



**SAVONIA**

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

# YHTEISÖHOITO OSANA MIELEN- TERVEYSKUNTOUTUSTA

Työntekijöiden kokemuksia yhteisöhoidon toteutumisesta

TEKIJÄT: Kimmo Karvonen  
Pasi Paananen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaalialan koulutusohjelma	
Työn tekijät Kimmo Karvonen ja Pasi Paananen	
Työn nimi Yhteisöhoito osana mielenterveyskuntoutusta – Työntekijöiden kokemuksia yhteisöhoidon toteutumisesta	
Päiväys	21.3.2019
Sivumäärä/Liitteet	67/3
Ohjaaja Mira Polón	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani Kuntoutusyksikkö Attendo Ahjola	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä tutkittiin yhteisöhoidon toteutumista nuorten aikuisten mielenterveyskuntouksessa. Tavoitteena oli selvittää kuntoutusyksikön työntekijöiden kokemusten perusteella, miten yhteisöhoito toteutui heidän yksikössään käytännön arjessa ja mitkä olivat siihen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi tavoitteena oli tuoda esille kehitysideoita yhteisön toiminnan kehittämiseksi. Toimeksiantajana toimi Kuntoutusyksikkö Attendo Ahjola, jonka tavoitteena oli saada tietoa yhteisöhoidon toteutumisesta heidän yksikössään. Opinnäytetyö tarjosi toimeksiantajalle mahdollisuuden arvioida ja kehittää omia toimintatapojaan.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jonka haastatteluaineisto kerättiin kesäkuu-syyskuu 2018 välisenä aikana. Tutkimuksen haastatteluihin osallistui kuntoutusyksikön seitsemän pitkäaikaista työntekijää. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanatarkasti, jonka jälkeen tutkimusaineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella yhteisöhoito ei toteutunut kuntoutusyksikössä työntekijöiden toivomalla tavalla. Yhteisöhoito oli suunnitelmallista, joka näkyi muun muassa asukkaiden viikko- ja päiväohjelman noudattamisessa sekä erilaisissa kokouksissa. Yhteisöhoidosta havaittiin useita kuntoutuksessa sovellettuja piirteitä. Yhteisöhoidon tavoitteellisuus näkyi enemmän yksilöllisinä tavoitteina kuin yhteisöllisinä tavoitteina. Yhteisöhoidon toteutumiseen vaikuttivat keskeisesti kuntoutusyksikön tilat, asukkaiden fyysinen ja psyykinen hyvinvointi ja toimintakyky, yhteisön demokraattisuus, ryhmätoiminta, yhteisön vertaispaineen laatu, asukkaiden aktiivisuus ja passiivisuus sekä asukkaiden vaihtuvuus.</p> <p>Yhteisöhoidon toteutumista voidaan vahvistaa tuomalla yhteisöhoitoa enemmän esille kuntoutusyksikön arjessa. Kouluttamalla henkilökuntaa voidaan hyödyntää koulutuksesta saatua tietoa yhteisöllisyyden vahvistamiseen ja yhteisöhoidon merkityksen korostamiseen. Asukkaiden aktiivisuutta voidaan parantaa perehtymällä nuorten aikuisten tapoihin ja suunnitteleamalla heille monipuolisempia ja mielenkiintoisempia virikemahdollisuuksia. Ohjaajat voivat myös vaikuttaa asukkaiden aktiivisuuteen viettämällä enemmän aikaa yhteisössä.</p> <p>Viriketoiminnan suunnittelussa tulisi huomioida entistä enemmän virikkeiden sopivuus miehille ja naisille. Viriketöinnassa voidaan hyödyntää yksilöiden vahvuuksia vastuuttamalla heitä erilaisten ryhmätoimintojen järjestämiseen, ottaen huomioon kuitenkin asukkaiden toimintakyky ja ohjaajien vastuu. Yhteisen toiminnan kautta autetaan asukkaita ryhmäytymään ja saamaan entistä enemmän vertaistukea. Myös hyödyntämällä kokemusasiantuntijoita lisätään vertaistuen tehokkuutta. Tällöin työntekijät ja asukkaat saavat tietoa ja kokemuksia kuntoutumisesta sekä lisää toivoa asukkaiden tulevaisuuteen.</p>	
Avainsanat Yhteisöhoito, terapeutin yhteisö, mielenterveys, mielenterveyden häiriö, sosiaalinen kuntoutus, mielenterveyskuntoutus	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Social Services			
Authors Kimmo Karvonen ja Pasi Paananen			
Title of Thesis Community care as part of mental health rehabilitation – Employees´ experiences about the implementation of community care			
Date	21.3.2019	Pages/Appendices	67/3
Supervisor Mira Polón			
Client Organisation /Partner Rehabilitation Unit Attendo Ahjola			
<p>Abstract</p> <p>This thesis deals with the implementation of community care in the mental health rehabilitation of young adults. The aim of the thesis was to find out, based on the experiences of the employees in the rehabilitation unit, how community care was implemented in the unit and what kind of factors were influencing on the implementation. In addition, the aim was to bring forward ideas for the development of community care. The client organization of the thesis was the rehabilitation unit Attendo Ahjola, whose aim was to obtain information on the implementation of community care in their everyday work. The thesis offered them opportunity to evaluate and develop their own practices.</p> <p>The qualitative research method was applied in this study. The method used for the study was a thematic interview. Research material was collected from June to September 2018. Seven long-term employees of the rehabilitation unit participated in the interviews. The interviews were recorded and then transcribed using the strict verbatim style. The research material was analyzed using the theory-driven analysis method.</p> <p>Based on the study results, community care did not work in the rehabilitation unit in the manner desired by the employees. Community care was systematic, which was seen, for example, in the residents´ weekly and daily programs and in various communal meetings. There were several detectable features of community care that were applied to rehabilitation, but the overall purposefulness of community care was more visible in the individual goals than in the goals of the whole community. The key factors affecting the implementation of community care in the unit were the functionality of the facilities, the fluctuation of the physical and mental well-being and functioning of the residents in the unit, the democratic nature of the community, group activities, and the quality of peer pressure in the community, the activity of the residents and the turnover of the residents.</p> <p>The implementation of community care can be strengthened by bringing up community care more prominently in a rehabilitation unit. By training and educating staff, the information from education can be used to strengthen the community and to emphasize the importance of community care. The activity of the residents can be improved by studying more in depth the habits of young adults and designing more versatile and interesting activities for them. Employees can also influence on the activity of residents by spending more time in the community.</p> <p>When planning activities, it should be taken more into account that the activities are suitable for both men and women. It could be possible to make use of the strengths of individuals in the activities by giving them responsibility to organize group activities; however, residents´ ability to act and the responsibility of the instructors must be considered. Through group action, residents will be helped to group together and get more peer support. Also, the use of experience experts can increase the effectiveness of peer support. In this way employees and residents will receive information and experiences of rehabilitation and hope for the future of the residents.</p>			
Keywords Community care, therapeutic community, mental health, mental disorder, social rehabilitation, mental health rehabilitation			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	6
2	KUNTOUTUSYKSIKÖ ATTENDO AHJOLA .....	7
2.1	Kuntoutus Attendo Ahjolassa .....	7
2.2	Attendo Ahjolan toimintaperiaatteet .....	8
2.3	Dialektinen käyttäytymisterapia kuntoutumisen tukena .....	8
3	MIELENTERVEYS JA SEN MÄÄRITTELEMISEN HAASTEET .....	10
3.1	Mielenterveyden häiriöt ja niiden ilmeneminen .....	12
3.2	Mielenterveyspalveluiden järjestäminen .....	16
3.3	Sosiaalinen kuntoutus ja mielenterveyskuntoutus .....	18
4	YHTEISÖHOITO MIELENTEVEYSKUNTOUTUKSEN MENETELMÄNÄ .....	21
4.1	Yhteisöhoidon pääperiaatteita .....	22
4.2	Yhteisön sosiaalinen ja toiminnallinen rakenne .....	25
4.3	Kokouksien asema yhteisöhoidossa .....	27
4.4	Yhteisöhoidon haasteellisuus ja kehittäminen .....	28
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	30
5.1	Kvalitatiivinen tutkimus ja teemahaastattelu .....	30
5.2	Tutkimuksen sisällönanalyysi .....	32
5.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	34
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	38
6.1	Yhteisöhoidon toteutumiseen vaikuttavat tekijät .....	38
6.1.1	Tavoitteellisuuden näkyminen yhteisöhoidossa .....	39
6.1.2	Demokratian toteutuminen yhteisössä .....	40
6.1.3	Yhteisön jäsenten roolien näkyminen yhteisössä .....	41
6.1.4	Kokoukset osana yhteisöhoidon toteuttamista .....	42
6.2	Yhteisön jäsenten aktiivisuus ja motivaatio yhteisön toiminnassa .....	45
6.3	Yhteisön toiminnan kehittämisideat .....	46
6.4	Yhteisöhoitoon liittyvän koulutuksen tarve .....	48
7	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	49
7.1	Yhteisöhoidon toteutuminen käytännön arjessa .....	49
7.2	Asukkaiden aktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä .....	52
7.3	Yhteisön toiminnan kehittäminen .....	53

8 POHDINTA.....	58
LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT .....	61
LIITE 1: SAATEKIRJE.....	65
LIITE 2: TEEMAHAASTATTELURUNKO.....	66
LIITE 3: ESIMERKKI TEORIAOHJAAVASTA ANALYYSISTÄ .....	67

## 1 JOHDANTO

Mielenterveys toimii ihmisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perustana. Se kuuluu myös merkittävänä osana ihmisten kokonaisterveyteen sekä liittyy erottamattomasti fyysiseen terveyteen. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa ja Virta 2014, 10.) Mielenterveyden häiriöt ovat Suomessa suurin nuorten aikuisten työkyvyttömyyden aiheuttaja. Alle 35-vuotiaiden mielenterveyden häiriöistä johtuva työkyvyttömyys on lisääntynyt 30 prosenttia vuosien 2005–2015 välillä. Yleisimpiä nuorilla aikuisilla esiintyviä mielenterveyden häiriöitä ovat masennushäiriöt, päihdehäiriöt sekä ahdistuneisuushäiriöt. Yleisimpiä työkyvyttömyyttä aiheuttavia sairauksia nuorilla aikuisilla ovat masennushäiriöt, psykoottiset häiriöt sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Mattila-Holappa 2018, 12–14, 31.)

Viime vuosien aikana ihmisten syrjäytymiseen ja sen ehkäisemiseen on haettu ratkaisua yhteisöllisyydestä. Terapeuttiset yhteisöt ovat viime vuosisadan alussa syntyneitä ja kehitettyjä hoito- ja kuntoutusmalleja, joiden toiminta perustuu yhteisölliseen tasa-arvoon ja perustasolla tapahtuvaan demokratiaan. Nämä mallit ovat pysyneet ja kehittyneet osaksi suomalaista sosiaali- ja terveys- sekä kasvatusturvajärjestelmää. (Laakso, Murto, Ojala ja Räsänen 2013, 9–10.)

Yhteisöhoito perustuu ihmiskäsitykseen, jossa ihmisen eläminen ja kehittyminen tapahtuvat vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Yhteisöhoitossa kuntoutusyhteisöä voidaan hyödyntää suunnitelmallisesti hoidollisten, kuntoutuksellisten ja kasvatuksellisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Mielenterveys- ja päihdetyössä hoidollisten tavoitteiden saavuttamiseksi pyritään hyödyntämään yhteisössä tapahtuvaa sosiaalista kanssakäymistä. Vertaistuen kautta yhteisön jäsenet oppivat vastuunottamista sekä arjen toimintoihin liittyviä taitoja. Yhdessäolon ja yhteisen toiminnan kautta kuntoutujat saavat tunteen yhteenkuuluvuudesta ja yhteisymmärryksestä. Samalla he saavat elämäänsä lisää sisältöä ja merkitystä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 249–250.)

Opinnäytetyömme aiheena on yhteisöhoiton toteutuminen nuorille aikuisille suunnatussa mielenterveyskuntoutuksessa. Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Iisalmessa sijaitseva Kuntoutusyksikkö Attendo Ahjola, joka tarjoaa tehostettua palveluasumista mielenterveyskuntoutujille. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten yhteisöhoito toteutuu kuntoutusyksikön käytännön arjessa ja mitkä ovat sen toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tarkoituksena on myös tuoda esille työntekijöiden kehittämideoita sekä meidän esittämiä kehittämissuhteita yhteisön toiminnan parantamiseksi. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa toimeksiantajalle tietoa yhteisöhoitosta ja yhteisöhoiton toteutumisesta heidän yksikössään. Opinnäytetyömme tarjoaa myös toimeksiantajalle mahdollisuuden arvioida omaa toimintaansa sekä saada sitä kautta uusia näkemyksiä työskentelyyn ja toimintansa kehittämiseen.

## 2 KUNTOUTUSYKSIKÖ ATTENDO AHJOLA

Attendo Ahjola on Iisalmessa sijaitseva 16-paikkainen kuntoutusyksikkö, jossa järjestetään tehostetua palveluasumista nuorille aikuisille mielenterveyskuntoutujille. Ahjola on aloittanut toimintansa 6. päivä kesäkuuta vuonna 2016. Sen toiminta on suunnattu kuntoutujille, joilla on tarvetta saada eri tasoista tukea ja apua kuntoutumiseen sekä arjessa selviytymiseen. Tarjottu tuki on tiivistä ja sitä sovelletaan yksilöllisesti ja asteittain kuntoutujan tarpeiden mukaan. Tavoitteena kuntoutuksessa on kuntoutujan mielekäs, itsenäinen ja tasapainoinen elämä. Kuntoutusyksikön toiminnalla tuetaan myös kuntoutujan oma-aloitteisuutta. Lisäksi toimintaa suunnataan sellaisiin kodin ulkopuolisiin toimintoihin, joita kuntoutuja tarvitsee pärjätäkseen itsenäisessä arjessaan. Tärkeänä arkeen kuuluva osana ovat esimerkiksi erilaiset harrastukset, opiskelut, työt sekä sosiaaliset suhteet. (Attendo s.a.a.)

Kuntoutuksen sisältö määritetään Ahjolassa kuntoutujan yksilöllisten ja ainutlaatuisten tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Erilaisten asumismuotojen tukemana jokainen kuntoutuja voi edetä kohti itsenäisempää elämää realististen mahdollisuuksiensa mukaan. Kuntoutujalle mahdollistetaan portaaton siirtyminen eri tukimuotojen välillä kuntoutuksensa aikana. Asukkaan tarpeesta riippuen on mahdollista siirtyä asumismalliin, jossa häntä tuetaan vähemmän tai vaihtoehtoisesti asumisratkaisuun, jossa tukea ja apua on mahdollista saada enemmän. (Attendo s.a.a.)

### 2.1 Kuntoutus Attendo Ahjolassa

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa kuntoutuminen tapahtuu jokaisen yksilöllisellä tahdilla. Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan paluu tuettuun tai itsenäiseen asumiseen. Attendon toimintaan liittyy aina tavoitteellisuus. Kuntoutusyksikössä asukkaita otetaan mukaan arkiseen toimintaan, jossa heitä tuetaan ja ohjataan mahdollisimman itsenäiseen toimintaan. Kuntouttavan toiminnan perustana on, että kaikissa palvelun vaiheissa pyritään ymmärtämään asukkaiden tarpeet sekä täyttämään kuntoutukselliset asukasvaatimukset. (Attendo s.a.c.) Jokaisella Attendo Ahjolan asukkaalla on yksilöllisten tarpeiden mukaisesti tehty hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Tämä tehdään yhdessä asukkaan, hänen läheistensä sekä muun verkoston kanssa. (Attendo s.a.b.)

Attendo Ahjolassa arjen rytmittäminen tapahtuu yhdessä asukkaiden kanssa suunnitellun viikko-ohjelman mukaisesti. Viikko-ohjelmassa näkyy kirjattuna kuntoutusyksikön päivittäiset ruoka-ajat, siivouspäivät, järjestettävät ryhmätoiminnot sekä yhteistyökumppaneiden tarjoamat vertaistukiryhmät ja liikuntaryhmät. Jokaiselle asukkaalle tehdään myös yhteisen viikko-ohjelman lisäksi henkilökohtainen viikkosuunnitelma, jonka avulla tuetaan asukkaiden yksilöllistä kuntoutumisen polkua. (Attendo s.a.b.)

Attendo Ahjolassa hyödynnetään jokaisen asukkaan kuntoutumisen tukemisessa ja toteutumisessa omaohjaajaparia (Attendo s.a.b). Omaohjaajan tehtäviin kuuluu asukkaan terveyden edistäminen ja hänen tarpeisiinsa vastaaminen hyödyntämällä omaa ammattitaitoaan. Tällä omaohjaaja pyrkii vahvistamaan asukkaan voimavaroja, joiden kautta edistetään hänen terveyttään. Omaohjaajan kautta

asukas voi kokea läheisyyden tunnetta sekä saada turvaa toisesta ihmisestä ja saada apua oikea-aikaisesti. Omaohjaajan työtehtävät vaihtelevat asukkaan hoito- ja kuntoutusjakson muodon mukaan. Lähtökohtaisesti omaohjaaja on vastuussa asukkaan kuntoutukseen liittyvistä järjestelyistä koko kuntoutusjakson ajan. Omaohjaajan tehtäviin kuuluu moniammatillisen hoitoneuvottelun järjestäminen, yhteistyö kuntoutujan omaisten ja läheisten kanssa sekä kuntoutukseen liittyvien työntekijöiden ja työryhmien koordinoiminen. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa ja Virta 2010, 74.)

Keskeisenä asiana asumispalveluissa on vahvistaa asukkaan toimintakykyä ja sosiaalisia suhteita. Asukasta ohjataan hankkimaan itselleen tarvittavia arjen taitoja sekä tulemaan toimeen sairautensa kanssa. Häntä tuetaan omien raha-asioiden hoitamisessa, eri harrastuksissa ja kodin ulkopuolisessa asioinnissa sekä kannustetaan osallistumaan päätöksentekoon, joka koskee häntä itseään. Attendo Ahjolassa tuetaan myös asukkaan sosiaalisia verkostoja, joihin kuuluvat muun muassa läheisten päivät, asioinnin ohjaaminen ja järjestäminen sekä muu vertais-, läheis- ja ystävä yhteydenpito. (Attendo s.a.c.)

## 2.2 Attendo Ahjolan toimintaperiaatteet

Kuntoutusyksikön toiminnassa painotetaan toiminnallisuuteen, ratkaisukeskeisyyteen, yksilöllisyyteen sekä yhteisöllisyyteen. Näillä toiminnan periaatteilla tuetaan kuntoutujan kokonaisvaltaista kuntoutumista sekä osallisuutta oman elämän haltuun ottamisessa. Kuntoutusyksikön toiminnan ideologia perustuu ratkaisukeskeiseen yhteisöhoitoon, joka mahdollistaa voimavaralähtöisyyteen pohjautuvan kuntoutussuunnitelman tekemisen kuntoutujalle. (Attendo s.a.a.)

Yhteisöhoidon lisäksi Ahjolassa hyödynnetään osana kuntoutusta dialektisen käyttäytymisterapian taito- ja valmennus -manuaalia. Taito- ja valmennukset ovat merkittävässä osassa, kun kuntoutuja etenee askeleissaan itsenäisempää asumista kohti. Taito- ja valmennuksessa opetellaan muun muassa ahdingonsietoon, tunteensäätelyyn, tietoisuuteen sekä tehokkaaseen vuorovaikutukseen liittyviä taitoja. Keskeistä dialektisessa käyttäytymisterapiassa on jokaiseen kuntoutuksen osa-alueeseen ulottuva muutoksen ja hyväksynnän yhdistäminen sekä tasapainottaminen. Tavoitteena on nuoren osallistaminen ja motivoiminen omaan kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen. Lisäksi pyritään löytämään ratkaisuja, joilla hän pääsee elämässään eteenpäin. (Attendo s.a.a.)

## 2.3 Dialektinen käyttäytymisterapia kuntoutumisen tukena

Dialektisen käyttäytymisterapian kehitys alkoi USA:ssa 1970-luvulla Marsha Linehanin ja hänen kollegoidensa toimesta. Dialektisella käyttäytymisterapialla tarkoitetaan periaatepohjaista, psykoterapeuttista tiimihoitoa, jonka kohderyhmänä on vaikeista tunnesäätelyvaikeuksista kärsivät ja moniongelmaiset asiakkaat. Tiimihoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa ryhmä työntekijöitä hoitaa ryhmää asiakkaita. Työntekijöiden muodostama konsultaatiotiimi auttaa pitämään hoidon tehokkaana sekä työntekijät motivoituneina. (Suomen dialektisen käyttäytymisterapian yhdistys ry 2015.) Dialektisen käyttäytymisterapian avulla pyritään auttamaan henkilöitä, joilla on diagnosoitu epävakaata persoonal-



lisuus. Sen keskeisenä tavoitteena on löytää ongelmallisia tunnetiloja ja elämänhallintaa helpottavia keinoja. (Kåver ja Nilsonne 2004, 12.)

Dialektinen käyttäytymisterapia on muutokseen tähtäävää käyttäytymisterapiaa, jonka avulla asiakkaita autetaan luopumaan toimintamalleistaan, jotka aiheuttavat heille vaikeuksia. Terapian kautta harjoitellaan uusia käyttäytymisen taitoja. Käyttäytymisen muutoksen lisäksi terapian välttämättömänä osana ovat hyväksynnän tavoite ja siihen tähtäävä työskentely. Hyväksynnän tukeminen tapahtuu tietoisien läsnäolon (mindfulness) harjoituksilla sekä hyväksyvällä vuorovaikutuksella (validaatio). Olennaisena osana terapiassa on, että kuntoutujissa tapahtuvaa muutosta ja hyväksyntää edistetään ja tasapainotetaan jatkuvasti. Näitä näennäisesti vastakkaisia tavoitteita yhdistetään dialektisen filosofian kautta. Dialektiikan tehtävänä on dialektisessa käyttäytymisterapiassa olla sekä kokoavana taustateorianä että ohjaavana tekijänä käytännön työssä. (Suomen dialektisen käyttäytymisterapian yhdistys ry 2015.)

Dialektisessä käyttäytymisterapiassa taitojen opettelemista harjoitellaan kerran viikossa kokoontuvassa taito- ja taitovalmennusryhmässä. Taidot on jaettu neljään eri osa-alueeseen, jotka ovat tietoisuustaidot, tehokkaan vuorovaikutuksen taidot, tunteensätelyn taidot ja ahdingon sietotaidot. Taito- ja taitovalmentajien rooliin kuuluu taitojen opettaminen. He myös huolehtivat ryhmän kasassa pysymisestä ja ryhmän jäsenten työrauhasta. (Ryhänen 2009, 73.) Taito- ja taitovalmennusta pidetään keskeisessä asemassa dialektisessa käyttäytymisterapiassa, koska asiakkaiden puutteellisten taitojen tai kyvyttömyyden käyttöä taitoja ajatellaan olevan vaikeuksien aiheuttajana. Tavoitteena harjoittelussa on oppia hyödyntämään jo olemassa olevia taitoja tai oppia uusia taitoja. (Kåver ja Nilsonne 2004, 113.)

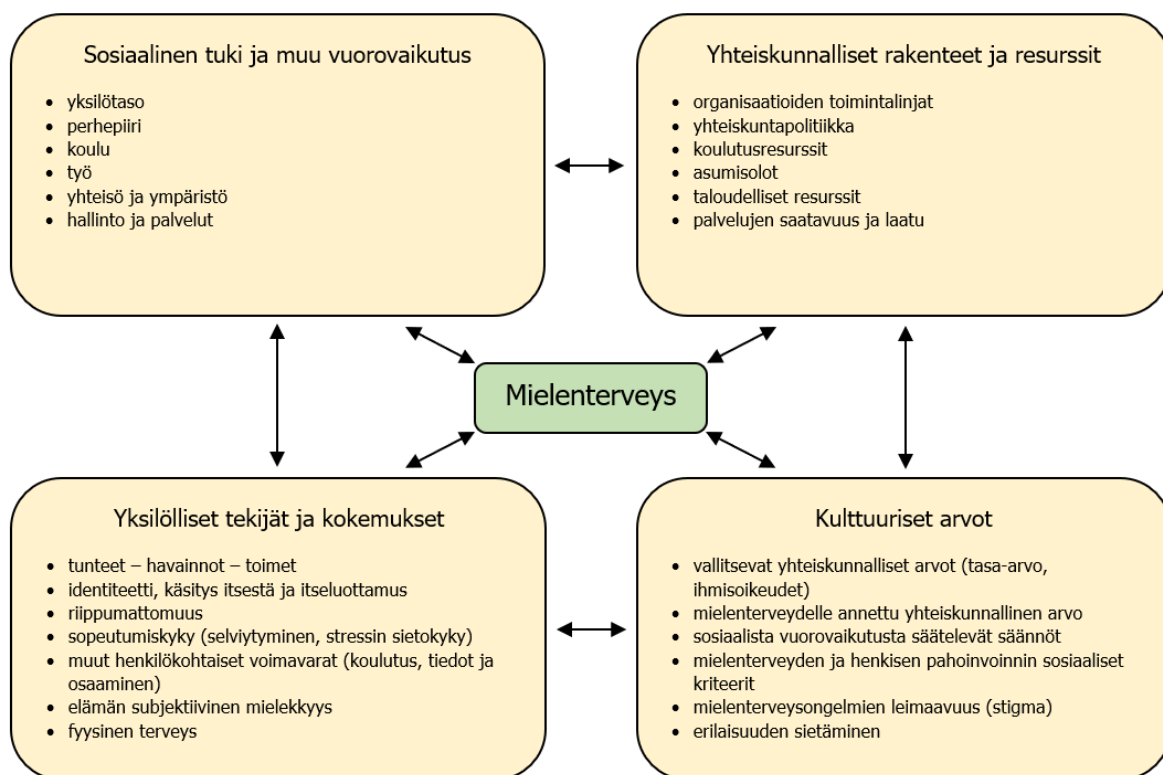
### 3 MIELENTERVEYS JA SEN MÄÄRITTELEMISEN HAASTEET

Mielenterveyden käsitteen tarkka määrittelyminen on vaikeaa sen monimuotoisuutensa vuoksi (Toivio ja Nordling 2013, 60). Aikojen saatossa mielenterveyden määrittelyminen on pyritty tekemään lähinnä mielen sairauden kautta. Muiden käytöksestä poikkeavasti käyttäytyvää ihmistä on katsottu usein häiriintyneeksi tai sairaaksi. Itävaltalaisen lääkärin ja tutkijan Sigmund Freudin (1856–1939) määritelmän mukaan mielenterveys käsitetään kyvyksi rakastaa ja tehdä työtä. Määritelmänä tämä on hyvä, mutta vaikeampaa on hahmottaa kokonaisuus, mitä rakastaminen ja työnteko ihmiseltä vaativat. (Hietaharju ja Nuutila 2016, 9.)

Hyvä mielenterveys kuuluu jokaisen ihmisen oikeuksiin. Ilman mielenterveyttä ei ole myöskään terveyttä. WHO:n määritelmän mukaan terveyteen liitetään täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauksien ja vammojen puuttuminen. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert ja Seuri 2017, 19.) Tässä hyvinvoinnin tilassa ihminen käsittää omat kykynsä ja pystyy selviytymään elämän tuomista haasteista sekä työskentelemään ja olemaan osallisena yhteisön toiminnassa (Vuorilehto, Larri, Kurki ja Hätönen 2014, 13). Hyvinvoinnin tilaa voidaan myös kuvata toiveikkautena, onnellisuutena, elämänhallintana, itsetuntona, elämän tyytyväisyytenä, elinvoimaisuutena, elämänlaatuna sekä hyvänä toimintakykynä. Henkilön tapa huolehtia itsestään ja hyvinvoinnistaan kuvaa hänen tapaansa välittää itsestään. (Hämäläinen ym. 2017, 21–22.)

Mielenterveyden käsite on vakiintunut yleiseen käyttöön 1950-luvulta lähtien. Aikaisemmin mielenterveyttä on ilmaistu henkisenä hyvinvointina, psyykkisenä tasapainona, mielisairauden puuttumisena sekä normaaliutena. Nämä ovat käsitteitä, jotka voivat olla edelleen käytössä mielenterveyttä luonnehdittaessa. Hyvä mielenterveys on monen eri osatekijän summa. Siihen vaikuttavia tekijöitä ovat yksilölliset voimavarat, läheiset ihmissuhteet, kasvuolosuhteet, sosiaalinen verkosto sekä elämisen puitteet, jotka yhteiskunta on luonut. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 8.) Haasteellisuutta mielenterveyden tilan kuvaamiseen lisää sen vaihtelevuus muun terveydentilan tavoin. Mielenterveydessä ei ole olemassa staattista tilaa, eikä myöskään sitä määritteleviä mittareita. Mielenterveys on suhteellista, joten täydellistä mielenterveyttä tai sen puuttumista ei voida tutkimuksissa määritellä. (Toivio ja Nordling 2013, 60.)

Mielenterveydellä on vaikutusta koko yhteiskuntaan ja se kuuluu osaksi kansanterveyttä. Yhteiskunnassa se täytyisi nähdä positiivisena potentiaalina, jota olisi vahvistettava ja vaalittava. (Hämäläinen ym. 2017, 19.) Sosiaali- ja terveysministeriön tekemässä Mielenterveystyö Euroopassa selvityksessä mielenterveys määritetään neljään osa-alueeseen, jotka ovat yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalinen tuki ja muu vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot (STM 2004, 32). Näitä mielenterveyttä määrittäviä tekijöitä (kuvio 1) kuvataan oheisessa kuviossa.



KUVIO 1. Mielenterveyttä määrittävät tekijät mukailien Mielenterveystyö Euroopassa selvitystä (STM 2004, 33).

Mielenterveys sisältää Heikkinen-Peltosen ym. (2010, 8) mukaan sekä positiivisen mielenterveyden että erilaiset mielenterveyden häiriöt ja sairaudet. Positiiviseen mielenterveyteen liittyvät hyvä itsetunto, hyvinvoinnin kokeminen sekä kyky oman elämän vaikuttamiseen. Lisäksi siihen kuuluu ihmisen työ- ja toimintakykyisyys, ihmissuhteiden ylläpitäminen sekä henkinen sietokyky kohdatessa vaikeuksia. Mielenterveys ja fyysinen terveys toimivat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Mielenterveys sisältää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen ulottuvuuden.

Mielenterveys on mahdollista määritellä myös voimavaraksi, jota myös mielenterveysongelmista kärsivillä ihmisillä on enemmän tai vähemmän. Mielenterveyden häiriöstä kärsivien voimavarat voivat riittää esimerkiksi selviytymiseen työstään tai kodin arjen askareista, mutta jaksaminen ystävyssuhteiden huolehtimiseen ei enää riitä. (Vuorilehto ym. 2014, 13.) Mielenterveys on siis voimavara ja resurssi, jonka avulla pidämme yllä psyykkisiä toimintojamme. Käytämme sitä kaiken aikaa ja sen avulla myös ohjaamme elämäämme. Sen tukemana jaksamme arjessa ja selviydymme elämän vastoinkäymisistä. Se mahdollistaa myös meille elämän ilon kokemisen. (Kuhanen 2014, 19–20.)

Yksilön tasolla mielenterveyden merkitystä on mahdollista verrata talon perustuksiin. Taloa kannattelee ja pitää pystyssä vahva kivijalka kaikkina vuodenaikoina vuodesta toiseen. Myös mielenterveyttä voidaan pitää ihmisen kivijalkana, joka kannattelee kohdatessamme vastoinkäymisiä sekä on arjen tukenamme koko elämämme ajan. (Hämäläinen ym. 2017, 19.)

### 3.1 Mielenterveyden häiriöt ja niiden ilmeneminen

Nykyään joka viides suomalainen sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä eli psyykkistä sairautta. Vuosittainen johonkin mielenterveyden häiriöön sairastuneiden määrä on väestöstä puolitoista prosenttia. (Vuorilehto ym. 2014, 106.) Mielenterveyden häiriöt johtavat pitkäaikaisiin sairauksiin ja sairaukseläkkeisiin toiseksi useimmiten heti tuki- ja liikuntaelinsairauksien jälkeen. Lievästä tai tilapäisestä mielenterveyden häiriöstä on kärsinyt arviolta joka toinen suomalainen. Kansalaisista noin joka neljäs sairastuu hoitoa vaativaan mielenterveyden häiriöön jossakin elämän vaiheessa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 136.) Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat kustannuksia kansantaloudelle kasvatamalla tarvittavien palvelujen määrää, vähentämällä tuottavuutta sekä lisäämällä ennen aikaista kuolleisuutta (Noppi, Kiiltomäki ja Pesonen 2007, 48).

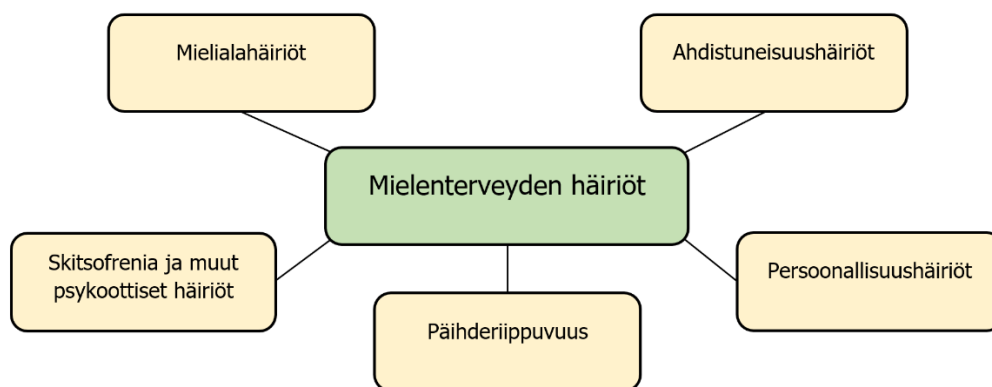
Mielenterveyden häiriöitä on Huttusen (2008, 7–8) mukaan haasteellista määritellä tarkkaan. Osittain se voi olla jopa mahdotonta. Määrittelemisen haastavuutta lisää mielenterveyden oireiden satunnainen ilmeneminen myös arkisessa elämässä. Siinä vaiheessa, kun henkilön käytös, mieliala, ajatukset ja tunteet alkavat häiriintyä toimintakykyä ja vaikuttamaan ihmissuhteisiin sekä aiheuttamaan kärsimystä, on kyseessä mielenterveyden häiriö. Mielenterveydessä ilmeneviä ongelmia voi olla useita erilaisia, ja kaikkia niitä yhdistävää oiretta ei ole olemassa. Vaikeuksien kohtaaminen voi usein olla jokapäiväistä. Ne painavat mieltä ja vaikuttavat henkiseen hyvinvointiin. Ihmisen mieleen liittyvän terveyden ja sairauden häilyvästä rajasta huolimatta pyritään erityyppiset mielenterveyden häiriöt määrittelemään mahdollisimman selkeällä tavalla.

Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan naisilla on esiintynyt psyykkistä kuormittuneisuutta miehiä yleisemmin. Merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta on naisista kokenut seitsemäntoista prosenttia ja miehistä neljätoista prosenttia tutkimusta edeltävän kuukauden aikana. Vakavien masennus- ja ahdistusoireiden ilmeneminen samalla ajanjaksolla on naisilla ollut yleisempää kuin miehillä. Näitä oireita naisilla on tutkimuksen mukaan ilmennyt seitsemällä prosentilla ja miehillä kuudella prosentilla. Masennushäiriöiden ilmeneminen on tutkimuksen mukaan ollut yleisempää naisilla kuin miehillä. Viimeksi kuluneen vuoden aikana niihin sairastuneiden naisten määrä on ollut seitsemän prosenttia. Miesten osuus on vastaavasti ollut samalla aikavälillä neljä prosenttia. (Suvisaari ym. 2012, 97–99.)

Mattila-Holappa (2018, 14) toteaa suomalaisen väestöön kohdistuneessa väitöstutkimuksessaan viidentoista prosentin 19–34-vuotiaista ihmisistä kohdanneen mielenterveysongelmia. Tällä ikävälillä 40 prosenttia heistä kokee mielenterveysongelmia jossakin elämän vaiheessa. Yleisimpänä mielenterveyden häiriönä ilmenee tutkimuksen mukaan masennusoireet, joiden osuus on kahdeksantoista prosenttia. Seuraavaksi yleisimpänä ilmenee päihteiden väärinkäyttö tai päihderiippuvuus neljäntoista prosentin osuudella. Kolmanneksi yleisimpänä ilmenee ahdistuneisuushäiriöt kolmentoista prosentin osuudella. Kinnusen (2011, 31–32) väitöskirjan mukaan nuorilla todetut mielenterveyden häiriöt ovat kaksi kertaa yleisempiä kuin lapsilla. Mielenterveysoireet lisääntyvät nuoruudessa ja varhaisaikuisuudessa 12–24-ikävuoden välillä. Masennusoireet kuuluvat Suomessa ja muualla maailmassa yleisimpiin mielenterveyttä uhkaaviin oireisiin.

Useimpien mielenterveyden häiriöiden etiologia on moninainen. Syyt mielenterveyden häiriöihin voi olla psyykkisiä ja somaattisia. Niihin voi kuitenkin kuulua sekä sosiaalisia, kulttuurillisia että yhteiskunnallisia tekijöitä. (Lönnqvist ja Lehtonen 2014, 20.) Mielenterveyden häiriöiden määrittelyä vaikeuttaa osaltaan se, että psyykkiset hankaluudet voivat kasaantuessaan jäädä psykosomaattisten tuntemusten peittoon (Hietaharju ja Nuutila 2016, 29).

Useimmat mielenterveyden häiriöt koostuvat monesta yhtäaikaisesta psyykkisestä oireesta, joista muodostuu yhdessä oireyhtymä. Yksittäisiä oireita voi olla vaikea eritellä tunnetiloista, jotka ovat ohimeneviä. Näitä voivat esimerkiksi olla alakulo, tilapäinen ärtymys tai henkinen pahoinvointi. Lievimpien häiriöiden vaikutus arkeen on vähäistä ja ohimenevää. Vakavimmillaan mielenterveyden häiriöt voivat kuitenkin aiheuttaa toimintakyvyn lamaan tuloa. Tämä voi johtaa ihmisen syrjäytymiseen yhteiskunnan ulkopuolelle sekä sosiaalisten suhteiden häiriintymiseen. (Vuorilehto ym. 2014, 106.) Yleisimmät Suomessa esiintyvät mielenterveyden häiriöt (kuvio 2) on jaoteltu seuraavasti:



KUVIO 2. Suomalaisien yleisimmät mielenterveyden häiriöt mukailen Hietaharjua ja Nuutilaa (2016, 30).

Ahdistuneisuus on tunnetila, jonka laukeaminen liittyy tiettyyn vaikeaan elämäntapahtumaan ja joka menee ohi itsestään, kun tilanne helpottuu (Huttunen 2008, 166). Ahdistuneisuus kehittyy häiriöksi silloin, kun se muuttuu voimakkaaksi ja pitkäkestoiseksi sekä alkaa häiritä psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Ahdistuneisuushäiriöissä ihminen ei kuitenkaan usein menetä todellisuudentajuaan muihin vakavampiin mielenterveyden ongelmiin, kuten psykooseihin verrattuna. (Hietaharju ja Nuutila 2016, 32.) Ahdistuneisuushäiriöt kuuluvat yleisimpiin mielenterveyden häiriöihin. Vähintään joka kymmenes ihminen kohtaa niitä jossakin elämän vaiheessa. Huomattavasti tätäkin useammin ilmenee lievempiä ahdistus-, jännitys- ja pelkotiloja. (Huttunen 2008, 166.) Suomalaisista aikuisista noin 25 prosenttia kärsii ahdistuneisuushäiriöistä jossakin elämänvaiheessa. Kuitenkin oireet alkavat ilmetä monesti lapsuuden tai nuoruuden aikana. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 137.)

Erilaisiin ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat muun muassa pakko-oireiset häiriöt, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt, elimellisoireiset häiriöt sekä eriaistiset stressireaktiot. Näiden häiriöiden esiintyminen on yleistä noin puolella masennusta sairastavilla potilailla. Ahdistuneisuushäiriöiden lisäksi myös mielialahäiriöt ja psykoosisairaudet voivat sisältää ahdistuneisuutta. (Kanerva, Kuhanen ja Seuri 2014, 222.)

Mielialahäiriöiksi kutsutaan sairauksia, joiden oleellisena piirteenä ilmenee mielialan muutoksia (Vuorilehto ym. 2014, 141). Vakavat mielialahäiriöt kuuluvat keskeisenä osana itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja samalla ne ovat eniten psykiatrissa työ- ja toimintakyvyttömyyttä aiheuttavia tekijöitä. Josakin elämänvaiheessa mielialahäiriöistä kärsii 15–20 prosenttia väestöstä. Erilaiset mielialahäiriöt luokitellaan niiden oireiden laadun, vaikeusasteen ja keston mukaan. Mielialanhäiriöissä mielialan muutoksien kesto on vähintään 2–3 viikkoa, mutta pisimmillään ne voivat venyä jopa vuosien mittaiseksi. (Hietaharju ja Nuutila 2016, 39.) Usein mielialahäiriöön altistavia tekijöitä ovat esimerkiksi kriisit tai traumaattiset tilanteet, epäonnistumiset tai vastoinkäymiset, ihmissuhdeongelmat sekä erilaiset menetykset. Myös vuodenaikojen vaihtelulla saattaa olla mielialahäiriöön laukaisevia vaikutuksia. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 144.)

Mielialahäiriöiksi luetaan masennushäiriöt sekä kaksisuuntainen mielialahäiriö. Etenkin masennusta pidetään keskeisenä haasteena kansanterveydelle. Se voi olla tunnetilana tilapäinen, mutta sen pitkittyessä tulee kysymykseen mielenterveyden häiriö. Masennusta sairastavien määrä on noin viisi prosenttia suomalaisista. (Hämäläinen ym. 2017, 269.) Masennus on yleisin mielialahäiriöistä ja usein siihen sairastuminen tapahtuu murrosiässä. Tämän jälkeen sairastuminen voi kuitenkin tapahtua minkä ikäisenä tahansa. (Vuorilehto ym. 2014, 141.) Erilaisiin masennustiloihin lasketaan lievä, keskivaikea, vaikea sekä psykoottinen masennus. Lisäksi muita masennustiloja ovat muun muassa pitkäaikainen ja toistuva masennus, synnytyksen jälkeinen masennus sekä vuodenaikaan liittyvä masennus. (Hämäläinen ym. 2017, 269.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä eli bipolaarihäiriössä ihmisellä tapahtuu mielialan vaihteluita ja hänellä esiintyy tietyin väliajoin eriaikaista masennuksen oireilua sekä poikkeavaa mielialan kohoamista. Sairautta kutsutaan myös maanisdepressiivisyydeksi. Tunnusomaista sairaudelle on, että sen eri vaiheissa tapahtuu masennuksen, hypomanian, manian tai sekamuotoisten jaksojen vaihteluita. Tämän lisäksi vaiheet voivat välillä olla vähäoireisia tai niitä ei ole ollenkaan. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen sairaus, joka kestää koko ihmisen eliniän. (Hämäläinen ym. 2017, 270.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö esiintyy usein suvuittain, joten perinnöllisyydellä on todettu olevan selvästi altistava vaikutus sairastumiseen. Siihen sairastuneen aikuisväestön määrä Suomessa on noin 1,2 prosenttia. Sitä vastoin taudin lievemmän muodon esiintyminen voi olla huomattavasti laajempaa. Usein sen diagnosoiminen on myös haasteellista. (Hietaharju ja Nuutila 2016, 55.) Sairastuminen kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön tapahtuu yleensä nuorena, mutta sairastuminen on mahdollista kaikissa elämänvaiheissa. Naisten ja miesten sairastuminen siihen on yhtä yleistä. Monella kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla on myös jokin muu psykiatrinen sairaus, kuten ahdistuneisuushäiriö, persoonallisuushäiriö tai alkoholiriippuvuus. Sairastuneiden riski tehdä itsemurha on suuri. Itsemurhayritykset ajoittuvat varsinkin masennusjaksoon ja sekamuotoisiin jaksoihin. (Vuorilehto ym. 2014, 145–146.)

Psykoosissa ihmisen ajattelu- ja havaintokyky on jollakin tavalla vääristynyt, jolloin todellisuuden ja epätodellisuuden rajan erottaminen vaikeutuu. Joillakin osa-alueilla ihminen voi kuitenkin kyetä toimimaan normaalisti. Myös hänen käyttäytymisessään ja puheessaan saattaa näkyä hajanaisuutta.

Psykoottisiin oireisiin kuuluvat muun muassa aistiharhat eli hallusinaatiot, kuten näkö-, kuulo- ja tuntoharhat, harhaluulot eli deluusiot, häiriöt ajattelussa ja puheessa, hyvinkin eriaistiset häiriöt käyttäytymisessä ja tunne-elämässä sekä puutokset kognitiivisessa toimintakyvyssä. Oireet saattavat myös sisältää ahdistusta, pelkotiloja, unihäiriöitä sekä epäluuloja. (Kanerva ym. 2014, 191.) Psykoosi voi olla seurausta myös jostakin ruumiillisesta sairaudesta (Vuorilehto ym. 2014, 168).

Skitsofreniaa pidetään monine alamuotoineen yleisimpänä psykoosina. Se on psyykkinen sairaus, joka heikentää ihmisen toimintakykyä ja muuttaa hänen käsitystään todellisuudesta. Maailman väestöstä skitsofreniaa sairastavien osuus on noin prosentti. Sairastuneet ovat usein iältään melko nuoria. Naisilla sairastuminen tapahtuu yleisimmin 24–32-vuotiaana ja miehillä 20–28-vuotiaana. Sairastuneet kuuluvat useasti syrjäytyneisiin, naimattomiin sekä alempiin sosiaaliryhmiin. (Hietaharju ja Nuutila 2016, 80.) Skitsofreniaa pidetään myös vaikea-asteisimpana psykoosina (Vuorilehto ym. 2014, 168).

Nykyisen jaottelun mukaan skitsofrenian eri alatyyppejä ovat paranoidinen, katatoninen, hebefreeninen, residuaalinen sekä erilaistumaton skitsofrenia. Alatyyppejä toisistaan erottavia tekijöitä ovat oireiden ilmenemisen lisäksi oireiden esiintulo, sairastumisikä sekä sairauden ennuste. Skitsofrenian perusoireisiin kuuluu harhoja ja hallusinaatioita sekä vääristymiä ajattelussa. (Toivio ja Nordling 2013, 196.) Skitsofreniaan sairastumisen ajankohtaan liittyy yleensä elämän aikana tapahtuneet muutokset ja niiden aikana ilmenneet runsaat psyykkiset stressitekijät. Näitä voi ilmetä esimerkiksi koulun päättyessä, muutettaessa pois kotoa sekä aloittaessa opinnot tai siirryttäessä työelämään. Skitsofreniasta voidaan puhua silloin, kun psykoottisia oireita on ollut yli kuukauden sekä ennakkona ja jäännösoireita yhteensä vähintään kuusi kuukautta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 160–161.)

Persoonallisuushäiriöllä tarkoitetaan vakavien häiriöiden esiintymistä henkilön persoonallisuudessa sekä hänen käyttäytymistavoissaan. Nämä häiriöt vaikuttavat useisiin henkilön persoonallisuuden alueisiin. Etenkin stressaavissa tilanteissa häiriintynyt käyttäytyminen ilmenee tunnusomaisesti joustamattomuutena, pysyvänä ja teatraalisena tapana reagoida asiaan. Usein tilanteissa yhdistyy merkittävä ahdistus ja sosiaalinen haitta. Eri tilanteissa henkilö käyttäytyy toistuvasti samalla tavalla ilman, että hän näyttäisi oppivan koettujen asioiden kautta jotakin uutta. Käytös johtuu siitä, että henkilö kokee käyttäytymisensä normaaliksi toiminnaksi ja mahdolliset vaikeudet johtuvat puolestaan muiden ihmisten ilkeydestä tai olosuhteista. (Hietaharju ja Nuutila 2016, 62–63.) Tämän johdosta henkilö joutuu usein erimielisyyksiin ympäristönsä kanssa (Vuorilehto ym. 2014, 180).

Persoonallisuushäiriöistä on tutkimusten mukaan todettu kärsivän 5–15 prosenttia aikuisväestöstä. Osuutta pidetään huomattavana ja arvioiden mukaan sen odotetaan vielä kasvavan. Suurin persoonallisuushäiriöitä sairastava ikäryhmä on 25–44-vuotiaat. (Hietaharju ja Nuutila 2016, 63.) Persoonallisuushäiriö alkaa usein ilmetä lapsuuden tai nuoruuden aikana, mutta ei välttämättä kaikissa tapauksissa (Toivio Nordling 2013, 160). Persoonallisuushäiriöiden syntyyn on todettu olevan vaikutusta etenkin epäsuotuisilla kasvuolosuhteilla. Myös perinnöllisyys voi osin olla vaikuttavana tekijänä. (Vuorilehto ym. 2014, 180.) Monet persoonallisuushäiriöistä kärsivät ovat lapsuuden ja murrosiän aikana kohdanneet traumaattisia kokemuksia, jotka voivat liittyä muun muassa seksuaaliseen hyväksi-

käyttöön tai toistuvaan väkivaltaan. Näiden tapahtumien johdosta henkilö voi reagoida nykyisin eri asioihin korostuneella pelolla, aggressiolla tai impulsiivisuudella. (Huttunen 2008, 237.)

Päihderiippuvuutta pidetään sairautena, joka ilmenee runsaana ja hallitsemattomana päihteiden käyttönä. Myös vieroitusoireiden esiintyminen on merkinä riippuvuudesta. Lisäksi runsas päihteiden käyttö johtaa ihmisen fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. (Hietaharju ja Nuutila 2016, 209.) Päihdehäiriöitä pidetään yleisnimityksenä alkoholiin tai muihin päihdyttävien aineiden käyttöön liittyvissä vaikeissa ja vaihtelevissa ongelmissa. Suomessa suurimmalla osalla päihdehäiriöistä on yhteys alkoholin käyttöön. Sekakäyttö on myös jatkuvasti yleistymään päin. Lisäksi varsinaisia huumeita käyttävillä ongelma esiintyy vaikeana. (Vuorilehto ym. 2014, 184.) Useimmiten päihderiippuvuus ilmenee ensin psyykkisenä riippuvuutena ja kehittyy tämän jälkeen pikkuhiljaa päihteiden käytön jatkuessa kemialliseksi riippuvuudeksi (Hietaharju ja Nuutila 2016, 209).

Päihdetilastollisen vuosikirjan 2017 mukaan 38 prosenttia suomalaisista 20–34-vuotiaista miehistä käyttää liikaa alkoholia. Naisilla vastaava prosenttiosuus samassa ikäryhmässä on 28 prosenttia. Kannabiksen käyttö on 20–44-vuotiaiden miesten osalta viisi prosenttia ja naisten osalta kolme prosenttia. Vastaavat luvut ovat 20–34-vuotiailla miehillä yksitoista prosenttia ja naisilla kahdeksan prosenttia. (THL 2017, 45–47.) Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan alkoholihäiriöitä ilmenee useammin miehillä kuin naisilla. Alkoholihäiriöitä ilmenee kolmella prosentilla miehistä ja yhdellä prosentilla naisista. Jossakin elämänvaiheessa alkoholihäiriöistä kärsii kaksitoista prosenttia miehistä ja kaksi prosenttia naisista. Yleisimmin niitä esiintyy 30–44-vuotiailla. (Suvisaari ym. 2012, 99.)

Päihteidenkäyttäjillä ilmenee lähes kaksi kertaa useammin mielenterveysongelmia muihin väestöryhmiin verrattuna (Lappalainen-Lehto, Romu ja Taskinen 2008, 105). Päihdehäiriön diagnosointia vaikeuttaa se, että päihteiden käyttäjällä voi olla myös itsenäinen mielenterveydellinen häiriö, joka ilmenee myös raittiiden jaksojen aikana. Hoidon ja kuntoutumisen onnistumiseksi on tärkeää tutkia, johtuvatko oireet päihteidenkäytöstä vai ovatko ne itsenäisiä. Jos oireita ei ole ollut raittiin jakson aikana, katsotaan niiden johtuvan päihteidenkäytöstä. (Aalto 2012, 164.) Päihdeongelman todennäköisyys ilmetä samanaikaisesti on korkeampi esimerkiksi skitsofreenikoille, ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöisille, persoonallisuushäiriöisille, ADHD:tä sairastaville ja syömishäiriöisille. Päihteidenkäyttöön liittyy usein myös masennusta tai masennukseen liittyviä depressiivisiä oireita. (Inkinen, Holmberg, Partanen, Kylmänen ja Saarinen 2015, 347.)

### 3.2 Mielenterveyspalveluiden järjestäminen

Mielenterveystyön valtakunnallisen suunnittelun, ohjauksen ja valvonnan vastuu kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Mielenterveystyö kattaa mielenterveyttä edistävän työn, mielenterveyden häiriöitä ehkäisevän työn sekä mielenterveyspalvelut, joita ovat ohjaus, neuvonta sekä tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki. Mielenterveyspalvelut sisältävät lisäksi kriisitilanteiden psykososiaalisen tuen, mielenterveyden häiriöiden tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen sekä muun kuntoutuksen. (STM s.a.)



Mielenterveystyötä määritteleviä lakeja ovat terveydenhuoltolaki 1326/2010 ja mielenterveyslaki 1116/1990. Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon vastuualueisiin kuuluu asukkaiden mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen, varhainen tunnistaminen sekä asianmukainen hoito ja kuntoutus. (STM s.a.) Mielenterveyspalveluita säättäviä lakeja ja asetuksia ovat kansanterveyslaki 66/1972, erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, mielenterveyslaki 1116/1990, mielenterveysasetus 1247/1990 sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 55).

Mielenterveyslain mukaan mielenterveyspalveluiden järjestäminen kuuluu kuntien tai kuntayhtymien vastuulle. Palvelut tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan siten, että ne kattavat kunnissa ja kuntayhtymissä esiintyvän tarpeen. Mielenterveyspalveluiden järjestäminen tulee toteuttaa ensisijaisesti avopalveluina. Palveluiden on tuettava asukkaiden hakeutumista hoitoon oma-aloitteisesti sekä suoriutumista itsenäisesti. (Mielenterveyslaki L 1116/1990, 4§.)

Mielenterveyspalveluita järjestävät julkiset ja yksityiset palveluntuottajat sekä järjestöt ja muut kolmannen sektorin toimijat. Näiden lisäksi mielenterveystyötä täydentää vapaaehtoistyö. Julkinen palvelujärjestelmä kattaa perusterveydenhuoltoon sekä psykiatrisen erikoissairaanhoidon liittyvät palvelut. Perusterveydenhuoltoon kuuluvia avomielenterveyspalveluita järjestävät mielenterveystoimistot, päiväsairaalat, psykiatrisen poliklinikat ja psykiatrisen kotisairaanhoidon. Hoitotiimit, jotka työskentelevät psykiatrisen poliklinikoilla ja mielenterveystoimistoissa, koostuvat useimmiten psykiatrisen erikoislääkäristä, psykologista, psykiatrisesta sairaanhoitajasta sekä sosiaalityöntekijästä. Asiakkaan tarvitessa erikoissairaanhoidon, hänet ohjataan esimerkiksi psykiatriseen sairaalahoitoon. Sairaalahoidon jälkeinen jatkohoidon toteutus tapahtuu usein mielenterveystoimistossa ja psykiatrisen poliklinikalla. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 56–57.)

Kuntoutuja saa usein kuntoutumiseensa liittyviä palveluja useassa eri järjestelmässä yhtä aikaa. Tämä jakaa vastuuta kuntoutuksen toteuttamisesta, voidaan myös samalla aiheuttaa ristiriitoja. Eri organisaatioiden välisissä käsityksissä voi esiintyä ristiriitaisuuksia, jotka liittyvät henkilön kuntoutuksen tavoitteisiin ja mahdollisuuksiin sekä organisaation omaan tehtävään kuntoutuksen palveluiden järjestäjänä. Eri järjestelmien ja organisaatioiden laatimat palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat ovat kuntoutujan edun mukaisia, jos niistä muodostuu toisiinsa yhdistyvä kokonaisuus. (Toivio ja Nordling 2013, 300.)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009–2015 loppuarvioinnin mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelut toimivat palvelujärjestelmässä erillään. Mielenterveyspalvelut keskittyvät terveystoimeen ja päihdehuollon erityispalvelut sen sijaan sosiaalitoimeen. Palvelujärjestelmän hajanaisuudella nähdään olevan heikentävä vaikutus palveluihin pääsemiseen ja edistävää vaikutus palveluista pois puutoamiseen. Avohoidon kehittämisen todetaan jääneen toisarvoiseksi. Suurin osa mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoon liittyvistä kustannuksista suuntautuvat laitoshoidon. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen ohella pidetään tärkeänä mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä edistävää ja ongelmia ehkäisevää työn kehittämistä. (STM 2016, 9.)

Tehokkaalla mielenterveys- ja päihdehoidolla ja ehkäisevällä työllä todetaan olevan julkiselle sektorille ja koko yhteiskunnalle rahallisesti hyötyä. Suurin osa lapsilla ja nuorilla esiintyvistä pitkäaikaisista mielenterveyden häiriöistä alkaa myöhäisnuoruuteen mennessä, joten erityisesti heille järjestettävillä laadukkailla palveluilla vähennetään merkittävästi tulevaisuuden kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa ja muun julkisen sektorin toiminnassa. (STM 2016, 27.) Nykyään alle 23-vuotiaiden henkilöiden hoidon tarpeen arviointi ja siihen liittyvät tutkimukset on tehtävä kuuden viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Tarvittavaan hoitoon on päästävä kolmen kuukauden aikana siitä, kun hoidon tarve on todettu. Yli 23-vuotiaiden hoitoon pääsemisessä noudatetaan muun sairaanhoidon kanssa samanlaisia aikarajoja. (STM s.a.)

### 3.3 Sosiaalinen kuntoutus ja mielenterveyskuntoutus

Kuntoutus jaotellaan sisältönsä ja toimintatapojensa mukaisesti neljään eri osa-alueeseen, joita ovat sosiaalinen, lääkinnällinen, kasvatuksellinen ja ammatillinen kuntoutus. Näiden jaotteluiden tehtävänä on antaa pohjaa organisaatioiden ja ammattiryhmien työnjaolle. Kuntoutuksen eri osa-alueet toimivat osittain päällekkäin. Kuntoutuksen nelijako mahdollistaa eri osa-alueiden tavoitteiden ja niihin sisältyvien toimenpiteiden painottamisen. Tarkasteltaessa kuntoutustarpeen käsitettä puhutaan tavallisesti joko yksilöllisestä kuntoutumistarpeesta, yhteisöllisestä kuntoutumistarpeesta tai yhteiskunnallisesta kuntoutumistarpeesta. (Järvikoski ja Härkäpää 2011, 20–22, 159.)

Sosiaalisen kuntoutuksen määrittelemisen ei ole koskaan ollut yksiselitteistä. Määrittelemisen väljyys onkin mahdollistanut erilaisia tulkintoja ja toimintoja. Nykyään sosiaalinen kuntoutus on sisällytetty vuonna 2015 voimaan tulleeseen sosiaalihuoltolakiin. (Väisänen 2018, 19.) Helpoimmin sosiaalisen kuntoutuksen voi hahmoittaa siten, että se on kuntoutusta, joka ei ole lääkinnällistä, ammatillista tai kasvatuksellista kuntoutusta. Sosiaalisella kuntoutuksella voidaan viitata kaikkiin niihin toimenpiteisiin, joissa kuntoutujan tukeminen liittyy esimerkiksi asumiseen, työssä käymiseen, liikkumiseen, sosiaalisiin suhteisiin sekä vapaa-ajan toimintoihin. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä ja Ihalainen 2009, 207–208.) Sosiaalisesta kuntoutuksesta on käyty vilkasta keskustelua sosiaalialan edustajien kesken. Sen merkityksellisyyttä tuodaan esiin varsinkin nuorten ja nuorten aikuisten syrjäytymisen ehkäisemisessä ja osallisuuden vahvistamisessa. (Romakkaniemi, Lindh ja Laitinen 2018, 6.)

Sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan sosiaalihuoltolain mukaan tehostetun tuen antamista sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen avulla. Näillä keinoilla pyritään vahvistamaan sosiaalista toimintakykyä, torjumaan syrjäytymistä sekä edistämään osallisuutta. Sosiaalisen kuntoutuksen tehtävänä on selvittää henkilön sosiaalista toimintakykyä ja hänen kuntoutustarvettaan, tarjota kuntoutusneuvontaa ja -ohjausta sekä sovittaa yhteen kuntoutuspalveluja tarpeen vaatiessa. Sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluvat myös arkipäivän toiminnoista suoriutumiseen ja elämänhallintaan liittyvä valmennus sekä ryhmätoiminnan järjestäminen ja sosiaalisten vuorovaikutusten tukeminen. Lisäksi se sisältää kaikki muut toimenpiteet, joilla edistetään kuntoutusta. (Sosiaalihuoltolaki L 1301/2014, 17§.)

Sosiaaliseen kuntoutukseen liitetään olennaisena osana sosiaalisen toimintakyvyn käsite, jonka epämääräiset käytännöt ja tutkimus ovat myös olleet arvostelun kohteena. Sosiaalinen toimintakyky

liitetään yksilön vuorovaikutussuhteissa tapahtuvaan toimintaan sekä myös yhteisöjen ja yhteiskunnan toimintaan osallistumiseen. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta sosiaalista kuntoutusta perustellaan nimenomaan syrjäytymisen ehkäisyllä ja osallisuuden tukemisella. Kuntoutuksen idean lähtökohtana on, että kuntoutujaa ohjataan mahdollisimman itsenäiseen suoriutumiseen sekä loppujen lopuksi palkkatyön tekemiseen. (Romakkaniemi ym. 2018, 18–19.)

Sosiaalinen kuntoutus ja yhteisöhoito liittyvät vahvasti toisiinsa. Molemmissa hoitokeinoissa hyödynnetään erilaisia ryhmiä, vastuun- ja palautteen antamista sekä pyritään vähentämään laitostumista. Auttamalla muita kuntoutumaan, kuntoutuja kuntouttaa myös itseään. Hänen on myös opittava sietämään ahdistusta, jotta hän voisi jossakin vaiheessa siirtyä itsenäisempään asumismuotoon. Sosiaaliseen kuntoutukseen osallistuu koko työryhmä, mutta kuntoutujiin keskitytään yksilöllisesti. Keskeisenä toimijana sosiaalisessa kuntoutuksessa on kuntoutuja itse, sekä mahdollisuuksien mukaan hänen läheisensä. Sosiaalista kuntoutusta tehdään monissa eri toimintaympäristöissä, kuten esimerkiksi osastoilla, kuntoutumisyksiköissä, asumisvalmennusyksiköissä, kuntoutumiskodeissa ja asuntoiloissa. (Punkanen 2006, 66, 70.)

Kuntoutusta, jolla pyritään poistamaan mielenterveyden ongelmien aiheuttamia toimintakyvyn haittoja, kuvataan käsitteillä psykiatrinen kuntoutus, psyykinen kuntoutus, psykososiaalinen kuntoutus, sosiaalipsykiatrinen kuntoutus, vaihekuntoutus tai portaittainen kuntoutus. Yksinkertaisuudessaan tällöin voidaan puhua myös mielenterveyskuntoutuksesta, joka kattaa käsitteenä enemmän kuin psykiatrinen kuntoutus. Käsitteiden eroa kuvaa se, että psykiatriseen kuntoutukseen liittyy kuntoutujalle diagnosoitu psykiatrinen sairaus, mutta mielenterveyskuntoutuksessa tällaista ei välttämättä ole. Tällöin kuntoutukseen voi liittyä esimerkiksi uhka syrjäytymisestä tai ongelmia perheessä, työelämässä tai kouluyhteisössä. (Suvikas, Laurell ja Nordman 2013, 290.)

Mielenterveyskuntoutuksessa on tavoitteena kuntoutujan kuntoutumisvalmiuden edistäminen ja elämänhallinnan lisääminen, päämäärien toteuttaminen sekä sosiaalisissa yhteisöissä toimiminen. Kuntoutusprosessin aikana korostuvat sekä kuntoutujan aktiivisuus että osallisuus. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 224.) Kuntoutuksen avulla pyritään löytämään kuntoutujan omia voimavaroja sekä lisäämään hyvinvointia, toimintakykyä ja osallisuutta. Kuntoutumisen keskiössä on kuntoutujan vahvuksien ja mahdollisuuksien löytäminen. (Vuorilehto ym. 2014, 128.) Kuntoutumisella tavoitellaan positiivista muutosta, joka ilmenee sekä kuntoutujassa itsessään että hänen suhteessaan ympäristöönsä, muihin ihmisiin ja yhteiskuntaan. Mielenterveyskuntoutuksen palvelujärjestelmä toimii portaittain, jossa kuntoutuja voi edetä askel askeleelta itsenäistä selviytymistä kohti. (Suvikas ym. 2013, 290.)

Suomalaisen mielenterveyskuntoutuksen kokonaiskuvan hahmottaminen on haastavaa, koska palvelujärjestelmät vaihtelevat eri kunnissa, kuntayhtymissä ja sairaanhoitopiireissä. Väestötutkimusten perusteella Suomessa hoidon piiriin kuuluu vain osa henkilöistä, joilla on mielenterveyden ongelmia. Mielenterveyspalveluita on myös saatavilla vaihtelevasti eri alueilla. (Järvikoski ja Härkäpää 2011, 234.) Viime vuosikymmenten aikana mielenterveystyön painopiste on siirtynyt laitoshoidosta avohoi-

toon. Tämän edellytyksenä on tuettujen asumismuotojen ja kuntoutumista tukevien avopalvelujen kehittäminen. (Kähäri-Wiik, Niemi ja Rantanen 2007, 204.)

Kuntoutuksen tavoitteena on usein, että kuntoutujilla olisi mahdollisuus kotona asumiseen. Sitä voidaan tukea kotihoidon ja tukipalveluiden kautta. Mielenterveyskuntoutujilla on mahdollisuus saada myös asumispalveluja. Näiden tarve tulee harkintaan, jos mielenterveyskuntoutujalla on haasteita selvitä kodissaan saamistaan tukipalveluista huolimatta. Erilaisia vaihtoehtoja asumispalveluissa ovat tukiasuminen, palveluasuminen sekä tehostettu palveluasuminen. (Kari, Niskanen, Lehtonen ja Arslanoski 2013, 170–171.) Asumispalvelulla tarkoitetaan Vuorilehdon ym. (2014, 236) mukaan asumisen ja palvelun yhdistelmää, jossa kuntoutuja asuu pysyvässä asunnossa ja häntä tuetaan tarpeen mukaisesti arjesta selviytymisessä, kodin ulkopuolella asioimisessa sekä vapaa-ajan toiminnassa. Asumispalveluissa kuntoutuja voi saada tukea vastuun ottamiseen tietyistä tehtävistä, joka edistää hänen elämänhallintaansa.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden järjestäminen on lakisääteistä ja kunnissa sitä toteuttaa sosiaalitoimi. Palvelut ostetaan pääsääntöisesti yksityisiltä palveluntuottajilta, kuten esimerkiksi yrityksiltä ja järjestöiltä. (Vuorilehto ym. 2014, 237.) Kuntien on järjestettävä asumispalveluja henkilöille, jotka tarvitsevat apua tai tukea asumisessaan tai sen järjestämisessä jostain erityisestä syystä johtuen. Palveluissa ensisijaisina pidetään kotiin annettavia palveluita. Henkilöille, jotka ovat lyhytaikaisen, kiireellisen avun tarpeessa, järjestetään tilapäistä asumista. Tehostettu palveluasuminen tulee kysymykseen silloin, kun henkilöllä on hoidon ja huolenpidon tarvetta ympärivuorokautisesti. Palveluiden järjestämiseen vaikuttaa, millainen on asiakkaan ympärivuorokautinen palveluiden tarve. (Sosiaalihuoltolaki L 1301/2014, 21§.)

Tehostettuun palveluasumiseen kuuluu ryhmäasunnossa tapahtuva yhteisöllinen asuminen. Tässä asumismuodossa kuntoutuja saa henkilökunnan tukea päivittäisiin toimintoihinsa, kuten esimerkiksi henkilökohtaisen hygienian huolehtimiseen, siivoukseen ja pyykinpesuun, ruokailun järjestämiseen sekä lääkehoidon toteuttamiseen lääkärin ohjeiden mukaisesti. Kuntoutuja saa ohjausta itsenäisen päätöksenteon harjoittelussa, raha-asioiden ja muiden asioiden hoitamisessa, mielekkään vapaa-ajan vietossa sekä ihmissuhteiden hoitamisessa. Kuntoutujaa tuetaan myös toimimaan vastuullisesti sekä toisia huomioiden niin lähiyhteisössä kuin yhteiskunnassakin. (Forss ja Vatula-Pimiä 2014, 210.)

#### 4 YHTEISÖHOITO MIELENTEVEYSKUNTOUTUKSEN MENETELMÄNÄ

Kuntoutuksessa ihminen käsitetään yhteisön jäseneksi. Tällöin kuntoutus on myös yksilön sosiaalisiin rooleihin ja tehtäviin suuntautuvaa. Kuntoutuksen aikana huomioidaan kuntoutujan mahdollisuudet toteuttaa niitä sosiaalisia rooleja, joita hän pitää omassa elämässään tärkeinä. Näihin rooleihin kuuluvat esimerkiksi puolison, vanhemman, työntekijän, opiskelijan sekä harrastajan roolit. Jokaiseen yhteisölliseen rooliin liittyy erilaisten tehtävien suorittamista, vuorovaikutusta sekä sosiaalista osaamista. Kaikissa eri rooleissa tarvitaan myös erilaisia taitoja. (Koskisuus 2004, 18.)

Yhteisöhoitoa käytetään yleiskäsitteenä niille hoito- ja kuntoutussuuntauksille, joissa pyritään auttamaan erilaisia asiakasryhmiä sekä käyttämään yhteisöllisiä menetelmiä. Yhteistä niille on, että koko yhteisöä hyödynnetään tietoisesti perustehtävänsä toteuttamisessa. Yhteisöhoitossa terapeutillisella yhteisöllä tarkoitetaan keskeistä suuntausta psykiatristen asiakkaiden ja päihteiden käyttäjien hoidossa ja kuntouksessa. (Laakso ym. 2013, 12.)

Terapeutin yhteisön alkulähteenä voidaan pitää toisen maailmansodan jälkeistä aikaa Englannissa ja siellä toimineita Tom Mainea ja Maxwell Jonesia (Punkanen 2006, 61). He aloittivat terapeutin yhteisön kehittämisen 1940-luvulla johtamissaan sairaaloissa samanaikaisesti, mutta toisistaan riippumattomasti. Varsinaisen terapeutin yhteisön kehittäjänä pidetään kuitenkin Maxwell Jonesia, vaikka Tom Main käytti käsitettä ennen häntä. Mill Hillille perustetun sairaalan johtajana Maxwell Jones tuki yhteisöllisyyttä hoidettavien sotilaiden keskuudessa pitämällä heille luentoja, joiden luomat keskustelut tekivät yhteisöstä tiiviimmän. Potilaat alkoivat myös käsitellä itsenäisesti kokouksiinsa rangaistuskäytännöistä osastolla häiriöitä aiheuttaneille. Maxwell Jones tuki tätä uutta käytäntöä ja se sai jatkua ja kehittyä edelleen. (Murto 2016, 12–14, 19–20.)

Suomessa Matti Isohanni sovelsi 1960–70-luvulla terapeutista yhteisöhoitoa esimerkiksi Tampereen Sopimusvuoressa ja Oulussa Oulunsuun sairaalassa (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 101). Sopimusvuoren yhteisöissä oli hoidon alusta asti tavoitteena hyödyntää yhteisön terapeutista potentiaalia. Terapeutin yhteisön edelläkävijän Maxwell Jonesin esimerkin mukaisesti toiminnassa haluttiin soveltaa keskeisinä periaatteina avoimuutta, tasa-arvoa ja yhteisöllisyyttä ja todellisuuden kohtaamista. (Murto 2016, 37–38.) Myös Kalevi Kaipio alkoi kehittää yhteisökasvatusta 70-luvulla Jyväskylän kaupungin oppilaskodissa. Kaipio kehitti poikien oppilaskodissa menetelmää, jonka avulla voitaisiin tukea tehokkaammin lapsia ja nuoria, jotka ovat häiriintyneet perhe- ja kasvuolosuhteissaan. (Murto 1997, 189.)

Yhteisöhoito voi liittyä Murron (1997, 13) mukaan hoidon ja kuntoutuksen edistämiseen sekä kasvatuksellisten tavoitteiden toteuttamiseen. Käsite kattaa sekä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön että terapiaan, kuntoutukseen ja kasvatukseen liittyvät periaatteet. Väljästi määriteltynä yhteisöhoitoa voidaan pitää terapeutin yhteisön synonyymina. Kaiken yhteisössä tapahtuvan toiminnan tulisi tukea yhteisön jäsenten hoitoa, kasvatusta sekä kuntoutumista. Perustehtävän toteuttamisessa vaikuttavina tekijöinä ovat esimerkiksi tilat ja sisustus sekä ruoan tarjoilutapa. Lisäksi vaikuttavia tekijöitä ovat ihmisten käyttäytyminen ja heidän keskinäiset suhteensa. Pearce ja Pickard (2012, 638) toteaa-

vat, että palveluasumisyksiköissä kuntoutujilla on mahdollisuus olla kontaktissa toistensa kanssa päivittäin. Terapeuttisen yhteisön piirteisiin kuuluu, että yhteisön jäsenet viettävät yhteistä aikaansa myös virallisten ryhmätoimintojen ulkopuolella.

Terapeuttisessa yhteisössä sekä henkilökunta että potilaat osallistuvat ainakin osittain hoitoon ja hallintoon (Murto 1991, 11). Laajemmassa mielessä terapeuttinen yhteisö voi olla mikä tahansa hoito- tai kasvatustila, jossa pyritään parantamaan potilaiden tai kasvatettavien tilaa. Keskeisiä keinoja terapeuttisessa yhteisössä ovat mahdollisuus tuottavaan työhön, omien kykyjen kehittämiseen ja yhteisön päivittäiseen johtamiseen. Terapeuttisen yhteisön hyödynnettävyyteen vaikuttavat johtajan ja henkilöstön asenteet, potilaiden voimavarat sekä ulkopuolisen hallinnon määräykset. (Murto 1997, 17.)

Terapeuttisen yhteisön periaatteen mukaan kuntoutusyksikköä ei nähdä kuntoutujien säilytyspaikkana, vaan kaikkien kuntoutujien odotetaan edistävän yhteisöään toimintakykyä mukaisesti (Raportti 2001, 10). Yhteisöhoidon pyrkimyksenä on sosiaalisen toiminnan ja ihmisten välisen vuorovaikutuksen hyödyntäminen. Tällä tarkoitetaan sitä, että yhteisöhoidossa kuntoutujat toimivat aktiivisina osanottajina passiivisen vastaanottamisen sijaan. Yhteisöhoidon perustan muodostaa ihmiskäsitys, jossa ihmisen elämä ja kehittyminen nähdään tapahtuvan ympäristön vuorovaikutuksen kautta. (Punkanen 2006, 61.)

Eri tutkimusten mukaan kuntoutus- ja hoitajakson pituudella on vaikutusta kuntoutumiseen terapeuttisessa yhteisössä. Kuntoutujille alle kolmen kuukauden kuntoutus- ja hoitajaksoilla on todettu olevan lähes sama vaikutus kuin ilman hoitoa ja kuntoutusta saaneille. Hoito- ja kuntoutustulosten kannalta vasta 3–6 kuukauden jaksot vaikuttaisivat olevan merkityksellisiä kuntoutumisen kannalta. Parhaat tulokset saavutetaan terapeuttisissa yhteisöissä kuitenkin 9–12 kuukauden hoito- ja kuntoutusjakson aikana. Tämän edellytyksenä on myös toimivan jälkihoidon järjestäminen. Lyhyiden kuntoutusjaksojen vuoksi asiakkaiden vaihtuvuus on suurta, joka osaltaan vaikuttaa yhteisöä tukevan henkilöstön ja yhteisöön sitoutuneiden asiakkaiden ydinryhmän muodostumiseen. Poikkeuksena tästä voivat olla lyhyet ja satunnaiset kaudet. Tällöin henkilökunnalle jää vastuunottaminen terapeuttisen kulttuurin kehittämisestä ja ylläpitämisestä. (Laakso ym. 2013, 24–25.)

Pearcen ja Pickardin (2012, 638) mukaan hoitajakset kestävät pienimuotoisissakin terapeuttisissa yhteisöissä harvoin alle vuoden. Tavallisimmin terapeuttisissa yhteisöissä kuntoutujien kuntoutumisaika on kuitenkin kahdeksantoista kuukautta. Normaalisti kuntoutujien odotetaan sitoutuvan terapeuttiseen yhteisön toimintaan koko kuntoutumisensa ajan. Tästä johtuen yhteisön jäsenten vaihtuvuus on tavallisesti hidasta terapeuttisissa yhteisöissä.

#### 4.1 Yhteisöhoidon pääperiaatteita

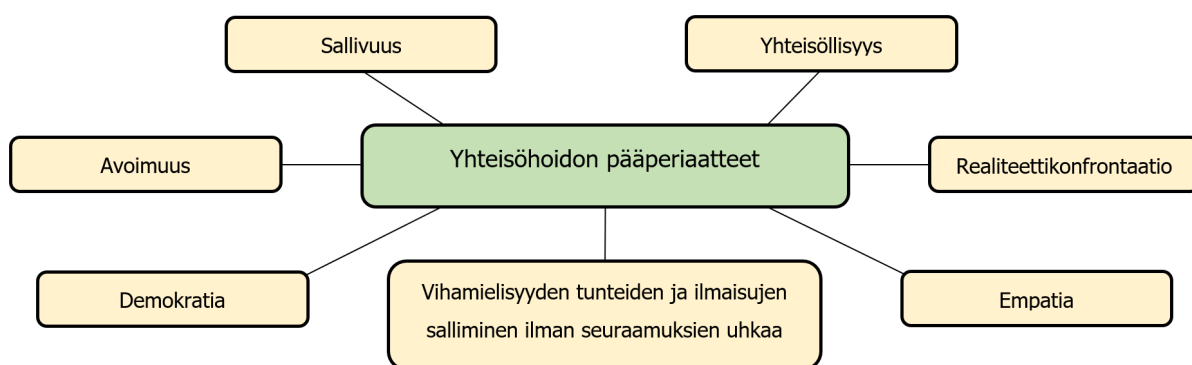
Maxwell Jones on määritellyt yhteisöhoidon tarkoittavan pientä intensiivisen hoidon yhteisöä, jonka jäsenet toimivat läheisessä yhteydessä toistensa kanssa. Yhteisöhoidossa painotetaan yhteisön jäsenten välisen vuorovaikutuksen ja yhteisössä tapahtuvien asioiden säännöllistä sosiaalista analy-

sointia. (Punkanen 2006, 61.) Terapeuttisen yhteisön muodostavat asukkaat, henkilökunta ja johto. Yhteisön perustehtävää toteutettaessa näistä jokaiselle ryhmälle kuuluu omat tehtäväalueensa ja roolinsa. Ryhmien tehtäviin ja rooleihin vaikuttavat suuresti asukkaiden tilan ja tilanteen määrittäminen. Tällä on vaikutusta henkilökunnan tehtävien laajuuteen sekä suhtautumiseen yhteisössä. (Laakso ym. 2013, 22.)

Hoidolliset yhteisöt ovat ilmeeltään pieniä kodinomaisia yksiköitä, joissa on kiinnitetty huomiota etenkin hoitoympäristön kauneuteen ja värien käyttöön. Asukkaiden hyvää oloa pyritään tavoittelemaan myös kalusteiden ja esineiden kautta. He voivat käsitellä omia tunteitaan esimerkiksi seinillä olevien taideteoksien avulla. Hoitoympäristöön kuuluvia asioita ovat myös tasapaino ja levollisuus sekä vaatetus ja ruokakulttuuri. Hoidollisessa yhteisössä ei ole käytössä sellaisia tunnusmerkkejä, jotka korostavat potilaan ja hoitajan rooleja. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 101.)

Terapeuttisessa yhteisössä kaikki oppiminen tapahtuu De Leonin (2000, 70) mukaan sosiaalisen kanssakäymisen, kokemusten ja roolien kautta. Tämä oletus on perusteena yhteisön itsensä käyttämisessä varsinaisena opettajana terapeuttisessa yhteisössä. Oppiminen on kokemuksellista ja tapahtuu osallistumisen ja toiminnan kautta. Sosiaalisesti vastuullinen rooli saadaan näyttelemällä kyseistä roolia. Terapeuttisessa yhteisössä opitut uudet elämänhallinnan keinot ollaan vaarassa menettää terapeuttisesta yhteisöstä lähtemisen jälkeen, koska sosiaalinen ympäristö katoaa. Tämä kasvattaa hoidon tarpeen uusiutumisen riskiä. Tästä syystä jatkuva kuntoutuminen vaatii positiivisen sosiaalisen verkoston terapeuttisessa yhteisössä ja myös sen ulkopuolella. Tässä yhteisössä kuntoutuja voi pohtia turvallisesti rooliaan ja näkemyksiään yhteisössä, elämässä ja itsestään.

Yhteisön tulisi suvaita erilaisuutta sekä korostaa yhteisöllisyyttä. Yhteisöllisyyteen kuuluu epämuodollisuuden ja ihmisten välisen läheisyyden painottaminen. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen ja Schubert 2014, 109–110.) Terapeuttisessa yhteisössä korostetaan vapaata tiedon kulkemista niin potilas- ja henkilöstöryhmien sisällä kuin niiden välilläkin. Lisäksi siinä korostetaan sallivaa asennoitumista, missä tunteiden ilmaiseminen on vapaata. Jotta nämä piirteet toteutuvat, edellytetään organisaatiolta demokraattisuutta, tasa-arvoisuutta. Johtaminen tapahtuu monijohtajuuden menetelmää käyttäen. Johtajan valintaan kuhunkin tehtävään vaikuttaa ammatillisen koulutuksen sijaan hänen kykynsä ja taitonsa. (Murto 1991, 11.) Yhteisöhoidon pääperiaatteita (kuvio 3) kuvataan oheisessa kuviossa Suvikkaan ym. (2013, 302) määritelmän mukaisesti.



KUVIO 3. Yhteisöhoidon pääperiaatteet mukailen Suvikasta ym. (2013, 302).

Yhteisöhoidon pääperiaatteista sallivuudella eli oiretoleranssilla tarkoitetaan yhteisön kyvykkyyttä kestää käyttäytymistä, josta voi aiheutua ahdistusta, sekä myös sen vastaanottamista rankaisemisen sijaan (Suvikas ym. 2013, 302). Yhteisöhoidossa henkilökunnalta vaaditaan kykyä yhteisön jäsenten inhimillisen kärsimyksen vastaanottamiseen, joka voi ilmetä muun muassa ahdistuneisuuden, tuskan, pelon sekä yksinäisyyden tunteena. Myös yhteisöltä vaaditaan kykyä erilaisten yhteisön sisältä ja ulkoa tulevien tunteiden vastaanottamiseen. Tärkeää on, että kohdatut tunteet tiedostetaan, keuhetaan ja käydään läpi. (Punkanen 2006, 62–63.) Sallivuus antaa myös luvan epäonnistumiseen sekä kannustaa sen kautta oppimiseen (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 103).

Yhteisöllisyydellä tarkoitetaan sitä, että jokainen kuntoutuja osallistuu mahdollisimman paljon kaikkien yhteisössä tapahtuvaan toimintaan (Suvikas ym. 2013, 302). Yhteisöllisyydellä tuetaan jokaisen kuntoutujan vastuunottamista itsestään sekä muista kuntoutujista. Se auttaa vahvistamaan yhteisön jäsenten välillä tapahtuvaa kanssakäymistä sekä toimii yhteisten tilanteiden ja asioiden jakamisen edistäjänä. Yhteisöllisyyden kautta kuntoutujat saavat myös osallisuuden kokemuksia. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 103.) Osallistumisen tärkeydestä huolimatta yhteisöllisyyden keskiössä on kuntoutujan kuntoutumisprosessi. Yhteisöllisyydellä ei kuitenkaan tarkoiteta, että kaikki yhteisön jäsenet olisivat samalla tavalla vastuussa kaikesta yhteisöön liittyvästä toiminnasta. Yhteisön toimivuuden turvaamiseksi yhteisöhoidossa tarvitaankin konkreettista auktoriteettia. (Punkanen 2006, 63.)

Avoimuus yhteisöhoidossa liittyy avoimeen kommunikaatioon, jota tehdään kaksisuuntaisesti. Erityisen tärkeänä pidetään henkilökunnan ja kuntoutujien välistä kommunikaatiota. (Suvikas ym. 2013, 302.) Avoimuuden lisäksi yhteisöhoidossa korostetaan yhteisön toimijoiden välistä välittömyyttä ja aitoutta (Punkanen 2006, 63). Sekä kuntoutujia että henkilökuntaa rohkaistaan keskustelemaan ja käsittelemään yhteisössä ilmenevistä haastavista ja ristiriitaisista asioista ja löytämään niihin yhdessä ratkaisu. Yhteisössä pidettävät yhteiset tilaisuudet, joihin kuuluvat keskustelut ja päätösten tekeminen, nousevat yhteisön kehittämisen kannalta merkittävään asemaan. Henkilökunta toimii esimerkkinä omalla käytöksellään sekä varmistaa, että kommunikaatio on toimivaa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 103.) Avoimuudessa sallitaan myös kuntoutujien vihamielisyyden tunteet ja niiden ilmaiseminen ilman uhkaa seuraamuksista (Suvikas ym. 2013, 302).

Yksi yhteisöhoidon pääperiaatteista on demokratia, jonka mukaan jokaisella yhteisön jäsenellä on oikeus osallistua päätöksentekoon ja velvollisuus osallistua yhteisten asioiden hoitamiseen (Suvikas ym. 2013, 302). Demokratiaa ei kuitenkaan pidetä itsetarkoituksena, vaan yhteisön toiminnan yhtenä menetelmänä. Jotta yhteisö voisi toimia tarpeeksi demokraattisesti, vaaditaan kaikilta sen jäseniltä vastuullista ja asiallista käyttäytymistä. Kuntoutuja hyötyy sosiaalisesta kuntoutuksesta myös kuntoutusjakson jälkeen, mikäli kuntoutuksen aikana tuetaan sellaisia toimintoja, jotka säilyvät kuntoutumisen jälkeenkin. (Punkanen 2006, 63, 70.)

Yhteisöhoidossa painotetaan realiteettikonfrontaatiota, jolla tarkoitetaan sitä, että jokaiselle yhteisön jäsenelle annetaan jatkuvasti palautetta hänen tekemisestään ja sen vaikutuksesta yhteisön muihin jäseniin (Suvikas ym. 2013, 302). Realiteettikonfrontaatiossa eli todellisuuden kohtaamisessa runsaan ja suoran palautteen antaminen kohdistuu kuntoutujien lisäksi myös työntekijöihin eli palautet-



ta saa koko yhteisö (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 103). Realiteetti ei ole valmiina esiintyvä asia, vaan sen rakentumista tapahtuu jatkuvasti ihmisten keskuudessa. Kuntoutuksen saadessa palautetta käyttäytymisestään ja sen vaikutuksesta toisiin kuntoutujiin, tulisi hänen pystyä havaitsemaan toiminnastansa johtuvat realistiset seuraukset. (Punkanen 2006, 63–64.)

Empatian korostamisella yhteisöhoitossa pyritään ymmärtämään toisen ihmisen ja koko yhteisön käyttäytymistä sekä kykyä jakaa kuntoutujien kokemuksia keskustelun kautta (Suvikas ym. 2013, 302). Empatia on luonteeltaan joustavaa ja sitä pidetään itsekeskeisen ajattelun vastakohtana sekä tunteettomuuden toisena ääripäänä. Käsitteenä se kuitenkin poikkeaa sympatiasta, joka ilmenee siten, että empaattinen ihminen pyrkii keksimään keinoja toisen ihmisen auttamiseen. Sympaattinen ihminen puolestaan surkuttelee yhdessä ongelmien keskiössä olevan ihmisen kanssa. (Punkanen 2006, 64.)

#### 4.2 Yhteisön sosiaalinen ja toiminnallinen rakenne

Perinteistä sairaala- tai laitosityhteisöä voidaan havainnollistaa valta- ja vastuualueiden pohjalta pyramidimallisenä, jossa ylimpänä osana toimii johto ja sitten henkilökunta sekä alimpana asukkaat. Asukkailla on tämän mallin mukaisesti vähiten valtaa ja vastuuta. Lähtökohtana terapeutteisessa yhteisössä on madaltaa henkilöstön ja asukkaiden välistä raja-aitaa. Tähän päästään keskinäisen kommunikaation korostamisella ja parantamisella sekä tukemalla asukkaita osallistumaan yhteisön elämään. Raja-aitaa voidaan myös madaltaa antamalla asukkaille lisää valtaa ja vastuuta itseään, toisiaan sekä yhteisöä kohtaan. Tämän muutoksen onnistumisessa on johtajien ja esimiesten rooli tärkeässä osassa. Myös ulkopuolisella hallinnolla on ratkaiseva asema terapeuttisen yhteisön kehittymisen kannalta. Se valvoo, että toiminta on laillista sekä tekee päätökset resurssien jakamisesta ja ohjeistaa niiden käytöstä. (Laakso ym. 2013, 19–20.)

Terapeuttisen yhteisön tulee sisältää selvät toimintamallit sekä vankan teoreettisen perustan, jossa toiminnan runko muodostuu viikkosuunnitelmasta ja hoito-ohjelmasta. Kaikkien yhteisön jäsenten tulee olla tietoisia yhteisön toiminnan rakenteista ja niiden tulee ilmetä myös yhteisön kalentereista. Asukkaiden päivätoimintojen sisältö perustuu yhteisöhoitossa hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Suunnitelmallinen toimintojen rakenne ja päiväjärjestys mahdollistavat jäsentämään asukkaiden sisäistä mieltä. Terapeuttisella yhteisöllä tarkoitetaan yhdessä elämistä tehtyjen suunnitelmien mukaan. Sen toimintaa on rinnastettu hyvin toimivan perheen toimintaan. Yhteisössä uuden asukkaan perehdyttäminen kuuluu osana toiminnan rakenteeseen. Perehdyttäjänä ja arjen sääntöjen opettajana voi toimia henkilökunnan lisäksi toiset asukkaat. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 103.)

Yhteisöhoitossa koko henkilöstö toimii ohjaajan roolissa, vaikka yhteisössä toimitaisikin erikseen nimettyjä ohjaajia. Ohjaajien tärkeimpänä tehtävänä on kannustaa asukkaita keskustelemaan vertaisryhmän kanssa. Tämä voi tapahtua joko virallista tai epävirallista kautta. Myös asukkaat ovat velvollisia huolehtimaan siitä, että kukaan heistä ei jää yksin omiin oloihinsa, vaan kaikilla on mahdollisuus päästä mukaan ja osalliseksi yhteisön elämään. Tällöin toteutetaan myös Maxwell Jonesin yhteisöllisyyden periaatetta. Yhteisössä henkilökunnalle kuuluu myös vallankäyttäjän ja johtajan rooli, jossa

heidän tehtävänä on valvoa yhteisön toimintaa ja turvallisuutta sekä rangaista tarvittaessa rikkomuksista, etenkin terapeuttisissa päihteiden käyttäjien yhteisöissä. Uusille asukkaille henkilöstön kuuluu kertoa, mitä asukailta yhteisössä odotetaan ja mikä toiminta ei ole hyväksyttävää. (Laakso ym. 2013, 23, 26.)

Henkilökunnan motivaatiolla ja valmiudella on merkittävä vaikutus hoitotyön onnistumiseen ja yhteisön terapeuttiseen laatuun. Yhteisöhoidossa henkilökunnan välinen yhteistyö ja tiimityöskentely ovat myös oleellisessa asemassa. Henkilökunnan rooliin kuuluu keskustella kuntoutujien kanssa säännöllisin väliajoin yhteisöllisyyden tarkoituksesta sekä siitä, mihin kuuluu vetää yhteisöön liittyvien ja henkilökohtaisten asioiden välinen raja. Olennaisena asiana on myös selvittää, minkälaisissa yhteisöön liittyvissä asioissa päätöksentekoon osallistuu koko yhteisö ja milloin asioista puolestaan päättää henkilökunta tai esimies. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 104.)

Asukkaat toimivat terapeuttisessa yhteisössä subjekteina omassa kuntoutumisessaan. Aktiivinen osallistuminen yhteisön toimintaan ja päätöksentekoon riippuu sekä asukkaiden kyvyistä, fyysisestä ja psyykkisestä kunnosta että kuntoutusjakson pituudesta. Mitä heikommaksi nämä edellytykset jäävät, sitä vähäisemmäksi jää asukkaan rooli ja vaikuttamismahdollisuudet yhteisössä. Vertaisryhmä on merkittävä hyvässä terapeuttisessa yhteisössä, koska taustaltaan samanlaiset asukkaat toimivat toistensa auttajina muutoksen saavuttamisessa ja opetellessa uutta elämäntapaa. Asukkaiden rooleihin kuuluu myös toisten asukkaiden rikkomusten ja laiminlyöntien raportoiminen henkilökunnalle tai koko yhteisölle sekä positiivisen palautteen antaminen toisille kuntoutujille. (Laakso ym. 2013, 24–26.) Kurin ja järjestyksen ylläpitämisessä pyritään hyödyntämään yhteisön jäsenten välistä sosiaalista vuorovaikutusta, jossa jokainen yhteisön jäsen toimii veljensä vartijana (Punkanen 2006, 65).

Yhteisöhoidossa on pyrkimyksenä purkaa hierarkkisia rakenteita, edeten kohti tasa-arvoisuutta. Perinteiset roolit ja roolimallit väistyvät uusien roolien ja vastuiden tieltä. Tärkeää on myös, että tämä muutos tapahtuu tietoisesti. (Punkanen 2006, 64.) Yhteisöhoidossa henkilöstön ja asukkaiden elämää, toimintaa, käyttäytymistä ja muutosta ohjataan yhteisön säännöillä. Niiden avulla luodaan yhteisön elämään selkeyttä ja turvallisuuden tunnetta. Sääntöjen vaikuttaminen yhteisön toimintaan on riippuvainen siitä, miten yhteisön jäsenet sitoutuvat käytännössä noudattamaan niitä. Sääntöihin sitoutuminen on sen sijaan liitoksissa sääntöjen laadinta- ja valvontatapaan. Tämä tulee esille yhteisön johtamisessa ja henkilöstön toiminnassa, ja varsinkin vuorovaikutuksen ja kommunikaation laadussa. Johtajan ja henkilökunnan tehtäviin kuuluu luoda yhteisön kulttuuri sekä toimia roolimalleina asukkaille myös noudattamalla sääntöjä itse. (Laakso ym. 2013, 27.)

Yhteisön toiminnallisella rakenteella tarkoitetaan kaikkea yhteisössä vuorokauden aikana tapahtuvaa toimintaa, kuten nukkumista, aamutoimia, ruokailua, vapaa-ajan aktiviteetteja, työtä, ryhmätoimintoja kuten terapia- ja toimintaryhmiä, kokouksia, juhlia, retkiä, seminaareja sekä koulutuksia. Toiminnallinen rakenne on useimmiten kaikkien jäsenten nähtävissä yhteisissä tiloissa lukujärjestyksen muodossa. Sen avulla yhteisön jäsenet voivat hallita yhteisön kokonaisuutta. Lukujärjestys voi myös tukea uusia jäseniä ja vierailijoita orientoitumaan arjen hallintaan yhteisössä. (Laakso ym. 2013, 28.) Yhteisöhoidon sisältämät kaikki toiminnot, ihmissuhteet sekä sosiaalinen vuorovaikutus tukevat osal-

taan yhteisöön kuuluvien jäsenten toipumista ja oikeaa elämäntapaa. Päivittäisen toiminnan tarkoituksena on vaikuttaa niin yksilöihin kuin yhteisöönkin. (Kaipio 2009, 45.)

Terapeuttisessa yhteisössä hoito ja kuntoutus perustuvat yhteisön jäsenten väliseen runsaaseen yhteistoimintaan. Olennaisena asiana tähän kuuluu heidän osallistumisensa erilaisten ryhmien kautta jokapäiväiseen toimintaan. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 103.) Yhdessä tekemisen kautta kuntoutajat saavat aktiviteettia ja järjestystä päiväänsä. Yhteisön toiminnassa ovat tärkeässä asemassa myös yhteisön jäsenten välisen tuen saaminen sekä sosiaalisten taitojen harjoittelu. (Kanerva ym. 2014, 110.) Kaikkien yhteisön jäsenten yhteisenä päämääränä on pyrkiä toimimaan tietoisesti heidän kuntoutustaan edistävällä tavalla. Yhteisön toiminnoissa ryhmän kokoonpano voi vaihdella sen mukaan, mikä idea ryhmän toiminnalla on. (Punkanen 2006, 64.)

Terapeuttisessa yhteisössä voidaan myös hyödyntää omahoitaja- tai omaohjaajasuhteita. Perinteisessä terapeuttisessa yhteisössä näitä ei kuitenkaan ole käytössä. Yhteisöhoidossa pidetään tärkeänä asiana vuorovaikutuksen ylläpitämistä ympäröivään yhteiskuntaan. Tämä tapahtuu erilaisten harrastusten ja retkien kautta. Myös perhekeskeisyydellä ja verkostotyöllä nähdään olevan merkittävä asema yhteisöhoidon toteuttamisessa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 104.)

Työskenteleminen yhteisöhoidollisissa yksiköissä vaatii työntekijöiltään joustavuutta ja sopeutuvuutta yhteisön toiminnassa. Samalla vaatimuksena on, että he puuttuvat riittävän napakasti yhteisössä ilmeneviin epäkohtiin. Yhteisöhoidon toiminnasta suoritetaan jatkuvaa arviointia ja samalla pyritään myös jatkuvaan toiminnan kehittämiseen. Työntekijöiden työssä jaksamista tuetaan myös riittävällä työnohjauksella. Henkilöt, jotka ovat luonteeltaan autoritaarisia tai eristäytyviä, eivät ole soveltuvia yhteisöhoidolliseen työhön. Hyvän yhteisöhoidollisen työn toteuttaminen vaatii työntekijöiden laaja-alaista koulutusta, mikä liittyy osaltaan hoidolliseen ideologiaan. (Punkanen 2006, 65.)

#### 4.3 Kokouksien asema yhteisöhoidossa

Yhteisössä pidetään yhteisiä kokouksia, joissa voidaan päättää jäsenten eri rooleista ja tehtävistä. Kokouksia pidetään säännöllisin väliajoin ja monissa yhteisöissä jopa joka päivä. Yhteisön kaikki jäsenet saavat mahdollisuuden toimia eri rooleissa, jonka kautta he saavat hyödyllistä kokemusta. Sosiaalisella vuorovaikutuksella pyritään vaikuttamaan siihen, että sovitut tehtävät tulevat hoidettua ja yhteisön järjestys säilyy. (Suvikas ym. 2013, 303.) Esimerkiksi yhteisiin päätöksiin ja sääntöihin liittyviin asioihin tulisi yhteisön kaikkien jäsenten ottaa osaa sekä toimia keskenään vuorovaikutuksessa. Käytännössä tarkoituksena on, että kaikki asukkaat ja koko henkilökunta ovat yhdessä demokraattisesti tekemässä päätöksiä. (Kanerva ym. 2014, 109.)

Yhteisön tärkeimpänä foorumina pidetään yhteisökokousta, johon ottavat osaa sekä asiakkaat että henkilökunta. Yhteisökokouksessa jokainen yhteisön jäsen saa mahdollisuuden nähdä ja kokea koko yhteisön juuri sillä hetkellä. Yhteisökokous toimii yhteisön rakentamisen välineenä. Se on myös väline, jonka avulla voidaan yhdistää eri osastoja ja ryhmiä toimimaan saumattomana kokonaisuutena. Yhteisön jäsenet vaikuttavat siihen, kuinka tämä väline toimii. Jokaisen jäsenen toiminnalla on vai-

kutusta yhteisön toimintaan. Kuitenkin ratkaisevimmassa asemassa toiminnassa ovat johtaja, esimiehet ja henkilökunta. Heidän tehtävänä on toimia keskinäistä luottamusta rakentavana ja asiakaisiin liittyvää kuilua madaltavana. (Laakso ym. 2013, 29.)

Yhteisökokouksen tehtävänä on asukkaiden ja henkilökunnan raja-aidan madaltamisen lisäksi tukea avointa kommunikaatiota sekä mahdollistaa osallistuminen päätöksentekoon ja kasvattaa vastuun ottamista. Kokouksessa tehdään toimintaan liittyviä suunnitelmia ja päätöksiä sekä keskustellaan jäsenillä tai yhteisössä ilmenevistä ongelmista ja opetellaan myös ratkaisemaan niitä. Yhteisökokous kokoontuu säännöllisin väliajoin, kuten esimerkiksi kerran viikossa. Kokouksissa jaetaan yhteisön jäsenille erilaisia rooleja ja tehtäviä. Yhteisön sisällä toimivat pienryhmät pitävät huolta ennalta sovitusta asioista, jotka liittyvät esimerkiksi ruokahuoltoon, siivoukseen, kaupassa asioimiseen, virkistystoimintaan sekä juhliin. Olennaisena osana toimintaan kuuluu, että se tapahtuu yhdessä toimien arjen turvallisissa olosuhteissa. Sen avulla myös pyritään voittamaan sairauden myötä ilmeneviä haasteita ja niiden seurauksia. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 103–104.)

Yksi suurimmista haasteista terapeuttisessa yhteisössä on saada aikaan sellainen henkilöstöyhteisö, joka pystyy toimimaan yhtenäisesti ja johdonmukaisesti. Henkilöstön tehtäviin kuuluu yhteisön reunaehdoista sopiminen ja niiden toteutumisen seuraaminen. Tämän tehtävän toteuttaminen tapahtuu ennen kaikkea henkilöstökokouksissa, jossa myös tapahtuu mahdollisten poikkeamien käsittelemisen. Henkilöstökokouksiin osallistujat koostuvat koko työvuorossa paikalla olevasta henkilökunnasta ja esimiehistä. Tarpeen vaatiessa, kuten esimerkiksi kriisitilanteiden ilmetessä, henkilöstökokouksiin vaaditaan koko henkilöstön osallistumista. (Laakso ym. 2013, 34.)

Henkilöstö laatii henkilöstökokouksissa yhteiset pelisäännöt esimerkiksi yhteisön perustehtävään ja hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin liittyen sekä päättää henkilöstön ja asukkaiden käyttäytymistä ohjaavista perussäännöistä. Yhteisön järjestyksen ylläpitämisessä pyritään hyödyntämään jäykkien etukäteissääntöjen sijaan sosiaalista vuorovaikutusta. Tarpeen vaatiessa henkilöstökokouksissa on mahdollista käsitellä myös työntekijöiden välisiä suhteita ja ristiriitoja. (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 104.) Henkilöstökokouksen tehtäviin kuuluu esimerkiksi tukea avointa keskustelua ja rakentaa ja ylläpitää luottamusta, antaa ja vastaanottaa keskinäistä palautetta, jakaa yhteisöhoidollisia tietoja ja taitoja sekä seurata ja arvioida yhteisön tilaa ja asukkaiden kehitystä. Mikäli henkilöstökokous epäonnistuu tehtävissään, alkaa henkilöstön yhtenäisyydessä ilmetä rapautumista ja vaikutus heijastuu nopeasti asukasyhteisöön, asukkaiden tilaan ja käyttäytymiseen. (Laakso ym. 2013, 34–35.)

#### 4.4 Yhteisöhoidon haasteellisuus ja kehittäminen

Keskeisimmät haasteet terapeuttisen yhteisön tietoisessa hyödyntämisessä liittyvät yhteisön rakentamiseen, yhtenäisen henkilöstöyhteisön luomiseen sekä vertaisryhmän luottamuksen hankkimiseen. Terapeuttinen yhteisö sisältää kaikkiaan kolme osaa, jotka ovat johto, henkilöstöyhteisö sekä asukas-/vertaisyhteisö. Perinteisesti vallankäyttö on tapahtunut näiden kolmen toimijan välisen yhteisöllisen kuilun yli yksipuolisesti ja hierarkkisesti ylhäältä alas. Yhteisen sosiaalisen todellisuuden rakentaminen terapeuttisessa yhteisössä puolestaan vaatii johdon, henkilöstön ja asukkaiden välisten kui-

lujen ylittämistä. Sen rakentamisen perusteena on jatkuva yhteisöllinen dialogi johdon, henkilökunnan sekä asukkaiden kesken. Tämän dialogin ytimeen kuuluu avautuminen ja kuunteleminen keskinäisen, vastavuoroisen ymmärtämisen rakentamiseksi. Yhteisöllisen dialogin toteutumisen edellytyksenä on, että tuetaan sen toiminnallisia rakenteita ja avoimuuden kulttuuria. (Laakso ym. 2013, 18.)

Yhteisö kuuluu terapeuttisen yhteisön tärkeimmäksi hoidon, kasvatuksen ja kuntoutuksen välineeksi. Asukkaat saavat sitä paremmat mahdollisuudet kasvaa, eheytyä ja kuntoutua, mitä parempi väline heillä on käytössään. Terapeuttisessa yhteisössä jokainen yhteisön jäsen osallistuu myös yhteisönsä kehittämiseen. Asukkaiden tehtävänä ei ole olla sairaina ja passiivina potilaina ottamassa hoitoa vastaan. Henkilökunnan pääasialliseen rooliin ei sitä vastoin kuulu palvella asukasta, vaan tukea hänen oppimistaan ja kehitystään itsenäisyyttä kohti mentäessä sekä vastuunottamista omasta elämästään. Tämä asukkaan kehitys- ja kasvuprosessi vaatii, että hän ottaa oman tilanteensa mukaisesti vastuuta yhteisöstä, sen toiminnasta, muista jäsenistä sekä ympäristöstä olemalla aktiivisesti osallinen yhteisön elämässä. (Laakso ym. 2013, 60.)

Kokoukset ovat tärkeässä roolissa yhteisön kehittämisessä. Niillä ei kuitenkaan voida yksistään varmistaa yhteisön ja sen jäsenien kehitystä. Yleinen kuvitelma on, että säännöllisten kokousten muodossa yhteisöön järjestettävät vuorovaikutukselliset tilanteet takaavat itsessään yhteisön kehittymisen. Tämä voi kuitenkin pahimmassa tapauksessa viedä paljon turhaa aikaa ja resursseja. Säännöllisten kokousien pitäminen on kuitenkin lähtökohtana dialogin toteutumiseen, oppimaan oppimiseen sekä kasvattavan yhteisön toimintaan. Kokoukset ovat haastava tapa ohjata yhteisön toimintaa, joten niiden suunnitteleminen nousee tärkeään asemaan. Kokouksia järjestettäessä on myös harkittava, millaisista kokouksista yhteisö hyötyy parhaiten. (Kaipio 1999, 235–236.)

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Toteutimme opinnäytetyön kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkimuksemme toimeksi-antajana toimi nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutusyksikkö Attendo Ahjola. Tuotimme tutkimuksella tietoa toimeksiantajalle yhteisohidosta ja sen toteutumisesta käytännön arjessa. Lisäksi tuotimme tietoa Attendo Ahjolalle kehitysideoista yhteisön toiminnan kehittämiseen.

Haastattelujen tavoitteena oli tuoda esille työntekijöiden kokemuksia yhteisohidon toteutumisesta ja näkyvyydestä käytännön työssä mielenterveyskuntoutuksessa. Haastatteluissa oli myös tavoitteena saada tietoa keskeisistä tekijöistä, joilla on vaikutusta yhteisohidon toteutumiseen. Lisäksi haastatteluiden tavoitteena oli kuntoutusyksikön toiminnan kehittämiseen liittyvien kehitysideoiden esille tuominen. Haastatteluiden perusteella haimme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaiseksi työntekijät kokevat yhteisohidon toteutumisen käytännön arjessa?
2. Mitkä ovat keskeisiä yhteisohidon toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä?
3. Millaisia yhteisön toimivuuteen liittyviä kehitysideoita ja -mahdollisuuksia kuntoutusyksikössä on?

### 5.1 Kvalitatiivinen tutkimus ja teemahaastattelu

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan millaista tutkimusta tahansa, jonka pyrkimyksenä on ”löydöksen” havaitseminen ilman tilastollisten menetelmien tai muiden määrällisten keinojen hyödyntämistä. Määrälliseen tutkimukseen perustuvista luvuista poiketen, laadullisessa tutkimuksessa hyödynnetään sanoja ja lauseita. (Kananen 2008, 24.) Laadullisessa tutkimuksessa pyritään lähtökohtaisesti todellisen elämän kuvaamiseen. Se kattaa myös ajatuksen todellisuuden moninaisuudesta. Huomioitavaa tutkimuksessa kuitenkin on, ettei todellisuuden mielivaltaisen pirstominen ole mahdollista. Eri tapahtumilla on samanaikainen vaikutus toisiinsa ja niiden välillä on mahdollista nähdä monen suuntaisia suhteita. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitellaan, että kohteen tutkiminen on mahdollisimman kokonaisvaltaista. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2014, 161.)

Laadullisen tutkimuksen tarkastelu kohdistuu ihmisten väliseen ja sosiaaliseen merkitysten maailmaan. Tavoitteena on löytää sellaisia ihmisten kokemia todellisuuden kuvauksia, joiden oletetaan olevan merkityksellisiä ja tärkeitä heidän elämässään. (Vilka 2015, 118.) Laadullista tutkimusta käytetään usein silloin, kun tutkittava ilmiö on tuntematon, eikä siitä ole olemassa ilmiötä selittäviä teorioita. Sillä ei pyritä tutkittavien asioiden yleistämiseen toisin kuin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella. Se ei myöskään voi sisältää tarkoin laadittuja kysymyksiä, koska näin meneteltäessä tutkimusta ei enää voitaisi kutsua laadulliseksi. (Kananen 2014, 16.) Laadullista tutkimusta pidetään tutkimuskäytäntönä usein korosteisen joustavana. Useimmiten tutkimusongelmien asettamisessa onkin väljyyttä, sillä tutkimusongelmien ja tutkimuskysymysten vakiintumisen otaksutaan olevan jo osana tuloksia. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne ja Paavilainen 2014, 82.)

Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteenä on, ettei tutkittavasta aiheesta ole tavoitteena löytää totuutta. Tutkimuksella tavoitellaan esimerkiksi ihmisen toiminnan ja hänen tuottamien kulttuurituot-

teiden näkyväksi tuomista sellaisissa aiheissa, jotka eivät ole välittömästi havaittavissa. Nämä arvoitukselliset asiat pyritään tuomaan esille laadullisessa tutkimuksessa kerättyjen ihmisten kokemusten ja käsityksien kautta luotujen johtolankojen ja vihjeiden avulla. (Vilka 2015, 120.) Laadullinen tutkimus aloitetaan tutkimusongelman määrittämisestä ja asettamisesta. Tämän jälkeen laaditaan tutkimuskysymykset, joihin pyritään löytämään vastaus kerätyn aineiston avulla. Tutkimusprosessi voidaan myös jakaa eri vaiheisiin, joihin kuuluvat suunnittelu-, tiedonkeruu-, analysointi- sekä tulkintavaiheet. (Kananen 2010, 36.)

Haastattelut ovat menetelminä joustavia ja niissä toimitaan tutkittavan kanssa suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa. Tämä mahdollistaa tiedonhankkimisen suuntaamisen itse tilanteessa. Haastatteluiden avulla on mahdollista myös tuoda ilmi motiiveja, jotka ovat vastausten taustalla. Lisäksi haastattelut mahdollistavat haastatteluaiheiden järjestyksen säätämisen. (Hirsjärvi ja Hurme 2008, 34.) Teemahaastattelua pidetään yleisimpänä tiedonkeruumenetelmänä kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Siitä kutsutaan myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi. Teemahaastatteluun valitaan asetetusta tutkimusongelmasta niitä olennaisia aiheita tai teemoja, joiden käsittelemistä tutkimushaastattelussa vaaditaan saadaksesen vastaus tutkimusongelmaan. Teemahaastattelussa tavoitellaan vastauksen saamista kaikkiin esillä oleviin teemoihin vastaajan kuvauksen mukaisesti. Haastatteluteemat pyritään myös käsittelemään siinä järjestyksessä, kun ne ovat vastaajalle luontevia. (Vilka 2015, 124.)

Teemahaastattelun ennalta tiedossa olevat aihepiirit eli teema-alueet eivät sisällä tarkkoja kysymysten muotoja ja järjestystä (Hirsjärvi ym. 2014, 208). Etukäteen valittuihin teemoihin voi kuitenkin liittyä tarkentavia kysymyksiä. Nämä teemat pohjautuvat periaatteessa tutkimuksen viitekehukseen eli asioihin, joista ilmiössä jo tiedetään. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 87–88.) Teemahaastatteluun liittyvien teemojen valinnassa tulisi Kananen (2010, 55) mukaan huomioida, että ne olisivat mahdollisimman kattavia koko ilmiön kannalta. Ilmiö on jollakin tavalla ympäristöönsä kytkeytyvä ja sen muodostuminen liittyy eri tekijöihin ja elementteihin sekä niiden välisiin riippuvuussuhteisiin ja prosesseihin. Kysymyksen tarkoituksena on kaikkien ilmiöön liittyvien osa-alueiden mukaantulon varmistaminen. Teemojen avulla pyritään ilmiön ymmärtämiseen ja paljastamiseen eri kulmista.

Käytimme opinnäytetyössä tutkimusaineiston keruumenetelmänä teemahaastattelua. Teemahaastattelurungon (liite 2) teemat suunnittelimme siten, että ne kattaisivat mahdollisimman laajasti tutkittavan ilmiön. Suoritimme teemahaastattelut yksilöhaastatteluina. Haastatteluihin osallistui seitsemän kuntoutusyksikön pitkäaikaista työntekijää. Haastattelut suoritettiin 2018 kesäkuu–syyskuu välisenä aikana. Haastattelujärjestelyihin vaikuttivat sekä henkilökunnan kesälomat että omat aikataulumme.

Teemahaastatteluiden pääteemoina olivat työntekijöiden näkemys yhteisöhoitoon vaikuttavista tekijöistä, yhteisön toiminnan kehittäminen sekä yhteisöhoitoon liittyvä koulutuksen tarve. Nämä teemat sisälsivät vielä tarkennettuja alateemoja. Teemahaastatteluiden edetessä teimme tarvittaessa vielä teemoihin liittyen tarkentavia kysymyksiä. Kysyimme teemahaastatteluissa myös haastateltavien näkemyksiä dialektisesta käyttäytymisterapiasta, koska kuntoutusyksikössä hyödynnetään dialektisen käyttäytymisterapian taitoalumnus -manuaalia osana kuntoutusta. Teemahaastatteluiden lopussa haastattelijoilla oli vielä mahdollisuus kertoa vapaasti omia kommenttejaan aiheisiin liittyen.

## 5.2 Tutkimuksen sisällönanalyysi

Tutkimusaineiston keräämisen jälkeen tulee aineisto muuttua tutkimuskelpoiseen muotoon. Esimerkiksi nauhoittamalla taltioidut haastattelut muutetaan tekstimuotoon aina ennen laadullisen tutkimusmenetelmän analyysia. Tätä vaihetta nimitetään litteroinniksi. Työskentelyvaihe on suuritöinen, mutta sen avulla saadaan lisättyä tutkijan ja tutkimusaineiston välistä vuoropuhelua. Tästä on hyötyä tutkimuksen aikana, kun tutkija arvioi tutkimusongelman pohjalta aineiston ja tulkinnan riittävyttä. Tekstimuotoinen haastatteluaineisto tekee myös tutkimusaineiston analysoinnin helpommaksi. (Vilka 2015, 137.)

Litterointivaiheessa teemahaastattelusta saatu aineisto kirjoitetaan mahdollisimman sanatarkasti tekstimuotoon. Litteroinnin hitaasta työvaiheesta johtuen tutkija joutuu ratkaisemaan, mitä kaikkea hän tallennetusta aineistosta litteroi. Valinnasta riippumatta tallennettuun aineistoon on kuitenkin mahdollista palata tarvittaessa myöhemmässä vaiheessa. Litteroinnin tekee haastavaksi myös se, että etukäteen on vaikea ennakoida, mikä osa aineistosta on tutkimuksen kannalta tarvittavaa. (Kananen 2010, 58–59.) Litterointitavan laajuudesta huolimatta, on sen vastattava niitä asioita, joita haastateltavat ovat suullisesti lausuneet ja pitäneet itselleen merkityksellisinä. Tällä tarkoitetaan sitä, että litteroinnissa ei voida mennä muuttamaan tai muokkaamaan haastateltavien puhetta. Kysymyksessä litteroinnin tarkkuudesta herää kysymys myös kuinka luotettava tutkimus on. Tämän vuoksi tutkijan kuuluu esittää tutkimusraportissa, kuinka yksityiskohtaisesti litterointi on tehty. (Vilka 2015, 138.)

Litteroimme tutkimuksen haastattelut kokonaisuudessaan. Litteroinnit tehtiin sanatarkasti haastateltavien puhekielen mukaisesti, sisältäen murre sanat ja maneerit. Haastatteluiden kestot vaihtelivat ajaltaan 30 minuutin ja 47 minuutin välillä. Nauhoitettua aineistoa kertyi haastatteluista yhteensä 4 tuntia ja 36 minuuttia. Näistä litteroidun tutkimusaineiston määrä oli kaikkiaan 112 sivua. Emme rajanneet nauhoitettua aineistoa ennen litterointia, jotta siihen ei tarvinnut palata enää tutkimuksen aikana. Näin meillä oli myös käytettävissä mahdollisimman tarkka aineisto analyysiä varten.

Laadullisen tutkimuksen ytimenä pidetään tutkimuksen analyysiä, tulkintaa sekä johtopäätöksien tekemistä. Tämä on vaiheena merkittävä ja sitä kohti suunnataan tutkimuksen alusta lähtien. Analyysivaiheen aikana tutkija saa selville millaisia ovat ongelmiin saatavat vastaukset. Analyysivaiheessa voi myös ilmetä, että olisiko ongelmat pitänyt asettaa toisin. (Hirsjärvi ym. 2014, 208.) Tutkimuksen aiheesta ei ole aina saatavissa suoraan kerättävää tietoa. Joissakin tapauksissa tutkimuksen kohteella ja sitä kuvaavalla aineistolla voi olla liittymäkohtia vasta hyvinkin pitkien päättelyprosessien jälkeen. Tässä tapauksessa tutkittava ilmiö ei ole varsinaisesti suoraan havaittavissa tai mitattavissa, vaan havainnot ja päätelmät joudutaan tekemään epäsuoralla tavalla kerätystä tutkimusaineistosta. (Ronkainen ym. 2014, 107.)

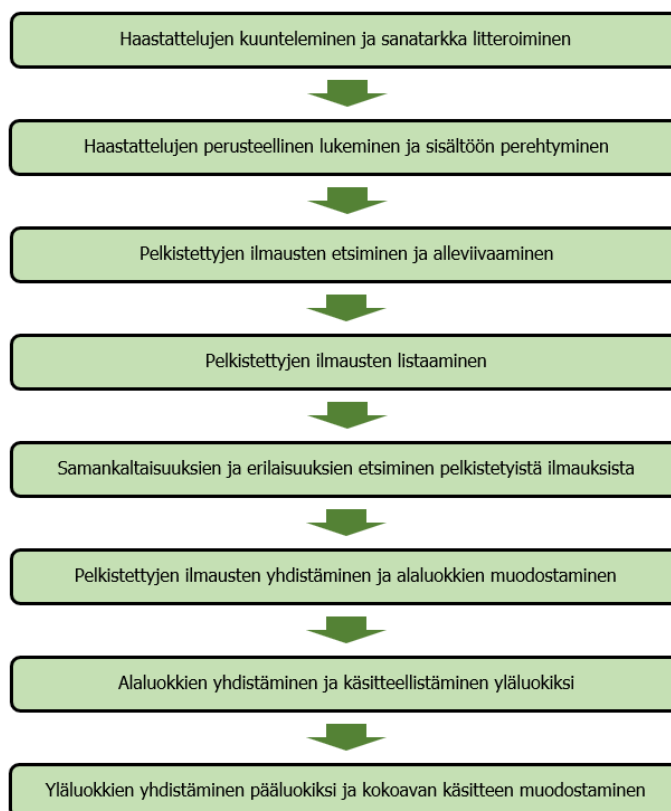
Sisällönanalyysillä tarkoitetaan sanallista tutkimusaineiston kuvaamista laadullisen tutkimusmenetelmän metodina, jolla tavoitellaan merkityssuhteiden ja merkityskokonaisuuksien löytymistä. Näistä saatava tieto on kuitenkin esitettävä numeeristen tulosten sijaan sanallisia tulkintoja käyttäen. (Vilka 2015, 163.) Sisällönanalyysi kuuluu perusmenetelmänä kaikkiin laadullisen tutkimuksen perinte-



siin. Sitä on mahdollista pitää yksittäisenä metodina tai jopa väljänä teoreettisena kehyksenä, joka on liitettävissä erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysiä voidaan myös hyödyntää useanlaisissa tutkimuksissa. Se voidaan jaotella joko aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen eli teoriaohjajaan tai teorialähtöiseen analyysiin. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 103, 108.) Valitsimme tutkimuksemme analyysimenetelmäksi teoriaohjajaan analyysin, koska analysoimme tutkimusaineistoa sekä aineistosta nousseiden että teoreettisessa viitekehyyksessä olevien käsitteiden perusteella.

Teoriaohjaava analyysi ei ole suoraan teoriaan pohjautuvaa, vaan analyysiä tehdessä voidaan hyödyntää teoretietoa. Teoriaohjajaavassa analyysissä aineiston hankinta tapahtuu yhtä vapaasti kuten aineistolähtöisessäkin analyysissä. Myös ilmiön määrittelemisen käsitteenä on vapaata suhteessa ennalta tiedettyyn teoriaan. Teoriaohjajaavassa analyysissä analyysiyksiköiden valinta suoritetaan aineistosta, mutta aikaisempi tieto voi auttaa parhaiden analyysiyksiköiden valitsemisessa. Analyysissä voidaan havaita aikaisemman tietoperustan vaikutuksia, mutta sen tarkoituksena ei ole testata teoriaa, vaan pikemminkin aukaista uusia ajatusuria. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 109, 111.)

Teoriaohjajaan sisällönanalyysin eteneminen tapahtuu aineiston ehdoilla, samoin kuin aineistolähtöisenkin analyysin. Ne eroavat toisistaan kuitenkin siinä, millä tavoin abstrahoinnissa empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. Aineistolähtöisessä analyysissä teoreettisten käsitteiden luominen tapahtuu aineistosta, kun taas teoriaohjajaavassa ne tuodaan ilmiöstä jo ennalta tiedettynä. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 133.) Opinnäytetyömme tutkimusosion analysointi eteni teoriaohjajaan sisällönanalyysin (kuvio 4) mukaisesti.



KUVIO 4. Teoriaohjajaan sisällönanalyysin eteneminen mukailien Tuomen ja Sarajärven (2018, 123) aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemistä.

Ensimmäisenä vaiheena sisällönanalyysissä tutkittava aineisto redusoidaan eli pelkistetään. Pelkistetty aineisto voi olla auki kirjoitettu haastattelu tai dokumentti. Pelkistämässä aineistosta poistetaan tutkimuksen kannalta turhat asiat. Sitä voidaan myös tiivistää tai pilkkoa osiin. Samoja ilmaisuja voidaan esimerkiksi alleviivata eri väreillä eri ilmiöiden erottamiseksi. Tärkeää on kuitenkin huomioida, että yksi lause voi sisältää monia tutkimuksen eri aiheisiin liittyviä ilmaisuja. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 122–124.)

Aineiston pelkistämisen jälkeen suoritetaan klusterointi eli aineiston ryhmittely. Tässä vaiheessa aineistosta etsitään samankaltaisuuksina ja/tai eroavaisuuksina ilmeneviä käsitteitä. Samaa asiaa kuvaavat käsitteet luokitellaan ryhmiksi ja alaluokiksi, jotka nimetään sisältöä kuvaavan käsitteen mukaisesti. Luokittelun yksikkönä voidaan käyttää aiheeseen liittyvää piirrettä, ominaisuutta tai käsitystä. Aineiston ryhmittelyn jälkeen suoritetaan aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. Siinä aineistosta erotellaan tutkimuksen kannalta keskeinen tieto, jonka perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. Tätä jatketaan niin kauan, kun ryhmittelyssä luotujen luokkien yhdistäminen on mahdollista. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 124–125.)

Etsimme pelkistetyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, jotka ryhmittelimme samaa asiaa tarkoittaviksi alaluokiksi ja nimesimme ne sisältöä kuvaavalla nimellä. Yhdistimme sisällöltään samankaltaiset alaluokat ja käsitteellistimme ne yläluokiksi käyttäen apuna yhteisohjoidon teoriaa, josta jatkoimme pääluokkien muodostamiseen. Yhdistämällä pääluokat muodostimme koko ilmiötä kuvaavan käsitteen. Kuvaamme teoriaohjaavan sisällönanalyysin etenemistä esimerkillä (liite 3), joka on opinnäytetyön liitteenä.

### 5.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen käyttöä eli rehellisyyttä, huolellisuutta, tarkkuutta sekä eettisesti kestäviä tutkimus-, tiedonhankinta- ja analysointimenetelmiä. Huomiota on kiinnitettävä myös tulosten tallentamiseen, esittämiseen sekä tutkimuksen arvioimiseen. Lisäksi tutkimusta tehdessä on otettava huomioon muiden tutkijoiden työt ja saavutukset tarkoituksenmukaisella tavalla sekä erilaisten sidosryhmien asiallinen ilmoittaminen tutkimukseen osallistujille ja tutkimusta raportoidessa. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi tulee tehdä yksityiskohtaisesti sekä täyttäen tieteelliselle tiedolle asetetut vaatimukset. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 150–151.)

Tutkimusaineistoa kerätessä täytyy noudattaa sekä juridisia sääntöjä että tietynlaisia eettisyyteen liittyviä pelisääntöjä. Tutkimuksen hyviin tapoihin kuuluu, että kaikki tutkimukseen osallistuvat ovat tietoisia omasta osallistumisestaan siihen. Tutkimukseen osallistumisen on myös perustuttava vapaaehtoisuuteen. Tutkimuksen mikään vaihe ei saa olla haitallista tai vahingollista tutkittavalle. Lisäksi tutkittavia on informoitava tutkittavasta aiheesta tai ilmiöstä ainakin jollakin tarkkuudella. Ennen tutkimuksen aloittamista tulee tarvittaessa hankkia asianmukaiset luvat ja lausunnot. Tutkimusaineiston keräämisen ja säilyttämisen periaatteet perustuvat henkilötietolakiin. Lähes kaikki tutkimukseen liittyvät aineistot kuuluvat tämän lain alaisuuteen. Tämä tarkoittaa sitä, että aineisto pitää

käytännössä säilyttää anonyymisti ja turvallisuus huomioiden. Henkilötietoja voidaan käsitellä oikeutusti, kun tutkittavilta henkilöiltä on saatu siihen lupa. (Ronkainen ym. 2014, 126–127.)

Tuomen ja Sarajärven (2018, 147) mukaan laadullisen tutkimuksen eettisyyden arviointia vaikeuttaa se, että sen tutkimusmenetelmät ovat yleensä avoimia ja muistuttavat vuorovaikutukseltaan arkisia tilanteita. Toisen väärin kohtelu tai vahingoittaminen on kuitenkin tutkimusta tehdessä merkityksellään aivan erilaista kuin arkielämässä. Tämä johtuu siitä, että tutkimusta tehdessä tutkija on institutionaalisessa asemassa. Vaikka tutkimuksessa noudatettaisiin hyvää tieteellistä käytäntöä, voidaan tästä huolimatta tutkimuksen edetessä törmätä eettisiin ongelmiin.

Laadullinen tutkimus koostuu monista tutkimusperinteistä, joissa myös luotettavuutta voidaan tarkastella eri näkökulmasta. Tästä syystä laadullisen tutkimuksen oppaissa on hyvin paljon eroja luotettavuuden arvioinnin suhteen. Hyvänä yleisenä neuvona voidaan pitää, että tutkimusta tulisi arvioida aina kokonaisuutena. Keskeisiä arvioinnin kohteita ovat tutkimuksen kohde ja sen tarkoitus sekä tutkijan oma sitoutuminen tutkimukseen. Arvioinnin kohteena tulee myös olla aineiston keruumenetelmät ja tutkimuksen tiedonantajat. Lisäksi arvioinnissa on tärkeää huomioida tutkijan ja tiedonantajan väliset suhteet. Aineiston analyysi- ja raportin kirjoitustavalla sekä tutkimuksen aikataulutuksella on myös vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 158, 163–164.)

Haastateltavien valinta kohdistuu henkilöihin, joihin kyseinen ilmiö liittyy. Laadullisessa tutkimuksessa ei usein ole mahdollista määrittää haastateltavien määrää etukäteen. Tietyissä tapauksissa ilmiöön liittyvien henkilöiden määrä on sen verran pieni, että he kaikki voivat osallistua tutkimukseen. (Kananen 2010, 54.) Kuitenkin tutkimuksen tiedonantajien valintaan tulisi satunnaisuuden sijaan käyttää harkintaa ja valittujen henkilöiden olisi oltava tarkoitukseen sopivia. Toisaalta tutkimusraportissa tulisi ilmetä, miten harkintaa on käytetty ja miten valinnan kriteerit täyttyvät. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 98.)

Yksilöhaastattelulla saadaan tutkimuksessa henkilön omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta asiasta, kun ryhmähaastattelu käy puolestaan paremmin tutkittaessa yhteisön käsityksiä kyseisestä asiasta (Vilka 2015, 123). Yksilöhaastattelun etuina voidaan pitää sitä, että ne antavat tutkimuksesta yksityiskohtaisempaa ja luotettavampaa tietoa kuin esimerkiksi ryhmähaastattelut. Yksilöhaastattelussa ei myöskään ole esimies-alaisuhteilla samanlaisia vaikutusmahdollisuuksia kuin ryhmähaastattelussa. (Kananen 2010, 53.)

Rajasimme tutkimuksen haastateltavat kuntoutumisyksikön pitkäaikaisiin työntekijöihin, koska heillä on kattavin kokemus yhteisohoidosta kyseisessä työyksikössä. Heistä kaikki seitsemän myös osallistuivat tutkimukseen. Sijaisten käyttöä emme nähneet haastatteluissa aiheelliseksi, koska heidän asemansa yhteisössä ei ole vakiintunut samalla tavalla kuin pitkäaikaisilla työntekijöillä. Lähetimme haastateltaville ennen haastatteluja saatekirjeet (liite 1) ja teemahaastattelurungot, jotta heillä oli mahdollisuus perehtyä niihin etukäteen. Pidimme tutkimukseen osallistuvien määrää riittävänä kuvaamaan yhteisohoidon toteutumista Attendo Ahjolassa. Tutkimustulokset eivät kuitenkaan ole yleisettävissä muihin yhteisöhoitoa toteuttaviin työyksiköihin.

Haastateltaville toimitetuissa saatekirjeissä esittelimme itsemme ja kerroimme haastattelun tarkoituksesta. Kerroimme saatekirjeissä haastateltaville, että haastatteluun osallistuminen oli heille vapaaehtoista ja sen voi halutessaan keskeyttää. Haastattelussa oli myös mahdollista jättää vastamatta kysymyksiin, joihin ei halunnut antaa vastausta. Kerroimme saatekirjeissä myös aineiston käsittelemiseen ja säilyttämiseen sekä salassapitoon liittyviä asioita. Lisäksi kerroimme, että haastattelusta saatu aineisto käsitellään nimettömänä ja luottamuksellisesti. Aineiston suhteen toimimme salassapito velvollisuutta noudattaen.

Pidimme haastattelut toimeksiantajan tiloissa, koska halusimme tehdä niistä haastateltavien kannalta mahdollisimman helposti toteutettavia. Tätä tuki myös se, että haastattelut tehtiin työntekijöiden työaikana. Teimme haastattelut työntekijöiden yövuorojen aikana, koska päivällä työntekijöiden haastattelemisen olisi ollut haasteellista kiireellisen arkirytmien vuoksi. Varasimme jokaiseen haastatteluun noin tunnin verran aikaa, mutta olimme valmiita joustamaan siitä tilanteen mukaan. Yövuorojen aikana tehtyjen haastatteluiden keskeytymismahdollisuus oli myös pienempi. Haastattelujen toteuttaminen tutussa ympäristössä madalsi myös haastateltavien osallistumiskynnystä sekä teki haastattelutilanteista rennompia ja luontevampia.

Kävimme ennen haastatteluja saatekirjeissä mainitut asiat suullisesti läpi ja samalla muistutimme haastateltavia haastattelujen nauhoittamisesta. Lisäksi kävimme jokaisen haastattelun alussa haastateltavien kanssa suullisesti läpi haastatteluteemat. Toteutimme henkilökunnan haastattelut yksilöhaastatteluina, jotta saimme jokaisen työntekijän yksilöllisen näkemyksen esille. Tällöin työntekijöillä ei ollut myöskään mahdollisuutta vaikuttaa toistensa mielipiteisiin.

Säilytimme haastatteluaineiston ja käsitelimme sitä noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä. Tallensimme nauhurilla nauhoitetut haastattelut tietokoneelle ja poistimme nauhoitetun aineiston nauhurista tallennuksen jälkeen. Huolehdimme myös tietokoneelle tallennetun materiaalin turvallisuudesta, jotta se ei ollut missään tilanteessa asiaan kuulumattomien saatavilla. Otimme myös opinnäytetyön tutkimustuloksissa huomioon, etteivät haastateltavat olleet tunnistettavissa niissä käytetyistä sitaateista. Hävitämme tutkimukseen liittyvän haastatteluaineiston välittömästi opinnäytetyön valmistuttua.

Tieteellisten töiden luotettavuuden varmistamiseen käytetään luotettavuuskäsitteitä. Luotettavuuskäsitteet ovat joukko mittareita, joiden avulla voidaan arvioida tutkimustuloksien laatua. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden varmistaminen jää usein kuitenkin tutkijan arvioinnin ja näytön varaan, koska siinä luotettavuutta ei voi tarkastella samalla tavalla kuin määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa katsotaankin, että käytännössä on mahdotonta päästä täydelliseen objektiiviseen luotettavuuteen. Yleisimmät luotettavuuden mittarit tieteellisessä tutkimuksessa ovat reliabiliteetti ja valideetti, joita voidaan käyttää myös laadullisissa tutkimuksissa. (Kananen 2014, 146–147.)

Yleisesti valideetti eli pätevyys tarkoittaa sitä, miten tarkasti tutkimuksen tai mittareiden avulla voidaan kuvata tutkittavaa ilmiötä (Ronkainen ym. 2014, 129–130). Jotta tutkimus on pätevä, täytyisi

siinä pyrkiä välttämään systemaattisia virheitä. Tällä tarkoitetaan, ettei tutkijan ja tutkittavan välille syntyisi väärinymmärryksiä ja virheolettamuksia esimerkiksi mittareiden ja kysymysten suhteen. Tämä voidaan välttää määrittelemällä käsitteet, perusjoukko ja muuttujat tarkasti sekä huolellisella aineiston keräämisellä ja mittareiden suunnittelemisella. (Vilka 2015, 193.)

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksessa tulosten pysyvyyttä, jolloin tulokset eivät muutu tutkimusta uusittaessa (Kananen 2014, 147). Lisäksi reliabiliteetilla tarkoitetaan kykyä saada tutkimuksessa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Sitä voidaan arvioida myös monin eri tavoin. Tutkimustuloksia voidaan pitää reliabelina, jos esimerkiksi kaksi tai useampi tutkija päätyy tutkimuksessaan samoihin tuloksiin. Reliaabelius saavutetaan myös, jos tutkimustulos on pysyvä tutkittaessa samaa henkilöä useita eri kertoja. (Hirsjärvi ym. 2014, 231.)

Välttelimme tutkimuksessa mahdollisten virheiden syntymistä, jotta sen tulos olisi pätevä. Varmistimme jo haastatteluiden suunnitteluvaiheessa, että haastatteluiden teemarungon sisältö vastaa tutkittavaa ilmiötä. Pidimme myös huolen siitä, että haastattelutilanteissa vältetään mahdolliset väärinymmärrykset. Tarvittaessa pyysimme haastateltavilta tarkentavia selityksiä, jos emme olleet varmoja heidän ilmaisuistaan. Lisäkysymysten tarkoituksena oli varmistaa, että haastateltavat vastasivat tarpeeksi kattavasti kaikkiin ilmiön kannalta tärkeisiin teemoihin. Huolehdimme haastatteluiden aikana myös siitä, ettemme johdatelleet haastateltavia vastauksien antamisessa. Haastatteluiden analyysivaiheessa emme tehneet haastateltavien kertomuksista olettamuksia, vaan muodostimme tutkimustulokset vain haastatteluissa saadusta tiedosta. Varmistimme myös, että tutkimuksesta kirjoitettu raportti on tutkimustulosten mukainen.

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksemme tulokset pohjautuivat kaikkiaan seitsemän kuntoutusyksikössä työskentelevän pitkäaikaisen työntekijän teemahaastatteluihin. Tutkimustuloksia analysoidessamme huomioimme ja toimme esille kaikkien haastateltavien mielipiteitä ja näkemyksiä. Tutkimustuloksissa emme merkinneet esitettyihin sitaatteihin haastateltavien nimiä tai tutkimuksemme aikana antamiamme koodeja, jotta näitä ei voinut yhdistää haastateltaviin.

Tutkimustuloksien kautta toimme esille työtyöntekijöiden kokemuksia siitä, että millä tavoin yhteisöhoito toteutui kuntoutusyksikön käytännön arjessa. Lisäksi tutkimuksessa nousi vahvasti esille yhteisön jäsenten aktiivisuus ja sen vaikutukset yhteisön toimivuuteen. Tärkeäksi osaksi yhteisöhoidon toteuttamisessa nousivat esille yhteisöhoitoon liittyvät kokoukset ja niiden merkitys vaikuttamisen välineenä yhteisössä. Kokoukset nähtiin myös eräänlaisena vuorovaikutuksen keinona yhteisön jäsenten välillä. Tutkimuksessa haastateltavat toivat esille erilaisia yhteisön toimintaan vaikuttavia kehittämideoita sekä yhteisöhoitoon ja työhön liittyvän koulutuksen tarpeellisuutta ja saatavuutta.

### 6.1 Yhteisöhoidon toteutumiseen vaikuttavat tekijät

Tutkimuksessa ilmeni, että kuntoutusyksikössä pyrittiin toteuttamaan yhteisöhoitoa suunnitelmallisesti. Kaikki haastateltavat kokivat kuitenkin sen toteutumisen arjessa puutteelliseksi ja soveltamisen vaihtelevaksi. Yksi haastateltavista korosti, ettei yhteisöhoito toteutunut oikeaoppisesti sillä tavoin, että yhteisö pystyi hoitamaan ja ohjaamaan itseään. Vaikka yhteisöhoitoa toteutettiin sovelletusti, haastateltavat halusivat, että sitä tuotaisiin entistä enemmän esille kuntoutusyksikössä. Yhteisöhoitosta oli havaittavissa useita piirteitä, kuten esimerkiksi suunnitelmallinen viikko-ohjelma, erilaiset kokoukset, asukkaiden vastuutehtävät ja erilaiset ryhmätoiminnot. Edellytykset yhteisöhoidon toteuttamiseen koettiin hyväksi. Kuntoutusyksikkö todettiin rakenteeltaan uudenaikaiseksi, kodinomaiseksi ja yhteisöhoidon toteuttamiseen soveltuvaksi.

*”Kyllähän yhteisöhoito näissä tiloissa, mitä seinät antaa periks, niin toteutuu osittain, mutta ei täydellisesti missään nimessä.”*

*”Ei puhtaasti varmaan yhteisöhoidollisesti tehdä mitään, mutta sovelletaan tähän yhteisöön sopivaksi.”*

Yhteisöhoidon toteutumiseen vaikuttivat useat eri tekijät. Kaikki haastateltavat kokivat, että yhteisöhoidon toteutumiseen vaikuttivat erityisesti asukkaiden ja henkilökunnan toiminta yhteisössä. Tutkimuksessa korostui asukkaiden aktiivisuuden ja sen vaihtelevuuden merkitys yhteisön toimintaan. Viisi seitsemästä haastateltavasta mainitsi erityisesti asukkaiden passiivisuuden haittaavan yhteisön toimintaa. Heidän mielestään useilla asukkailla oli myös taipumusta mennä toiminnoissa niin sanottu massan mukana. Kaikki haastateltavat nostivat myös esille yhteisön vertaispaineen merkityksen yhteisön toiminnassa. Muina yhteisöhoidon toteutumiseen vaikuttavina tekijöinä haastatteluissa nousi esille muun muassa asukkaiden fyysinen ja psyykinen hyvinvointi, itsemääräämisoikeus, motivaatio, asukkaiden erikuntoisuus, kuntoutusyksikön omat säännöt sekä sen toimintaa ohjaavat lait ja säädökset, asukkaiden vaihtuvuus sekä yhteisön ryhmähengen laatu.

*”Jotka ei niin kun pidä sitä yhteisöä ja muutenkaan sosiaalista elämää niin tärkeessä roolissa, niin he ei välttämättä oo saanu siitä sitä fokusta.”*

Keskusteltaessa asukkaiden vaihtuvuudesta kokivat kaikki haastateltavat vaihtuvuuden vaikuttavan aina jollakin tavalla yhteisön toimintaan. Neljän haastateltavan mielestä uuden asukkaan tulemisella yhteisöön tai asukkaan lähtemisellä yhteisöstä oli henkilöstä riippuen joko positiivinen tai negatiivinen vaikutus yhteisöön. Kolme haastateltavista koki uudella asukkaalla olevan positiivisen vaikutuksen yhteisöön. Kaksi haastateltavista korosti, että yleensä uusi asukas aiheutti aluksi sekaannusta yhteisössä, mutta tilanne tasaantui nopeasti. Asukkaiden vaihtuvuuden vaikutukset yhteisöön riippuivat yleensä uuden asukkaan sosiaalisuudesta ja siitä, miten hänet otettiin yhteisössä vastaan. Tutkimuksen aikana yhteisön toiminta koettiin vakiintuneeksi, koska yhteisössä ei ollut tapahtunut viime aikoina suurta vaihtuvuutta.

*”On sillä (asukkaiden vaihtuvuudella) aina vaikutus. Joskus voi olla suurempi vaikutus, kun joskus. Riippuu varmaan siitä, että kuka lähtee tai minkälainen ihminen siihen yhteisöön tulee. Että ainahan se, kun yhteisö muuttuu, niin sit se yhteisöön vaikuttaa.”*

*”No se on myös, että se (asukkaiden vaihtuvuus) aiheuttaa osalle mielipahaa ja vaikuttaa ihan selvästi psyykkiseen tilaan. Mut osa on sitten ihan mielissään ja ilosia siitä, että on kuntoutunu ja pääsee omilleen ja pystyy lähtemään.”*

#### 6.1.1 Tavoitteellisuuden näkyminen yhteisöhoidossa

Yhteisöhoidon tavoitteellisuuteen liittyen henkilökunnan näkemykset jakautuivat. Kaksi seitsemästä haastateltavasta toi esille, ettei yhteisöhoidon tavoitteellisuus näy juurikaan arjessa. Kolme haastateltavista puolestaan esitti yhteisöhoidon lähtökohtaisesti tavoitteelliseksi. Kaksi haastateltavista ei ottanut suoranaista kantaa yhteisöhoidon tavoitteellisuuteen. Kaikki haastateltavat näkivät tavoitteiden ilmenevän asukkaiden yksilötavoitteina hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa. Kaksi haastateltavista totesi, että joidenkin asukkaiden kohdalla yksilötavoitteet sisältävät myös yhteisöhoidollisia tavoitteita, kuten yhteisöön osallistumista ja siinä toimimista sekä opettelua toisten huomioon ottamiseen.

*”No tuota, ainahan se on tavoitteellista. Se, että meillä ehkä tavoitteet on yksilötavoitteita, ei niinkään yhteisötavoitteita, mutta sillä yhteisöhoidollisia piirteitä tavoitellaan kuitenkin. Sitten se niin kun mejän asiakkaan, asukkaan toimimista erilaisissa yhteisöissä, että hän oppis niin kun ottamaan huomioon myös toisia...”*

Yhteisöhoidon tavoitteellisuutta tuotiin haastatteluissa esille aamukokouksen, yhteisökokouksen, henkilöstökokouksen, etukäteen laaditun viikko- ja päiväohjelman sekä asukkaiden vastuutehtävien ja yhteisen tekemisen kautta. Asukkaiden viikoittaisiin vastuutehtäviin kuuluivat omista siivousalueista huolehtiminen sekä vastuuvuorot ruoanlaitosta ja talon pikkukeittiön siisteydestä huolehtiminen. Myös kokouksista tehtävien pöytäkirjojen tekeminen kuvasi yhteisöhoidon tavoitteellisuutta kolmen haastateltavan mielestä. Yksi seitsemästä haastateltavasta nosti esille, ettei yhteisöhoitoa mitattu millään mittareilla. Asukkaiden yksilöllistä kuntoutumista kuitenkin mitattiin yksilöllisillä mittareilla.

Haastateltavista neljä nosti esille, että yhteisön tuella tavoiteltiin kuntoutujien sosiaalistumista, yhteisöllisyyttä ja voimaantumista heidän kuntoutumisensa edistämiseksi. Keskeisiksi keinoiksi yhteishoidon tavoitteellisuuden saavuttamisessa haastatteluista nousi virikkeiden keksiminen asukkaille, erilaisten vastuutehtävien jakaminen asukkaille, ohjaajien ja asukkaiden välisen palautteen antaminen ja asukkaiden kannustaminen talon sisä- ja ulkopuolisiin toimintoihin sekä sosiaalisiin tilanteisiin. Talon sisäisiä ryhmiä olivat esimerkiksi askarteluryhmä, joogaryhmä, ruokaryhmä, erilaiset toiminnalliset ryhmät sekä dialektisen käyttäytymisterapian taito- ja valmennusryhmä. Talon ulkopuolisia toimintoja olivat muun muassa psykiatrisen kotikuntoutuksen järjestämä tiistai- ja torstaitiimi, Toimisaatiön työtoiminta, erilaiset harrastusryhmät, liikuntaryhmät sekä vertaistukiryhmät Louhentuvalla.

*”Yhteishoidollisilla piirteillä tavotellaan kuitenkin sitten se niin kun mejän asiakkaan, asukkaan toimimista erilaisissa yhteisöissä, että hän oppis niin kun ottamaan huomioon myös toisia, eikä vaan ois niin kun minä itse tyyppinen toimintamalli.”*

Tutkimuksessa kysyttiin haastateltavien kokemuksia yhteishoidon periaatteesta ja sen tarkoituksen selvytyksestä. Kaksi seitsemästä haastateltavasta toi esille, että työntekijöille yhteishoidon periaatteet olivat pääosin selviä ja niitä sovellettiin yhteisössä suhteellisen hyvin. Kaikkien haastateltavien näkemys oli, että monille asukkaille yhteishoidon periaatteet ja tarkoitus olivat epäselviä. Yhdessä haastattelussa nousi esille, että pidemmän aikaa laitoksissa, kuntoutuskodeissa ja palveluiden piireissä oleville asukkaille yhteishoidon periaatteet olivat tulleet toisia asukkaita paremmin tutuksi. Joillakin asukkaista heikentynyt toimintakyky rajoitti yhteishoidon periaatteiden sisäistämistä. Uusille asukkaille jaettiin kirjallisesti talon järjestyssäännöt ja heidät perehdytettiin suullisesti yhteisön toimintatapoihin. Heillä oli tarvittaessa käytettävissään myös perehdytyskansio.

*”No ei tietenkään, se ei ihan selvä oo, kun se (yhteishoito) on joka paikassa vähän erityyppistä...”*

*”...se (yhteishoidon tarkoitus) saattaa olla näille asukkaille monesti vähän sellainen epäselvä tekijä, että he ei ehkä ite sitä miellä joko mielekkääksi tai, tai eivät välttämättä ymmärrä sitä kokonaiskuvaa siitä.”*

### 6.1.2 Demokratian toteutuminen yhteisössä

Tutkimuksessa kaikki haastateltavat toivat esille, että koko yhteisössä toimittiin demokraattisesti. Henkilökunnan ja asukkaiden välinen demokratia toimi hyvin puolin ja toisin. Henkilökunnan osalta tämä näkyi esimerkiksi kaikkien yhteisön jäsenten tasapuolisena huomioimisena arkisissa ja yhteisöä koskevissa asioissa. He korostivat kaikkien asukkaiden mielipiteiden ja toiveiden kuuntelemista ja hiljaisempien asukkaiden kannustamista niiden esittämiseen. Yksi haastateltavista mainitsi myös, että yhteisöllä oli hyvä ryhmähenki ja avoin ilmapiiri. Myös yhteisön asukkaat toimivat keskenään pääosin demokraattisesti, vaikka osa heistä ajattelikin joskus yhteisön asioissa omaa etuaan. Tämä korostui enemmän huomiota hakevien asukkaiden kohdalla.

*”No siihen (demokratiaan) pyritään ja sen takia me kysytään myöskin asukkaitten mielipiteitä niin kun aika lailla moneen asiaan.”*



Kaikki haastateltavat kokivat, että he joutuivat välillä ottamaan yhteisön asioissa johtajan roolia. Työntekijät hyödynsivät auktoriteettiaan esimerkiksi pitämällä yhteisössä huolta, että jokainen asukas tuli kuulluksi ja kohdelluksi tasa-arvoisesti. Tämä korostui erityisesti hiljaisten ja toimintakyvyttään heikompien kohdalla, että he saivat yhteisössä äänensä kuuluviin. Päätöksenteossa huomioitiin kaikkien asukkaiden mielipide ja pyrittiin demokraattisuuteen. Haastateltavat kertoivat, että mahdollisten erimielisyystilanteiden ilmetessä henkilökunta joutui käyttämään auktoriteettiaan päätöksenteossa. Yhteisön päätöksenteon demokraattisuuteen oli myös vaikutusta kuntoutusyksikön toimintaa ohjaavilla laeilla ja säännöillä. Koko yhteisöä koskevista asioista päätettiin pääsääntöisesti yhteisökouksessa.

*"No ehkä, siis pääperiaate on, että (yhteisön toiminta) on siis demokraattista, mutta tietysti joittenkin kohalla pittää vähän ottaa sitä johtajan roolia..."*

*"...mennään sitten niinku, koska Attendo vaatii näin tai sitten me sanotaan, että meillä talon säännöt ovat nämä..."*

### 6.1.3 Yhteisön jäsenten roolien näkyminen yhteisössä

Tutkimuksessa ilmeni, että neljä viidestä haastateltavasta näki asukkaille muodostuneen yhteisössä erilaisia rooleja. Yksi heistä puolestaan kertoi, ettei ollut havainnut merkittäviä rooleja asukkaiden keskuudessa. Haastatteluiden mukaan roolit näkyivät esimerkiksi joidenkin asukkaiden aktiivisuutena ja hassutteluna, hiljaisuutena ja toisten asukkaiden tekemisiin tai asioiden tekemättä jättämisiin puuttumisena. Haastattelujen pohjalta erityisesti asukkaiden psyykkisellä toimintakyvyllä nähtiin olevan vaikutusta roolien syntyyn. Myös eri mittaisten hoito- ja kuntoutusjaksojen pituudella koettiin olevan vaikutusta asukkaiden roolien kehittymiseen. Lyhyet kuntoutusjaksot vaikeuttivat asukkaiden ryhmäytymistä ja sitä kautta aktiivisten roolien syntyä.

*"Jokkaenen oman roolisa varmasti ottaa jossakin vaiheessa, kun tähän yhteisöön tulee."*

*"...mut se (rooli) liittyy yleensä siihen, minkälainen psyykinen vointi on kelläkin."*

Tutkimuksessa nousi esille, että henkilökunnan roolina yhteisössä oli hoitaa, auttaa, olla läsnä, antaa palautetta, kannustaa ja motivoida sekä muistuttaa asukkaita osallistumaan erilaisiin toimintoihin ja torjua asukkailla ilmenevää ahdistusta. Näistä yleisimpänä nousi esille asukkaiden kannustus ja motivoiminen toimintaan. Kaksi haastateltavista toi myös esille, että henkilökunnan rooleihin kuuluivat asukkaiden rajoittaminen tarvittaessa sekä heidän ohjaamisensa asialliseen käyttäytymiseen yhteisössä. Neljä haastateltavista korosti oman läsnä olemisensa tärkeyttä yhteisössä. Kaksi haastateltavista toi myös esille, että henkilökunta pyrki olemaan yhteisössä mahdollisimman tasavertaisessa asemassa asukkaiden kanssa. Tämä näkyi muun muassa henkilökunnan vaatetuksessa sekä tavassa suhtautua ja asennoitua asukkaisiin ja omaan työhönsä. Henkilökunnan nähtiin työskentelevän omalla persoonallaan, joka vaikutti myös heidän rooleihinsa yhteisössä.

*"Ja alusta asti, kun meillä on painotettu sitä, että me tehhään ihan samalla tavalla yhteisön eteen töitä, kun meidän asukkaatkin, että ei olla yhtään sen korkeemmalla, vaikka työtä tässä tehdäänkin."*

*”Kaikki ollaan ohjaajia ja niin me ohjataan siis ihan kaikessa arkitoiminnoissa, mitä meillä on, että. Se on mejän homma, et myö täällä oikeesti osataan ohjata sitä toimintaa oikeeseen suuntaan.”*

Työntekijöiden välisistä rooleista kaikki haastateltavat totesivat, että he toimivat ohjaajan nimikkeellä yhteisön arjessa. Haastateltavat kokivat työtehtäviensä jakaantuneen tasapuolisesti työntekijöiden välillä. Työntekijöillä oli mahdollisuus sopia keskenään, kuinka he jakoivat arjen työtehtävänsä. Työntekijöille kuului myös kuntoutusyksikön toimintaan liittyviä vastuutehtäviä, kuten toimia esimerkiksi turvallisuus-, lääke- tai keittiövastaavana.

*”No siis onhan meillä jokaisella jonkinnäkösiä vastuualueita, mut en mä tiää, onko meillä nyt niin rooleja.”*

Yksi työntekijöiden vastuutehtävistä oli toimia asukkaiden omaohjaajina. Jokaisella asukkaalla oli omaohjaajapari. Toinen heistä toimi pääasiallisena omaohjaajana ja toinen varalla. Omaohjaajien rooliin kuului olla muita työntekijöitä paremmin tietoinen omaohjattavan kuntoutukseen liittyvistä asioista. He myös antoivat yksilöllistä aikaa omaohjattavilleen. Viisi seitsemästä haastateltavasta toi tutkimuksessa esille, että käytännön arjessa oli haasteellista löytää omaohjaukseen riittävästi aikaa. Kaksi heistä kertoi, että haasteellisuuteen vaikuttivat työvuorojärjestelyt. Päivävuorossa työskennellessä omaohjaajuus toimi heidän mielestään paremmin muihin vuoroihin verrattuna, koska päivävuorossa oli paikalla useampi työntekijä.

*”Se (omaohjaajuus) riippuu aina asukkaasta, mitä se on. Joillekki se voi olla hiustenlaittoa ja jutustelua, ja joillekki se voi olla sit ihan oikeeta, tiukkaa keskustelua jostain aiheesta.”*

#### 6.1.4 Kokoukset osana yhteisöhoidon toteuttamista

Tutkimuksessa selvisi, että yhteisöhoidon toteutumista tuettiin joka päivä pidettävillä aamukokouksilla. Aamukokousten pitämisestä vastasi henkilökunta. Viikonloppuisin aamukokoukset pidettiin hieman myöhempänä ajankohtana kuin arkena. Aamukokouksiin toivottiin kaikkien asukkaiden osallistuvan jo heidän päivärytminsä ylläpitämisen vuoksi. Lähtökohtaisesti aamukokoukset olivat velvoittavia, mutta ketään ei voitu kuitenkaan pakottaa osallistumaan niihin. Kaikki asukkaat eivät aina osallistuneet aamukokouksiin, koska joillekin heistä aamut olivat toisinaan haasteellisia. Asukkaiden poissaolotapauksissa joustettiin tarpeeksi pätevistä syistä. Niiden asukkaiden kohdalla, jotka eivät kyenneet heräämään aamuisin omatoimisesti, varmistettiin aamukokoukseen osallistuminen sopimalla heidän kanssaan yksilöllisesti herätyksistä.

*”Siihen (aamukokoukseen) pyydetään kaikkia paikalle. Osa ei tule joka aamu, osa taas tulee joka aamu.”*

*”Toisinaan on haastavampia aamuja toisille, että he ei kerkee sitten siihen...et me ei oo venytetty sitä aamukokouksen alkamista, että jos joku ei oo kerenny herätä siihen, niin sitten ei tule.”*

Aamukokouksissa käytiin haastateltavien mukaan läpi, ketä henkilökunnasta oli työvuorossa kyseisenä päivänä sekä tulevan päivään liittyviä asioita, suunnitelmia ja asukkaiden mahdollisia menoja.

Asukkailla oli kuitenkin mahdollisuus olla kertomatta henkilökohtaisista menoistaan, jos he eivät sitä halunneet. Aamukokouksessa muistutettiin myös asukkaita päiväkohtaisista vastuutehtävistä, joita olivat esimerkiksi ruoanlaittovuorot ja yhteisökokouksessa jaettujen siivousalueiden siivoaminen.

Yhteisökokous pidettiin kuntoutusyksikössä kerran viikossa. Lähtökohtaisesti kokoukseen osallistuminen oli asukkaille velvoittavaa, joten kaikki pyrittiin saamaan paikalle ja osallistumaan kokouksen kulkuun. Haastateltavista kaksi mainitsi, että kaikki asukkaat eivät aina osallistuneet yhteisökokoukseen. Kaikki haastateltavat totesivat, että asukkaiden oli tarkoituksena käydä yhteisökokous läpi itsenäisesti, jolloin ohjaajat seurasivat kokouksien kulkua sivusta ja tukivat asukkaita tarvittaessa. Yksi haastateltavista kertoi, että ohjaajat joutuivat joskus johdattelemaan ja tukemaan yhteisökokouksen kulkua. Haastatteluiden perusteella asukkaat toimivat kokouksissa vuorollaan puheenjohtajana ja sihteerinä. Kokouksissa valittiin aina myös seuraavan kokouksen puheenjohtaja ja sihteeri. Ohjaajien tehtävänä oli huolehtia, että kaikki asukkaat pääsivät ääneen yhteisökokouksessa. Jonkin asukkaan ollessa poissa kokouksesta, toivat ohjaajat tarvittaessa asukkaan puolesta asioita esille.

*”Ja se ois niinku minusta ihanteellinen tila, että kaikki osallistuis siihen (yhteisökokoukseen), kaikki asukkaat.”*

Yhteisökokouksissa oli käytössä esityslista, jonka mukaisesti kokoukset etenivät. Kokouksissa tehtiin haastattelujen mukaan tulevan viikon viikko-ohjelma sekä jaettiin asukkaiden kesken viikon vastuutehtävät. Vapaaehtoisten puuttuessa yhteisö määräsi vastuuhenkilöt kyseisiin tehtäviin. Yhteisökokouksissa käytiin myös läpi asukkaiden ruokatoiveita, yhteisön kuulumisia, toiveita yhteisön toimintatavoista sekä muita mahdollisia esille tuotuja asioita, kuten esimerkiksi toiveita retkistä ja havaittuja epäkohtia. Yhteisökokouksien pöytäkirjat laitettiin esille kokouksien jälkeen yhteisiin tiloihin. Tämä myös selvensi yhteisökokouksien tapahtumia poissaolleille yhteisön jäsenille.

*”No meillä on joka maanantaiaamu niin kello yhdeksän yhteisökokous, johon kaikkien on osallistuttava, jossa myö päätetään sitten niin ku sen viikon asioista. Käyvään yhteisesti kaikki vastuutehtävät läpi. Niihin jaetaan, jos yhteisöstä ei niin sanotusti tule näitä vapaaehtosia tiettyihin toimiin, ni sitten yhteisö määrää.”*

Kaikki haastateltavat kokivat yhteisökokouksen tärkeäksi, koska sitä kautta asukkailla oli mahdollisuus vaikuttaa yhteisön toimintaan. Siinä asukkailla oli mahdollisuus tuoda itse esille epäkohtia, toiveita ja onnistumisia yhteisössä. Asukkailla oli yhteisökokouksessa sananvaltaa, mahdollisuus tulla kuulluksi sekä ottaa vastuuta yhteisöstä. Yhteisökokouksen koettiin selventävän niin työntekijöiden kuin asukkaidenkin arkea. Yksi haastateltavista korosti yhteisökokouksen tärkeyttä etenkin sellaisten asukkaiden kohdalla, joilla saattoi olla hankaluuksia asioiden hahmottamisen kanssa. Työntekijät kokivat yhteisökokouksen myös hyödylliseksi keinoksi ottaa kontaktia asukkaisiin sekä havainnoida asukkaiden mielialoja. Asukkaat oppivat yhteisökokouksessa paljon sosiaalisia tilanteita, toisten kohtaamista ja palautteen antamista toisille yhteisön jäsenille.

*”...me ollaan tietysti kannustettu siihen, että se (yhteisökokous) on nytten se väylä, jossa te voitte vaikuttaa.”*

*"No minä koen sen (yhteisökokouksen) tärkeeksi, koska siinä niinku päätetään tämän yhteisön asioista. Ja siinä niinku asukkaat voi sitten tuoda niitä epäkohtia esiin, mitä he on huomanneet tässä yhteisössä ja sen toiminnassa."*

Haastateltavien näkemysten mukaan yhteisökokouksen tehtävä ja tarkoitus oli työntekijöille selvä, mutta sen sijaan kaikille asukkaille se ei ollut aivan selvä. Kaksi haastateltavista mainitsi, että uusille asukkaille kerrottiin yhteisökokouksesta ja sen tarkoituksesta heidän tullessaan kuntoutusyksikköön. Asukkaiden voinnissa saattoi olla hyvinkin paljon eroavaisuuksia, joka vaikutti yhteisökokouksen merkityksen sisäistämiseen.

*"No henkilökunnalle varmasti on (selvä). Asukkaat saattaa olla osittain sitä mieltä, että se on turha, semmoset jotka on niin kun vähän enemmän erakoituneet."*

*"...kyllä minä uskon, että se (yhteisökokous) pikkuhiljaa avautuu ja ne (asukkaat) tajuaa, että täällähän voi oikeesti vaikuttaa talon asioihin tai omiin asioihin."*

Kaikkien haastateltavien mukaan asukkaat osallistuivat pääsääntöisesti yhteisökokouksiin, mutta heidän aktiivisuutensa vaihteli kokouksissa. Asukkaiden osallistuminen kokousten keskusteluihin ei ollut tasapuolista. Kaikkia asukkaita kuitenkin pyrittiin osallistamaan keskusteluun kannustamalla heitä ilmaisemaan mielipiteitään. Ne asukkaat, jotka halusivat vaikuttaa yhteisön asioihin, osallistuivat aktiivisesti keskusteluihin. Hiljaisemmat osanottajat eivät välttämättä kokeneet kokousta kovinkaan tärkeäksi itselleen, vaan menivät usein päätöksissä massan mukana. Aktiivisuus keskusteluissa riippui paljon asiakkaiden voimavaroista ja persoonallisuuksista.

*"No ei osallistu (keskusteluun), että tota, mut jokaista yritetään kyllä siinä jollakin tavalla saaha mukkaan."*

*"Kyllä ja tuetaan (keskusteluun osallistumisessa) niin kun siinä sitten, kun voi olla vaikka, jos ois kyseessä vähän semmonen, kun eihän jokainen ihminen oo niin sana- valmis, niin että vähän tsempataan, että sekin pääsee ääneen."*

Tutkimuksessa ilmeni hyvin demokraattisuuden toteutuminen yhteisökokouksissa. Demokratia toteutui kaikkien haastateltavien mielestä esimerkiksi siten, että asukkaiden ehdottamasta asiasta päätettiin yhdessä tai tarvittaessa äänestämällä. Kaikilla asukkailla oli mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Tarvittaessa osallisuutta tuettiin kysymällä ja huomioimalla kaikkien mielipide. Demokratian toteutumiseen yhteisökokouksissa nähtiin olevan vaikutusta asukkaiden kuntoutusjakson pituudella. Kaksi haastateltavista toikin esille, että kauemmin yksikössä olleet asukkaat saivat äänensä uusia asukkaita paremmin kuuluville yhteisön asioidensa ajamisessa.

*"...että lähetään sieltä asiakkaasta liikkeelle, että mitenkä asiakkaat, asukkaat haluaa että meillä toimitaan."*

*"No siihen (demokraattisuuteen) pyritään ja sen takia me kysytään myöskin asukkaiden mielipiteitä niin kun aikalailta moneen asiaan."*

Tutkimuksen mukaan kuntoutusyksikössä järjestettiin säännöllisesti henkilöstökokouksia, tiimipalaveria ja työnohjausta. Yksi haastateltavista totesi tiimipalaverien olevan vähintään kerran kuukaudessa. Kahden haastateltavan mielestä koko henkilökunta oli paikalla kaksi kertaa vuodessa. Myös

työnohjausta järjestettiin vähintään kerran kuukaudessa. Kahden haastateltavan mukaan tiimipalaveriin osallistuivat ne työntekijät, jotka olivat kyseisenä aikana työvuorossa. Kaksi haastateltavista näki kokouksista tiedottamisen puutteelliseksi. Toinen heistä totesi, ettei ole koskaan ollut kaikkien työntekijöiden kanssa yhtä aikaa palaverissa. Kaikki haastateltavat olivat sitä mieltä, että henkilöstökokouksia ja tiimipalaveria tulisi järjestää nykyistä useammin. Kaksi haastateltavista toivoi tiimipalaverien järjestämistä jopa viikoittain.

*”Niitä (kokouksia) vois olla vähän usseemminkin. Tämmösiä, mis me oikeesti miettään tätä koko yhteisöä ja niin ku asukkaitten asioita ynnä muuta, miten mejän niin ku, missä mejän työ näkyy, mitä mejän pitäs parantaa, mikä on onnistunu.”*

Kokouksista tehtiin pöytäkirjat, joista oli mahdollista tarkistaa jälkeen päin kokouksissa käsitellyt asiat. Kokouksissa käsiteltiin enemmän yhteisön toimintaan liittyviä asioita yksilöiden kannalta kuin yhteisöhoitollisesta näkökulmasta. Kokouksissa arvioitiin yhteisön toimivuutta sekä koko yhteisön että yksilöiden tasolla. Haastateltavat kokivat, että kaikki kokouksissa läsnä olleet työntekijät olivat aktiivisia ja saivat oman äänensä ja mielipiteensä kuuluville. Haastateltavien mielestä kokoukset olivat ilmapiiriltään myös avoimia.

## 6.2 Yhteisön jäsenten aktiivisuus ja motivaatio yhteisön toiminnassa

Tutkimuksessa ilmeni, että kuusi seitsemästä haastateltavasta totesi pienen osan asukkaista osallistuneen aktiivisesti vapaaehtoiseen toimintaan ja viettäneen aikaansa yhdessä. Tämä ilmeni myös talon ulkopuolisissa toiminnoissa, joihin tietyt asukkaat osallistuivat omatoimisesti. Yksi haastateltavista totesi, että asukkaat viettivät paljon aikaansa omissa oloissaan, joka haittasi yhteisöllisyyden toteutumista ja vertaistuen saamista. Yksi haastateltavista koki yhteisön aktiiviseksi, mutta totesi, että joitakin asukkaita täytyi muistuttaa yhteisön toimintaan osallistumisesta.

*”Paljo, paljon on ihmisiä siellä omissa oloissaan, niin silloin se ei oo oikeen yhteisöllistä, että kun vietettäis aikaa paljon tässä ja ihmiset keskustelis ja saisivat sitä vertaistukea täällä...”*

Kaksi haastateltavista totesi, että joiden asukkaiden osallistuminen toimintaan oli kirjattu myös heidän hoito- ja kuntoutussuunnitelmaansa. Aktiivisuus toimintaan ilmeni kahden haastateltavan mielestä etenkin naisten keskuudessa. Heidän kesken oli myös muodostunut pieniä aktiivisia ryhmiä. Aktiivisille asukkaille sosiaalinen kanssakäyminen oli myös toisia asukkaita helpompaa. He myös toivat esille uusia ideoitaan yhteisössä. Neljä haastateltavista nosti keskusteluissa esille, että aktiivisimmat asukkaat veivät yhteisöä eteenpäin keksimällä tekemistä sekä houkuttelemalla muita asukkaita mukaan toimintaan. Tämän nähtiin korostuvan erityisesti sellaisina päivinä, jolloin heidän vointinsa oli hyvä. Neljä haastateltavista myös näki, että passiivisilla asukkailla oli yhteisön toimintaa heikentävä vaikutus.

*”No, kyllähän se tietysti, jokkaisella on ne omat syynsä ja voimavarat, mutta voisi olla aktiivisempaa, että niin kun niihin (toimintoihin) osallistuminen.”*

*”Nyt on paljon nuoria tyttöjä. He on kyllä aktiivisia.”*

Tutkimuksen mukaan kaikki haastateltavat totesivat yhteisössä ilmenevän paineen ja kannustuksen vähäiseksi. Asukkaiden velvoittaminen näkyi osittain siinä, että he patistelivat ja muistuttivat toisiaan vastuutehtävien suorittamisesta. Neljä seitsemästä haastateltavasta korosti asukkaiden aktiivisuuteen vaikuttaneen erityisesti heidän psyykkisen oireilunsa. Asukkaiden psyykkisillä sairauksilla nähtiin olevan voimavaroja heikentävä vaikutus, mikä vähensi osaltaan heidän osallistumistaan yhteisön toimintaan. Psyykkisen hyvinvoinnin vaihtelut ilmenivät ajoittain ahdistuksena ja mielialaoireiluna, joka heijastui negatiivisesti koko yhteisön toimintaan.

*”Se (aktiivisuus) on niin psyykkiseen vointiin verrattavissa. Sillon ku on hyvä vointi, ni sitä oikeen mielellään tulee sinne kaikkiin toimiin. Mutta monella on ahistusta, mielialaoireilua...ne vetäytyy tuonne omaan kammariin sillon, ja sillon se osallistumisprosentti voi olla tosi paljo pienempi.”*

*”Nimenommaan joo, voimavarat, toimintakyky, että ei se oo pelkästään siitä kiinni, että ei viittä (osallistua).”*

Haastateltavista kolme mainitsi asukkaiden persoonalla olleen vaikutusta heidän aktiivisuuteensa. Kolme haastateltavista korosti myös asukkaiden vahvan itsemääräämisoikeuden vaikuttaneen toimintaan velvoittamiseen. Muita asukkaiden aktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä tutkimuksessa nousi esille asukkaiden vaihtuvuus, ohjaajien aktiivisuus, tehtävien tekeminen asukkaiden puolesta, asukkaiden erilaiset sairaudet, asukkaiden itsetunto-ongelmat sekä heidän kiinnostuksensa puute toisten asukkaiden tekemisiin. Viisi seitsemästä haastateltavasta toi esille, että henkilökunta kannusti asukkaita osallistumaan toimintaan. Kaksi heistä kertoi, että ohjaaja osallistui myös tarvittaessa asiakkaan kanssa talon ulkopuolisiin ryhmiin.

Tutkimuksessa nousi esille, että henkilökunta oli sitoutunut ja motivoitunut työhönsä. Haastateltavat kokivat työyhteisönsä ilmapiirin hyväksi, jolla nähtiin myös olevan positiivinen vaikutus työhön sitoutumiseen ja motivaatioon. Kolmen haastateltavan mukaan työntekijät toimivat aktiivisesti yhteisössä. Neljä haastateltavista näki kuitenkin työntekijöiden aktiivisuudessa eroavaisuuksia. Nämä korostuivat muun muassa siinä, kuinka tiukasti työntekijät pitivät yhteisössä sovitusta asioista ja säännöistä kiinni ja mihin työtehtäviin työntekijät suuntautuivat aktiivisesti. Toiset työntekijöistä olivat aktiivisia yhteisössä, kun taas toiset enemmän konkreettisemmissä työtehtävissä, joissa työn jälki oli helpommin nähtävissä. Myös työntekijöiden persoonallisuudella sekä työpäivän tapahtumilla koettiin olleen vaikutusta työn tekemiseen yhteisössä.

*”Että meitä on persoonakohtaisesti erilaisia ihmisiä, että kuka tekee mitenkin.”*

*”Jos sää (työntekijä) et osallistu mihinkään, niin eihän ne sitten osallistu todennäköisesti nuo asukkaatkaan.”*

### 6.3 Yhteisön toiminnan kehittämisideat

Kysyimme tutkimuksessa haastateltavilta kuntoutusyksikön toimintaan liittyviä kehitysideoita. Kaikki haastateltavat nostivat esille vähintään yhden kehittämisen kohteen. Neljän haastateltavan mukaan kuntoutusyksikössä tulisi tuoda yhteisöhoitoa enemmän esille. Kolme haastateltavista esitti, että asukkaiden aktivoimiseen ja kannustamiseen liittyviä keinoja tarvittaisiin enemmän. Kolme haastatel-

tavista toivoi, että työntekijät voisivat viettää enemmän aikaa yhteisössä. Kaksi haastateltavista korosti, että keittiötyöt veivät liikaa työntekijöiden aikaa yhteisölle annettavasta ajasta. Kaksi heistä myös toivoi, että henkilökunta voisi kokoontua keskustelemaan yhteisön asioista enemmän.

*"Lähtisin ehkä siitä, että avata asukkaille enemmän sitä, että mitä se tarkoittaa se yhteisöhoito."*

*"Mutta meillä ei ole tuolla keittiötyöntekijää, elikkä sitten ku oot yksin, niin keittiössä menee aika paljon aikaa, joka on poissa siitä yhteisöstä."*

*"Ja sitten niinku mä haluaisin, että täällä otettas se yhteisöhoito käyttöön, ihan niinku, silleen niinku se yhteisöhoito on."*

Muina yksittäisinä kehittämisideoina haastatteluista nousi esille, että työyksikköön tarvittaisiin lisäkoulutusta asukkaiden ahdistuksen ehkäisemiseen ja hallitsemiseen. Myös asukkaille tarjottavien virikkeiden tulisi olla enemmän nuorille aikuisille suunnattuja. Lisäksi ohjaajilta toivottiin enemmän jämäkkyyttä arkisten asioiden, kuten asukkaiden vastuutehtävien ohjaamiseen. Tutkimuksessa nousi esille myös vakituisen työvoiman vähäinen määrä, asukkaiden itsemääräämisoikeuden rajoittaminen, sääntöjen tiukentaminen, tiedottamisen tehostaminen sekä omaohjaajuuden aseman vahvistaminen.

Tutkimuksessa ilmeni, että kaikki haastateltavat kokivat pystyvänsä kehittämään omaa työtään. Haastateltavat kokivat myös tulleen kuulluksi työhönsä liittyvissä asioissa. He myös totesivat, että asukkailla oli myös hyvät mahdollisuudet kehittää yhteisön toimintaa. Asukkailla oli mahdollisuus halutessaan tuoda esille toiveita ja kehittämisideoita yhteisökokouksessa tai kertoa niistä suoraan ohjaajille.

*"Kyllä mä niin kun luotan ja uskon siihen, että tässä on niin kun mahdollisuus kaikilla meillä yksilöillä siihen kehittämiseen. Avoin yhteisö, puhutaan työyhteisöstä, niin meillä on niin kun on jotenkin vara tuuva niitä omia ajatuksia koko ajan esille."*

Kuntoutusyksikössä käytettiin kuntoutusta tukevana menetelmänä dialektiseen käyttäytymisterapiaan kuuluvaa taito- ja valmennus -manuaalia, jota piti asukkaille yksi työntekijä. Tutkimuksen mukaan kaikki haastateltavat kokivat dialektisen käyttäytymisterapian tärkeäksi, mutta viisi heistä ei ollut täysin tietoisia sen toimintaperiaatteista. Taito- ja valmennusryhmän koettiin edistävän asukkaiden kuntoutumista. Parhaan hyödyn taito- ja valmennuksesta saivat yhden haastateltavan mukaan asukkaat, joilla oli ahdistusta sekä haasteita tunteiden säätelyssä. Myös taito- ja valmennukseen osallistuneet asukkaat olivat antaneet siitä ohjaajille positiivista palautetta. Viisi seitsemästä haastateltavasta toivoi saavansa koulutusta dialektiseen käyttäytymisterapiaan, jotta kaikilla työntekijöillä olisi siitä yhtenäinen käsitys ja kaikki myös pystyisivät tarvittaessa pitämään taito- ja valmennusryhmää.

*"Se varmaan on ihan hyödyllinen se dialektinen käyttäytymisterapia, varsinkin just ahdistuneisuudesta kärsiville."*

*"Kyllä toisaalta semmoset perus-, perustiedot, -taidot (dialektisesta käyttäytymisterapiasta) ois hyvä olla kaikilla hallinnassa."*

#### 6.4 Yhteisöhoitoon liittyvän koulutuksen tarve

Tutkimuksen mukaan haastateltavat kokivat työnantajan tarjoamat koulutusmahdollisuudet hyväksi. Heidän mielestään työntekijöiden koulustavoitteita oli kuunneltu ja pyritty järjestämään mahdollisuuksien mukaan. Yhteisöhoitoon liittyvän koulutuksen tarpeesta kysyessämme kaikki haastateltavat kokivat sen tarpeelliseksi. Tällöin yhteisöhoidon piirteitä voitaisiin soveltaa paremmin yhteisön toiminnassa sekä tuoda myös tietoa enemmän asukkaille. Kuntoutusyksikössä oli käytössä työntekijöille perehdytyskansio, jota voi tarvittaessa hyödyntää perehtyessä yhteisöhoidollisiin toimintatapoihin.

*”Pitäs kyllä (kouluttautua) tai ainakin palautella mieliin ne semmoset perusasiat ja vähän keskustella varmaan työyhteisössä, että miten me halutaan, että sitä täällä toteutetaan.”*

*”Ja toivon todella, että se yhteisöhoidon koulutus tulee tänne meille, ja että sitten niinku yhteisönä ihan oikeesti – ja työporukkana – ruvetta toteuttamaan sitä...se ois tosi hyvä juttu, jos se tänne tulis.”*

Haastateltavat kertoivat olevansa kiinnostuneita muustakin koulutuksesta, jota voisi hyödyntää yhteisöhoidon toteuttamisen tukena heidän työyksikössään. Tällaisia koulutuksia olivat esimerkiksi seksuaalineuvojan koulutus, lääkehoitoon liittyen lääkkeiden vaikutuksiin, ravitsemukseen liittyvä koulutus ja akupunktio. Lisäksi toivottiin enemmän tietoa nuorien nykyaikaisista tavoista sekä keinoista niiden hyödyntämiseen kuntoutuksessa.

*”...se on vähän, se perusmakaronilaatikkokin on yllättävän hankalaa tehdä, kun se pitää tehdä kymmenelle tai kahelletoista hengelle.”*

*”No, seksuaalineuvojan koulutus, koska siis nää, kaikilla on ongelmia sen, sen niin ku sen puolen kanssa.”*

Kuntoutusyksikössä yksi haastateltavista oli tutkimusta tehdessämme kouluttautumassa mielenterveys- ja päihdetyön erikoisammattitutkintoon ja yhdellä heistä oli juuri alkanut koulutus mielenterveys- ja päihdetyön ammattitutkintoon. Kahdella haastateltavista kyseisen tutkinnon oli tarkoitus alkaa myöhempänä ajankohtana. Haastatteluissa myös ilmeni, että työntekijät hankkivat omatoimisesti lisätietoa työssään tarvitsemiinsa asioihin.



## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksessa selvitimme kuntoutusyksikön työntekijöiden haastatteluiden avulla, minkälaiseksi he kokivat yhteisöhoidon toteutumisen kuntoutusyksikön käytännön arjessa. Hankimme haastatteluiden avulla myös tietoa yhteisöhoidon toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä sekä yhteisön toimintaan liittyvistä kehitysideoista. Työntekijöiltä saamiemme kehitysideoiden lisäksi pohdimme omia ratkaisujamme heidän esittämiin kehittämisen kohteisiin. Näiden lisäksi pohdimme omia kehittämisideoita, joiden avulla kuntoutusyksikön toimintaa olisi mahdollista kehittää.

Vertasimme tutkimuksesta saatuja tuloksia tutkittavaan aiheeseen liittyvään teoretietoon sekä erilaisiin tutkimuksiin, joita hyödyntämällä muodostimme tuloksista johtopäätöksiä. Attendo Ahjolassa yhteisöhoidon toteutumiseen vaikuttavat monet eri tekijät. Käytännössä yhteisöhoidon ihanteellinen toteuttaminen on Ahjolassa haastavaa. Yhteisöhoidosta on nähtävissä monia periaatteita, mutta niitä sovelletaan vaihtelevasti. Kakon (2005, 99) tutkimuksen mukaan henkilökunta voi kokea yhteisöhoiton hoitomuotona erityisen vaativaksi ja asukkaat puolestaan liiankin vaativaksi. Tämä eroavaisuus johtuu kyvykkyserojen sijaan näille ryhmille asetettujen vaatimusten erilaisuudesta. Henkilökuntaa kohtaan vaatimukset ovat korkeat ja asukkaille puolestaan joskus jopa liiankin korkeat.

Yhteisöhoidon periaatteet ja tarkoitus ovat työntekijöille pääosin selvät, mutta monille asukkaille ne ovat jääneet epäselviksi esimerkiksi heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Tämän vuoksi asukkaiden perehdyttämisessä yhteisöhoidon periaatteisiin tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Myös uuden asukkaan perehdyttämisessä yhteisöhoidon merkitystä tulisi korostaa, jotta hänen kuntoutumisensa käynnistyisi mahdollisimman hyvin. Toimivan yhteisöhoidon avulla asukkaat voivat kasvattaa sosiaalista suorituskyykyään, kohottaa itsetuntoaan, parantaa kommunikaatiokyykyään, kasvattaa sosiaalista adaptiokyykyään, lisätä aktiviteettiaan sekä kohottaa itsesäätelykyykyään. Sovellettaessa hoitollisen yhteisön periaatteita, voidaan rikastuttaa lähes kaikkea psykiatrista hoito- ja kuntoutustyötä. (Punkanen 2006, 65.)

### 7.1 Yhteisöhoidon toteutuminen käytännön arjessa

Kuntoutusyksikössä on hyvät edellytykset yhteisöhoidon toteuttamiseen. Uudenaikainen kuntoutusyksikkö soveltuu rakenteeltaan hyvin mielenterveyskuntoutukseen, joka näkyy etenkin rakennuksen pohjaratkaisussa ja kodinomaisessa sisustuksessa. Hyvän yhteisöhoidon toteutumisen perusedellytyksenä on, että yhteisöhoitollisessa kuntoutuksessa kiinnitetään huomiota tilojen toimivuuteen ja sisustukseen (Murto 1997, 13; Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 101).

Kuntoutusyksikön tavoitteena on yhteisöhoidon suunnitelmallinen toteuttaminen, mutta käytännön arjessa se ei toteudu toivotulla tavalla. Yhteisöllinen tavoitteellisuus ei korostu selkeästi yhteisön arjessa. Tavoitteellisuus näkyy sen sijaan enemmän asukkaiden yksilötavoitteina hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa. Onnistuessaan yksilötavoitteissaan kuntoutuajat edistävät kuitenkin omalla aktiivisella toiminnallaan koko yhteisön kuntoutumista.

Yhteisöhoidon tavoitteellisuus näkyy Ahjolassa erilaisissa kokouksissa, asukkaiden suunnitelmallisessa päivä- ja viikko-ohjelmassa, vastuutehtävissä ja yhteisessä toiminnassa. Yhteisöhoidollisia tavoitteita ovat sosiaalistuminen, yhteisöllisyys ja voimaantuminen. Lisäksi tavoitteellisuuteen pyritään monipuolisella virikkeiden keksimisellä, palautteen antamisella ja vastaanottamisella sekä sosiaalisiin tilanteisiin kannustamisella. Näillä tavoitteilla edistetään koko yhteisön kuntoutumista. Asukkaiden vaihtelevat voimavarat vaikeuttavat kuitenkin yhteisölle järjestettävän toiminnan suunnittelua. Tällöin yhteisön toiminta ei pääse vakiintumaan ja yhteisön toiminta heikentyy. Yhteisöhoidossa hoidollisiin tavoitteisiin pyrkiessä on keskeistä käyttää suunnitelmallisesti hyödyksi yhteisöä, sen sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta ihmisten välillä. Henkilökunnalla tulee olla selvyytys ryhädynamiikasta ja ymmärrys sen hyödyntämisestä yhteisössä. (Punkanen 2006, 62.)

Asukkaiden heikentynyt toimintakyky rajoittaa jo itsessään hyvän yhteisöhoidon toteutumista. Asukkaat ovat moniongelmaisia ja heillä ilmenee vaikeita psyykkisiä sairauksia, jonka vuoksi he tarvitsevat tehostettua palveluasumista. Osa heistä tarvitsee heikentyneestä toimintakyvystään johtuen runsaasti tukea ja kannustusta arjen perustoiminnoissaan. Joskus henkilökunta joutuu myös tekemään asioita heidän puolestaan. Psykkisesti sairaalle kuntoutujalle on arkisten taitojen hallitseminen haastavaa hänen heikentyneen toimintakykynsä vuoksi (Suvikas ym. 2013, 303). Kuntoutujan sairauden laatu ja kognitiiviset kyvyt vaikuttavat Pihlajan (2008, 76) tutkimuksen mukaan kuntoutujan kykyyn suorittaa eri toimintoja, keskittymiskykyyn, oma-aloitteisuuden tai passiivisuuden määrään, asioiden muistamiseen ja hänen kommunikaatiotaitojensa laatuun.

Kuntoutusyksikössä sovelletaan yhteisöhoidollisia piirteitä, kuten suunnitelmallista viikko-ohjelmaa, aamukokouksia, yhteisökokouksia, henkilöstökokouksia, ryhmätoimintoja sekä asukkaiden toimintaan vastuuttamista. Toiminnassa näkyy selkeästi myös useita yhteisöhoidon pääperiaatteita, vaikka tutkimuksen haastatteluvaiheessa niistä ei keskusteltu erikseen. Periaatteita ilmenee muun muassa yhteisön kokouksissa, avoimissa keskusteluissa, toimintakyvyn ja tunteiden vaihtelun ymmärtämisessä ja käsittelemisessä, yhteisessä toiminnassa sekä palautteen antamisessa ja vastaanottamisessa. Tämän perusteella voidaan todeta, että Ahjolassa toteutetaan suunnitelmallisesti yhteisöhoitoa. Vuokila-Oikkonen ja Keskitalo (2018, 173) toteavat artikkelissaan yhteisöllisyyden keskeisiksi periaatteiksi sallivuuden, demokraattisen päätöksenteon, yhteisen päämäärän, vapaaehtoisuuden, avoimen kommunikaation, roolien ja asenteiden uudelleen määrittämisen sekä ryhmätoiminnan.

Kuntoutusyksikön toiminnassa näkyy selvästi yhteisön jäsenten välinen demokratia. Henkilökunta toimii demokraattisesti yhteisössä huomioimalla kaikki asukkaat empaattisesti ja tasa-arvoisesti sekä olemalla mahdollisimman tasavertaisessa asemassa asukkaiden kanssa. Demokratia korostuu kaikkien asukkaiden mielipiteiden ja toiveiden kuuntelemisena. Henkilökunta kannustaa myös hiljaisempia asukkaita esittämään mielipiteitään ja osallistumaan keskusteluihin yhteisössä. Myös asukkaiden välinen demokratia toteutuu pääosin hyvin. Asukkaiden lyhyillä kuntoutusjaksoilla on kuitenkin demokratiaa heikentävä vaikutus. Vahvalla demokratialla voidaan osallistaa asukkaita ja tarjota heille onnistumisen kokemuksia. Kuntoutusyksikön hyvä ryhmähenki, avoin ilmapiiri sekä demokratia tukevat yhteisön jäsenten yhteisöllisyyttä ja kuntoutumista.

Demokraattisuus kuuluu Laakson ym. (2013, 92) mukaan keskeisenä osana terapeuttisen yhteisön toimintaan, joka näkyy yhteisön päätöksenteossa ja yhteisön jäsenten asenteissa. Demokraattinen asenne tulee ilmi kiinnostuksen osoituksena toisten mielipiteisiin, ajatuksiin, tunteisiin tai intresseihin kuten huoliin, toiveisiin ja pyrkimyksiin. Käyttäytymisessä tämä näkyy aktiivisena vuorovaikutuksena. Myös henkilöstön demokraattinen asenne vaikuttaa ratkaisevasti yhteisön ilmapiiriin.

Henkilökunta käyttää tarvittaessa auktoriteettiaan yhteisössä asukkaiden toimintakyvyn vaihteluiden vuoksi. Henkilökunnan tehtäviin kuuluu Laakson ym. (2013, 24) mukaan myös antaa positiivisia kokemuksia auktoriteeteista asukkaille. Vallankäyttö pitää kuitenkin perustella yhteisön jäsenille selkeästi ja täsmällisesti. Lisäksi henkilökunta hallitsee henkilöstö- ja asukasyhteisön välistä rajaa pitämällä sen selkeänä, mutta läpinäkyvänä.

Keskeisimpiä yhteisöhoidon toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat yhteisön vertaispaineen laatu ja asukkaiden passiivisuus, joka ilmenee usein asukkaiden taipumuksena mennä massan mukana. Muita vaikuttavia tekijöitä ovat asukkaiden fyysinen ja psyykinen toimintakyky ja sen vaihtelut, itsemääräämisoikeus, motivaatio, asukkaiden vaihtuvuus ja yhteisön ryhmähenki. Asukkaiden vertaispaine omatoimiseen velvoittamiseen on vähäistä, vaikka heidän välillään ilmeneekin keskinäistä kannustusta, muistuttelua ja motivointia vastuutehtäviin. Hyvin toimivan yhteisöhoidon kannalta vertaispaineen vahvistaminen on tärkeää. Vertaispaineen avulla asukkaat saavat myös mahdollisuuden tukea toisiaan ja oppia uutta toisilta yhteisön jäseniltä. Myös Laakso ym. (2013, 25) toteavat, että asukkaat, joilla on samankaltainen menneisyys, ovat toistensa tärkeimpinä auttajia pyrkiessään muutokseen ja uuden elämäntavan oppimiseen.

Yhteisön jäsenten rooleilla on vaikutusta yhteisöhoidon toteutumiseen. Roolien syntymiseen vaikuttaa oleellisesti asukkaiden psyykinen toimintakyky sekä heidän hoito- ja kuntoutusjakojensa pituus. Osalla asukkaista on yhteisön toimintaa tukeva aktiivinen rooli. Lyhyet kuntoutusjaksot heikentävät asukkaiden ryhmäytymistä ja roolien muodostumista. De Leonin (2000, 70) mukaan yhteisön jäsenten rooleihin kuuluu toimia toistensa opettajina. Tämä tapahtuu yhteisten kokemusten, osallistumisen ja toiminnan kautta. Laakson ym. (2013, 24) mukaan asukkaiden roolit ja vaikuttamismahdollisuudet vertaisryhmässä jäävät sitä pienemmiksi, mitä heikommat heidän psyykkiset ja fyysiset voimavaransa ovat tai mitä lyhyemmiksi heidän kuntoutusjakonsa jäävät.

Ohjaajille ei ole muodostunut erilaisia rooleja, mutta jokainen heistä työskentelee omalla persoonallaan yhteisössä. Kaikki työntekijät toimivat ammattinimikkeestään huolimatta ohjaajina sekä yhteisöä tukevana voimana. Ohjaajat toimivat myös omaohjaajaparina asukkaille, jolla edistetään heidän yksilöllistä kuntoutumistansa ja sitä kautta koko yhteisön hyvinvointia. Ohjaajat työskentelevät yhteisössä aktiivisesti, mutta suuntaavat aktiivisuuttaan eri tavoin. Toiset heistä keskittyvät enemmän konkreettisiin asioihin, kun taas toiset sosiaaliseen kanssakäymiseen. Ohjaajat ovat motivoituneita ja sitoutuneita työhönsä, joka edistää osaltaan yhteisöhoidon toteutumista. Keskeisiä keinoja yhteisön tukemisessa ovat asukkaiden kannustaminen, motivoiminen, ohjaaminen sekä läsnä oleminen. Ohjaajan läsnä oleminen on tärkeää, koska sillä voidaan vaikuttaa positiivisesti yhteisön jäseniin. Hän toimii esimerkkinä, luottamussuhteen luojana ja turvana yhteisön jäsenille sosiaalisissa tilanteissa.

Asukkaiden ohjauksessa on hyvä myös huomioida, että liiallinen kannustaminen ja velvoittaminen voi viedä asukkailta mielekkyyden yhteisössä olemiseen ja koko kuntoutumisprosessiin. Tämä korostuu etenkin erilaisten haastavien asiakasryhmien ohjauksessa. Pihlajan (2008, 105–106) mukaan kuntoutuksessa on tärkeää huomioida, millä tavoin kuntoutuja pystyy käsittelemään muuttuvia elämäntilanteitaan ja selviytymään niistä. Tärkeää on myös huomioida, minkälaiset ovat kuntoutujan päivittäiset voimavarat toimia kuntoutumisensa hyväksi. Lisäksi kuntoutujalle soveltuvien ohjausmenetelmien valinta vaatii tietämystä kuntoutujan asioiden omaksumistavasta eli hänen tyylistään oppia asioita. Tämän tunnistaminen vaatii ohjaajalta perehtymistä kuntoutujan taustatekijöihin ja keskustelemista hänen kanssaan. Kuntoutujan kanssa voidaan myös sopia vaihtoehtoisista ohjausmenetelmistä, mitkä olisivat kuntoutujan mielestä parhain tapa omaksua asioita.

Asukkaiden vaihtuvuudella on yhteisöhoidon toteutumiseen sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia. Tämä riippuu asukkaiden eri mittaisista kuntoutumisjaksoista, heidän sosiaalisuudestaan ja aktiivisuudestaan sekä yhteisön suhtautumisesta uuteen asukkaaseen. Uuden asukkaan tuleminen yhteisöön ilmenee usein hetkellisenä sekaannuksena ja aktiivisen asukkaan lähteminen puolestaan joskus negatiivisena kokemuksena. Asukkaiden liian tiheällä vaihtuvuudella on vaikutusta yhteisön ryhmäytymiseen ja henkilökunnan kykyyn tukea yhteisöä (Laakso ym. 2013, 25).

Kokouksilla on yhteisöhoidon toteutumisen kannalta tärkeä asema. Niillä ylläpidetään yhteisön demokratiaa ja tuetaan asukkaiden osallisuuden sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen toteutumista. Aamukokoukset helpottavat yhteisön jäsenten arjen hallintaa ja heidän päivärytmiensä hahmottamista. Tärkein yhteisöhoidon kokouksista on yhteisökokous, koska se toimii asukkaiden keskeisimpänä vaikutusväylänä yhteisön asioissa. Yhteisökokouksessa asukkailla on mahdollisuus tulla kuulluksi, saada onnistumisen kokemuksia ja ottaa vastuuta yhteisöstä. Ohjaajille yhteisökokous antaa mahdollisuuden olla vuorovaikutuksessa kaikkien asukkaiden kanssa sekä havainnoida koko yhteisön toimintakykyä ja ilmapiiriä. Kaikki asukkaat eivät hyödynnä yhteisökokouksen vaikuttamismahdollisuuksia, koska he eivät ole sisäistäneet sen merkitystä tai eivät pidä sitä tärkeänä kuntoutuksessaan.

Henkilöstökokoukset toimivat Ahjolassa ohjaajien vaikuttamisen välineenä yhteisön toiminnassa. Niitä pidetään säännöllisesti, mutta liian harvoin. Kokouksissa käsitellään enemmän yhteisön konkreettista toimintaa kuin yhteisöhoidollisia asioita. Niissä arvioidaan kuitenkin yhteisön toimivuutta sekä yhteisön että yksilöiden kannalta. Henkilöstökokous on tärkeä yhteisön kehittämisessä erityisesti silloin, kun asukkaat eivät voimavarojensa takia kykene siihen yhteisökokouksen kautta. Tällöin vastuu yhteisön kehittämisestä jää henkilökunnalle. Henkilöstökokoukset ovat myös tärkeitä työntekijöiden oman kehittymisen kannalta, koska niissä voidaan arvioida ja reflektoida omaa toimintaa työssä ja roolia yhteisössä. Yhteisöhoidon toteutumisen kannalta kaikkien kokouksien merkitystä tulisi korostaa entisestään, koska ne ovat yksi yhteisöhoidon tärkeimpiä työvälineitä.

## 7.2 Asukkaiden aktiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä

Asukkaiden aktiivisuudella on yhteisön toiminnan kannalta keskeinen merkitys. Toimintaan osallistumiseen ja aktiivisuuteen vaikuttavat heidän persoonansa, voimavaransa ja päiväkohtainen psyyk-

kinen hyvinvointinsa. Parhaimmillaan aktiivisimmat asukkaat motivoivat toisiaan ja edistävät yhteisön toimintaa. Asukkaiden aktiivisuus korostuu erityisesti tiettyjen naisten keskuudessa. Joidenkin asukkaiden passiivisuus, mielialaoireilu ja ahdistus vaikuttavat puolestaan heikentävästi koko yhteisön toimintaan.

Kuntoutujan uskallusta ja luottamusta omaan toimintakykyynsä vahvistetaan onnistumisen kokemuksilla ja palautteen avulla. Palautteen tulisi olla rakentavaa, myönteistä ja kannustavaa, jotta sillä olisi kuntoutujaa motivoiva ja kehittävä vaikutus. Arjessa ilmenevät ongelmat voivat usein johtua puuttuvasta motivaatiosta ja passiivisuudesta. Jos kuntoutuja ei koe omaa rooliaan kuntoutuksessa mielekkääksi tai kuntoutumisen tavoitteita itselleen tärkeiksi, saati mahdollisiksi, ei hän useinkaan sitoudu tai näe tarpeeksi vaivaa kuntoutumisensa eteen. Passiivisuudella kuntoutuksessa tarkoitetaan useimmiten sitä, että kuntoutujalla ei ole tarpeeksi motivaatiota, energiaa, uskallusta tai aloitekykyä toimia itsenäisesti. (Kettunen ym. 2009, 63.)

Kognitiivisilla häiriöillä on Pihlajan (2008, 76) mukaan vaikutusta kuntoutujan toimintakykyyn arjessa. Tällöin kuntoutujalla ilmenee hankaluuksia selviytyä arjen tuomista vaatimuksista omatoimisesti ja itsenäisesti. Kuntoutuja kokee elämän muutostilanteet itselleen hankaliksi. Kognitiivisten häiriöiden vuoksi myös uusien taitojen, kuten esimerkiksi ruoan valmistus ja tietokoneen käyttö vaikeutuvat. Kuntoutujalla saattaa olla hankalaa tehdä päätöksiä tai valintoja häntä koskevissa asioissa tai toiminnassa. Kognitiivisilla taidoilla on mahdollista kuitenkin kehittyä kuntoutuksen aikana.

Ohjaajien aktiivisuudella on myös merkittävä vaikutus yhteisön toimintaan, sillä he toimivat roolimalleina ja kannustajina asukkaille. Asukkaiden aktiivista velvoittamista vaikeuttaa heidän itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen. Tästä syystä on tärkeää, että asukkaiden kanssa sovitut yksilölliset hoito- ja kuntoutuslinjaukset ovat näkyvissä hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa. Myös Nordling (2007, 225) esittää väitöskirjassaan suosituksena, että skitsofreniaa sairastavien hoidossa ja kuntoutuksessa kuntoutujien hoito- ja kuntoutustavoitteiden kirjaamiskäytäntöjä on tehostettava. Kuntoutujan sitoutumisen kannalta on tärkeää, että hän pääsee määrittelemään tavoitteitaan yhdessä henkilökunnan kanssa. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma on tehtävä sen mukaiseksi, että sitä hyödyntäen mahdollistetaan kuntoutustavoitteiden saavuttaminen.

### 7.3 Yhteisön toiminnan kehittäminen

Työntekijöillä on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa yhteisön toimintaan, koska heillä on avoin työyhteisö. Myös heidän kehittämis- ja kouluttautumismahdollisuutensa ovat työnantajan puolelta hyvät. Työntekijät toivovat lisää yhteisöhoitoon liittyvää koulutusta sekä muuta koulutusta, joka tukee heidän työtään yhteisöhoidon toteuttamisessa. Koulutukset mahdollistavat yhteisöhoidon hyödyntämisen entistä paremmin kuntoutuksessa. Samalla sen merkitystä voidaan tuoda enemmän asukkaiden tietoon. Yhteisöhoitoon on saatavilla erilaisia koulutuksia esimerkiksi Suomen YhteisöAkatemian järjestämänä. Yhteisöhoidon kaksivuotisen ohjaajakoulutuksen lisäksi järjestetään lyhyempiä koulutuksia, jotka liittyvät tiettyyn yhteisöhoidon aiheeseen, kuten esimerkiksi yhteisöhoidon ja yhteisökasva-

tuksen perusteisiin, ryhmädynamiikkaan, toiminnallisiin menetelmiin sekä yhteisökokouksien taitavaan ohjaamiseen. (Suomen Yhteisöakatemia Oy 2018.)

Asukkaiden vertaistuella on myös suuri merkitys heidän kuntoutumisessaan. Auttamalla toisiaan, he oppivat myös auttamaan itseään. Vertaisryhmän puuttuminen heikentää kuntoutus- ja hoitotuloksia. Asukkaiden väliset vertaiskeskustelut tukevat heidän eheytymistään ja muutostaan käsiteltäessä tunteita, työstäessä menneisyyttä, välttämällä yksin olemista sekä testatessa todellisuutta (Laakso ym. 2013, 25). Näemme, että vertaistukea voidaan vahvistaa myös hyödyntämällä kokemusasiantuntijoita vertaisohjaajina. Heiltä sekä asukkaat että työntekijät saavat paljon tietoa kuntoutumisesta ja sen mahdollisuuksista. Kokemusasiantuntijat voivat luoda kuntoutujille toivoa tulevaisuuteen. Rannan (2018, 63) tutkimuksen mukaan vertaisohjaajilla on parempi kyky kuntoutujien kohtaamiseen kuin ammattilaisilla. Vertaisohjaajat toimivat myös ammattilaisten ja kuntoutujien välisenä linkkinä yhdistämällä heitä toisiinsa ja tukemalla yhteiseen päämäärään pääsemisessä.

Romakkaniemen ym. (2018, 105) tutkimuksesta ilmenee, että nuorten osallisuuden toteutuminen, vaatii sen, että asiantuntijat arvostavat erityisesti nuorilta saatua kokemustietoa. Nuorten kokemustiedon hyödyntämisen kautta nuorilla on mahdollisuus olla vaikuttamassa omaan palveluprosessiinsa. Merkittävimpänä kulmakivenä osallisuutta luoville palvelu- ja asiakkuusprosesseille voidaan pitää nuorten elämään ja elämäntilanteeseen liittyvää tietoa.

Asukkaat voivat myös hyödyntää yksilöllisesti sosiaalisessa mediassa olevia nuorten mielenterveyskuntoutujien tukiryhmiä. Ne ovat hyödyllisiä vertaistuen väyliä sellaisille asukkaille, jotka eivät halua käydä talon ulkopuolissa tukiryhmissä. Esimerkiksi Suomen Mielenterveysseuran Sekasin-chat antaa mahdollisuuden nuorille keskustella anonyymisti mistä tahansa mieltä painavasta asiasta sekä mielenterveyteen liittyvistä aiheista. (Suomen Mielenterveysseura s.a.)

Ohjaajien mukaan vakituisen työvoimaresurssin puute vähentää yhteisölle annettavaa aikaa. Asukkaiden heikentyneen toimintakyvyn vuoksi ohjaajat vastaavat keittiötöiden toteutumisesta ja tekevät usein asioita asukkaiden puolesta. Tämä vie paljon ohjaajien työaikaa, jonka vuoksi heidän yhtenä kehittämisisideanansa on keittiötyöntekijän palkkaaminen. Keittiötyöntekijän palkkaamisessa voidaan hyödyntää TE-toimiston myöntämää palkkatukea kattamaan osan työnantajalle aiheutuvista palkkakustannuksista. Palkkatuki on harkinnanvarainen tuki, jonka määrä ja kesto lasketaan aina yksilöllisesti. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2018.) Pohdimme myös sellaista vaihtoehtoa, että olisiko yövuorossa työskentelevällä mahdollisuuksia helpottaa omalla työpanoksellaan aamu- ja iltavuorojen toimintaa. Tämä voisi olla esimerkiksi seuraavan päivän ruokien esivalmistelua.

Ohjaajien kehitysideoina tutkimuksessa nousee esille omaohjaajuuden vahvistaminen, koska he kokevat omaohjattaville annettavan ajan järjestämisen haasteelliseksi. Tästä johtuen riittävää omaohjaajuutta on vaikea toteuttaa ja siihen tulisikin kiinnittää huomiota. Omaohjaajuuden tärkeys korostuu erityisesti nuorten aikuisten mielenterveys- ja päihdekuntoutuksessa, koska se tukee tehokkaan kuntoutumisen vaatimaa luottamussuhteen syntymistä kuntoutujan ja ohjaajan välillä. Laitisen (2016, 51) mukaan nuoret aikuiset kokevat erityisen tärkeäksi sosiaaliset suhteensa ja asioista kes-

kustelemisen toisten kanssa. Tästä syystä olisikin tärkeää, että heillä on olemassa luottamuksellinen suhde, jossa heidän on mahdollista keskustella ongelmistaan sekä jakaa kokemuksia ja tuntemuksia.

Asukkaiden passiivisuuden takia työntekijät toivovat käyttöönsä lisää keinoja, joilla voidaan vaikuttaa asukkaiden aktiivisuuteen ja kannustukseen. Eräänä työntekijöiden kehittämiseksi nousee esille lisätiedon tarve nuorten aikuisten toimintatavoista sekä heidän kuntoutumistaan edistävästä keinoista. Asukkaat hyötyvät enemmän monipuolisista ja varsinkin nuorille aikuisille suunnatuista virikkeistä. Uusia virikkeitä on usein haastavaa keksiä ja varmin keino saada niihin ideoita on tiedustella asukkailta mielenkiintoisista ja kiinnostavista virikkeistä.

Lisätietoa nuorten aikuisten tavoista sekä heitä kiinnostavista aktiviteeteistä ja viriketoiminnoista on saatavilla paikallisjärjestöiltä, kuten esimerkiksi Iisalmen Nuorison Tuki Ry:stä ja internetissä julkaistusta Nuorisobarometreista. Iisalmen Nuorison Tuki ry järjestää kolmena päivänä viikossa alle 29-vuotiaille sosiaalihuoltolain 17§:n mukaista sosiaalista kuntoutusta ryhmätoiminnan muodossa. Nuorilla on mahdollisuus saada myös yksilöohjausta ryhmätoiminnan ohessa. (Iisalmen Nuorison Tuki ry s.a.) Lisäksi vuosittain julkaistavassa Nuorisobarometrissa kuvataan 15–29-vuotiailla nuorilla esiintyviä arvoja ja asenteita sekä ajankohtaisia aiheita (Valtion nuorisoneuvosto 2016).

Kuntoutusyksikön yhteisössä naiset toimivat miehiä aktiivisemmin. Tällöin voidaan pohtia, onko miehille tarjolla tarpeeksi aktivoivaa toimintaa, vai johtuuko heidän passiivisuutensa muista tekijöistä. Miesten ja naisten mielenkiinnossa voi olla eroavaisuuksia viriketoiminnan suhteen, joten kaikkia miellyttävää toimintaa on luonnollisesti haastavaa järjestää samanaikaisesti. Olisi hyvä, jos ryhmätoimintoja voidaan järjestää asukkaiden mielenkiinnon mukaan pienissä ryhmissä. Tällöin myös yksilöllinen ohjaus onnistuu paremmin. Asukkaiden aktiivisuuteen voidaan vaikuttaa kannustamalla heitä suunnittelemaan itseään kiinnostavia toimintoja. Mielenkiintoisella toiminnalla voisi olla myös enemmän asukkaita kannustava ja motivoiva vaikutus.

Mielenkiintoisten ryhmätoimintojen toteuttamisessa voidaan myös pohtia asukkaiden vahvuuksien ja erityistaitojen hyödyntämistä. Asukkaat voivat halutessaan ottaa enemmän vastuuta pienten ryhmien ohjauksesta ja toiminnasta ohjaajan tukemana. Toiminnoissa tulee kuitenkin huomioida asukkaiden voimavarat. Tällaisia pienryhmiä ovat esimerkiksi askartelu- ja tietotekniikkaan liittyvät ryhmät. Vastuunottamisen kautta asukkailla on mahdollisuus voimaantua, saada lisää itseluottamusta ja onnistumisen kokemuksia.

Kuntoutujien kuntoutumisen kannalta olisi tärkeää, että heitä kannustetaan sairauden laadusta riippumatta osallistumaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti erilaisiin toimintoihin niin yhteisössä kuin sen ulkopuolellakin. Tämä tukee heidän asteittaista siirtymistensä itsenäiseen asumiseen sekä parantaa mahdollisuuksia toimia omatoimisesti yhteiskunnassa sekä sosiaalisissa tilanteissa. Nordlingin (2007, 225) suositukseksi on, että kuntoutujia tulee tukea ja integroida normaaliharrastusten pariin. Tällaisiin harrastuksiin kuuluvat esimerkiksi liikunnalliset ryhmät, taide- ja musiikkiryhmät sekä erilaiset opiskeluryhmät. Keskeisinä yhteistyökumppaneina näissä toimivat Kansalais- ja työväenopistot.

Asukkaiden kuntoutumista voidaan edistää kannustamalla heitä osallistumaan aktiivisemmin jo olemassa olevien yhteistyökumppaneiden toimintaan, kuten esimerkiksi Iisalmen Mielenterveystuki ry:n järjestämiin ryhmiin. Arkisin Louhentuvalta järjestettäviä ryhmätoimintoja ovat esimerkiksi keilaus, kädentaidot -ryhmä, miesten ryhmä, peli- ja musiikinkuuntelu -ryhmä, kirjoittajapiiri, tutuntupa, erilaiset liikuntaryhmät sekä nuorille aikuisille suunnattu virtaverkko. Osallistuminen ryhmiin toimii matalan kynnyksen periaatteella. (Iisalmen Mielenterveystuki ry 2014.)

Joillakin kuntoutusyksikön asukkailla ilmenee usein ahdistus- ja pelkotiloja, joten työntekijät toivovat saavansa lisää työkaluja ja keinoja asukkaiden ahdistuksen käsittelemiseen ja ennalta ehkäisemiseen. Näihin voidaan vaikuttaa lieventävästi huomioimalla asukkaita yksilöllisesti erilaisten toimintojen suunnittelussa. Myös ryhmien koko ja tietyt tilanteet voivat olla ahdistukseen vaikuttavia tekijöitä. Nuoret aikuiset lievittävät yleisimmin Laitisen (2016, 45) tekemän tutkimuksen mukaan masennusta ja ahdistuneisuutta tavoittelemalla mielihyvää, ajattelemalla ja toimimalla positiivisesti sekä hyödyntämällä fyysisiä harrastuksia ja muita toiminnallisia aktiviteetteja. Lisäksi he käyttävät masennusta ja ahdistuneisuutta lievittävänä keinona keskustelua muiden ihmisten kanssa. Mielestämme yhteisöhoito tarjoaa oikein toteutettuna hyvät edellytykset edellä mainituille lievityskeinoille.

Kuntoutujien ahdingonsietoon ja tunteidensäätelyyn on ollut hyötyä kuntoutusyksikössä järjestettävästä dialektiseen käyttäytymisterapiaan liittyvästä taito- ja valmennuksesta. Mielestämme tällä keinolla voidaan tukea yhteisöhoitoa entistäkin enemmän. Sen kautta kuntoutujat saavat parempia valmiuksia kohdata ja käsitellä ahdistustaan. Ohjaajille voidaan järjestää dialektisen käyttäytymisterapian peruskoulutusta, joka tarjoaa heille pohjatietoa dialektisen käyttäytymisterapian periaatteista ja menetelmistä sekä antaa heille valmiuden dialektisen käyttäytymisterapian hoito-ohjelman aloittamiseen tiimityöskentelynä (Suomen dialektisen käyttäytymisterapian yhdistys ry 2015). Aina asukkaiden ahdistusta ei voida poistaa, vaan sen sijaan ahdistuksen kanssa on opeteltava tulemaan toimeen. Ahdistusta voidaan lievittää yhteisöhoitossa myös psykoedukaation avulla eli kertomalla asukkailla ja heidän läheisilleen asukkaiden sairauksien piirteistä ja vaikutuksista.

Arkista työtä voidaan parantaa jämakällä työotteella, työyhteisön yhteneväisten linjauksien tarkistamisella sekä yhteisön sisäisen velvoittamisen vahvistamisella. Tällä tuetaan sekä työntekijöiden että asukkaiden sitoutumista sopimukseen, jonka kautta parannetaan yhteisön toimivuutta. Yhteisöhoitotoiminnan periaatteita tulee tuoda enemmän esille yhteisössä, jotta toiminta olisi sujuvampaa. Terapeuttisen yhteisön tulee sisältää selvät toimintamallit sekä vankan teoreettisen perustan (Heikkinen-Peltonen ym. 2010, 103). Terapeuttisen yhteisön hyödynnettävyyteen vaikuttavat johtajan ja henkilöstön asenteet, asukkaiden voimavarat sekä ulkopuolisen hallinnon määräykset. Lisäksi yhteisön jäsenten keskinäiset suhteet ja käyttäytyminen vaikuttavat perustehtävän toteuttamiseen. (Murto 1997, 13, 17.) Työntekijöiden välisiä linjauksia voidaan vähentää parantamalla tiedottamista työyhteisössä sekä lisäämällä sellaisia henkilöstökokouksia, joissa kaikki työntekijät ovat samanaikaisesti läsnä.

Yhteisöhoitoa voidaan tukea myös käyttämällä positiivisen vahvistamisen mallia koko yhteisön tasolla. Sen soveltaminen koko yhteisöön on kuitenkin haastavampaa kuin yksilötasolla. Positiivisessa vahvistamisessa asukkaita palkitaan heidän suoriutuessaan hyvin esimerkiksi heidän vastuutehtävis-



tään. Yhteisöhoidon tavoitteena on myös opettaa kuntoutujia välittämään ja toimimaan yhteisössä ilman odotuksia palkinnoista, jonka vuoksi palkinnon pitää olla sopiva koko yhteisölle, jolloin se tukee yhteisöllisyyttä. Palkintona voi olla esimerkiksi retki tai koko yhteisön käyttöön tuleva virikeväline, huonekalu, lautapeli tai pelikone. Yhteisön jäsenten vaihtuvuus heikentää yhteisön jäsenten motivoitumista isoihin yhteisöllisiin tavoitteisiin, koska he eivät välttämättä itse ole enää paikalla yhteisön saavuttaessa tavoitteen. Tällöin palkitsemisen aikaväli pitäisi suhteuttaa niin, että se olisi kaikkia kannustava.

Verratessamme tutkimustuloksia yhteisöhoitoon ja mielenterveyteen liittyvään teoriaan sekä eri tutkimuksiin, voimme päätellä, että Attendo Ahjolassa on nähtävissä suhteellisen runsaasti yhteisöhoidollisia piirteitä. Yhteisöhoitoa sovelletaan Ahjolassa asiakasryhmän kuntoutusta edistävällä tavalla. Asiakasryhmä on sairauksiensa vuoksi yhteisöhoidon toteuttamisen kannalta haastava. Yhteisöhoitoa ei ole mahdollista toteuttaa ihanteellisesti, koska monilla asukkaiden sairauksilla on vaikutusta heidän sosiaaliseen käyttäytymiseensä. Tällä on vaikutusta aktiivisen asukasyhteisön muodostumiseen. Pohdimme, että arvioivatko työntekijät yhteisöhoidon toteutumista kuntoutusyksikössä liian kriittisesti. Työntekijät eivät ole käyneet varsinaista yhteisöhoidon koulutusta. Tällä voi olla vaikutusta heidän odotuksiinsa yhteisöhoidon toteutumisen suhteen. Asukkaiden erikuntoisuuden vuoksi yhteisön toimivuutta voi olla myös vaikea arvioida kokonaisuutena.

Yhteisöhoito perustuu pohjimmiltaan arkisiin asioihin, jossa yhteisön jäsenten tarkoituksena on tukea ja opettaa toisiaan toimimaan yhteisön edun mukaisesti, ja sitä kautta voimaantumaan ja kuntoutumaan. Tämä vaatii kaikilta yhteisön jäseniltä motivaatiota ja sitoutumista omaan kuntoutukseen ja yhteisöllisyyteen. Toimintakyvyltään heikommat asukkaat voivat helposti jäädä joskus yhteisön toiminnan ulkopuolelle, ellei heitä aktivoida jatkuvasti. Kuntoutusyksikön henkilökunta työskentelee aktiivisesti, mutta heillä on rajalliset resurssit aktivoida kaikkia asukkaita yhtäaikaisesti. Tällöin esimerkiksi talon ulkopuoliseen toimintaan osallistuminen jää asukkaiden omalle vastuulle. Näemme kuitenkin, että kuntoutusyksikön toiminta toteutuu tutkimuksessa yhteisöhoidollisten piirteiden mukaisesti. Asukkaiden vaihtuvuus ja toimintakyvyn vaihtelut edellyttävät kuitenkin kaikilta yhteisön jäseniltä, etenkin henkilökunnalta, jatkuvaa kehittymistä ja sopeutumista yhteisön muutokseen.

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää teemahaastatteluiden avulla Attendo Ahjolan pitkäaikaisen työntekijöiden kokemuksia yhteisohoidon toteutumisesta käytännön arjessa sekä sen toteutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi tavoitteena oli tuoda esille kuntoutusyksikön toimintaan liittyviä kehitysideoita. Opinnäytetyön toimeksiantaja Kuntoutusyksikkö Attendo Ahjola toivoi saavansa opinnäytetyömme kautta lisätietoa yhteisohoidosta ja sen toteutumisesta heidän yksikössään. Lisäksi toimeksiantaja toivoi meidän kartoittavan yksikön toiminnan kehittämismahdollisuuksia ja kehittämisideoita, joita hyödyntämällä Ahjolassa olisi mahdollisuus arvioida ja kehittää yhteisön toimintaa.

Tutkimustulosten perusteella yhteisöhoito ei toteutunut Attendo Ahjolassa työntekijöiden toivomalla tavalla. Yhteisohoidon ihanteellinen toteuttaminen tuotti haasteita, vaikka yhteisohoidosta oli havaittavissa useita piirteitä. Yhteisohoidon suunnitelmallinen toteuttaminen oli kuitenkin vaihtelevaa. Myös kuntoutuksen tavoitteellisuus näkyi enemmän yksilötavoitteina kuin yhteisöllisinä tavoitteina. Yhteisohoidon toteuttamiseen heikentävällä tavalla vaikuttivat pääasiassa asukkaiden toimintakyvyn ja voimavarojen vaihtelut, vertaispaineen vähäisyys ja asukkaiden passiivisuus. Asukkaiden vaihtuvuudella oli joko positiivisia tai negatiivisia vaikutuksia yhteisöön henkilöstä riippuen. Yhteisohoidon toteutumista voidaan parantaa tuomalla asukkaille entistä enemmän esille yhteisohoidon periaatteita ja niiden merkitystä. Tämä onnistuu kouluttamalla henkilökuntaa yhteisöhoitoon liittyvällä koulutuksella ja perehdyttämällä asukkaita paremmin yhteisohoidon toteuttamiseen.

Pääsimme mielestämme opinnäytetyölle asetettuihin tavoitteisiin ja onnistuimme tutkimuksessaamme hyvin kokonaisuus huomioiden. Saimme tuotettua haastatteluiden pohjalta tarvittavan tiedon tutkitavan ilmiön analysoimiseen. Poimimme aineistosta tutkimuksen kannalta keskeiset asiat ja analysoimme niiden pohjalta tutkimuksen tulokset ja muodostimme perusteltuja johtopäätöksiä. Näiden vaiheiden haasteellisuudesta huolimatta onnistuimme mielestämme vastaamaan kattavasti asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Pohdimme kriittisesti opinnäytetyömme laajuutta verrattuna ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle asetettuihin laajuusvaatimuksiin. Olemme käyttäneet opinnäytetyöhön paljon aikaa sen laajuudesta johtuen. Tutkittavaan ilmiöön vaikuttavat kuitenkin monet eri asiat, joten halusimme kuvata niitä opinnäytetyössämme mahdollisimman monipuolisesti ja perusteellisesti. Tutkimusaineiston kerääminen ja sen käsitleminen olisi ollut nopeampaa hyödyntämällä muita keinoja yksilöllisten teemahaastattelujen sijaan. Saimme kuitenkin yksilöhaastattelujen avulla tuotua tutkittavaa ilmiötä kattavammin esille. Tällöin Attendo Ahjola voi hyödyntää sitä parhaalla mahdollisella tavalla oman työnsä arvioimiseen ja kehittämiseen.

Yhteistyö toimeksiantajan kanssa sujui hyvin koko opinnäytetyön prosessin ajan. Tutkimuksen aiheen valinta lähti liikkeelle toimeksiantajan tarpeista, johon pyrimme vastaamaan tekemällä tutkimuksesta sellaisen, jota toimeksiantaja voi hyödyntää arkisen työskentelynsä kehittämisessä. Pidimme yhteyttä toimeksiantajaan säännöllisin väliajoin ja tiedotimme opinnäytetyön etenemisestä ja

aikatauluista. Toimeksiantaja ei asettanut opinnäytetyölle reunaehtoja, vaan antoi meille vapaat kädet toteuttaa tutkimus parhaaksi katsomallamme tavalla.

Pidämme tutkimustamme pätevänä, mutta tutkimuksen otannan laajuus ei ole mielestämme tutkimustulosten yleistämiseen riittävä. Tutkimustulokset riittävät kuitenkin kuvaamaan hyvin yhteisöhoiton toteutumista toimeksiantajan yksikössä. Muilla kuntoutusyksiköillä on kuitenkin mahdollisuus reflektoida ja arvioida omaa toimintaansa opinnäytetyömme pohjalta. Tutkimuksessa ei myöskään voida taata täysin tulosten pysyvyyttä, koska tuloksiin vaikuttavat monet muuttuvat tekijät. Näitä ovat esimerkiksi yhteisön jäsenten vaihtuvuus, kuntoutusyksikön linjaukset ja niiden mahdolliset muutokset sekä asukkaiden vaihteleva toimintakyky.

Käsittelimme opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä laajasti yhteisöhoitoon liittyviä asioita. Lisäksi toimme viitekehyksessä esille teoratietoa mielenterveydestä, yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä sekä sosiaalisesta kuntouksesta ja mielenterveyskuntoutuksesta, koska nämä asiat liittyvät oleellisesti kuntoutusyksikön asiakasryhmään ja kuntoutusyksikön toimintaan. Katsoimme, että teoreettisessa viitekehyksessä esitetyt asiat olivat relevantteja tutkimuksemme kannalta. Opinnäytetyön tutkimusosiossa vertasimme tutkimustuloksia useisiin yhteisöhoitoon ja mielenterveystyöhön liittyviin teorialähteisiin ja tutkimuksiin. Hyödynsimme tutkimuksessa myös useita kansainvälisiä lähteitä, jotka lisäsivät tutkimuksen pätevyyttä. Laajaan ja monipuoliseen teoratietoon perehtyminen auttoi myös itseämme ymmärtämään yhteisöhoidollista työskentelyä haasteellisen asiakasryhmän kanssa.

Aloitimme opinnäytetyömme tekemisen teoratiedon etsimisellä. Aluksi näytti, että yhteisöhoitoon liittyvää teoratietoa oli saatavilla paljon, mutta suomalaisen kirjallisuuden löytämisessä esiintyikin haasteita. Myös yhteisöhoitoon ja etenkin nuoriin aikuisiin liittyviä suomalaisia tutkimuksia löytyi vähänlaisesti. Ulkomaalaisten lähteiden ongelmana oli puolestaan usein niiden saatavuus ja maksullisuus. Lisäksi yhteisöhoitoon liittyvät ulkomaalaiset tutkimukset käsittelivät usein päihdeongelmaisten kuntoutusta. Tämän vuoksi niitä oli haasteellista verrata nuorten aikuisten mielenterveyskuntoutukseen, vaikka mielenterveys- ja päihdeongelmat liittyvät käytännössä vahvasti toisiinsa.

Opinnäytetyön prosessi eteni kokonaisuudessaan hyvin, vaikka tutkimuksen aloittaminen viivästyikin jonkin verran ammatillisen harjoittelun ja muiden aikatauluongelmien vuoksi. Koimme opinnäytetyön tutkimusosion työlääksi vaiheeksi sen laajuuden vuoksi. Tutkimuksen haastatteluaineistoa oli käsiteltävänä paljon, jonka vuoksi aineiston litterointit ja analysoiminen veivät runsaasti aikaa. Olimme kuitenkin sitoutuneita työskentelemään pitkäjänteisesti ja huolellisesti kaikissa opinnäytetyön vaiheissa. Koimme myös parityöskentelyn opinnäytetyön toteuttamisen kannalta vahvuudeksi, koska tällöin pystyimme jakamaan näkemyksiämme hyvin ja sopimaan aikatauluistamme helposti. Myös mahdollisia näkemyseroja oli helpompi käsitellä kuin suuremmissa ryhmissä.

Toimimme koko opinnäytetyötä tehdessämme hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimusetiikkaa noudattaen. Toimimme rehellisesti ja huolellisesti sekä tarkkuutta noudattaen kaikissa opinnäytetyön vaiheissa. Huomioimme eettisyyden tutkimuksen suunnittelu-, aineiston hankinta-, analysointi-, säilytys- ja raportointivaiheissa. Varmistimme tuloksien luotettavuuden valitsemalla tutkimukseen tut-

kittavan ilmiön kannalta sopivat haastateltavat. Lisäksi perehdyimme hyvin teorian tietoon ja vertasimme tuloksia monipuolisesti useisiin luotettaviin lähteisiin. Huomioimme muiden tutkijoiden saavutukset merkitsemällä käyttämämme lähteet asiallisella tavalla. Välttääksemme virheitä, suunnitelimme hyvin opinnäytetyön eri vaiheet ja haastattelujärjestelyt. Esitimme myös haastattelutilanteissa tarvittaessa lisäkysymyksiä välttääksemme mahdollisia väärintymmärryksiä. Emme myöskään missään vaiheessa johdatelleet haastateltavia tai tehneet haastatteluaineistosta omia olettamuksia.

Opinnäytetyömme tekeminen oli kokonaisuudessaan opettavainen kokemus. Sen pitkä prosessi vaati perusteellista perehtymistä tutkittavaan aiheeseen sekä pitkäjänteisyyttä, keskeneräisyyden sietämistä, järjestelmällisyyttä ja joustavuutta. Kehityimme myös opinnäytetyön tekemisen aikana reflektoimaan ja arvioimaan työtämme kriittisesti. Opinnäytetyön eri vaiheet antoivat tärkeää kokemusta luotettavan tutkimuksen tekemiseen sekä paljon tietoa mielenterveystyöstä ja yhteisohoidosta tulevaisuuttamme ajatellen.

Olemme molemmat kiinnostuneita mielenterveys- ja päihdetyöstä, joten koemme opinnäytetyön antaneen meille parempia valmiuksia kohdata työelämän haasteita. Opinnäytetyön myötä kiinnostuksemme mielenterveys- ja päihdetyötä kohtaan vahvistui entisestään. Koemme myös, että opinnäytetyön tekeminen on vaikuttanut osaltaan ammatilliseen kasvuun. Opinnäytetyön tekeminen on antanut meille itsevarmuutta ja lisännyt ammattiosaamistamme. Mielenterveys- ja päihdetyö on haastavaa ja monimuotoista, joten se vaatii työntekijältä vankkaa osaamista ja mukautumiskykyä muuttuvissa toimintaympäristöissä.

Opinnäytetyömme jatkokehitysmahdollisuutena näemme, että tutkimustamme voidaan hyödyntää Attendo Ahjolan toiminnan kehittämiseen ja sen myötä yhteisohoidon toteutumisen tutkimiseen. Tämä on mahdollista esimerkiksi siinä vaiheessa, kun työntekijät ovat saaneet koulutusta yhteisohoittoon ja tuoneet yhteisohidollisia piirteitä enemmän esille yhteisössä. Tällöin voidaan tutkia, onko työntekijöiden koulutuksen myötä yhteisohoidon toteutuminen muuttunut tutkimukseemme verrattuna. Yhteisohoidon toteutumista on lisäksi mahdollista tutkia asukkaiden näkökulmasta, jolloin voidaan esimerkiksi tutkia, kuinka tärkeäksi asukkaat kokevat yhteisohoidon osana omaa kuntoutumisprosessiaan ja miten he kokevat yhteisohoidon toteutumisen kuntoutusyksikössä.

Pidämme opinnäytetyömme aihetta erittäin tärkeänä, koska mielenterveyden häiriöt ovat nykyään suurin nuorten aikuisten työkyvyttömyyttä aiheuttava tekijä. Mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet entisestään viime vuosien aikana. Myös mielenterveyskuntoutujien palveluasuminen on yleistynyt laitoshoidon vähenemisen myötä. Monissa palveluasumisyksiköissä hyödynnetään yhteisohidollisia menetelmiä, jotka ovat hyödyllisiä kuntoutujien sosiaalisten taitojen ja arjen hallinnan vahvistamisessa sekä syrjäytymisen ehkäisemisessä. Pidämme yhteisöllisyyttä tärkeänä, koska se luo kuntoutujille turvallisuuden tunnetta heidän kuntoutumisprosessinsa aikana. Lisäksi yhteisöllisyys mahdollistaa kuntoutujien vertaistuen saamisen. Yhteisöhoito tukee kuntoutujien toimintakyvyn edistymistä ja sen myötä siirtymistä palveluasumisesta kohti itsenäisempää elämää. Yhteisöhoito tukee myös kuntoutujien osallisuuden kokemista niin yhteisössä kuin yhteiskunnassakin.

## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AALTO, Mauri 2012. Huumeet ja mielenterveys. Julkaisussa SEPPÄ, Kaija, AALTO, Mauri, ALHO, Hannu ja KIIANMAA, Kalervo (toim.) Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 163–167.

ATTENDO s.a.a. Attendo Ahjola [verkkosivu]. Attendo. [Viitattu 2018-10-09.] Saatavissa: <https://www.attendo.fi/ahjola>

ATTENDO s.a.b. Attendo Ahjola. Palvelukoti mielenterveyskuntoutujille. Esite.

ATTENDO s.a.c. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut [verkkosivu]. Attendo. [Viitattu 2018-10-09.] Saatavissa: <https://www.attendo.fi/mielenterveyskuntoutujien-asumispalvelut>

DE LEON, George 2000. The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method. New York: Springer Publishing Company, Inc.

FORSS Päivi ja VATULA-PIMIÄ, Marja-Leena 2014. Sosiaalinen turva ja hyvinvointi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

HEIKKINEN-PELTONEN, Riitta, INNAMAA, Marja ja VIRTA, Marjut 2010. Mieli ja terveys. 1.–3. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

HEIKKINEN-PELTONEN, Riitta, INNAMAA, Marja ja VIRTA, Marjut 2014. Mieli ja terveys. 4. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

HIETAHARJU, Päivi ja NUUTTILA, Mervi 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

HIRSJÄRVI, Sirkka ja HURME, Helena 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

HUTTUNEN, Matti O. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

HÄMÄLÄINEN, Kaisu, KANERVA, Anne, KUHANEN, Carita, SCHUBERT, Carla ja SEURI, Tarja 2017. Mielenterveyshoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

IISALMEN MIELENTERVEYSTUKI RY 2014. Louhentuvan ryhmät [verkkosivu]. Iisalmen Mielenterveystuki ry. [Viitattu 2019-03-04.] Saatavissa: <http://webbi.meili.fi/louhentupa/ryhm%C3%A4t.html>

IISALMEN NUORISON TUKI RY s.a. Diagnoosina nuoruus [verkkosivu]. Iisalmen Nuorison Tuki ry. [Viitattu 2019-03-04.] Saatavissa: <http://www.intry.fi/diagnoosinanuoruus/>

INKINEN, Maria, HOLMBERG, Jan, PARTANEN, Airi, KYLMÄNEN, Petri ja SAARINEN, Tiina 2015. Päihdehoitotyö toimintana. Julkaisussa: PARTANEN, Airi, HOLMBERG, Jan, INKINEN, Maria, KURKI, Marjo ja SALO-CHYDENIUS, Sisko. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 217–356.

JÄRVIKOSKI, Aila ja HÄRKÄPÄÄ, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

KAPIO, Kalevi 1999. Kasvattava yhteisö. Jyväskylä: Jyväskylän Koulutuskeskus Oy.

KAPIO, Kalevi 2009. Tasavertaista yhteisvastausta. Yhteisöhoito ja -kasvatus metodina ja teoriana. Julkaisussa: KAPO, Kalevi ja RUISNIEMI, Arja (toim.) Ihan oikea ihme. Kirjoituksia päihdetyöstä. Hyvinkää: Vapaan Alkoholihuollon Kannatusyhdistys – VAK ry, 43–67.

KAKKO, Kimmo 2005. Yhteisöllisyyden januskasvot. Diskurssianalyttinen tutkimus yhteisyyden ja erillisyyden muodoista yhteisöhoitollisessa puhetodellisuudessa. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2019-03-05.] Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/92948/gradu00721.pdf?sequence=1>

- KANANEN, Jorma 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- KANANEN, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- KANANEN, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- KANERVA, Anne, KUHANEN, Carita, OITTINEN, Pirkko ja SCHUBERT, Carla 2014. Lähestymistapoja mielenterveyshoitotyöhön. Julkaisussa KUHANEN, Carita, OITTINEN, Pirkko, KANERVA, Anne, SEURI, Tarja ja SCHUBERT, Carla 2014. Mielenterveyshoitotyö. 3.–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 93–151.
- KANERVA, Anne, KUHANEN, Carita ja SEURI, Tarja 2014. Keskeisimmät mielenterveyden häiriöt ja hoitotyö. Julkaisussa: KUHANEN, Carita, OITTINEN, Pirkko, KANERVA, Anne, SEURI, Tarja ja SCHUBERT, Carla 2014. Mielenterveyshoitotyö. 3.–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 180–235.
- KARI, Outi, NISKANEN, Tuula, LEHTONEN, Heidi ja ARSLANOSKI, Virpi 2013. Kuntoutumisen tukeminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KETTUNEN, Reetta, KÄHÄRI-WIIK, Kaija, VUORI-KEMILÄ, Anne ja IHALAINEN, Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- KINNUNEN, Pirjo 2011. Nuoruudesta kohti aikuisuutta. Varhaisaikuisen mielenterveys ja siihen yhteydessä olevat ennakoivat tekijät. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 2018-10-12.] Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66830/978-951-44-8624-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- KOSKISUU, Jari 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Kirjoittajat ja Edita Publishing Oy.
- KUHANEN, Carita 2014. Mielenterveys ja mielenterveyshoitotyö. Julkaisussa: KUHANEN, Carita, OITTINEN, Pirkko, KANERVA, Anne, SEURI, Tarja ja SCHUBERT, Carla 2014. Mielenterveyshoitotyö. 3.–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 16–34.
- KÄVER, Anna ja NILSONNE, Åsa 2004. Dialektinen käyttäytymisterapia tunne-elämältään epävakaan persoonallisuuden hoidossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- KÄHÄRI-WIIK, Kaija, NIEMI, Aira ja RANTANEN, Anneli 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- LAAKSO, Katia, MURTO, Kari, OJALA, Nina ja RÄSÄNEN, Mirva 2013. Terapeuttinen yhteisö. Jyväskylä: YhteisöAkatemia.
- LAITINEN, Anna 2016. Nuorten aikuisten keinoja lievittää masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2019-03-05.] Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99582/GRADU-1470986897.pdf?sequence=1>
- LAPPALAINEN-LEHTO, Riitta, ROMU, Maija-Liisa ja TASKINEN, Mailis 2008. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- LÖNNQVIST, Jouko ja LEHTONEN, Johannes 2014. Psykiatria ja mielenterveys. Julkaisussa: LÖNNQVIST, Jouko, HENRIKSSON, Markus, MARTTUNEN, Mauri ja PARTONEN, Timo (toim.) Psykiatria. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18–36.
- MATTILA-HOLAPPA, Pauliina 2018. Mental health and labour market participation among young adults. Helsinki: Kela. Väitöstutkimus. [Viitattu 2019-01-08.] Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/246119/Tutkimuksia152.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MIELENTERVEYSLAKI L 1116/1990. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-10-05.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

- MURTO, Kari 1991. Parantava yhteisö. 2. painos. Jyväskylä: Jyväskylän koulutuskeskus Oy.
- MURTO, Kari 1997. Yhteisöhoidon suuntauksia. Jyväskylä: Jyväskylän koulutuskeskus Oy.
- MURTO, Kari 2016. Yhteisöhoidon historiaa. Psykiatriset yhteisöt. Jyväskylä: Kari Consulting Oy.
- NOPPARI, Eija, KIILTOMÄKI, Aliisa ja PESONEN, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- NORDLING, Esa 2007. Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 2019-03-07.] Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67746/978-951-44-7024-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- PEARCE, Steve ja PICKARD, Hanna 2012. How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome [verkkojulkaisu]. International Journal of Social Psychiatry. [Viitattu 2018-12-05.] Saatavissa: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020764012450992>
- PIHLAJA, Katja 2008. "Joka päivä ittesä kuntouttaminen on kova työ". Etnografinen tutkimus mielen-terveyskuntoutujan arjessa oppimisesta. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden laitos/erityispedagogiikan yksikkö. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2019-02-12.] Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/18982/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-200810075788.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/18982/URN_NBN_fi_jyu-200810075788.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- PUNKANEN, Tiina 2006. Mielenterveystyö ammattina. 2.–4. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- RANTA, Tiina 2018. Kokemukset vertaisohjaajudesta päihdekuntoutuslaitoksessa. Vertaisohjaaja vertaisen, toipujan ja työntekijän rooleissa. Turun yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. [Viitattu 2019-03-07.] Saatavissa: [https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/146108/Ranta\\_Tiina-opinn%C3%A4yte.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/146108/Ranta_Tiina-opinn%C3%A4yte.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- RAPOPORT, Ropert N 2001. Community as Doctor [verkkokirja]. Ropert N Rapoport. [Viitattu 2018-12-05.] Saatavissa: <https://content.taylorfrancis.com/books/download?dac=C2004-0-13465-3&isbn=9781136435652&format=googlePreviewPdf>
- ROMAKKANIEMI, Marjo, LINDH, Jari ja LAITINEN, Merja 2018. Nuorten aikuisten osallisuus ja sosiaalinen kuntoutus Lapissa. Helsinki: Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 147, 2018. [Viitattu 2019-01-07.] Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/232086/Tutkimuksia147.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- RONKAINEN, Suvi, PEHKONEN, Leila, LINDBLOM-YLÄNNE, Sari ja PAAVILAINEN, Eija 2014. Tutkimuksen voimasanat. 1.–3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- RYHÄNEN, Teemu 2009. Dialektinen käyttäytymisterapia kroonisesti itsetuhoisten potilaiden hoidossa. Julkaisussa: HENTINEN, Kirsi, IJJA, Aulikki ja MATTILA, Eija (toim.) Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 67–75.
- SOSIAALIHUOLTOLAKI L 1301/2014. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-10-08.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301#Pidp446363600>
- STM s.a. Mielenterveyspalvelut [verkkosivu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2018-10-05.] Saatavissa: <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>
- STM 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17 [verkkojulkaisu]. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö. [Viitattu 2018-09-12.] Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74011/Selv200417.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- STM 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset [verkkojulkaisu]. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö. [Viitattu 2019-02-15.] Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS\\_JA\\_P\\_IHDESUUNNI1487308985.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS_JA_P_IHDESUUNNI1487308985.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- SUOMEN DIALEKTISEN KÄYTTÄYTYMISTERAPIAN YHDISTYS RY 2015. Dialektinen käyttäytymisterapia [verkkosivu]. Suomen Dialektisen käyttäytymisterapian yhdistys ry. [Viitattu 2018-03-08.] Saatavissa: <http://www.dialektinenkayttaytymisterapia.fi/>
- SUOMEN MIELENTERVEYSSEURA s.a. Sekasin-chat – keskusteluapua nuorille [verkkosivu]. Suomen Mielenterveysseura. [Viitattu 2019-03-06.] Saatavissa: <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-netist%C3%A4>
- SUOMEN YHTEISÖAKATEMIA OY 2018. Yhteisöhoidon koulutukset [verkkosivu]. Suomen YhteisöAkademia Oy. [Viitattu 2019-03-06.] Saatavissa: <https://www.sya.fi/koulutukset/yhteisohoidon-koulutukset/>
- SUVIKAS, Annukka, LAURELL, Leena ja NORDMAN, Pia 2013. Kuntouttava lähihoito. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- SUVISAARI, Jaana, AHOLA, Kirsi, KIVIRUUSU, Olli, KORKEILA, Jyrki, LINDFORS, Olavi, MATTILA, Aino, MARKKULA, Niina, MARTTUNEN, Mauri, PARTONEN, Timo, PEÑA, Sebastian, PIRKOLA, Sami, SAARNI, Samuli, SAARNI, Suoma ja VERTIÖ, Satu 2012. Psykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt. Julkaisussa: KOSKINEN, Seppo, LUNDQVIST, Annamari RISTILUOMA, Noora (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 [verkkokirja]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2018-10-05.] Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_netti.pdf](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf)
- THL 2017. Päihdetilastollinen vuosikirja 2017. Alkoholi ja huumeet [verkkokirja]. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. [Viitattu 2018-10-04.] Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135657/P%C3%A4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202017%20verkkoversio%20p%C3%A4ivitetty%20kuolemat%203.1.2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- TOIVIO, Timo ja NORDLING, Esa 2013. Mielenterveyden psykologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- TUOMI, Jouni ja SARAJÄRVI, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- TYÖ- JA ELINKEINOMINISTERIÖ 2018. Palkkatuki [verkkosivu]. Työ- ja elinkeinoministeriö. [Viitattu 2019-03-06.] Saatavissa: [http://www.te-palvelut.fi/te/fi/tyonantajalle/loyda\\_tyontekija/tukea\\_rekrytointiin/palkkatuki/index.html#Palkkatukeavoivatsaada](http://www.te-palvelut.fi/te/fi/tyonantajalle/loyda_tyontekija/tukea_rekrytointiin/palkkatuki/index.html#Palkkatukeavoivatsaada)
- VALTION NUORISONEUVOSTO 2016. Nuorisobarometri [verkkajulkaisu]. Valtion nuorisoneuvosto. [Viitattu 2019-03-04.] Saatavissa: <https://tietoanuorista.fi/nuorisobarometri/>
- VILKKA, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- VUOKILA-OIKKONEN, Päivi ja KESKITALO, Elsa 2018. Sosiaalisen kuntoutuksen voimavara- ja ratkaisukeskeiset menetelmät. Julkaisussa: KOSTILAINEN, Harri ja NIEMINEN, Ari (toim.) Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia [verkkokirja]. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2018-02-13.] Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/141721/Diak\\_Tyoelama\\_13\\_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/141721/Diak_Tyoelama_13_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- VUORILEHTO, Maria, LARRI, Tuulevi, KURKI, Marjo ja HÄTÖNEN, Heli 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca.
- VÄISÄNEN, Raija 2018. Sosiaalisen kuntoutuksen käsite ja kehitysvaiheet. Julkaisussa: LINDH, Jari, HÄRKÄPÄÄ, Kristiina ja KOSTAMO-PÄÄKKÖ, Kaisa (toim.) Sosiaalinen kuntoutuksessa. Rovaniemi: Lapland University Press, 19–38.



## LIITE 1: SAATEKIRJE

**ARVOISA ATTENDO AHJOLAN TYÖNTEKIJÄ**

7.5.2018

Olemme sosionomiopiskelijoita Savonia-ammattikorkeakoulun Iisalmen yksiköstä. Teemme työyksiköönne opinnäytetyönä tutkimusta, joka käsittelee yhteisöhoitoa Attendo Ahjolassa. Tutkimus tehdään teemahaastattelumenetelmällä. Siihen on tarkoituksena kerätä aineistoa yksilöhaastatteluina. Haastatteluiden tarkoituksena on selvittää, miten työntekijät kokevat yhteisöhoidon, sen toimivuuden ja näkyvyyden osana mielenterveys- ja päihdekuntoutusta.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Sinulla on oikeus myös keskeyttää se halutessasi ja olla vastaamatta kysymyksiin, joihin et halua antaa vastausta.

Haastattelut nauhoitetaan aineiston litterointia ja analysointia varten. Taltioitu materiaali käsitellään nimettömänä ja luottamuksellisesti. Tähän liittyen noudatamme myös salassapitovelvollisuutta. Kerättyä aineistoa käytetään vain tähän opinnäytetyöhön liittyen, eikä sitä käsitellä erikseen missään muussa yhteydessä. Aineisto säilytetään koko opinnäytetyöprosessin ajan asianmukaisesti ja se hävitetään välittömästi opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyön kautta Attendo Ahjolassa voidaan saada uusia näkemyksiä työhön ja sen kehittämiseen, joten toivomme, että mahdollisimman moni teistä osallistuisi haastatteluun.

Ystävällisin terveisin ja yhteistyöstänne kiittäen,

Kimmo Karvonen  
Sosiaalialan koulutusohjelma  
Savonia-ammattikorkeakoulu  
[kimmo.karvonen@edu.savonia.fi](mailto:kimmo.karvonen@edu.savonia.fi)

Pasi Paananen  
Sosiaalialan koulutusohjelma  
Savonia-ammattikorkeakoulu  
[pasi.paananen@edu.savonia.fi](mailto:pasi.paananen@edu.savonia.fi)

## LIITE 2: TEEMAHAASTATTELURUNKO

- Työntekijöiden työkokemus sekä aikaisempi kokemus yhteisohoidosta ja sen käytöstä
  
- Työntekijöiden kokemus yhteisöhoitoon vaikuttavista tekijöistä Attendo Ahjolassa
  - Yhteisöhoidon tavoitteellisuus ja sen toteutuminen
    - Tavoitteiden näkyminen arjessa
    - Tavoitteellisuuteen vaikuttavat tekijät
  - Demokratian toteutuminen yhteisössä
  - Yhteisön jäsenten roolien näkyminen yhteisössä
    - Asukkaiden roolit yhteisössä
    - Henkilökunnan roolit yhteisössä
  - Yhteisön jäsenten aktiivisuus yhteisössä
    - Asiakkaiden aktiivisuuden ilmeneminen ja siihen vaikuttavat tekijät
    - Henkilökunnan aktiivisuus yhteisössä
  - Yhteisöhoitoon liittyvät kokoukset ja niiden näkyminen
  
- Yhteisön toiminnan kehittäminen Attendo Ahjolassa
  - Toiminnan kehittämisen tarve ja mahdollisuudet
  - Kehitysideat
  - Työntekijöiden näkemys asukkaiden vaikutus- ja kehitysmahdollisuuksista yhteisön toiminnassa
  
- Dialektinen käyttäytymisterapia Attendo Ahjolassa
  - Työntekijöiden näkemys dialektisen käyttäytymisterapian merkityksestä yhteisössä
  
- Yhteisöhoitoon liittyvä koulutus
  - Yhteisöhoitoon liittyvän koulutuksen tarpeellisuus ja saatavuus
  - Työntekijöiden näkemys muun yhteisöhoitoa tukevan koulutuksen tarpeellisuudesta ja saatavuudesta
  
- Vapaa sana

## LIITE 3: ESIMERKKI TEORIAOHJAAVASTA ANALYYSISTÄ

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
<p>"No, todella tärkeänä, et siinä just asukkaat ite voi tuda niitä epäkohtia, mutta myös niitä onnistumisia, mitä on yhteisössä ollu."</p>	<p>Yhteisökokous on tärkeä asukkaille</p>	<p>Yhteisökokouksen merkitys asukkaille</p>		
<p>"Kyllä se yhteisökokous on ollu sellanen että ne kokee sen tärkeäksi."</p>	<p>Asukkaat kokevat yhteisökokouksen tärkeäksi</p>	<p>Yhteisökokouksen merkitys asukkaille</p>		
<p>"No, no onhan se (yhteisökokous) tärkeä... se selvittää heitä ja samalla meitä."</p>	<p>Yhteisökokous selvittää koko yhteisön toimintaa</p>	<p>Yhteisökokouksen merkitys henkilökunnalle</p>		
<p>"No minä koen sen (yhteisökokouksen) tärkeäksi, koska siinä niinku päätetään tämän yhteisön asioista."</p>	<p>Henkilökunta kokee yhteisökokouksen tärkeäksi</p>	<p>Yhteisökokouksen merkitys henkilökunnalle</p>		
<p>"Kyl myö otetaan miun mielestä aika hyvin kaikkien niin ku toiveet huomioon."</p>	<p>Kaikkien toiveet huomioidaan</p>		<p>Yhteisötoimoon vaikuttavat tekijät</p>	<p>Yhteisötoimien toteutuminen</p>
<p>"Kyllä, kyllä siitä pitää ohjaajan pitää huolta, että jokainen saa ja tulee kuulluksi ja, on, kohdellaan tasa-arvoisesti ja, kettään ei sorsita."</p>	<p>Pidetään huolta, että kaikki tulevat kuulluksi</p>	<p>Demokratia</p>		
<p>"Itse asiassa nyt ku on paljo tullu uusia (asukkaita), ni se on vaan positivisesti vaikuttanu moneen."</p>	<p>Kaikkia kohdellaan tasa-arvoisesti</p>			
<p>"Minusta sen uuden asukkaan on, ainakin sivusta seurattuna, niin tosi helppo tulla tähän yhteisöön."</p>	<p>Uusien asukkaiden positiivinen vaikutus</p>	<p>Asukkaiden vaihtuvuuden vaikutus</p>		
<p>"No vähänlaisesti (kannustusta), että ehkä, ehkä tota noitten siivouksien osalta saattaa tulla sitä patistelua."</p>	<p>Yhteisö on avoin uusille asukkaille</p>			
<p>"No vähänlaisesti (kannustusta), että ehkä, ehkä tota noitten siivouksien osalta saattaa tulla sitä patistelua."</p>	<p>Kannustusta tapahtuu vähänlaisesti</p>			
<p>"No kyllä he varmaan kannustaa toisiaan, mutta mä mietin, että velvoitako ne yhteisönä tekemään, niin ei mun mielestä."</p>	<p>Asukkaat patistelevat toisiaan jonkin verran</p>	<p>Vertaispaine ja vertaisutuki</p>		
<p>"No kyllä he varmaan kannustaa toisiaan, mutta mä mietin, että velvoitako ne yhteisönä tekemään, niin ei mun mielestä."</p>	<p>Asukkaat kannustavat toisiaan</p>	<p>Yhteisönä velvoittaminen on vähäistä</p>		