoa kirjoitettaessa onnistuimme ilmaisemaan kysymykset avoimessa muodossa, jolloin ne eivät olleet johdattelevia. Litteroidessa huomasimme, että keskustelunomaisessa haastattelutilanteissa avoin kysymys saattoi muuttua kysyttäessä suljetuksi, jolloin siihen oli helppo vastata vain kyllä tai ei. Tämä mahdollisesti heikensi aineiston kattavuutta.

Kuten Sariola ja Ojanen (1997, 100–103) esittävät, skitsofrenialle tyypillisiä häiriöitä ovat esimerkiksi loogisen päättelykyvyn häiriöt, todellisuudentajun häiriöt ja keskittymiskyvyn häiriöt. Haastattelukysymykset olivat konkreettisia ja liittyivät vahvasti arkielämän kokemuksiin. Haastatteluhetket kestivät noin puoli tuntia,

jonka ajan kaikki vastaajat olivat hyvin keskittyneitä haastatteluun. Aineistosta esiin nousseet, yhtenevät teemat eri henkilöiden vastauksissa tukevat aineiston luotettavuutta.

Eskola ja Suoranta (2000, 215) tuovat esiin, että tutkimuksen luotettavuuden kannalta on olennaista pohtia aineiston riittävyttä ja analyysin kattavuutta. Aineiston riittävyydelle ei ole ennalta määrättyä mittaria, vaan aineiston määrä tulee suhteuttaa tutkimuskohtaisesti. Aineiston kattavuudella tarkoitetaan, ettei tulkintoja perusteta satunnaisiin poimintoihin aineistosta. Luotettavuuden kannalta tärkeää on lisäksi olla tietoinen siitä, että aineisto on koottu ja kertoo rajatusta tapauksesta. Olemme prosessin vaiheissa pohtineet työparina aineiston riittävyttä erityisesti aineiston analyysivaiheessa.

10.3 Ammatillinen kasvu opinnäytetyöprosessin aikana

Olemme kokeneet kasvaneemme ammatillisesti opinnäytetyöprosessin aikana eri osa-alueilla. Opinnäytetyön tekeminen parityöskentelynä on ollut kasvattava kokemus. Olemme opetelleet opinnäytetyötä tehdessämme tekemään tehtävänjakoa, suunnittelemaan sisältöä yhdessä ja organisoimaan työlle aikaa opintojen ohessa. Parityöskentely prosessin aikana on ollut haastavaa aikataulullisista syistä ja selkeästi haasteellisempaa yksilötyöskentelyyn verrattuna. Tämän ohella parityöskentely on ollut myös antoisaa ja avartavaa.

Reflektiivinen, tutkiva ja kehittävä työote on sosionomille tärkeä kompetenssi sosiaalialan työssä. Sosionomilta vaaditaan lisäksi tutkimuksellista osaamista ja uuden tiedon tuottamiskykyä. (Sosiaaliportti 2012.) Olemme opinnäytetyön tekemisen aikana oppineet käsittelemään saamaamme tietoa kriittisesti arvioiden. Opinnäytetyön eri vaiheissa olemme saaneet ohjausta ohjaavilta opettajilta sekä opponoivilta oppilailta. Olemme oppineet uutta niin itsenäisesti, parityöskentelynä kuin ollessamme vuorovaikutuksessa haastateltaviin asukkaisiin. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja tulokset ovat hyödynnettävissä käytännössä palveluasumisyksiköissä. Olemme saaneet näkökulmia kehittävään työtote-

seen ja näin ollen kartuttaneet valmiuksia hyödyntää sitä tulevaisuudessa myös sosionomin käytännön työssä. Olemme opinnäytetyöprosessin aikana sisäistäneet, mitä eri osa-alueita kuuluu kattavaan tutkimukseen.

Sosionomin työssä tärkeää on ymmärtää asiakkaan tarpeet ja osata tukea asiakkaan voimavarojen käyttöä. Tärkeää on myös oppia luomaan asiakkaan osallisuutta tukeva vuorovaikutussuhde. (Sosiaaliportti 2012.) Opinnäytetyössämme olemme olleet kontaktissa vaikeasti psyykkisesti sairaiden asukkaiden kanssa. Haastatteleamalla mielenterveyskuntoutujia olemme päässeet kuulemaan heidän näkemyksiään ja kokemuksiaan asumispalveluihin ja osallisuuteen liittyen. Koemme, että voimme hyödyntää näitä tietoja tulevassa työelämässä. Koemme myös, että pystymme tarkastelemaan mielenterveyskuntoutusta paremmin kuntoutujan näkökulmasta. Aiemmin näkökulmamme on ollut lähinnä työntekijälähtöinen.

Opinnäytetyöprosessiin olennaisesti kuuluva lähteiden haku ja lähteiden kriittinen tarkastelu on ollut meille haastavaa. Äidinkielellämme tuotettuja, aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimustuloksia emme ole onnistuneet yrityksistä huolimatta löytämään merkittäviä määriä. Muutoin teoreettisen viitekehyksen koostaminen on ollut toimivaa ja valitsemamme lähteet soveltuvat opinnäytetyöhön mielestämme hyvin. Koemme, että pysyimme hyvin tutkimuskysymysten kannalta oleellisessa teoreettisessa viitekehysessä; mielenterveyskuntoutuksessa, osallisuudessa sekä asumispalveluissa. Osallisuus on käsitteenä varsin haastava ja myös sen toteutumisen havainnointi ei ole yksiselitteistä. Sosionomin työssä on kuitenkin tärkeä kehittää taitoja tukea osallisuutta. Lisäksi osallisuus liittyy ajankohtaisesti mielenterveyskuntoutukseen. Tämän takia halusimme, että opinnäytetyön toinen tutkimuskysymys käsittelee osallisuutta.

Sosionomille tärkeää on sisäistää sosiaalialan arvot, ammattieettiset periaatteet ja sitoutua toimimaan niiden mukaisesti. Tasa-arvo, suvaitsevaisuus ja huono-osaisuuden ehkäiseminen ovat myös keskeisiä seikkoja sosionomin työssä. (Sosiaaliportti 2012.) Opinnäytetyössä olemme pyrkineet tuomaan kuuluviin mielenterveyskuntoutujan äänen. Tutkimalla asumispalvelua ja osallisuuden

toteutumista olemme pyrkineet tuomaan esiin ajankohtaista tietoa asumispalveluiden tilasta palvelun käyttäjien kannalta. Opinnäytetyötämme työstäessä olemme oppineet käyttämään tietoa eettisesti, säilyttämällä haastattelemiemme henkilöiden anonymiteetin. Koska yhteistyötahomme on mainittu opinnäytetyössä, on yksityisyydensuojan turvaamisessa pyritty olemaan erityisen tarkkaavaisia.

Viestintä- ja vuorovaikutustaitomme ovat kokemamme mukaan kehittyneet prosessin myötä. Olemme olleet vuorovaikutuksessa yhteistyötahomme henkilökuntaan sekä haastateltaviimme. Erityisesti haastattelutilanteissa olemme kokeneet sekä haastattelutaitojemme että vuorovaikutustaitojemme karttuneen. Haastattelutaidoissa on yhä kehitettävää, esimerkkinä tästä avointen kysymysten muuttuminen keskustelutilanteessa suljetuimmiksi. Olemme opetelleet vuorovaikutus- ja ajankäyttötaitoja viestimällä työparin, yhteistyötahon, haastateltavien ja ohjaavien opettajien kanssa. Koimme tämän välillä haastavaksi, sillä osapuolia, joihin olla yhteydessä oli runsaasti ja ajan järjestäminen prosessin työstöön oli välillä haastavaa.

Kirjallisen viestintätaidon suhteen koimme prosessin alkuvaiheessa olevamme eniten tutulla maaperällä, sillä aiempi opiskeluhistoria oli sisältänyt paljon kirjallista viestintää. Prosessin myötä toinen meistä havaitsi kokevansa Hirsjärven & Hurmeen (2000, 195–196) mainitsemaasta kirjoituskammosta. Kirjoituskammo voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että tutkija lukee vain lähteitä, eikä siirry oman tekstin tuottamiseen. Toinen opinnäytetyön kirjoittajista huomasi, että kirjoituskammosta pääsi eroon varaamalla tietyn paikan kirjoittamista varten, jossa hän pystyi keskittymään pelkästään tekstin tuottamiseen.

Selvän haasteen opinnäytetyölle on asettanut se, että meillä ei ollut aiempaa kokemusta tutkimusprosessista. Olemme opetelleet tutkimusprosessin alusta asti, tutkimusmenetelmistä käytännön toteuttamiseen. Meille on ollut uutta toimia ilman selkeää tehtävänantoa.

Antoisinta opinnäytetyön tekemisessä on ollut mielestämme haastattelujen toteuttaminen. Olemme kokeneet antoisana olla suorassa vuorovaikutuksessa toiminnallisen ryhmäkodin asukkaiden kanssa. Myös heiltä saamamme palautteen mukaan haastateltavat kokivat haastattelun tärkeänä ja haastattelutilanteen positiivisena. Saimme haastateltavilta kannustusta opinnäytetyön toteuttamiseen. Olemme kokeneet opinnäytetyömme aiheen tärkeänä, sillä se tuo mielenterveyskuntoutujan äänen kuuluviin. Haastattelujen litterointi ja analysointi ovat olleet meille mieleisiä. Opinnäytetyöprosessin myötä olemme oivaltaneet, että aluksi sekavalta ja haastavalta tuntunut prosessi saattaa osoittautua myöhemmässä vaiheessa varsin näkökulmia avartavaksi kokemukseksi.

LÄHTEET

- Aaltonen, Jukka 2007. Vaikeat mielenterveyshäiriöt yhteiskunnan kuvastajina. Teoksessa Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön toim. Jarkko Eskola & Antti Karila. Helsinki: Edita. 64–86.
- Anttila, Mikko 2007. Mielenterveysongelmaisen kuntoutumismotivaatio ryhmäkodissa. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Corrigan, Patrick 2007. How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. Article in Social Work Jan2007. Viitattu 19.11.2012. <http://rphelp.helmet.fi/ebsco-web/ehost/detail?sid=bd9595a7-9962-4b08-95af-2e0d94171c64%40sessionmgr113&vid=1&hid=104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#db=fth&AN=24348116>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Viitattu 10.10.2012. http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Muut_PDF/C10_2007_Kohti_tutki_vaa_ammattikaytanta.pdf
- Eskola Jari & Suoranta Juha. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Euroopan ihmisoikeussopimus 1999. Viitattu 6.5.2012. <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1999/19990063>
- Guerrero, Kati 2008. Koonta ASPAn selvityksistä 2001—2007. Kehitysvammaisten, mielenterveyskuntoutujien ja liikuntavammaisten asumiseen liittyvät tarpeet. Helsinki: Asumispalvelusäätiö ASPA.
- Harjajarvi, Minna; Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Hirsjarvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

- Iija, Aulikki 2009. Voimaantumisen kehittämishaasteena. Teoksessa Kuuntele minua: mielenterveystyön käytännön menetelmiä toim. Kirsi Hentinen, Aulikki Iija & Eija Mattila. Helsinki: Tammi. 105–121.
- Järvikoski Aila & Härkäpää Kristiina 2001. Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve – kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat.
- Järvikoski Aila & Härkäpää Kristiina 2004. Kuntoutuksen perusteet. Porvoo: Werner Söderström.
- Karinen, Merja 2010. Mielenterveyskuntoutujan oikeusturvasta. Teoksessa Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät. Työryhmän raportti 3. Marja Pajukoski (toim.) Helsinki: Yliopistopaino. 71—78.
- Koivuranta, Eija 2002. Perusteltuja rajoituksia vai huonoa kohtelua? Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Koskisuu, Jari 2004. Eri teitä perille – mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.
- Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä: fenomenografinen lähestymistapa. Kuopio: Itä-Suomen yliopiston julkaisuja.
- Laitinen, Reeta. 1995. Yksityisten sosiaalipalvelujen laatu. Teoksessa Haverinen, R., Maaniittu, M. & Mäntysaari, M. (toim.) Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöstä. Stakes. Raportteja 179.
- Lilinkotisäätiö i.a. Viitattu 16.2.2012. <http://www.lilinkoti.fi/index2.html>
- Mattila, Eija 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoito- tai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Viitattu 17.11.2012.
<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/kas/kasva/vk/mattila/mitenohj.pdf>
- Mattila, Eija 2009. Ohjaava kuntoutus. Teoksessa Kuuntele minua: mielenterveystyön käytännön menetelmiä toim. Kirsi Hentinen, Aulikki Iija & Eija Mattila. Helsinki: Tammi. 94–104.
- Moring, Juha 2010. Mielenterveyspalvelut hoitopäätystietojen valossa. Teoksessa Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–

2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: Yliopisto. 31–36.

Perustuslaki 731/1999. Viitattu 4.8.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Saaranen-Kauppinen Anita & Puusniekka Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. Viitattu 14.10.2012. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Salo, Markku & Kallinen, Mari 2007. Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielen-terveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Pori: Kehitys.

Salo, Markku 2010. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteina. ITHACA –hankkeen Suomen raportti. Helsinki: Yliopisto.

Sariola, Esa & Ojanen, Markku. 1997. Hoito vai pakkohoito. Helsinki: Otava.

Sitra 2011. Tehostetun palveluasumisen sääntökirja. Viitattu 20.4.2012.

[http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Tehostetun palveluasumisen saanntokirja.pdf](http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Tehostetun_palveluasumisen_saanntokirja.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita koskeva kehittämissuositus. Helsinki: Yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotuksen mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Viitattu 5.5.2012.

<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

Sosiaaliportti 2012. ECTS-kompetenssit. Sosiaalialan koulutusohjelma, sosiologi (AMK –tutkinto). Viitattu 21.10.2012.

http://www.sosiaaliportti.fi/fi-fi/sosiaalialanamkverkosto/sosiaaliala_ammattikorkeakouluissa/sosiologi_amk_tutkinto/ects_kompetenssit/

Sullivan, William Patrick. A long and Winding Road. The Process of Recovery From Severe Mental Illness. Viitattu 15.4.2012.

<http://128.197.26.35/cpr/repository/articles/pdf/sullivan1994.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen louk-

kausten käsitteleminen. Viitattu 20.10.2012.

http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/htkfi.pdf

Wahlbeck, Kristian 2010. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen Pohjoismaissa. Teoksessa Partanen ym. (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Yliopistopaino: Helsinki.

Suvi Karvinen c17142
Mari Pikkarainen c17174
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Etelä, Helsinki

LIITE 1

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Ryhmäkodissa asuminen

1. Miltä sinusta on tuntunut asua täällä toiminnallisessa ryhmäkodissa?
2. Missä asuit aiemmin? Eroaako tämä asuinpaikka edellisestä asuinpaikastasi?
3. Mistä päiväsi koostuu täällä toiminnallisessa ryhmäkodissa?
4. Tuntuuko ryhmäkoti yhteiseltä?
5. Onko sinulla omaa tilaa? Miten koet sen?
6. Mikä täällä teidän ryhmäkodissa toimii hyvin?
7. Mitä täällä voisi kehittää tai parantaa?
8. Miten koet ohjaajien läsnäolon? Saatko tarvittaessa tukea tai omaa tilaa?

Osallisuus

9. Mitä yhteistä tekemistä täällä saisi olla enemmän?
10. Entä vähemmän?
11. Mitä mieltä olet toiminnallisen ryhmäkodin yhteisistä askareista?
12. Osallistutko ryhmätoimintaan?
13. Onko sinulla harrastuksia?

14. Pidätkö yhteyttä läheisiisi? Käyvätkö he kylässä tai käytkö itse kyläilemässä?
15. Millainen suhde sinulla on toisiin toiminnallisen ryhmäkodin asukkaisiin?
Vietätkö aikaa yhdessä, vai oletteko enemmän yksin?
16. Koetko voivasi päättää omista asioistasi?
17. Millaisia haaveita tai unelmia sinulla on tulevaisuuden suhteen?