

Sirpa Mikkonen, Miikka Mäkinen

# Asiakkaiden kokemukset Recovery-mallin toteutumisesta kotikäyntien yhteydessä

Opinnäytetyö

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

3.5.2018

Tekijä(t) Otsikko	Sirpa Mikkonen, Miikka Mäkinen Asiakkaiden kokemukset Recovery-mallin toteutumisesta kotikäyntien yhteydessä.
Sivumäärä Aika	23 sivua + 3 liitettä 3.5.2018
Tutkinto	Sairaanhoidtaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Lehtori, Niina Eklöf Lehtori, Marianne Sipilä
<p>Opinnäytetyömme on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja Niemikotisäätiön yhteistä Recovery-hanketta. Recovery-malli on kansainvälisesti käytössä oleva malli mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön ja se on rantautumassa myös Suomeen. Niemikotisäätiö on kiinnostunut Recovery-mallin käytöstä toiminnassaan. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Niemikotisäätiön jälleenvuokrauspalvelun asiakkaiden kokemuksia Recovery-mallin toteutumisesta kotikäynneillä.</p> <p>Opinnäytetyön toteutuksessa tutkimusmenetelmänä käytettiin yksilöteemahaastattelua, joista saatu aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Teemahaastattelun sekä sisällönanalyysin runko muodostettiin Recovery-mallin ominaispiirteistä löytyvään teorianäkökulmaan pohjautuen. Näitä ominaispiirteitä työssämme olivat toivon löytäminen ja ylläpitäminen, positiivinen identiteetti, mielekkään elämän rakentaminen sekä vastuun ja kontrollin ottaminen. Haastatteluun osallistui yhteensä kahdeksan Niemikotisäätiön jälleenvuokrauspalvelun asiakasta.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten perusteella jälleenvuokrauspalvelun asukkaiden elämässä toteutuvat Recovery-mallin pääperiaatteet. Kotikäyntien vaikutuksesta näiden periaatteiden edistymiseen oli toisaalta vain vähän viitteitä. Kotikäyntejä koettiin olevan harvakseltaan ja ne koettiin pääosin neutraaleina, tai lievästi elämänlaatua edistävinä tekijöinä. Hoitohenkilökunnan roolia kotikäyntien yhteydessä ei pidetty juurikaan kuntouttavana, vaan pääosin kotikäyntien koettiin olevan tarkastuskäyntejä. Toisaalta tuli ilmi, että Niemikotisäätiön muuta toimintaa pidettiin monipuolisena ja miellyttävänä aktiviteettina. Muutama haastateltava toivoi kotikäynneiltä suurempaa roolia, mutta näiden mielipiteiden määrä jäi vähäiseksi.</p> <p>Jatkossa opinnäytetöiden tekijät voisivat lähteä lisäämään Recovery-mallin teoreettista tietopohjaa ja luoda sille selkeämmät sekä strukturoidummat käsitteet. Hankkeessa voitaisiin myös orientoitua jo enemmän käytännöllisempään suuntaan, esimerkiksi koulutusmateriaalien ja toimintamallien kehittämisen muodossa, sekä kokeilla näitä malleja jo käytännön työssä.</p>	
Avainsanat	Recovery-malli, mielenterveys, kotikäynnit

Author(s) Title	Sirpa Mikkonen, Miikka Mäkinen Customer experiences of the Recovery-model during home visits
Number of Pages Date	23 pages + 3 appendices 3 May 2018
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Niina Eklöf, Senior Lecturer Marianne Sipilä, Senior Lecturer
<p>This Bachelor's thesis is a part of a joint project of Metropolia University of Applied Sciences and Niemikotisäätiö about Recovery-model. Recovery-model itself is an internationally used model used mostly in psychiatric and it is making its way to Finland. Niemikotisäätiö is interested about Recovery-model and it is possible utilization in their procedures. The objective of this Bachelor's Thesis is to describe the experiences of Niemikotisäätiö's clientele about fruition of Recovery-model, specifically during home visits in rental programs.</p> <p>Methods of this Bachelor's Thesis were individual themed interviews and results of these interviews were analyzed with deductive content analysis. The structure of interviews and content analysis were based on scientific theory basis of Recovery-model. Eight clients of Niemikotisäätiö rental program participated in the interviews.</p> <p>Based on the results of this Bachelor's thesis, main principles of Recovery-model were part of the lives of rental program clientele. On the other hand, there were not much references of the impact of the home visits to the actualization of these principles. Interviewees felt that the frequency of home visit were low, and that the home visit were mainly neutral, or had small positive impact to their quality of life. Interviewees did not see the role of the staff during home visits as rehabilitating, but home visits were felt as being more like an inspection of sorts. Despite of this, other activities of Niemikotisäätiö were versatile and pleasant and only few interviewees wished more active roles from the home visits as a part of their rehabilitation.</p> <p>In the future the makers of Bachelor's Theses could focus on creation of more explicit and structured constructs of Recovery-model. This program could also orientate to the more practical direction, in the form of training material and operational models.</p>	
Keywords	Recovery, mental health, home visit

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettinen lähtökohta	2
2.1	Recovery-malli	2
2.1.1	Recovery-mallin hyödyntäminen Suomessa	3
2.2	Recovery-mallin ominaispiirteet	3
2.2.1	Toivon löytäminen ja ylläpitäminen	3
2.2.2	Positiivinen identiteetti	4
2.2.3	Mielekkään elämän rakentaminen	4
2.2.4	Vastuun ja kontrollin ottaminen	4
2.3	Recovery-mallin vaatimukset ammattihenkilöille	5
2.4	Kotikäynnit ja osallisuuden hyödyntäminen mielenterveystyössä	5
2.5	Niemikotisäätiö opinnäytetyön tilaajana	6
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys	7
4	Menetelmät	7
4.1	Aineiston keruu	7
4.2	Analyysin kuvaus	8
4.3	Tietosuoja	9
5	Tulokset	10
5.1	Positiivisen identiteetin rakentaminen	10
5.2	Toivon löytäminen ja ylläpitäminen	12
5.3	Mielekkään elämän rakentaminen	14
5.4	Vastuun kantaminen ja oman elämän kontrolli	16
6	Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi	17
6.1	Luotettavuus	17
6.2	Eettisyys	19
7	Pohdinta	20
	Lähteet	22
	Liitteet	

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Teemahaastattelun runko

Liite 3. Analyysikehikko

## 1 Johdanto

Mielenterveyspalvelujen järjestäminen on muuttumassa avohoitoa painottavaan suuntaan. Nykyään selkeästi suurin osa mielenterveyspalvelujen asiakkaista saa apua avohoidossa, jolloin vain murto-osa tarvitsee edelleen sairaalahoitoa. Psykiatristen sairaaloiden potilaspaikkojen määrä on tippunut 3500 paikkaan, kun niitä on ollut enimmällään 20 000, ja niiden määrä on yhä laskussa. Eräitä merkittävimmistä avohoidon sektoreista ovat asumispalvelut mielenterveyskuntoutujille. Niissä on tällä hetkellä noin 8000 potilasta eriasteisesti tuetuilla paikoilla. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015.) Palvelujärjestelmän rakennemuutoksia ovat osaltaan olleet mahdollistamassa kehittynyt lääkehoito ja yksilöllistetty, hyvin soveltuva portaittainen kuntoutus (Laitila – Pietilä 2012: 11).

Muutos on ollut näkyvässä jo vuosituhaten alusta asti. Vuonna 2002 terveydenhuollon avohoidossa tehtiin 111 psykiatrisen puolen käyntiä tuhatta asukasta kohden, kun vuonna 2004 sama luku oli jo 145. (Harjajärvi – Pirkola – Wahlbeck 2006: 19.) Avohoitopaikkojen jatkuvalla kasvulla on myös yhteiskunnallista taloudellista painetta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin teettämän tutkimuksen mukaan avohoitovetoinen palvelujärjestelmä tuo säästöjä pidemmällä aikavälillä. Näin toimivan avohoidon kautta pysytään hoitamaan enemmän mielenterveyspalveluiden tarvitsijoita kokonaiskustannuksien pysyessä samana. (Kontio – Malin – Grigori – Vastamäki – Wahlbeck 2013: 500.)

Sairaalapaikkojen vähentyessä asumispalveluiden määrä on kasvanut. Näiden palveluiden laatuun ja kuntouttavaan toimintaan tulee kiinnittää huomiota, jottei pitkäaikaista laitoshoidoa korvattaisi toisella. (Laitila – Pietilä 2012: 12.) Potilaiden elämäntilanteen parantaminen kotikäyntien avulla luo pohjaa luottamukselliselle yhteistyölle potilaan sekä tämän perheen kanssa. Kotikäyntien toteutuminen käytännössä vaatii sitä, että ne ovat laskettu mukaan henkilökuntaresursseihin sekä kuuluvat hoitoyksikön tapoihin. Kotikäynneillä saadaan kokonaisvaltaisempi kuva potilaan jokapäiväisestä elämästä sekä mahdollisista ongelmista. Kotikäyntien etuna on myös se, että ne tapahtuvat potilaalle tutussa ja turvallisessa ympäristössä, jolloin on myös mahdollista osallistaa potilaan lähipiiri potilaan hoitoon. (Räsänen – Moring 2002: 293–294.)

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata Niemikotisäätiön jälleenvuokrauksen asiakkaiden kokemuksia Recovery-mallin toteutumisesta kotikäynneillä. Niemikotisäätiö toimii opinnäytetyön tilaajana.

## 2 Teoreettinen lähtökohta

### 2.1 Recovery-malli

Recovery-mallin ideointi alkoi jo 1800-luvun Britanniassa (Bateson 1961), mutta pidemmälle sitä kehitettiin 1990-luvulla Yhdysvalloissa vastaamaan mielenterveyspotilaiden monipuolista avun tarvetta. Sen aikainen laitoshoitoon painottuva hoitojärjestelmä oli kykenemätön vastaamaan näihin tarpeisiin, joten mielenterveysongelmien hoitoon tarvittiin uusia lähestymistapoja (Anthony 1993: 521–523).

Myöhemmin Recovery-mallin ideaa on jalostettu ja sovellettu useammissa maissa. Vuonna 2005 Isossa-Britanniassa julkaistiinkin Recovery-mallin ohjekirja, jonka oli tuottanut Englannin kansallinen mielenterveysinstituutti. (NIMHE 2005). Yksilöllisen kuntoutumis- tai toipumisprosessin tukeminen on otettu käyttöön myös muun muassa Australiassa, Iso-Britanniassa ja USA:ssa lähtökohdaksi mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi. Keskiössä on ihminen ja hänen yksilöllinen prosessinsa järjestelmän sijaan. Ammattilaisten roolina on tukea ja mahdollistaa yksilön omaa kuntoutumisprosessia. (Laitila – Pietilä 2012: 13.)

Ihmisillä, joilla on diagnosoitu jokin mielenterveydenhäiriö, on usein monia haasteita merkityksellisen ja tyydyttävän elämän jälleenrakentamisessa (Trenoweth 2017: 86). Recovery-malli huomioi mielenterveysongelmasta kärsivät ihmiset kokonaisvaltaisesti, keskittyen yksilöön itseensä, eikä vain sairauden oireisiin. Recovery-mallin lähestymistapa keskittyy tarjoamaan tukea ja rakentamaan mielenterveysongelmista kärsivien yksilöiden sietokykyä pelkästään oireiden lääkkeellisen hoidon sijaan. Recovery-malli ei niinkään keskity ratkaisemaan oireita, vaan korostaa joustavuutta, sietokykyä sekä oman elämän ja ongelmien kontrollointia. (Jacob 2015.) Recovery-mallin ydinidea on hyvin henkilökohtaisessa, yksilön ainutlaatuisessa muutosprosessissa, jossa opitaan elämään toiveikasta ja tyydyttävää elämää huolimatta mielenterveyssairauden mahdollisesti aiheuttamista rajoituksista. Recovery-prosessiin sisältyy uuden tarkoituksen kehittyminen yksilön elämässä, kun hän kasvaa yli mielenterveyssairautensa katastrofaalisista vaikutuksista. (Anthony 1993.)

### 2.1.1 Recovery-mallin hyödyntäminen Suomessa

Perinteisistä työskentelymalleista irtautuminen ja Recovery-mallin omaksuminen ei ole ollut helppoa. Se vaatii uuden mallin hyväksymistä ja käytäntöön viemistä sekä vanhoista, totutuista systeemeistä irti päästämistä. (Slade – Adams – O’Hagan 2012.)

Mielenterveyskuntoutuksessa ollaan Suomessa siirtymässä kohti yhteisöllisyyttä, voimaantumista ja osallistumista painottavaa ajattelua. 1990-luvulta lähtien on tuotu esiin Recovery-käsitteen merkitystä mielenterveyskuntoutuksessa ja –palveluissa. Suomenkielinen vastine Recovery-käsitteelle voi olla toipumis- tai kuntoutumisprosessi. Lähtökohtana tälle ajattelulle on, että ihminen voi elää mielekästä ja täysipainoista elämää, huolimatta mielenterveyden häiriöistä tai oireista. (Laitila – Pietilä 2012: 12.)

## 2.2 Recovery-mallin ominaispiirteet

Recovery-malli painottaa, että vaikka mielenterveysongelma ei parantuisi, yksilö voi siitä huolimatta kuntoutua elämään sairauden kanssa, ilman että se määrittelee arkea ja koko elämää. Yksilö voi rakentaa tyydyttävän ja mielekkään elämän, jonka hän määrittelee itse. (Shepherd – Boardman – Slade 2008: 2.) Recovery-sanalla usein viitataan prosessiin, visioon, näkymään, käsitteelliseen viitekehykseen tai johtavaan periaatteeseen. Recovery-mallin mukainen toipumisprosessi vaatii optimistisuutta ja sitoutuneisuutta sairastuneilta, heidän perheeltä ja läheisiltä, psykiatrisen hoidon ammattilaisilta, julkisen sairaanhoidon ammattihenkilöiltä, sosiaalipalveluilta ja yhteisöltä. (Jacob 2015.)

Kuntoutuminen on yksilöllinen muutosprosessi, mutta joitain yleisiä ja ohjaavia ominaispiirteitä löytyy. Näitä ovat toivon löytäminen ja ylläpitäminen, positiivisen identiteetin uudelleen perustaminen, mielekkään elämän rakentaminen sekä vastuun ja kontrollin ottaminen. (Shepherd ym. 2008: 2.) Kuntoutuja asettaa itselleen tavoitteita omien voimavarojensa mukaan ja on itse tähän paras asiantuntija (Kuntoutuminen. 2017).

### 2.2.1 Toivon löytäminen ja ylläpitäminen

Toivon löytämiseen ja ylläpitämiseen kuuluu vahvasti yksilön itseensä uskomisen sekä optimistisuus tulevaisuutta kohtaan. Yksilön usko toipumisen mahdollisuuteen sekä po-



sitiivinen suhtautuminen tavoitteiden saavuttamiseksi lisäävät toivoa. Psykkisistä ongelmista kärsivän yksilön toivoa tulevaisuudesta lisää myös hallinnan tunne omasta elämästä. (Shepherd ym. 2008: 2; Nordling 2016.)

### 2.2.2 Positiivinen identiteetti

Positiivisen identiteetin uudelleen perustaminen sisällyttää stigman voittamisen ja uuden identiteetin löytämisen, joka sisältää sairauden, mutta säilyttää ytimenään positiivisen tunteen itsestä. Työn ja työllistymisen on kuvattu olevan tärkeä osa ihmisen identiteetin rakentumista. Työllistyminen tuo sosiaalisia suhteita, mielekkyyttä elämään, sekä tunnetta taloudellisesta omavaraisuudesta. Recovery-mallia hyödynnettäessä kuntoutujia kannustetaan työn hakuun sairaudestaan huolimatta ja heille luodaan mahdollisuus työtoimintaan. Se myös tukee yksilön kokemusta osallisuudesta ja sosiaalisten roolien löytämisestä. (Shepherd ym. 2008: 2; Jacob 2015; Roberts - Wolfson 2003.)

### 2.2.3 Mielekkään elämän rakentaminen

Mielekkään elämän rakentamisen peruspilareita ovat sairauden järkeistäminen ja tarkoituksen löytäminen omasta elämästä sekä elämään sitoutuminen sairaudesta huolimatta. Yksilön elämässä merkityksellisten sosiaalisten roolien ja päämäärien löytäminen on osa mielekkään elämän rakentamista. Diagnoosi mielisairaudesta voi olla joillekin alkuun ylittämättömän stigma, jonka kautta omaa elämää heijastetaan, ja joka peittää henkilön oman persoonan alle. Vertaistuki Recovery-mallin kautta on auttanut potilaita saavuttamaan käsityksen omasta itsestään ja erottamaan oman minänsä diagnoosistaan. (Shepherd 2008: 2; Jacob 2015; Roberts – Wolfson 2003.)

### 2.2.4 Vastuun ja kontrollin ottaminen

Vastuun ja kontrollin ottamiseen kuuluu tunne, että kontrolloi sairauttaan ja elämäänsä. Yksilön tulee ymmärtää henkilökohtaisen vastuunsa merkitys elämän eri osa-alueilla. Kuntoutumisessa on usein kuvattu olevan jonkinlainen käännepointti, jota ennen kuntoutujat ovat säännöllisesti kuvanneet olevansa jumissa itsensä kanssa ja jopa ehkä kieltäneet sairautensa. Avuttomuuden tunteen on kuvattu olevan osittain opittua käyttäytymistä, jota on rohkaissut hoitohenkilökunnan heikot odotukset kuntoutumisesta. Erityi-

sesti tätä ”opittua avuttomuutta” on esiintynyt tapauksissa, joissa ammattilaiset ovat otaneet yksilön vastuun omasta kuntoutumisestaan pois. Tätä avuttomuuden tunnetta Recovery-mallin on tarkoitus ehkäistä. (Shepherd ym. 2008: 2; Jacob 2015; Roberts - Wolfson 2003.)

### 2.3 Recovery-mallin vaatimukset ammattihenkilöille

Recovery-malli vaatii erilaista lähestymistapaa myös ammattihenkilöiden ja asiakkaiden välille. Ammattihenkilöiden tulee harjoitella muun muassa holistisia, herkkiä ja välittäviä, sekä ei-tuomitsevia lähestymistapoja, joiden avulla vältetään oletuksia mielenterveyskuntoutujasta. Ammattihenkilön tulee harjaantua tunnistamaan yksilön henkilökohtaisia valintoja ja kunnioittaa niitä. (Trenoweth 2017: 64.) Heidän keskinäinen ammatillinen suhde perustuu avoimuudelle, luottamukselle ja rehellisyydelle. Ammattihenkilöiden roolina on tarjota omaa ammattitaitoaan, muun muassa jakamalla tietoa, taitoja, verkostoitumista ja tukea. Ammattihenkilöt myös ohjaavat asiakkaita niiden palveluiden ääreen, joita asiakkaat tarvitsevat sen hetkissä elämäntilanteissaan. Yhtenä ydinasiana voidaan kaikessa ammattihenkilöiden toiminnassa pitää yksilön osallistamista ja aktivoimista. (Shepherd ym. 2008: 2–3.) Recovery-mallin käyttöönotto vaatii terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluilta valmiutta omaksua uusia ja innovatiivisia työtapoja (Jacob 2015).

### 2.4 Kotikäynnit ja osallisuuden hyödyntäminen mielenterveystyössä

Kotikäyntejä pidetään hyvänä tapana saada selville todellinen kuva asiakkaan elämäntilanteesta, jokapäiväisestä elämästä selviytymisestä, kotiympäristöstä ja lähiverkosta sekä niihin liittyvistä tukimahdollisuuksista ja käytännön ongelmista. Kotikäynnit tapahtuvat myös asiakkaalle tutussa ympäristössä, jossa hän tuntee olonsa mahdollisesti turvallisemmaksi. Toisaalta täytyy myös muistaa, että koti on hyvin intiimi ympäristö, jolloin asiakas voi pahimmillaan tuntea kotikäynnin tungettelevaksi. Tällöin hoitosuhteen luominen voi olla hankalampaa. Mielenterveyshoidon kotikäynneillä tuleekin noudattaa potilaan toiveita ja itsemääräämisoikeutta, mutta varmistaa samalla, että asiakas saa tarvitavansa hoidon. (Räsänen – Moring 2002.)

Avohoidon tehokkuudesta mielenterveystyössä löytyy myös kritiikkiä asiantuntijoiden keskuudessa. Harjavallan sairaalan ylilääkäri Jyrki Korkeila sekä erikoistuva lääkäri Mika

Rautanen uskovat psykiatristen sairaspaiikkojen lopettamisen rappeuttavan mielenterveyshoitotyön inhimillisyyttä. Tanskassa tehdystä tutkimuksesta selviää, että oikeuspsykiatristen tapausten määrä kasvoi runsaasti julkisten sairaspaiikkojen vähenemisen myötä. Rautasen ja Korkeilan mukaan itsemurhien määrä ja kustannustehokkuus eivät ole päteviä kokonaisvaltaisia mittareita hoidon laadun arvioimisessa, ja ne voivat johtaa vääristyneeseen kuvaan hoidon inhimillisyydestä. (Rautanen – Korkeila 2015: 1475.)

Korkeila toteaa myös aiheeseen liittyvässä katsauksessaan, että pelkkä siirtyminen osastohoidosta avohoitoon ei vielä itsessään riitä parantamaan hoidon laatua, vaan siihen tarvitaan myös aktiivista avohoidon metodien kehittämistä. (Korkeila 2009.) Mielen-terveyspuolen avohoidon kehittäminen on siis tarpeen, ja Recovery-mallin kehittäminen kotikäynneillä on yksi askel hoidon laadun edistämiseen.

Potilaan ja asiakkaan voimavaralähtöisyyttä pidetään nykyään tärkeänä osana hyvää hoitokäytäntöä. Asiakkaan osallisuus on myös yksi hyvänä pidetyn mielenterveystyön kulmakivistä. Sekä hoitajien että hoidettavien mukaan potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa liittyvistä päätöksistä on yksi hyvän mielenterveyshoitotyön kriteereistä. Hoidettavalla voi olla mielipiteitä hoitokäytien tiheydestä, hoitavasta henkilöstä ja sovellettavista hoitomenetelmistä. Esimerkiksi asiakkaan osallistumista omaan hoitoneuvotteluunsa pidetään hoidon onnistumista edistävänä tekijänä. (Kokko 2004: 98–114.) Haastattelujen toteuttaminen kohderyhmän henkilöillä onkin hyvä tapa kehittää hoitoa heidän näköiseensä suuntaan.

## 2.5 Niemikotisäätiö opinnäytetyön tilaajana

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Niemikotisäätiön kanssa. Niemikotisäätiö on vuonna 1983 toimintansa aloittanut järjestö, joka tarjoaa arjen apua helsinkiläisille avohoidossa oleville mielenterveyskuntoutujille järjestämällä heille monipuolista päivä- ja vapaa-ajan toimintaa. Säätiön toiminta-ajatukseen kuuluu kuntoutujan kanssa kunnioittavasti toimiminen ja kuntoutujan oman kokemuksen arvostaminen sekä kannustaminen itsenäiseen päätöksentekoon, jonka vuoksi Recovery-malli sopii hyvin hyödynnettäväksi kotikäynneillä. (Niemikotisäätiö.)

Niemikotisäätiö tarjoaa eriasteisia asumispalveluita asiakkailleen. Näihin kuuluvat muun muassa tehostettu palveluasuminen, tuettu asuminen sekä jälleenvuokrauspalvelu. Jäl-

Jälleenvuokrauspalvelu on asumispalvelujen kevyin muoto, mikä tarjoaa helsinkiläisille mielenterveyskuntoutujille turvallisen asumismuodon. Mielenterveyskuntoutujille tarjottavat asunnot ovat Helsingin kaupungin tai Asuntohankinnan omistamia, joita Niemikotisäätiö jälleen vuokraa eteenpäin. Suurin osa asunnoista on yksiöitä tai kaksioita, ja edellytyksenä asumiselle on, että asiakas kykenee asumaan suhteellisen itsenäisesti avopalvelujen turvin. Tavoitteena on muun muassa tukea asukasta itsenäisyyteen sekä kohottaa elämänlaatua. Asukkaan tukena ovat oma isännöitsijä sekä jälleenvuokrauksen työryhmät, jotka ovat tavoitettavissa virka-aikana. Kriisitilanteissa klo 19–5.30 asukkaita palvelee Niemikotisäätiön yöpäivystys. (Niemikotisäätiö.)

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys**

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata asiakkaiden kokemuksia Recovery-mallin toteutumisesta kotikäyntien yhteydessä. Tavoitteena oli tuottaa materiaalia Niemikotisäätiön toiminnan kehittämiseen. Tutkimuskysymyksemme oli: Mitä Recovery-mallin periaatteita toteutuu Niemikotisäätiön jälleenvuokrauspalvelun kotikäyntien yhteydessä asiakkaiden näkökulmasta?

## **4 Menetelmät**

### **4.1 Aineiston keruu**

Niemikotisäätiö valitsi haastateltavat asiakkaat opinnäytetyöhömmä määrittelemiemme kriteereiden perusteella. Kriteereinä olivat vähintään viiden vuoden asuminen jälleenvuokrauksen piirissä, sekä halukkuus osallistua haastatteluun. Näin varmistimme haastateltavien laajemman kokemuspohjan sekä sitoutumisen haastatteluun.

Aineisto kerättiin haastatteleamalla kahdeksaa jälleenvuokrauspalvelun asiakasta. Niemikotisäätiön ohjaajat tiedottivat asiakkaita ja antoivat saatekirjeen asukkaille tavatessaan heitä kotikäyntien yhteydessä, tai asiakkaiden osallistuessa päivätoimintaan. (Liite 1). Saatekirjeessä informoitiin haastateltavia ilmoittautumaan Niemikotisäätiön edustajalle puhelimen tai sähköpostin välityksellä. Niemikotisäätiön edustaja puolestaan välitti tiedon eteenpäin meille. Saatekirjeessä informoitiin myös haastatteluun osallistujia haastatteluiden nauhoittamisesta ja siitä, että ääninauhat siirretään viipymättä nauhurista tietokoneelle salasanan taakse, jossa niitä säilytettiin opinnäytetyön tekemisen ajan, jonka

jälkeen ääninauhat hävitettiin. Näin takasimme haastateltavien anonymiteetin säilymisen koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Yksilöhaastattelut toteutimme teemahaastatteluina. Teemoina toimivat Recovery-mallin ominaispiirteet: toivon löytäminen ja ylläpitäminen, positiivisen identiteetin uudelleen perustaminen, mielekkään elämän rakentaminen sekä vastuun ja kontrollin ottaminen. (Liite 2.) Perusideana teemahaastattelulle oli, että tutkija määritteli haastattelussa keskeisenä esiintyvät teemat, eikä lyönyt lukkoon tarkkoja haastattelukysymyksiä. Haastattelua ohjaavat teemat nousivat esiin teoriakehyksestä. (Hyvärinen – Nikander – Ruusu- vuori 2017: 21–22.) Laadimme haastattelulle valmiit teemat, mutta haastattelua toteutettaessa kysymysten muotoiluun tuli täsmennyksiä ja kysymysten järjestys saattoi vaihdella. Valmiiden teemojen kautta haastattelua voitiin kuitenkin rajata tutkimuskysymyksen mukaan ja näin ollen välttyttiin aiheeseen kuulumattoman aineiston kertymiseltä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 97.)

Haastatteluille oli varattu rauhallinen tila Niemikotisäätiön tiloista. Kunkin haastattelun aluksi kävimme vielä läpi saatekirjeen haastateltavien kanssa varmistaaksemme, että he ymmärsivät mihin osallistuivat ja mikä oli tutkimuksemme tarkoitus. Haastattelu kesti noin 20–30 minuuttia ja ne nauhoitettiin. Opinnäytetyön tekijät olivat molemmat läsnä jokaisessa haastattelussa.

#### 4.2 Analyysin kuvaus

Aineiston analyysi aloitettiin litteroimalla aineisto, eli kirjoittamalla haastattelunauhojen materiaali tekstiksi. Litterointivaiheessa haastattelu myös anonymisoitiin tarpeen mukaan, eli mainitut nimet ja osoitteet vaihdettiin toisiksi, jos haastateltavien tai työntekijöiden tietosuoja sitä vaati. (Hyvärinen ym. 2017: 430–439.) Tekstiksi litteroitu materiaali on välttämätön analyysin seuraavia työvaiheita varten (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 166).

Litteroidusta aineistosta etsimme analyysirungon luokitukseen sopivia ilmaisuja. Ilmaisut myös pelkistettiin mahdollisimman kompaktiksi ja analyysiin sopivaksi. Ilmaisut myös värikoodattiin sen mukaan mihin teemaan ja alakategoriaan ne sopivat. (Liite 3.) Ilmaisujen esiintymisestä pidettiin myös lukumäärällistä kirjaa, mutta sen pääasiallinen tehtävä oli selvittää analysoijille sitä, mitä alakategorioita haastateltavien puheessa esiintyi eniten.

Luokittelun tuloksia analysoitiin impressionistisesti, eli luetuista haastatteluista luotiin vaikutelmia. Vaikutelmat perustuivat opinnäytetyön tietopohjaan, sekä opinnäytetyön tekijöiden välisiin keskusteluihin, joita käytiin opinnäytetyöprosessin aikana. (Kankkunen - Vehviläinen – Julkunen 2009: 132–133.)

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla pyritään rakentamaan malleja, joiden avulla tutkittava ilmiö pystytään käsitteellistämään ja tiivistämään. Sen avulla aineistoja pystytään analysoimaan objektiivisesti ja analyttisesti. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 4–5.)

Opinnäytetyössämme sisällönanalyysissä edettiin deduktiivisen, eli teorialähtöisen analyysin kautta. Deduktiivisessa analyysissä lähtökohtana ovat teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tarkastellaan käytännön tilanteissa. Tutkija käyttää ennalta muodostettua analyysikehikkoa, johon teoreettinen lähtökohta on muodostettu aikaisemman tiedon ja tutkimuksen tarkoituksen suuntaisesti. Työssämme analyysiprosessi kohdistui aineiston ilmisältöihin, eli aineisto jaettiin analyysiyksikköihin, joita tarkasteltiin suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Teorialähtöisessä analyysissä teoria toimi apuna analyysin etenemisessä ja aikaisempi tieto ohjasi analyysin luokittelua. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä siis käytettiin aikaisemman tiedon perusteella laadittua teoreettista lähtökohtaa. Tutkimuksen raportointivaiheessakin näkyi myös näin ollen teorian ohjaava vaikutus. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 135–136.)

Tämän tavan käyttö oli opinnäytetyössämme aiheellista, sillä vaikka Recovery-mallista on melko vähän tietoa saatavilla ja se on hyvin hajanaista, voitiin käytettävissä olevista materiaaleista muodostaa analyysikehikko. Analyysiyksikköinä toimivat Recovery-mallin teorialähtöisestä saadut teemat, joiden toteutumista kotikäytien yhteydessä tutkittiin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 136.)

#### 4.3 Tietosuojat

Informoimme haastateltavia totuudenmukaisesti tutkimuksen ja haastattelun tarkoituksesta sekä vakuutimme suojelevamme haastateltavien anonymiteettiä ja saamiamme tietoja. Näin loimme myös miellyttävää ja luottamuksellista yhteistyösuhdetta haastateltajan ja haastateltavien välille, mikä oli myös yksi edellytys informaation saannille. (Hyvärinen ym. 2017: 66.)

## 5 Tulokset

Tässä kappaleessa esittelemme opinnäytetyömme tulokset haastatteluissa käyttämiimme pääteemoihin pohjautuen. Käymme läpi teemoittain aineistoista toistuvasti nousseet Recovery-mallille tyypilliset piirteet sekä harvemmin esille nousseet asiat. Tuloksien havainnollistamiseksi käytämme taulukoita, joissa on esimerkkeinä haastateltavien suoria lainauksia.

### 5.1 Positiivisen identiteetin rakentaminen

Jaoimme positiivisen identiteetin rakentamisen yläkategorian neljään eri alakategoriaan. Nämä alakategoriat ovat esittelee itsensä positiivisesti, löytää itsestään vahvuuksia, löytää elämästään hyvää oloa tuottavia asioita, ja kokee kotikäynnit positiiviseksi oman identiteettinsä kannalta. (Taulukko 1.)

*Esittelee itsensä positiivisesti* -alacategoriassa tyypillisin esittelytapa oli itsensä esittelyminen menneisyyden ammatin kautta. Useimmat haastateltavistamme olivat eläkeikäisiä, tai eivät muista syistä olleet enää työssäkäyviä, mikä saattaa vaikuttaa asiaan. Yksi haastateltavistamme esitteli itsensä opiskelujen kautta. Myös esittelyä isovanhemman roolissa esiintyi.

*Löytää itsestään vahvuuksia* -alacategoriassa tuloksia löytyi melkein yhtä paljon kuin positiivisen esittelyn alakategoriassa. Tyypillisimmiksi vahvuuden piirteiksi kuvailtiin omaan persoonaan tai henkisiin kykyihin liittyvät vahvuudet.

Oman psyykkisen olon kontrollointi ja ulospäin suuntautunut, sosiaalinen luonne olivat lisäksi yleisiä esimerkkejä koetuista vahvuuksista. Myös muut taidot, kuten liikunnallisuus, ATK-aidot ja musiikilliset taidot koettiin vahvuuksiksi joissain tapauksissa.

*Löytää elämästään hyvää oloa tuottavia asioita* -alacategoriaan yleisimpiä vastauksia olivat aktiviteetit, kuten liikunta sekä sosiaaliset suhteet. Isovanhemmuus ja luonnonsuojelu olivat myös hyvää oloa tuottavia asioita.

Viimeisenä alakategoriana haastattelussamme oli: *kokee kotikäynnit positiiviseksi oman identiteettinsä kannalta*. Tällä alakategoriolla pyrimme selvittämään Niemikotisäätiön kotikäyntien merkitystä asukkaiden positiivisen identiteetin rakentamiseen ja rakentumiseen. Vain muutamat haastateltavat kokivat kotikäynnit erikseen selvästi positiiviseksi tekijäksi tässä yhteydessä, parhaaksi asiaksi todettiin työntekijöiden keskusteluapu sekä käytännön avustaminen.

Pääosin kotikäynnit todettiin neutraaliksi asiaksi, yhtenä syynä niiden harvinaisuus. Samalla myös usein todettiin, että muu Niemikotisäätiön toiminta oli riittävää ja auttoi enemmän positiivisen identiteetin rakentamisessa.

Positiivisen identiteetin rakentamiseen kuuluu Recovery-mallin idean mukaisesti keskeisenä osana positiivinen näkemys itsestä ja omien vahvuuksien tunnistaminen. Vaikkaan kaikki haastateltavat eivät spontaanisti esitelleet itseään "positiivisten" asioiden kautta, useimmat sen tekivät. Muutama haastateltava esitteli itsensä sairautensa kautta, tai aloittamalla puhumalla esimerkiksi talousvaikeuksistaan. Melkein kaikilta haastateltaviltamme löytyi myös, viimeistään hetken pohdinnan jälkeen, joitakin positiivisia asioita itsestään, Recovery-mallin idean mukaisesti. Kotikäyntien vaikutus asiaan ei ollut kokonaisuudessaan suuri, yhtenä osatekijänä todennäköisesti kotikäyntien harva frekvenssi. Recovery-mallin mukainen toiminta kotikäynneilläkin tarkoittaisi positiivisten asioiden löytämistä asukkaasta aktiivisemmin. Asiakkaita voisi myös kannustaa tuomaan esille ja toteuttamaan omia ideoitaan rohkeammin.

Taulukko 1. Positiivisen identiteetin rakentaminen

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
"No, mä oon ekonomi koulutukseltani ja mennyt vuonna -66 pankkiin töihin."	Esittelee itsensä positiivisesti	Positiivisen identiteetin rakentaminen
"Mä oon muuten perusterve ihminen nyt..."		
"...sit jos jotain lupaa niin sit teen ja meen."	Löytää itsestään vahvuuksia	
"...osaan kuunnella itseäni."		



"Ehkä mä oon kumminkin jollakin tavalla sosiaalinen persoona, on helppo tutustua ihmisiin ja olla ihmisten kanssa."		
<p>"Semmonen ku luonnonsuojelu ja luonto."</p> <p>"Kyllä, lapsenlapset tykkäävät musta kovasti...se oli ihan kiva saada tuommoista palautetta."</p> <p>"Onhan se onnistuminen yksi tietysti. Ja nämä päivärutiinit tietysti, kun onnistuu hoitamaan."</p>	Löytää elämästään hyvää oloa tuottavia asioita	
<p>"Tietenkin se on hyvä, että niitä tehdään ja niitä pitäis ehkä tehdä useammin..."</p> <p>"...turvallista, kun on tällasii taustoja."</p> <p>"Kyllä se välillä virkistää, mutta jollain tavalla tuntuu, että pitäisi ottaa myös heihin enemmän yhteyttä."</p>	Kokee kotikäynnit positiiviseksi oman identiteettinsä kannalta	

## 5.2 Toivon löytäminen ja ylläpitäminen

Toivon löytämisen ja ylläpitämisen pääkategorian jaoimme myös neljään eri alakategoriaan. *Kokee nykytilanteensa tyydyttäväksi, näkee tulevaisuutensa tyydyttävänä, löytää elämästään toivoa ylläpitäviä asioita sekä kokee kotikäyntien ylläpitävän toivoa.* (Taulukko 2.)

*Kokee nykytilanteensa tyydyttäväksi* -alakategoriassa useimpien haastateltavien vastaukset olivat positiivisia. Nykyhetken teki tyydyttäväksi maanläheiset asiat, kuten arjen sujuvuus ja kahvinjuonti sekä television katselu.

Vastaajilla oli myös useita myönteisiä vastauksia alakategoriaan *näkee tulevaisuutensa tyydyttävänä*. Tulevaisuuden myönteisinä asioina pidettiin tyypillisesti myös arjen sujuvuutta sekä omaa asuntoa. Vastaajilla oli myös toiveissa oma asunto keskemällä pääkaupunkiseutua, sekä luottamus Niemikotisäätiön tuetummasta asumismuodosta. Näiden lisäksi tulevaisuus lastenlasten parissa sekä mahdollisuudet työelämästä koettiin myönteisinä asioina tulevaisuudesta.

*Löytää elämästään toivoa ylläpitäviä asioita* -alakategoria jäi haastatteluissamme hieman pienempään osaan, osittain sen vuoksi, että se oli hieman päällekkäin muiden alakategorioiden kanssa. Toivoa ylläpitäviä asioita olivat haastateltavien mukaan terveyden pysyminen hyvänä sekä opiskelu, joka mahdollistaisi paremmat työelämänäkymät tulevaisuudessa.

*Kokee kotikäyntien ylläpitävän toivoa* -alakategorian tarkoitus oli selvittää, kuinka paljon Niemikotisäätiön kotikäynnit edesauttavat haastateltavien optimistisen tulevaisuudennäkymän rakentumista. Tässäkin kontekstissa kotikäynnit koettiin pääosin neutraaleina.

Useat haastateltavat totesivat, että kotikäynneillä henkilökunnan kanssa keskustellaan, mutta vain muutama totesi keskustelujen auttavan toiveikkaan tulevaisuudennäkymän rakentamisessa. Eräs haastateltava toivoi, että kotikäyntejä mahdollisesti lisättäisiin ja niitä varten asiakkaan tarpeita kartoitettaisiin järjestelmällisemmin.

Haastateltavamme olivat kokonaisuudessaan melko tyytyväisiä tämänhetkiseen arkiseen tilanteeseensa. He kokivat myös pääosin tulevaisuutensa valoisaksi, vaikka heillä olisi ollutkin taloudellisia tai sosiaalisia huolia. Recovery-mallin mukainen toiminta kotikäynneillä merkitsi käytännön asioissa auttamista, sekä keskustelua ja suunnitelmien tekemistä haastateltavan nykytilanteen edistämiseksi. Toisaalta täytyy myös muistaa, että jos asiakas kokee nykytilanteen hyväksi, ei välttämättä ole aiheellista muuttaa toimintatapaa, mikä toimii hyvin.

Taulukko 2. Toivon löytäminen ja ylläpitäminen

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
"...olen tyytyväinen mun elämään, elämänlaatuun tällä hetkellä"  "Elämä on kuitenkin tasasta ja tulee säännöllisesti rahaa..."	Kokee nykytilanteensa tyydyttäväksi	

"No toivottavasti oon työelämässä jossain vaiheessa."	Näkee tulevaisuutensa tyydyttävänä	Toivon löytäminen ja ylläpitäminen
"Opiskelu ja tavallaan se, että saa tehdä semmosia asioita mistä tykkää ja mitä haluaa tehdä, se on aika tärkeä, ja että siihen myös kykenee, se on ihan perusedellytys tietenkin sille."	Löytää elämästään toivoa ylläpitäviä asioita	
"Mä katson, että se on vienyt mua eteenpäin, olla näissä toiminnoissa mukana."		
"Se on enemmän ollu semmosta, että tarkastetaan, että "jaha, asukas asuu tässä näin – päivää päivää"	Kokee kotikäyntien ylläpitävän toivoa	

### 5.3 Mielekkään elämän rakentaminen

Mielekkään elämän pääkategorian olemme jakaneet kolmeen alakategoriaan. *On tyytyväinen arkeensa, omaa laajan sosiaalisen verkoston ja kokee kotikäyntien tukevan mielekästä arkea.* (Taulukko 3.)

*On tyytyväinen arkeensa* -alakategoriaan vain kaksi ihmistä vastasi myöntävästi, tämä saattaa tosin johtua kysymysasettelun päällekkäisyydestä. Arjen tyytyväisyyttä edistäviä asioita ovat tässäkin kategoriassa olleet kodin viihtyvyys ja pysyvyys, sekä sosiaaliset suhteet.

*Omaa laajan sosiaalisen verkoston* -alakategoria on merkittävä, sillä monet haastateltavista saavat voimavaroja nimenomaan sosiaalista suhteistaan. Tyypillisin verkosto on perhe, sisarukset ja lapset/lapsenlapset. Myös seurakunta ja ystävät mainitaan sosiaalisina suhteina. Kotikäyntejä ei pidetä merkittävänä tekijänä sosiaalisissa suhteissa, enemmän taas neutraalina tekijä.

Viimeinen alakategoria tässä teemassa on: *kokee kotikäyntien tukevan mielekästä arkea*, jonka tarkoituksena on tarkastella työntekijän kotikäyntien vaikutusta haastateltavien arkeen ja sosiaalisten verkostojen luomiseen. Muutama haastateltava kuvasi kotikäynnit osaksi sosiaalista piiriään ja pitivät positiivisena asiana, että kotikäynneillä kunnioidetaan kotirauhaa. Muuten itse kotikäynneillä ei koeta olevan suurta vaikutusta sosi-

aalisiin suhteisiin, vaan haastateltavat kokivat työntekijöiden ohjaavan jälleenvuokrauspalvelun asiakkaan Niemikotisäätiön muiden tapahtumien piiriin. Kuten aiemmin on tullut esille, Niemikotisäätiön muut sosiaaliset tapahtumat ovat olleet haastateltaville suurempia sosiaalisia tekijöitä kuin itse kotikäynnit.

Sosiaalinen verkosto todettiin mielekkään elämän rakentamisessa selvästi tärkeäksi tekijäksi ja Recovery-malli puoltaa tätä ideaa. Recovery-mallin idea tulee hyvin käytäntöön Niemikotisäätiön puolelta sosiaalisten aktiviteettien järjestämisen muodossa. Recovery-mallin mukainen käytäntö toisi myös tätä aspektia kotikäyntien yhteyteen. Muun toiminnan ollessa näin monipuolista, ei kotikäynneistä ole välttämättä aiheellista tehdä mitään suoranaista seurustelupalvelua, vaan enemmänkin yksi uusi kannustava tekijä kuntoutumisessa. Recovery-mallin mukaisesti työntekijät voivat kannustaa asukkaita hakeutumaan vielä entistä aktiivisemmin sosiaalisiin tapahtumiin ja tekemään voimavarojensa mukaan esimerkiksi vapaaehtoistyötä, joka toisi elämään aktiviteettia sekä lisää sosiaalisia suhteita.

Taulukko 3. Mielekkään elämän rakentaminen

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<p>"Voi oikeastaan sanoa nämä kolme tukiverkostoa, jälleenvuokraus, seurakunta ja perhe..."</p> <p>"...mä ainakin tunnen, että pärjään ihan hyvin, kaikki asiat kondiksessa ja koti kunnossa..."</p>	On tyytyväinen arkeensa	Mielekkään elämän rakentaminen
<p>"Kyl mun luo saa kahville tulla, ei mulla oo mitään salatavaa."</p> <p>"...mä sanoisin, että ne omat ystävät on se kaikkein tärkein kuitenkin."</p>	Omaa laajan sosiaalisen verkoston	
<p>"...sitten täällä jälleenvuokrauksessa käyn, kuten sanoin, esim. toi pikkujoulu..."</p> <p>"Ne tulee kattoon, että miten pitää kotia ja minkälaiset yhteydet on. Ei ne millään tavalla vahdi, että tukee ja kannustaa."</p>	Kokee kotikäyntien tukevan mielekästä arkea	

#### 5.4 Vastuun kantaminen ja oman elämän kontrolli

Viimeisen yläkategorian olemme jakaneet myös kolmeen ryhmään. *Tuntee olevansa vastuussa omasta elämästään, kokee terveydentilansa olevan hallinnassa sekä kokee henkilökunnan auttavan oman elämän hallinnassa.* (Taulukko 4.)

*Tuntee olevansa vastuussa omasta elämästään* -alakategoriaan myönteisesti vastasivat jollain asteella kaikki haastateltavat. Useimmat kokevat Niemikotisäätiön olevan hyvä tukiverkko, mutta eivät kaikki. Osa toivoo läheisempää kontaktia Niemikotisäätiöltä ja toteaa, että jos joutuu turvautumaan ulkopuolisen avun palveluihin, ei täysin ole hallinnassa omasta elämästään.

Toinen alakategoria on: *kokee terveydentilansa olevan hallinnassa.* Tämä alakategoria linkittyy suhteellisen paljon yleisen elämänhallinnan kanssa. Haastateltavat kokevat pääosin sairautensa olevan hallinnassa. Yleisimpiä oman sairauden hallinnan keinoja ovat olleet lääkitys ja psyykkinen itsesäätely.

Viimeisimpänä alakategoriana työssämme on: *kokee henkilökunnan auttavan oman elämän hallinnassa.* Haastateltavat kokevat Niemikotisäätiön tukiverkostoksi, jota kotikäynnit ovat osana. Kotikäynneillä on käytännössä puhuttu esimerkiksi perheongelmista, ja työntekijät ovat neuvoneet raha-asioissa. Myös soittomahdollisuutta Niemikotisäätiölle pidettiin hyvin positiivisena asiana. Kotikäynneiltä toivottiin myös systemaattisempaa lähestymistapaa, jossa käymisfrekvenssi olisi tiheämpi ja toiminta rakenteellisempaa.

Vastuun ja kontrollin ottaminen omasta elämästään on erittäin tärkeä tekijä Recovery-mallin tyyppisessä ajattelussa. Recovery-mallin hyödyntäminen kotikäynneillä tässä kontekstissa merkitsisi asiakkaiden itsekontrollikeinojen löytämistä. Työntekijät voisivat keskustella asiakkaiden kanssa mikä auttaa heitä purkamaan ahdistusta ja mikä olisi mielekästä tekemistä murehtimisen sijaan. Työntekijät voisivat myös käytännössä auttaa heitä löytämään näitä aktiviteetteja ja kannustaa osallistumaan niihin. Työntekijät voisivat myös, osaamistasonsa mukaisesti, toteuttaa matalan kynnyksen terveysneuvontaa asiakkaan sitä tarvitessa.

Taulukko 4. Vastuun kantaminen ja oman elämän kontrolli

Alkuperäinen ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<p>”Jos esim. asut jollain taholla, Niemikotisäätiö tai joku muu, niin sä joudut kummiskin turvautumaan siihen palveluun, ja jos ei pysty heihin turvautumaan ja joudut hakee apua muualta, jokin niiku klikkaa, niin silloin tulee ulkopuolinen olo.”</p> <p>”Kyllä mä olen täysin vastuussa, ei kukaan muu vastaa mun elämästä.”</p>	Tuntee olevansa vastuussa omasta elämästään	Vastuun kantaminen ja oman elämän kontrolli
<p>”...pysyy hallinnassa lääkkeillä [sairaus]...mutta luulen olevani siinä tasapainoinen, että jos ne jäis ottamatta, niin mun olotila heikkenis aika paljon.”</p> <p>”On se, ei tuu sellasta täysii romahduksii...”</p>	Kokee terveydentilansa olevan hallinnassa	
<p>”Se auttais, jos ne useammin, ja jos se ois systemaattista, että neljän – kuuden kuukauden välein niitä tehtäis frekventtisesti, niin silloin myös näkis sen, että tän asiakkaan arki on tällasta.”</p> <p>”Kyllä siitä mun mielestä on apua, että voi sitten keskustella heidän kanssaan.”</p>	Kokee henkilökunnan auttavan oman elämän hallinnassa	

## 6 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

### 6.1 Luotettavuus

Työn tulosten luotettavuus ja sen arviointi on hyvin tärkeää työn hyödynnettävyyden kannalta. Jos tutkimusta ei voi pitää luotettavana, se on arvoton, eikä sen luotettavuutta voi tietää ilman perusteellista ja kriittistä arviointia. Luotettavuutta voivat uhata useat tekijät, joita kaikkia ei voi eliminoida niiden ollessa luonnollinen osa tutkimuksen elinkaarta. Esimerkiksi tutkimuskysymyksen ja haastattelukysymysten asettelu täytyy miettiä tarkkaan,

niin että ne vastaavat tavoiteltua lopputulosta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 195.)

Eräs yleisimmästä kvalitatiivista tutkimusta uhkaavista tekijöistä on niin sanottu holistinen harhaluulo. Holistinen harhaluulo eli virhepäätelmä tarkoittaa, että tutkija tulee sokeaksi omalle tutkimukselleen ja on liiallisen vakuuttunut johtopäätösten oikeellisuudesta. Tutkija voi myös olla vakuuttunut siitä, että hänen muodostamansa johtopäätös-malli vastaa todellisuutta, vaikkei näin välttämättä ole. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 197.) Työmme aiheesta on varsinkin suomeksi hyvin vähän tietopohjaa, eikä meillä myöskään ole käytännön kokemusta Niemikotisäätiön jälleenvuokraustoimin-nasta, joten ennako-oletuksien muodostamiselle oli olemassa vain vähäisiä riskejä. Myös opinnäytetyöparina työskentely vähensi holistisen harhaluulon riskiä.

Myös Hawthornen efekti voi vaarantaa työ lopputuloksen luotettavuutta. Hawthornen efektissä tutkittava muuttaa käytöstään, tietäessään olevansa tutkimuksen kohteena. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 196.) Haastateltavat henkilöt eivät välttämättä halua mainita negatiivisia asioita saamastaan palvelusta ja hoidosta sanktioiden pelossa. Haastateltavat eivät myöskään halua välttämättä puhua negatiivisesti heitä hoi-tavista henkilöistä samoista syistä. Näin ollen tutkijoiden täytyi muotoilla kysymykset mahdollisimman neutraalisti, luoda haastattelutilanteelle avoin ilmapiiri sekä vakuuttaa haastateltavat tietojen käsittelyn luottamuksellisuudesta.

Haastateltavat asiakkaat olivat Niemikotisäätiön valitsemissa antamienne kriteereiden poh-jalta. Riskinä oli se, että haastateltavat valittaisiin sen mukaan, mikä palvelisi Niemiko-tisäätiön omia intressejä. Haastateltavat voitiin valita esimerkiksi sen mukaan, kuinka positiivisia he ovat saamiaan palveluita kohtaan, ja tämä luonnollisesti vääristää haas-tattelujen koostumusta. Kriteereistä riippuen otannasta voi myös jäädä ulkopuolelle esi-merkiksi tietynlaisista sairauksista kärsiviä ihmisiä, jotka eivät sovellu haastatteluun, mutta joilla voisi olla tärkeitä näkökulmia tutkimuskysymykseen.

Tutkimuksen otannan täytyy myös olla tarpeeksi laaja, myös kvalitatiivisessa tutkimuk-sessa, että saadaan kattava näkökulma aiheesta (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 198). Haastateltavilla oli oikeus vetäytyä tutkimuksesta halutessaan missä vai-heessa tahansa, mutta kukaan haastateltavista ei keskeyttänyt. Uskomme luoneemme avoimen, vastaanottavan sekä lämpimän vaikutelman haastateltavillemme, jolloin hei-dän oli helppo keskustella kanssamme henkilökohtaisista ja vaikeistakin asioista.

## 6.2 Eettisyys

Eettiset periaatteet jaetaan kolmeen eri osa-alueeseen. Näitä ovat: tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja. (Kuula 2013: 61.)

Opinnäytetyössämme itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen näkyi siten, että haastatteluun osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Haastateltaville laadimme selkeän ja informatiivisen saatekirjeen, josta he saivat riittävät tiedot tutkimuksesta, jonka pohjalta päättivät, osallistuvatko haastatteluun. Haastateltaville kerrottiin perustiedot tutkimuksesta ja tutkimuksen tekijöistä sekä se, mihin haastattelusta saatavaa aineistoa tullaan käyttämään. (Kuula 2013: 61–62.)

Yksityisyyden kunnioittaminen näkyi työssämme siten, että haastateltavilla oli oikeus määrittää mitä tietoja he tutkimuskäyttöön antoivat. Äänitimme haastattelut ja haastattelunauhut hävitettiin asianmukaisesti sen jälkeen, kun opinnäytetyömme oli hyväksytty. Analysoidessamme vastauksia haastateltavien anonymisyys säilyi koko tutkimusprosessin ajan. Haimme tutkimuslupaa Niemikotisäätiöltä, kun opinnäytetyösuunnitelmamme oli hyväksytty.

Tutkimusetiikan seuraava osa-alue on fyysisen ja henkisen vahingon välttäminen. Vaikka fyysistä vahinkoa oli kyseistä tutkimusta tehdessä käytännössä mahdotonta aiheuttaa, oli henkisen vahingon riski olemassa. Haastattelutilanteissa ajaututtiin aika ajoin arkaluontoisiin asioihin, joista keskustelu saattoi olla haastateltaville erityisen hankalaa. Tämän vuoksi haastattelutilanteista pyrittiin tekemään mahdollisimman luottamuksellisia, sekä haastattelun rungosta aiheesta pysyvä. Oli myös tärkeää, että työn toteuttajat eivät millään tavalla tuominneet tai leimanneet haastateltavia henkilöitä, sillä se olisi voinut aiheuttaa tarpeetonta epämukavuutta ja epävarmuutta. Aineiston anonymiteetistä ja tietosuojasta huolehdimme asiallisesti, sillä arkaluontoisen haastattelumateriaalin vuotaminen olisi voinut aiheuttaa myös pysyvää henkistä ja sosiaalista haittaa kohderyhmän henkilöille. Lopullisen analyysin kirjoitusasu on asiallista, ettei se itsessään leimaa kohderyhmään kuuluvia ja siihen linkittyviä henkilöitä, aiheuttaen näin ollen haittaa eri tahoilla. (Kuula 2013: 62–63.) Opinnäytetyön tekijöinä koimme onnistuneemme toimimaan eettisesti oikein koko opinnäytetyöprosessin ajan, sekä haastatteluihin osallistuneet henkilöt vaikuttivat oman kokemuksemme mukaan vilpittömiltä ja positiivisesti tutkimukseen suhtautuvilta.



## 7 Pohdinta

Työmme tarkoitus oli tuottaa tietoa Niemikotisäätiölle Recovery-mallista sekä selvittää, miten mallin mahdollinen toteutuminen näkyy jo nyt kotikäynneillä asiakkaiden kokemuksia kartoittamalla. Työmme tuloksista tuskin vielä pystyy rakentamaan selkeää mallia Recoveryn toteuttamiselle, vaikka myöhemmässä vaiheessa pystymme antamaan kehitysehdotuksia omasta näkökulmastamme asiaan liittyen.

Haastattelijoina meillä ei ollut suoranaisesti ennakko-oletuksia liittyen haastateltavien elämänlaatuun vaikuttaviin tekijöihin. Pienenä yllätyksenä tuli korkeintaan se, kuinka myönteisenä haastateltavat näkivät oman tilanteensa. Sen sijaan suurin yllätys tuli kotikäynneissä, niiden määrän vähydessä ja harvassa frekvenssissä. Kotikäynnit koettiin pääosin neutraaleiksi (muutamaa haastateltavaa lukuun ottamatta) tekijöiksi kaikilla osaluilla kotikäyntien yhteydessä. Eräs tähän vaikuttava tekijä tuntui olevan myös kotikäynneillä vietetyn ajan lyhyys, sekä ennalta mainittu järjestelmällisyyden puute. Vaikka Recovery-malli painottaa kuntoutujien omavaraisuutta ja aloitteellisuutta, saattaa olla hankalaa tunnistaa asukkaiden tarpeita, jos niitä ei ole erikseen kartoitettu. Toisaalta Niemikotisäätiön jälleenvuokrauspalvelun asukkaat kokivat Niemikotisäätiön muun toiminnan, kuten erilaisten päiväryhmien, edesauttavan heidän kuntoutumistaan.

Haastattelumateriaalista tuli ilmi, että esimerkiksi muu järjestetty toiminta, kuten erilaiset päivätoiminnot sekä retket, ovat rakentuneet noudattamaan paremmin Recovery-mallin periaatteita. Kotikäynnit näyttivät tällä hetkellä olevan osittain viimeinen toimenpide, esimerkiksi jos asukas erikseen pyytää apua, tai asukkaaseen ei ole saatu kontaktia pitkään aikaan ja asukkaasta on herännyt huoli. Myös muussa toiminnassa aktiivisesti käyville asukkaille kuitenkin tehtiin kotikäyntejä aina silloin tällöin. Toiminta näillä ajoittain tehtävillä kotikäynneillä on kuitenkin suhteellisen pintapuolista niiden harvinaisuuteen nähden.

Jos Niemikotisäätiö haluaa kehittää Recovery-mallin toteutumista kotikäynneillä jatkossa, olisi kotikäyntien luonnetta mahdollisesti muutettava. Kotikäynneistä tulisi tehdä järjestelmällisempiä ja niiden frekvenssiä tihentää. Kotikäyntejä varten voisi myös luoda Recovery-mallin teorian pohjalta uusille työntekijöille perehdytyskansion. Itse kotikäyntien toteuttamiseen voitaisiin luoda jonkinlainen check-lista, jonka pohjalta kotikäynnin rakenteen voisi muodostaa. Tämä käytäntö saattaisi olla hyödyllinen varsinkin uusille

työntekijöille. Myös kartoituskeskustelu asiakkaan toiveista ja tarpeista voisi olla hyödyllinen, ja se saattaisi antaa työntekijöille näkemystä siitä, mihin osa-alueeseen kotikäyneillä olisi hyvä keskittyä. Kaikki tämä tietenkin voitaisiin toteuttaa ainoastaan Niemikotisäätiön resurssien puitteissa. Organisaatiotasolla tulisi myös miettiä, halutaanko kotikäynteihin panostaa erikseen, vai onko parempi keskittyä muun toiminnan kehittämiseen.

Vaikka haastattelutilanteissa Niemikotisäätiön työntekijät eivät olleet läsnä, he näkivät haastateltavat ja tunsivat heidät nimeltä. Yhdessä haastattelusessiossa työntekijät myös kutsuivat kahvilla olevia asiakkaita ”ex-tempore” -tyylisesti haastatteluamme. Vaikka täyttä anonyymiutta tutkimuksessamme olisikin ollut käytännössä mahdotonta saavuttaa, niin tämä toimintatapa saattaa vahingoittaa haastattelun luottamuksellisuutta. Myöskin tulosten luotettavuus saattaa kärsiä, jos haastateltavat ovat haastattelutilanteissa varoneet sanomasta negatiivisia asioita Niemikotisäätiöstä, peläten sen vaikuttavan saamiinsa palveluihin.

Recovery-mallista on vielä olemassa niukasti teoriatietoa ja erityisesti puutteita on mallin vaikuttavuudesta erilaisissa hoitoyksiköissä. Teoriatieto oli pääosin englanninkielistä ja sen termistö oli hyvin hajanaista. Tämä johti vääjäämättä siihen, että teoriaperusta on täytynyt kasata usean eri lähteen perusteella hajanaisesta ympäristöstä. Tulevaisuudessa aiheen laajempi teoriatieto, sekä tiukemmin määritelty termistö saattaisi lisätä Recovery-mallista tehtävien töiden luotettavuutta ja vertailtavuutta. Recovery-mallin hyödyntäminen käytännön työssä vaatisi joka tapauksessa henkilökunnan laajamittaisempaa kouluttamista aiheeseen, esimerkiksi koulutuspäivien kautta. Kouluttaminen puolestaan vaatii käytännössä mahdollisimman laajaa, mutta selkeää teoriapohjaa.

Tulevaisuudessa Recovery-mallin kehittäjät, eli opinnäytetöiden tekijät ja muut tahot, voisivat ottaa tavoitteekseen selkeän koulutusmateriaalin, tai jopa käytännön työmallien kehittämisen. Tätä opinnäytetyötämme voisi käyttää hyödyksi mietittäessä asiakkaiden tarpeita, asiakkaiden ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta sekä rakenteellista toimintaa uusissa työmalleissa. Myös Recovery-malliin liittyvän teoriatiedon tuottaminen ja laajentaminen on aiheellista, sillä nykyisellään siitä löytyvä tietopohja on hyvin niukka ja erityisesti suomenkielistä materiaalia on vaikea löytää.

## Lähteet

Anthony, William 1993. Recovery from Mental Illness - The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16 (4), 11-23. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <[https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery\\_from\\_Mental\\_Illness\\_Anthony\\_1993.pdf](https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf)>. Luettu 27.2.2017.

Bateson, Gregory 1965. Perceval's Narrative - A Patient Accounts of His Psychosis 1830-1832. Verkkodokumentti. <[https://books.google.fi/books?id=7DCsAAAAIAAJ&pg=PP2&lpg=PP2&dq=%22John+perceval%22+%22mental+illness%22&source=bl&ots=ukMAMe9Ltl&sig=W8nbZs9k-XSE5-p9S9hcafxDFY8&hl=en&ei=jyJaSvCsJ4qYtgfMI5zdCg&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.fi/books?id=7DCsAAAAIAAJ&pg=PP2&lpg=PP2&dq=%22John+perceval%22+%22mental+illness%22&source=bl&ots=ukMAMe9Ltl&sig=W8nbZs9k-XSE5-p9S9hcafxDFY8&hl=en&ei=jyJaSvCsJ4qYtgfMI5zdCg&sa=X&oi=book_result&ct=result&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)>. Luettu 23.2.2017.

Harjajärvi, Minna – Pirkola, Sami – Wahlbeck, Kristian 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Suomen kuntaliitto. Verkkodokumentti. <[http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/74893/p070112120807\[.pdf?sequence=1](http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/74893/p070112120807[.pdf?sequence=1)>. Luettu 23.2.2017.

Hyvärinen, Matti - Nikander, Pirjo - Ruusuvoori, Johanna 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino: Tampere.

Jacob, K.S. 2015. Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. *Indian Journal of Psychological Medicine* 37 (2). 117–119. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4418239/>>. Luettu 25.8.2017.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1-2 painos. WSOYpro: Porvoo.

Kokko, Seija 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä – Arvotoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Oulun Yliopisto. Verkkodokumentti. <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514273435.pdf>>. Luettu 27.2.2017.

Kontio, Raija – Malin, Maija – Grigori, Joffe – Vastamäki, Marjut – Wahlbeck, Kristian 2013. Hus-alueen mielenterveys- ja päihdepalvelut liian laitoskeskeisiä. *Suomen lääkärilehti* 68 (7). 500. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <[https://www.researchgate.net/profile/Maili\\_Malin/publication/237100302\\_HUS-alueen\\_mielenterveys\\_ ja\\_paihdepalvelut\\_liian\\_laitoskeskeisia/links/00b7d51b854492fd2b000000.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Maili_Malin/publication/237100302_HUS-alueen_mielenterveys_ ja_paihdepalvelut_liian_laitoskeskeisia/links/00b7d51b854492fd2b000000.pdf?origin=publication_detail)>. Luettu 23.2.2017.

Korkeila, Jyrki 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrasta avohoitoa? *Duodecim*. Verkkodokumentti. <<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/21/duo98399>>. Luettu 27.2.2017.

Kuntoutuminen. 2017. Mielenterveyden keskusliitto. Verkkodokumentti. <<http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kuntoutuminen/>>. Luettu 26.2.2017.

Kuula, Arja 2013. Tutkimusetiikka: aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* vol. 11 (1). 4–6.

Laitila, Minna – Pietilä, Anna-Maija 2012. Asiakkaan osallisuus mielenterveyspalveluissa - kuulluksi tulemista ja inhimillistä kohtaamista. ePooki. Verkkodokumentti. <[https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49933/Asiakkaan\\_osallisuus\\_mielenterveyspalveluissa.pdf?sequence=1](https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49933/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveyspalveluissa.pdf?sequence=1)>. Luettu 22.2.2017.

National Institute for Mental Health in England 2005. NIMHE Guiding Statement on Recovery. NIMHE. Verkkodokumentti. <<http://studymore.org.uk/nimherec.pdf>>. Luettu 23.2.2017.

Niemikotisäätiö. 2016. Katsaus Niemikotisäätiön vuoteen 2015 - Kohokohdat. Verkkodokumentti. Päivitetty 17.2.2016. <<https://issuu.com/niemikoti/docs/niemikoti2015.vedos>>. Luettu 23.2.2017.

Nordling, Esa 2016. Toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat – mikä tässä on uutta? Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.sli-deshare.net/THLfi/toipumisorientaation-teoreettiset-lhtkohdat-mik-tss-on-uutta>>. Luettu 26.2.2017.

Rautanen, Mika – Korkeila, Jyrki 2015. Psykiatrian sairaansijojen alasajo horjuttaa hoidon laatua. *Lääkärilehti*. Verkkodokumentti. <<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjotukset/psykiatrian-sairaansijojen-alasajo-horjuttaa-hoidon-laatua/>>. Luettu 27.2.2017.

Roberts, Glenn – Wolfson, Paul 2004. The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*. vol 10. 37-49.

Räsänen, Sami – Moring, Juha 2002. Päivystävän lääkärin käynnit psykiatristen potilaiden kotona. *Duodecim*. Verkkodokumentti. <<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo92768.pdf>>. Luettu 23.2.2017.

Shepherd, Geoff – Boorman, Jed – Slade, Mike 2008. Making Recovery a Reality. Sainsbury Centre for Mental Health. Verkkodokumentti. <<https://www.centreformentalhealth.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=e94d8999-4010-4a5e-a5d8-0c3f1eb2d0e6>>. Luettu 22.2.2017.

Slade, Mike – Adams, Neal – O'Hagan, Mary 2012. Recovery: Past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry*. Verkkodokumentti. <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09540261.2011.644847>>. Luettu 28.3.2017.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Mielenterveyspalvelut. Verkkodokumentti. Päivitetty 4.12.2015. <<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>>. Luettu 23.2.2017.

Trenoweth, Steve 2017. *Promoting Recovery in Mental Health Nursing*. Sage.

## Saatekirje

Helsinki 24.8.2017

Hyvä vastaanottaja,

Olemme Metropolia ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä Niemikotisäätiölle Recovery-mallin käytöstä. Tutkimuksen tarkoituksena on hankkia lisää tietoa Recovery-mallin toteutumisesta jälleenvuokrauspalvelun asiakkaiden näkökulmasta. Recovery-mallin ei tarvitse olla Teille entuudestaan tuttu.

Kutsumme Teidät osallistumaan 45–60 minuutin pituiseen yksilöhaastatteluun, jossa käymme läpi kuntoutumiseen ja kotikäynteihin liittyviä teemoja. Haastattelu toteutetaan valintanne mukaan Niemikotisäätiön tiloissa tai muussa sovitussa paikassa. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista, eikä tule vaikuttamaan saamaanne hoitoon tai palveluihin. Haastattelun voi keskeyttää missä vaiheessa vain. Haastattelut toteutetaan syksyllä 2017.

Tutkimusta varten on saatu asianmukainen lupa. Haastattelut nauhoitetaan, jotta aineiston huolellinen analysointi on mahdollista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä niistä voi päätellä vastaajan henkilöllisyyttä missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimusaineisto tallennetaan ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten ja tallenteet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Niina Eklöf Metropolia ammattikorkeakoulusta, niina.eklof(at)metropolia.fi. Opinnäytetyö julkaistaan keväällä 2018 internetissä osoitteessa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

Haastatteluun ilmoittautuminen sähköpostitse tai puhelimitse Niemikotisäätiön edustajalle: Timo Sampo, timo.sampo(at)niemikoti.fi / puh. 050 404 0030.

Ystävällisin terveisin,

Sirpa Mikkonen, sirpa.mikkonen2(at)metropolia.fi

Miikka Mäkinen, miikka.makinen(at)metropolia.fi

## Teemahaastattelun runko

Suunniteltu kesto 45–60 min

Taustatiedot

Ikä

Sukupuoli

Asuinvuodet Niemikotisäätiöllä jälleenvuokrauspalvelussa

Positiivisen identiteetin rakentaminen

- Esittele itsesi omin sanoin.
- Missä olet hyvä - kuvaile vahvuuksiasi?
- Mitkä asiat saavat olosi tuntemaan hyväksi?
- Onko kotikäynneillä vaikutusta siihen, kuinka näet itsesi?

Toivon löytäminen ja ylläpitäminen

- Millaisena koet nykyhetkesi?
- Millaisena näet tulevaisuutesi?
- Mitkä asiat ylläpitävät toivoa?
- Kuinka kotikäynnit ylläpitävät toivoa - onko vaikutusta?

Mielekkään elämän rakentaminen

- Oletko tyytyväinen arkeesi - jos et, miksi?
- Mitkä asiat vaikuttavat arjen mielekkyyteen?
- Millainen sosiaalinen verkosto sinulla on?
- Saatko kotikäynneistä apua saavuttaaksesi mielekkäämmän arjen?

Vastuun kantaminen ja oman elämän kontrolli

- Tunnetko olevasi itse vastuussa omasta elämästäsi?
- Koetko sairauden olevan hallinnassasi?
- Tukeeko hoitohenkilökunta kotikäynneillä sinua oman elämän hallinnassa – miten?

