



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Henna-Maria Susanna Ikola

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN
OSALLISUUS ASUMISPALVELUISSA

Sosiaali- ja terveysala
2013

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaalialan koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Henna-Maria Susanna Ikola
Opinnäytetyön nimi	Mielenterveyskuntoutujan osallisuus asumispalveluissa
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	48 + 4 liitettä
Ohjaaja	Hans Frantz

Tämän tutkimuksen aihe oli mielenterveyskuntoutujan osallisuus omaan kuntoutukseen asumispalveluissa. Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, kokeeko mielenterveyskuntoutuja olevansa osallinen omaan kuntoutukseen. Tutkimus selvitti mistä osallisuuden tunne kuntoutujalle muodostuu ja mikä puolestaan heikentää mahdollisuutta osallisuuteen. Tarkoitus oli myös selvittää miten osallisuutta voisi kuntoutujan mielestä lisätä.

Tutkimus on kvalitatiivinen. Tutkimukseen haastateltiin mielenterveyskuntoutujille asumispalveluita tuottavan yksityisen yrityksen asiakkaita. Haastattelut analysoitiin käyttäen sisällönanalyysiä. Teoreettinen viitekehys käsittelee mielenterveyshäiriöiden järjestämistä 1900-luvulta tähän päivään, keskeistä lainsäädäntöä sekä osallisuuden ja mielenterveyskuntoutumisen määrittämisen, unohtamatta aiheeseen liittyviä asiantuntijoita ja keskeisiä tutkimuksia.

Tutkimuksen tuloksissa esitellään miten viisi osallisuuden osa-alueita toteutuvat kohdeorganisaation palveluissa. Osallisuuden osa-alueita ovat vaikuttaminen kuntoutukseen, tiedon saanti, kuntoutuksen suunnittelu ja kehittäminen, läsnäolo ja vuorovaikutus sekä toimintaan osallistuminen ja yhdessä tekeminen. Tutkimuksen tuloksissa nousi esiin, että osallisuutta voisi lisätä järjestämällä enemmän toimintaa ja ammattilaisen antamaa henkilökohtaista ohjausta. Toiminnan tulisi kuitenkin olla vapaaehtoista. Osallisuutta heikentävissä tekijöissä nousi esiin mielenterveyskuntoutujien kokemana syrjäytyminen, vähävaraisuus ja vapauden puute.

Avainsanat mielenterveyskuntoutuminen, mielenterveysongelmat,
asumispalvelut, osallisuus, syrjäytyminen

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Sosiaalialan koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Henna-Maria Susanna Ikola
Title	The Participation of a Mental Health Rehabilitation Patient in Assisted Living Facility
Year	2013
Language	Finnish
Pages	48 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Hans Frantz

The topic of this bachelor's thesis was the participation of a mental health rehabilitation patient in his/ her own rehabilitation in an assisted living facility. The purpose of the thesis was to find out whether the mental health rehab patient feels included in his/ her own rehabilitation process. The study focused on finding the factors that either create the feeling of participation or weaken the feeling of participation. A further purpose was to find out how participation could be increased in the rehabilitation patients' opinion.

The study is a qualitative. Clients of a private company offering assisted living facility were interviewed for the study. The interviews were analyzed using content analysis. The theoretical frame deals with the organization of mental health work from the 20th century to the present day, key legislation and the definition of the concepts participation and mental health rehabilitation. Also different experts in the area and key research results were looked at.

The results part demonstrates how the five areas of participation are implemented in the services of the target organization. The five sub-areas of participation include having an impact on the rehabilitation, getting information, planning and developing the rehabilitation, being present, communication, participating in the activities and doing things together. The results of the study indicated that participation could increase by organizing more activities and by giving more professional guidance. Participating these activities should, however, be voluntary. Factors that weaken the feeling of participation include social exclusion, poor personal economic resources and lack of freedom.

Keywords	Mental health rehabilitation, mental health problems, assisted living facility, participation, exclusion
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	MIELENTERVEYSTYÖ SUOMESSA	9
	2.1 Mielenterveystyön historiaa	9
	2.2 Mielenterveystyö tänään.....	11
	2.3 Mielenterveystyötä koskeva lainsäädäntö	12
3	YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSONGELMAT	15
4	MIELENTERVEYSKUNTOUTUMINEN.....	17
	4.1 Osallisuus omaan kuntoutukseen	18
	4.2 Syrjäytyminen.....	20
5	ASUMISPALVELUT	22
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	23
	6.1 Tutkimusongelma	23
	6.2 Tutkimusmenetelmä	24
	6.3 Tutkimuskohde	25
	6.4 Aineiston analysointi	25
	6.5 Tutkimuksen luotettavuus	26
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	29
	7.1 Osallisuuden tunteen muodostuminen.....	29
	7.1.1 Vaikuttaminen omaan kuntoutukseen.....	30
	7.1.2 Tiedon saanti.....	31
	7.1.3 Kuntoutuksen suunnittelu ja kehittäminen.....	31
	7.1.4 Läsnäolo ja vuorovaikutus	32
	7.1.5 Toimintaan osallistuminen ja yhdessä tekeminen.....	33
	7.2 Miten osallisuutta voisi lisätä?	34
	7.3 Osallisuutta edistävät tekijät.....	36
	7.4 Osallisuutta heikentävät tekijät.....	37
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	39

9	JATKOTUTKIMUSAIHEITA.....	43
10	POHDINTA.....	44
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Asumispalveluissa asutut vuodet vastaajien kesken	s. 25
Kuvio 2. Vaikuttaminen omaan kuntoutukseen	Liite 3
Kuvio 3. Tiedon saanti	Liite 3
Kuvio 4. Kuntoutuksen suunnittelu ja kehittäminen	Liite 3
Kuvio 5. Läsnäolo ja vuorovaikutus	Liite 3
Kuvio 6. Toimintaan osallistuminen ja yhdessä tekeminen	Liite 3
Kuvio 7. Miten osallisuutta voisi lisätä?	Liite 3
Kuvio 8. Osallisuutta edistävät tekijät	Liite 3
Kuvio 9. Osallisuutta heikentävät tekijät	Liite 3

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje

LIITE 2. Haastattelukysymykset asumispalveluiden asiakkaille

LIITE 3. Aineiston analyysikuviot

LIITE 4. Tutkimuslupa-anomus opinnäytetyötä varten

1 JOHDANTO

On sanottu, että hyvä terveys on elämän keskeinen toive ja heikko terveys on syrjäytymisen riskitekijä (Järvikoski & Härkäpää 2004, 76). Samoin kuin mikä tahansa sairaus, myös psyykkinen sairaus muuttaa elämää. Psyykkisen sairauden mukana tuomat muutokset ovat usein epämielikkäitä – elämä saattaa tuntua yksinäisemmältä ja vaikeammalta kuin aikaisemmin. (Koskisu 2003, 12-13.)

Jokaisella mielenterveyskuntoutujalla on oikeus saada sosiaali- ja terveyspalveluita, hyvää hoitoa ja kohtelua (Koskisu 2003, 130-131). Hyvään hoitoon ja kohteluun kuuluu mielestäni erilaisuuden hyväksyminen ja asiakkaan mahdollisuus osallisuuteen. Osallisuus ja mahdollisuus toimia yhteiskunnan jäsenenä edesauttaa selviytymään elämän vastoinkäymisistä (Noppi, Kiiltomäki, Pesonen 2007, 26).

Tämän tutkimuksen aihe oli mielenterveyskuntoutujan osallisuus omaan kuntoutukseen asumispalveluissa. Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää kokeeko mielenterveyskuntoutuja olevansa osallinen omaan kuntoutukseen. Tutkimus selvitti mistä osallisuuden tunne kuntoutujalle muodostuu ja mikä puolestaan heikensi mahdollisuutta osallisuuteen. Tarkoitus oli myös selvittää miten osallisuutta voisi kuntoutujan mielestä lisätä.

Aiheen sain kohdeorganisaatiolta, joka halusi pysyä nimettömänä. Tämän työn kohdeorganisaatio oli mielenterveyskuntoutujille asumispalveluita tarjoava yksityinen yritys. Aihe kiinnosti henkilökuntaa ja myös minua itseäni. Se on myös ajankohtainen, koska on viitteitä siitä, että kuntoutuksen asenne on osittain ollut asiakkaan yläpuolelle asettumista (Piirainen & Kallanranta 2008, 108). On myös tutkimuksia (Laitila 2010), joiden mukaan mielenterveyskuntoutajat eivät aina koe osallisuuden toteutuvan mielenterveystyössä.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys muodostui tutkimuksen kannalta hyödyllisestä tiedosta, joita ovat mielenterveystyön historia lyhyesti, tämän päivän tilanne, mielenterveystyötä koskeva lainsäädäntö ja mielenterveyden yleisimpien ongelmien määrittäminen. Tarkastelun kohteena ovat myös tutkimuksen keskeiset käsitteet, kuten mielenterveyskuntoutuminen, osallisuus ja asumispalvelut.

Toivon, että tutkimuksen tulokset tuottavat hyödyllistä tietoa kohdeorganisaatiolle, jotta siitä olisi apua tarvittaessa toiminnan kehittämisessä. Toivon tämän työn myös tuovan esiin mielenterveyskuntoutujien oman äänen, sekä poistavan asenteen, jonka mukaan kaikki tieto on heidän kanssaan työskentelevillä ammattilaisilla.

2 MIELENTERVEYSTYÖ SUOMESSA

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön toimintakyvyn, persoonallisuuden kasvun ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämistä sekä mielisairauksien sekä mielenterveysongelmien hoitoa ja ehkäisemistä (AVI 2012). Mielenterveyshäiriöiden hyvää hoitoa ei tule vähätellä, koska ne vaikuttavat kansantalouteemme, palvelujen tarpeeseen, tuottavuuteen, kuolleisuuteen, inhimilliseen kärsimykseen ja syrjäytymiseen (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 48).

Mielenterveystyötä tekevät suomessa kuntien sosiaali- ja terveystyöpalvelut, sairaanhoitopiirit, eri hallinnonalat, kansalaisjärjestöt ja kansalaiset itse. Työ on muuttanut paljon vuosisadan alusta ja saavuttanut nykyisen muotonsa pitkän kehityksen tuloksena.

2.1 Mielenterveystyön historiaa

1920- ja 1930-luvuilla ”mielenvikaisia” ja ”hulluja” varten oli rakennettu suuria mielisairaaloita ja kunnalliskoteihin kuuluvia mielisairaalaosastoja. Nämä sairaalat olivat muusta yhteisöstä eristäviä laitoksia, joissa potilaat leimautuivat vahvasti sairauden vuoksi. Sairaalasta tai ”hulluin hoidosta” oli epätodennäköistä päästä pois. Mahdollisen paluun jälkeenkin elämä oli edelleen sairauden leimaamaa. (Eskola 2007, 16.) Kaikkiaan mielisairaiden elinympäristöt olivat hyvin kirjavat vuosisadan alussa. Osa mielisairaista oli myös köyhäinhoidossa ja todennäköisesti suurin osa perheissä. (Sariola & Ojanen 1997, 136.)

Lääketieteen kehittyessä 1950-luvulla tautien ehkäisy sai merkitystä ja asenteet sairastuneita kohtaan lievenivät. Kun uudet keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet tulivat käyttöön alkoi asenteissa tapahtua suurempia muutoksia. Psykiatrilääkkeet lisäsivät sairauksien parannettavuutta, mielisairaaloitten osastojen rauhallisuutta ja muuttumista avoimemmaksi. Lääkkeiden myötä luovuttiin myös mielisairauksiin käytetyistä hoitomuodoista, kuten hyödyttömistä aivolobotomioista, sähköshokkihoidoista ja insuliinihoidoista. Hoidosta tuli vähitellen inhimillisempää ja se sallittiin myös sairaaloitten ulkopuolella. (Eskola 2007, 16- 17.)

Maahamme rakennettiin 1950- ja 1960 –luvuilla B-sairaalamerkistö, joka täydensi A-sairaaloita. A- ja B- sairaalat muodostivat maahamme mielisairaanhoidopiirejä. A-sairaaloissa hoidettiin akuutti tapaukset, kun taas B-sairaalat olivat pidempiaikaisia hoitopaikkoja. B-sairaalat suunniteltiin potilastyövoimalla toimiviksi maatalousyksiköiksi, joita hallinnoi talouspäälliköt. Lääkäri olivat vain joskus vierailleva asiantuntija. Tuolloinen näkemys oli, että mielisairaudesta ei voi parantua, mutta sairastava kykenisi kevyeen maataloustyöhön. Avohoitoa ei vielä tunnettu. (Eskola 2007,16-17.) Yleinen ajattelutapa oli, että B-sairaala oli potilaan viimeinen paikka. Myös ammattilaisten kesellä vallitsi käsitys siitä, että kauan sairastaneilla ei ole mahdollisuutta tulla toimeen sairaalan ulkopuolella. 1960-luvulla ajateltiin, että hoito on parasta mahdollista sairaaloissa. (Sariola & Ojanen 1997, 138.)

1970-luvulle mielenterveyshoidon tila pysyi sairaalapainotteisena. Sairaalapaikkojen määrä lisääntyi suureksi ja niitä oli eniten maailmassa. (Sariola & Ojanen 1997, 139.) Muihin sairaaloihin verrattuna niissä oli vähemmän henkilökuntaa, joka oli myös alemmin koulutettua kuin muualla. Edelleen kotiutuminen oli mielisairaalaan vaikeaa, hoito passivoivaa ja potilaalla vahva sairauden leima. 1970 –luvulla perustettiin kuitenkin ensimmäiset mielenterveystoimistot sekä terveyskeskuksiin työllistettiin psykologeja. (Eskola 2007, 19-23.)

1980-luvulla painotettiin sosiaalipalveluiden ja mielenterveyspalveluiden kehittämistä. Mielenterveyshuollossa tämä tarkoitti uusia suuntauksia, jotka painottivat avohuoltoa ja kuntouttavaa työtä. 1980-1990 lukujen vaihtuessa yhtenäisten sairaanhoidopiirien perustamisen myötä A-sairaaloista tuli osa psykiatrista erikoissairaanhoidoa ja B- sairaalat lakkautettiin. (Eskola 2007, 27-29.)

1990-luvulla mielenterveyspalveluiden järjestämisessä ajankohtaiseksi tuli väestövastuun toteuttaminen, psykiatrisen avohoidon kehittäminen, hoidon jatkuvuuden turvaaminen, laadun varmistaminen, moniammatillisen hoidon ja yhteistyön toteuttaminen ja johdon kehittäminen. WHO:n ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000” –ohjelman tavoitteena oli mahdollistaa väestöryhmien terveyserojen vähentäminen ja jokaiselle hyvä elämänlaatu. Tämän myötä kuntien palvelurakenne haluttiin

muuttaa avohoitokeskeiseksi, joka koski myös mielenterveyspalveluita. (Lilja, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1997, 56.)

2.2 Mielenterveystyö tänään

Mielenterveystyötä tekevät yhteistyössä sairaanhoitopiirit, kuntien terveyskeskukset ja sosiaalihuolto sekä erityishuoltopiirit. Kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden tulee vastata mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisemisestä, varhaisesta huomaamisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Ensisijaisia palveluita ovat kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut sekä avopalvelut. Avopalvelun muotoja ovat mm. vastaanottotoiminta (lääkärit, psykologit, sosiaalityöntekijät, toimintaterapeutit ja hoitajat), yksilö-, ryhmä- ja perheterapiat, kuntouttava työtoiminta, kotipalvelu, tuettu asuminen, kuntoutuskurssit ja päivätoimintakeskukset. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on puolestaan huolehtia mielenterveyden erikoissairaanhoidosta sekä järjestetään hoitoa psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisissa sairaaloissa. (AVI 2012; STM 2012.)

Yksityinen sektori ja vapaaehtoistyö on välttämätöntä saumattoman palvelujärjestelmän takaamiseksi. Erilaiset järjestöt, seurakunnat ja yksityiset yritykset tekevät myös mielenterveystyötä. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 33-34.) Merkittäviä kansanterveys- ja kansalaisjärjestöjä mielenterveystyössä on Suomen mielenterveysseura ja Mielenterveyden keskusliitto.

Suomessa toimii myös kaksi valtion omaa mielisairaala, jotka ovat Niuvanniemen ja Vanhan Vaasan sairaalat. Sairaalat ovat oikeuspsykiatrisia hoitolaitoksia ja niissä hoidetaan kriminaalipotilaita. Kriminaalipotilas tarkoittaa yleensä väkivaltarikokseen syyllistynyttä henkilöä, joka on mielentilatutkimusten myötä todettu syyntakeettomaksi tekoonsa ja jätetty tuomitsematta rangaistukseen. Tämän jälkeen hänet on määrätty tahdosta riippumattomaan hoitoon valtion omaan mielisairaalaan. Sairaalat toimivat yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa. Lisäksi hoidossa voi myös olla erittäin vaikeahoitoisia potilaita, joiden hoito ei enää ole taroituksenmukaista muissa psykiatrisissa yksiköissä. (Vanhan Vaasan sairaala 2013.)

Tämän päivän tilanteesta on oleellista ymmärtää, että vajaat puolet mielenterveysongelmista sairastavista ei ole koskaan hakenut tai saanut mitään ammattiapua. Suomessa palvelujärjestelmä ja ammattitaito ovat korkeaa kansainvälistä tasoa, mutta ongelmamme on liiallinen keskittyminen sairauksien myöhäisvaiheisiin ja vaikeiden tapausten laitoshoitoon. Työn pääpaino pitäisi siirtää voimakkaasti ennaltaehkäisyyn, neuvontaan, avohoitoon ja helposti kohdattaviin peruspalveluihin. (Lönnqvist 2011, 178.)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2009 työryhmän ”Mieli 2009”. Työryhmä valmisteli mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, joka sisältää ehdotuksia mielenterveystyön kehittämiseksi vuoteen 2015 mennessä. Tämänkin suunnitelman ehdotuksilla pyritään vahvistamaan avo- ja peruspalveluiden asemaa mielenterveystyössä ja korostamaan ennaltaehkäisyn merkitystä. Muita ehdotuksia suunnitelmassa ovat asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyden edistäminen sekä mielenterveystyön ohjaamisen kehittäminen. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009.)

MERTTU-tutkimus keräsi tietoa mielenterveyspalvelujen tilasta 2004 vuoden lopussa. Tutkimuksen raportissa tulee ilmi, että avopalveluihin keskittymisen negatiivinen vaikutus oli palveluissa tapahtuva pirstaloituminen ja alueellinen eriarvoisuus. Tänään puhumme myös paljon säästämisestä sosiaali- ja terveysalalla. Nyt käynnissä olevassa kunta- ja palvelurakennemuutoksen tarkoituksena on kehittää palvelujärjestelmää niin, että se on taloudellisesti mahdollista myös tulevaisuudessa. Nähtäväksi jää mikä on tämän prosessin vaikutus mielenterveystyöhön ja miten pystymme vastaamaan palveluiden tarpeeseen tulevaisuudessa. (Harajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 19-23.)

2.3 Mielenterveystyötä koskeva lainsäädäntö

Sosiaali- ja terveyshuoltoa säätelevät useat lait. Keskeisemmät mielenterveyspalveluihin liittyvät lait ovat mielenterveyslaki (L 1116/1990), kansanterveyslaki (L 66/1972), erikoissairaanhoidolaki (L 66/1972) ja terveydenhuoltolaki (L 1326/2010).

Mielenterveyslaissa (L 1116/1990) käsitellään mielenterveystyön käsitteitä, sisältöä, valvontaa, järjestämistä ja järjestämisperusteita. Laki käsittelee myös ne edellytykset, milloin henkilö voidaan ottaa tahdonvastaiseen hoitoon ja mitä toimenpiteitä on mahdollista silloin käyttää.

Mielenterveyslain (L 1116/1990 2§ ja 3§) mukaan mielenterveystyötä yleisesti valvoo, suunnittelee ja ohjaa sosiaali- ja terveysministeriö. Alueellisesti valvontaa suorittavat aluehallintavirastot ministeriön alaisuudessa. Mielenterveyspalveluiden järjestämistä kuuluu lain mukaan kunnan vastuulle ja se tulee järjestää osana kunnan sosiaali- ja terveyspalveluita. Erikoissairaanhoidosta mielenterveyspalveluissa tulee huolehtia sairaanhoitopiirien kuntayhtymien yhdessä.

Mielenterveyspalvelut tulee lain mukaan järjestää siten, että ne vastaavat sisällöltään olemassa olevaa tarvetta. Laki korostaa ensisijaisena palveluna avopalveluita, itsenäistä suoriutumista ja oma-aloitteisen hoitoon hakemisen tukemista. Kuntien on myös huolehdittava, että kaikki palvelut muodostavat toimivan kokonaisuuden. Mielisairautta tai mielenterveyshäiriötä sairastavalla tulee myös olla mahdollisuus saada tuki- ja palveluasumista. (L 1116/1990 §4 ja §5.)

Kansanterveyslain (L 66/1972) mukaan kunnan on huolehdittava kansanterveystyöstä, joka tarkoittaa yksilön ja hänen ympäristönsä terveydenhoitoa, terveyden ylläpitämistä sekä edistämistä. Kansanterveystyöhön kuuluvat mielenterveyspalvelut, jotka järjestetään terveyskeskuksessa.

Erikoissairaanhoidolaki (L 1062/1989) säättää erikoissairaanhoidosta ja sen järjestämisestä tarkemmin. Jokaisen kunnan tulee kuulua sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään, joka järjestää erikoissairaanhoidon. Sairaanhoitopiirien vastuulla ovat myös tutkimuksen, kehittämisen ja koulutuksen järjestäminen.

Uuden terveydenhuoltolain (L 1326/2010) tarkoituksena on lisätä asiakkaan valinnanvapautta suhteessa hoitopaikkaan ja hoitohenkilökuntaan. Laki korostaa myös potilaan omaa roolia hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Lain myötä tavanomaisimpia erikoissairaanhoidon palveluita voi saada myös omasta terveys-

keskuksesta. Lisäksi tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja sen toimeenpano 2011.)

3 YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSONGELMAT

Mielenterveyttä on määritelty monin eri tavoin. Määritelmät muuttuvat ajan myötä ja ovat kulttuurisidonnaisia (Punkanen 2001, 9). WHO:n (World Health Organization) mukaan mielenterveys ei ole vain mielenterveyden häiriöiden puuttumista. Maailman terveysjärjestö määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilana, jossa jokainen yksilö ymmärtää omat mahdollisuutensa, pystyy käsittelemään normaalit elämän stressitekijät, pystyy työskentelemään tuottavasti ja tehokkaasti sekä on kykenevä edistämään omaa yhteisöään. (WHO 2007.) Punkasen (2001, 9) määritelmän mukaan: ”Mielenterveys on ihmisen voimavara, joka kuluu ja muuttuu päivittäin. Siksi se tarvitsee huolenpitoa ja lataamista”

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) määritelmän mukaan mielenterveysongelmasta on kysymys silloin, kun oireet aiheuttavat kärsimystä, psyykkistä vajaakuntoisuutta, rajoittavat työ- ja toimintakykyä ja mahdollisuuksia selviytymiseen sekä osallistumiseen. Pahimmillaan mielenterveysongelmat sulkevat ihmisen ulkopuolelle sosiaalisista suhteista ja yhteiskunnasta. Ongelmat esiintyvät usein päivittäisinä mieltä painavina ja voimia vievinä asioina. Ne voivat tuntua myös ruumiillisena kipuna. Mielenterveysongelmilla on vaikutus ihmisen muistiin, ajatuksiin, uskomuksiin ja asenteisiin. (THL 2013 a.)

Terveys 2000 –tutkimuksen mukaan suomalaisista noin neljäsosa kärsii tällä hetkellä psyykkisistä oireista ja noin 15-20 prosentilla suomalaisista on ollut viimeisen vuoden aikana diagnosoitu mielenterveyden häiriö. Yleisimpiä mielenterveydenhäiriöitä tutkimusten mukaan ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, persoonallisuus- ja päihdehäiriöt sekä skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt. (Noppari ym. 2007, 49-51.)

Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin kuuluvat mm. kaksisuuntainen mielialahäiriö, masennus, ahdistuneisuus- ja paniikkihäiriöt. Persoonallisuushäiriöt kehittyvät lapsuuden ja nuoruuden aikana. Persoonallisuushäiriöön kuuluvat henkilön pitkäaikaiset käyttäytymismallit, jotka poikkeavat yleisistä hyväksytyistä tavoista toimia (esimerkiksi narsismi). Psykoosit tarkoittavat tajunnan ja todellisuuden hä-

märtymistä. Niihin liittyvät erilaiset harha-aistimukset ja uskomukset. Skitsofrenia kuuluu psykoottisiin häiriöihin. (Suomen mielenterveysseura 2013.)

Mielenterveysongelmien diagnoosin saaminen on tärkeää oikeanlaisen hoidon, kuntoutuksen ja tukien vuoksi. On tärkeää ymmärtää, että diagnoosin tarkoitus ei ole määrittää ihmistä vaan sairaus oireineen. (Suomen mielenterveysseura 2013.)

4 MIELENTERVEYSKUNTOUTUMINEN

Mielenterveysongelmissa kuntoutus nähdään psykiatrisena kuntoutustoimintana eli palveluina, joiden pohjalla kuntoutujalla on psykiatrinen diagnoosi tai selkeästi sen aiheuttama toimintakyvyn aleneminen (Koskisuus 2004, 11). Psykiatrisen kuntoutuksen tehtävä on auttaa mielenterveysongelmia sairastavia elämään mahdollisimman normaalia elämää (Rissanen 2007, 80). Psykiatriassa hoito ja kuntoutus nähdään usein päällekkäisinä, eikä niitä voida erottaa toisistaan (Pylkkänen & Moilanen 2008, 168).

Kuntoutumisen tarpeen lähtökohtana on yksilön kokema halu vapautua ongelmastaan. Nykytilanne koetaan kivuliaana, rasittavana tai vaativana verrattuna omiin tavoitteisiin, toiveisiin, aikaisempiin kokemuksiin tai läheisten tilanteeseen. (Järviikoski & Härkäpää 2008, 59.)

Kuntoutuja on tavoitteellinen ja omia pyrkimyksiään kohti etenevä. Kuntoutuja voidaan nähdä oman elämänsä ja sen perustan suunnittelijana. Kuntoutuja pyrkii ymmärtämään ja tulkitsemaan elämäänsä. Käsitys kuntoutujasta nähdään aktiivisena toimijana, ei niinkään kuntoutuspalveluiden ja asiantuntijoiden kohteena. (Koskisuus 2004,12-13.)

Jokaiselle kuntoutujalle kuntoutuminen tarkoittaa eri asioita. Kuntoutuminen ei välttämättä ole sama asia kuin paraneminen. Toiselle se on oireiden katoamista, kun taas jollekin se voi olla työkyvyn paranemista. Kuntoutuminen voi merkitä myös onnellisuutta elämässä ja hyviä ihmissuhteita. (Koskisuus 2003, 15.)

Williamin mukaan (1993) kuntoutuminen tapahtuu arjessa ja siihen voi kuntoutuja omalla toiminnallaan vaikuttaa. On oleellista erottaa ammattilaisen tekemä työ ja kuntoutujan oma toiminta. Tarkoituksena on, että kuntoutuminen on itse tekemistä, joka sisältää avun ja tuen siinä, missä ihminen sitä tarvitsee. (Koskisuus 2003, 23.) Päivi Rissanen lisensiaattityön tulosten mukaan turvaverkon muodostamisella mielenterveyskuntoutujalle on tärkeä merkitys. Tuen määrällä ei niinkään ole merkitystä, vaan on oltava varmuus siitä, että kuntoutuja saa tukea tarvittaessa. (Rissanen 2007, 80.)

Kuntoutus voidaan määritellä myös prosessiksi, jonka määränpäänä on ennalta asetetut tavoitteet. Toimenpiteet, joita käytetään kuntoutukseen tapahtuvat vain joskus samanaikaisesti. Eri toimenpiteistä kuntoutuksessa tulisi muodostua looginen tai katkeamaton prosessi. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 19.) Jokaisen kuntoutuksessa olevan tahon tehtävänä on hyvinvoinnin ja sosiaaliturvan takaaminen (Paatero, Lehmijoki, Kivekäs & Ståhl 2008, 33). Kuntoutusprosessin osatekijöinä voivat olla esimerkiksi terveys- ja sosiaalihuollon palvelut, työeläkejärjestelmä, työvoimaviranmoiset, Kansaneläkelaitoksen myöntämät tuet ja kurssit sekä vakuutusyhtiöt.

Kuntoutus voidaan määrittää muutosprosessina, jonka aikana asiakas itse kehittää itselleen parhaimmalla tavalla sopivia keinoja selvitäkseen mahdollisimman hyvin arkielämässä ja sosiaalisissa suhteissa. Yleensä tässä auttaa yhteiskunnan eri palvelut ja työntekijät. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 19.) Jokainen kuntoutusprosessi on yksilöllinen ja siihen vaikuttavat monet eri tekijät (Koskisuus 2004, 66). Hoidon tulisikin aina olla yksilöllistä, jokaisen kuntoutujan ainutlaatuisiin tarpeisiin vastaavaa (Koskisuus 2003, 14).

Kuntoutuksen voidaan nähdä tuottavan hyötyä niin yksilölle kuin yhteiskunnallekin. Onnistunut kuntoutus tuo merkittäviä yhteiskunnallisia vaikutuksia, sillä säilynyt tai palautunut työkyky siirtää ja ehkäisee eläkkeelle siirtymistä (Pylkkänen & Moilanen 2008, 168). Valtionneuvoston kuntoutusselonteon (2002) näkökulman mukaan kuntoutus on ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessi, jonka tavoitteena on itsenäinen selviytyminen, toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja työkyvyn edistäminen (Järvikoski & Härkäpää 2004, 19).

4.1 Osallisuus omaan kuntoutukseen

Kuntoutuksen asenne on osittain ollut asiakkaan yläpuolelle asettumista (Piirainen & Kallanranta 2008, 108). On olemassa kuitenkin viitteitä siitä, että kuntoutusprosessi etenee sujuvasti ja päättyy parempaan lopputulokseen, jos asiakas on aktiivisesti itse mukana tilanteen määrittämisessä ja tavoitteiden luomisessa (Järvikoski & Härkäpää 2008, 61).

Osallisuutta on määritelty monella eri tapaa. Osallisuus tarkoittaa Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen määritelmän mukaan tässä ja nyt tapahtuvaa toimintaa, läsnäoloa ja vuorovaikutusta, tunnetta yhteen kuulumisesta, oikeutta saada tietoa, tekemistä, kokemista ja mahdollisuutta vaikuttaa. Osallisuus on myös osallistumista päätöstentekoon, palvelujen suunnitteluun, elinympäristöön ja omaan elämään. Osallisuus perustuu tasa-arvoiseen ja yhteiseen tietoon. Osallisuuden mahdollistaa aito kiinnostus, kuuntelu ja kuunteleminen. Yhteinen kieli, foorumi, vertaistuki ja edustajat ovat myös osallisuuden mahdollistajia. (THL 2013 b.)

Jokaisella tulisi olla mahdollisuus toimia jäsenenä yhteiskunnassa, tyydyttäviä ihmissuhteita luomalla. Tällöin ihminen pystyy selviytymään elämän vastoinkäymisistä, kuten mielenterveysongelmista, itseluottamuksen ja -arvostuksen myötä. (Noppari ym. 2007, 26.) Kuntoutuksen yksi tavoite on sosiaalisen osallisuuden vahvistaminen. Sosiaalisen osallisuuden tavoite ja periaate on erilaisuuden sekä yksilöllisyyden hyväksyminen. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 135-139.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) turvaa osallisuutta omaan kuntoutukseen. Laissa säädetään esimerkiksi, että hoitoon tulee olla potilaan oma suostumus, hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, potilaan on saatava tietoa hoidosta, potilaalla on oikeus tarkistaa häntä koskevat potilasasiakirjat ja oikaista ne sekä potilaalla on oikeus potilasasiamiehen apuun.

Lain mukaan kuntoutujan tulee myös saada vaikuttaa omaan kuntoutukseen. Sosiaalihuollon asiakaslaki (L 22.9.2000/812) määrää jokaiselle kuntoutujalle tehtävän kuntoutus- tai palvelusuunnitelman. Suunnitelma on tehtävä ja sitä tulee seurata sekä arvioida tasaisin väliajoin yhdessä asiakkaan kanssa.

Kuntoutuksenarviointia ja -toteutussuunnitelmaa voidaan pitää työntekijän ja asiakkaan välisenä neuvotteluna. Heillä voi olla erilaisia mielipiteitä, kokemuksia ja odotuksia sekä oletuksia hyödyistä ja haitoista. Kuntoutuksessa molemmilla osapuolilla tulisi olla mahdollisuus laajentaa omaa näkökulmaansa toistensa näkemyksillä ja kokemuksilla. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 60.) Näin tulee hyödynnettyä molempien, kuntoutujan ja ammattilaisen, asiantuntijuus tilanteesta.

Laitilan (2010) väitöskirjan tulosten mukaan osa mielenterveyskuntoutujista oli sitä mieltä, että suunnittelutyö ilman asiakasta on turhaa. Ilman asiakkaan kokemuksellista asiantuntijuutta saadaan aikaan vain merkityksetöntä paperia. (Laitila 2010, 86.)

Tutkimuksen (Laitila 2010) mukaan mielenterveyskuntoutajat eivät aina koe osallisuuden toteutuvan mielenterveystyössä. Asiakkaan kuuleminen vaatii ammattilaisilta aikaa ja luopumista oletuksesta, jonka mukaan vain heillä on kaikki tieto. Mielenterveyspalveluiden käyttäjien mukaan osalta ammattilaisilta löytyy ennakkoluuloja ja kielteisiä asenteita asiakkaiden kykyyn osallistua ja sanoa mielipiteensä. Osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen tarkoittaa yhdessä tehdyn palvelusuunnitelman lisäksi mm. pääsyä hoitoon silloin kun tahtoo, osallistumista erilaisiin palavereihin ja hoitoneuvotteluihin, osallistumista yhteiseen toimintaan hoitopaikassa sekä vaikuttamista palveluiden kehittämiseen ja järjestämiseen. (Laitila 2010, 87-94.)

4.2 Syrjäytyminen

Syrjäytyminen tarkoittaa ihmisen jäämistä yhteisön ulkopuolelle, syystä tai toisesta. Syrjäytyminen tapahtuu enemmän tai vähemmän tahdonvastaisesti. Henkilö, jolla ei ole mitään muuta menetettävää kuin oma paha olo, on usein vakava uhka omalle tai muiden hyvinvoinnille. (Lehto 2007.)

Mielenterveysbarometri 2007 -tutkimuksen mukaan ammattilaisista 82 %, omaisista 97 % ja kuntoutujista 90 % haluaisi enemmän resursseja mielenterveyspalveluihin, mutta kansalaisista vain 54 %. Saman tutkimuksen mukaan vajaa kolmannes suomalaisista ei haluaisi asua mielenterveyskuntoutujan naapurina ja kuntoutujista 35 % kokee tulleen leimaantuneeksi sairautensa vuoksi. Vuoden 2005 -mielenterveysbarometrin mukaan 23 % kuntoutujista kokee toisten ihmisten välttelevän hänen seuraansa. 41 % kuntoutujista olisi valmis osa-aikatyöhön eläkkeensä olon aikana ja 22 % haluaisi siirtyä eläkkeeltä kokonaan työelämään. (Mielenterveyden keskusliitto 2005; Mielenterveyden keskusliitto 2007.)

Jähin (2004) mukaan vakavaa mielenterveysongelmaa sairastava ei kykene läheskään aina mukautumaan sääntöihin, jotka koskevat sosiaalista elämää. Hän häiritsee arkielämää rikkomalla yhteisön sääntöjä, arvoja ja arvostuksia. Tällöin mielenterveyskuntoutujaan liitetään stigma eli leima, joka tarkoittaa ettei hän ole kulttuurisesti hyväksytty. (Noppari ym. 2007, 27.) Yleisesti tunnustamme, että syrjäytyminen johtuu yhteiskunnallisista tekijöistä, mutta käytännössä keskitymme tarkastelemaan yksilön omia syrjäytymistä lisääviä ominaisuuksia (Järvikoski & Härkäpää 2004, 135).

Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (2009) ensimmäinen tavoite on asiakkaan aseman vahvistaminen. Mielenterveyskuntoutujan kokemaa leimautumista tulisi vähentää eri yhteiskunnan tasoilla. Mielenterveysuunnitelman mukaan tämä tarkoittaa mm. yhdenvertaista hoitoon pääsyä muihin sairauksiin verrattuna, syrjivät asenteet tulee ottaa huomioon jo peruskoulutuksessa ja työelämässä kohtelun tulee olla samanlaista kuin muillakin osatyökykyisillä sekä lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjille tulee tarpeen tullen järjestää koulutusta asenteiden muuttamiseksi. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 18.)

5 ASUMISPALVELUT

Mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä sairastavalle on järjestettävä mahdollisuus lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty (L 1116/1990). Lainsäädännössä asumispalvelut ovat sosiaalipalveluita, joiden järjestämisestä on vastuussa kunta (L 710/1982).

Palvelukoti, kuntoutuskoti, palveluasunto, hoitokoti, tukiasunto jne. tarkoittavat toimintaa, joka valvoo ja ohjaa asumista. Tällaista palvelua voi toteuttaa kunta omana palvelunaan tai ostaa yksityiseltä sosiaalialan yritykseltä tai yhdistykseltä. Myös sairaanhoitopiiri toteuttaa asumispalveluita. Kuntoutuskoti tähtää, että asiakas itsenäistyy ja muuttaa omaan kotiin. Pienkodit ovat yleensä pysyviä asumuotoja ja niiden tavoitteena on mahdollisimman hyvä elämän laatu. (Punkanen 2001, 26.) Esimerkiksi skitsofreniaa sairastavalla ei usein ole työpaikkaa tai perhettä, eivätkä he kykene elämään itsenäisesti. Kunkin mielenterveyskuntoutujan yksilölliset tarpeet ovat erilaisia, joten ei aina ole helppoa löytää sopivinta asumuotoa. (Rissanen 2007, 61-62.)

Laadukas ja yhdenvertainen sekä asiakkaan hoidon ja tarpeet huomioiva palvelu edellyttää henkilökunnan, tilojen ja niiden varustelun mitoittamista asiakkaan tarpeiden mukaisiksi. Palvelun järjestäminen perustuu viranomaisen päätökseen tai yksityistä hoitoa järjestettäessä yrityksen ja asiakkaan väliseen kirjalliseen sopimukseen. On tärkeää, että yksikkö on määritelty toimintasuunnitelmassa kenelle ja millaisiin tarpeisiin palvelu on tarkoitettu. (Valvira 2013.)

Stakesin (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) tilastojen mukaan vuoden 2004 lopussa 88 prosenttia asukkaista asui yksityisissä psykiatrisissa asumisyksiköissä. Nykyisin juuri yksityisten palveluntuottajien asumispalvelut ovat keskeinen osa vaikeasti hoidettavien mielenterveyshäiriöisten kuntoutuksessa. (Harajärvi ym. 2006, 14-15.)

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämän tutkimuksen ote oli kvalitatiivinen eli laadullinen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoitus on pyrkiä ymmärtämään syvällisemmin tutkimuksen kohteen laatua, merkityksiä ja ominaisuuksia. Tähän tutkimukseen saadut tiedot perustuvat haastateltavien henkilökohtaisiin kokemuksiin ja mielipiteisiin, joiden pohjalta pyrittiin kuvaamaan todellisuutta mahdollisimman tarkasti.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole mahdollista saavuttaa objektiivisuutta. Arvot ja se mitä tiedetään, muovaavat tapamme ymmärtää tutkittavia ilmiöitä. Tuloksena syntyy ehdollisia selityksiä rajoittuneena johonkin tiettyyn paikkaan ja aikaan. Tarkoituksena on löytää tai paljastaa tosiasioita, eikä todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 1997, 161.)

6.1 Tutkimusongelma

Tutkimusongelma on kysymys, johon tutkimus hakee vastausta. Tutkimuksen ongelmien tulisi olla tutkimuksellisesti tärkeitä, uusia ja mahdollisia käytännössä tutkia. Tutkimusongelmat eivät saa ottaa eettisiä tai moraalisia kannanottoja ja niiden tulee olla muodoltaan selkeitä. Tutkimus voidaan jaotella pääongelmaan ja alaongelmiin. Pääongelman tehtävä on kattaa koko tutkittavan aiheen. Alaongelmat ovat kapea-alaisempia ja pääongelmaa tarkentavia. (Soininen 1995, 64.)

Tutkimuksen aihe oli mielenterveyskuntoutujan osallisuus omaan kuntoutukseen asumispalveluissa. Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, kokeeko mielenterveyskuntoutuja olevansa osallinen omaan kuntoutukseen. Tutkimus selvitti mistä osallisuuden tunne kuntoutujalle muodostuu ja mikä puolestaan heikentää mahdollisuutta osallisuuteen. Tarkoitus oli myös selvittää miten osallisuutta voisi kuntoutujan mielestä lisätä.

Tutkimuksen pääongelma:

1. Kokeeko mielenterveyskuntoutuja olevansa osallinen omaan kuntoutukseen asumispalveluissa?

Tutkimuksen alaongelmat:

1. Mistä osallisuuden tunne kuntoutujalle muodostuu?
2. Mikä heikentää omaa mahdollisuutta osallisuuteen?
3. Miten osallisuutta voisi kuntoutujan mielestä lisätä?

6.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmä painottui strukturoituun haastatteluun. Strukturoidussa haastattelussa on valmiit kysymykset, jotka varmistavat ettei haastattelija vaikuta haastateltavan vastauksiin omilla mielipiteillään. Nauhoittamalla haastattelut voidaan varmistaa tilanteen tarkastelu ja analysointi myöhemminkin. Nauhoituksista kuuntelemalla uudelleen voi myös havaita uusia puolia haastattelussa, kuten esimerkiksi vastaajan epäröintiä tai innostusta. Nauhoitetut haastattelut tulee litteroida eli muutettava kirjoitettuun muotoon. Litterointi toimii muistin apuna ja helpottaa löytämään yksityiskohtia haastatteluista. (Ruusuvuori & Tiittula 2005,11-16.)

Haastattelukysymykset (liite 2) pyrkivät tuomaan vastauksen tutkimusongelmiin. Kysymykset 2, 3, 4, 6, 7, 8 ja 10 vastasivat ensimmäiseen alaongelmaan, eli mistä osallisuuden tunne kuntoutujalle muodostuu. Pohjana kysymyksissä oli käytetty aikaisemmin mainittua Terveysten- ja hyvinvointilaitoksen määritelmää osallisuudesta, jonka mukaan osallisuus tarkoittaa mm. yhteiseen toimintaan osallistumista, läsnäoloa ja vuorovaikutusta, oikeutta saada tietoa, tekemistä, kokemista sekä mahdollisuutta vaikuttaa toiminnan kehittämiseen ja suunnitteluun. (THL 2013 b.)

Kysymys 11 kysyi vastausta toiseen alaongelmaan: mikä heikentää mahdollisuutta osallisuuteen. Osallisuutta heikentävät tekijät tulivat esiin myös muualla haastattelussa ja ne on koottu yhteen. Kysymykset 5, 9 ja 12 kartoittivat vastausta kolmannen alaongelmaan ja kysyivät miten osallisuutta voisi kuntoutujan mielestä lisätä.

6.3 Tutkimuskohde

Noin viikko ennen haastatteluja tutkija esitteli itsensä ja tutkimuksen aiheen kohderyhmälle luottamuksen takaamiseksi. Haastattelun saatekirje (Liite 1) ja haastattelukysymykset (Liite 2) annettiin kohderyhmälle etukäteen tutustumista varten, jotta saataisiin mahdollisimman paljon tietoa varsinaisessa haastattelutilanteessa.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat asumispalveluita saavat mielenterveyskuntoutujat. Tarkoituksena oli valita tutkimuksen kohteeksi juuri mielenterveyskuntoutujat, koska heillä on omakohtaista tietoa ja kokemusta aiheesta. Kaikille vapaaehtoiseen haastatteluun osallistui yhteensä yhdeksän (9) mielenterveyskuntoutujaa seitsemästätoista (17). Heistä kuusi (6) asuu asumispalvelukodissa ja kolme (3) tukiasunnoissa. Vastausprosentti oli 52,94 %. Heidän palveluiden tuottajansa on yksityinen yritys ja heitä palvelee sama henkilökunta sekä palvelukodissa että tukiasunnoissa. Anonyymisyyden vuoksi henkilöiden nimiä tai muita henkilökohtaisia tietoja ei tutkimuksessa kerrota.

6.4 Aineiston analysointi

Aineistolähtöisessä analysoinnissa pyritään saamaan aineistoista teoreettinen kokonaisuus, eikä analyysiyksiköitä ole etukäteen asetettu. Ei ole olemassa yleisesti opeteltavissa olevia sääntöjä tai tieteellistä metodologiaa, joka takaisi totuuden löytymisen. Tutkijan tulee itse toteuttaa analyysi, joka vastaa tutkimusongelmaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-100.)

Tutkimuksen aineistoa analysoidessa on ensimmäisenä tunnistettu litteroiduista haastatteluista ilmaisut, jotka ovat kiinnostavia tutkimuksen kannalta. Nämä ilmaisut on redusoitu eli pelkistetty karsimalla epäolennainen pois. Redusointi toteutettiin lukemalla aineisto moneen kertaan läpi ja samalla pitäen listaa ilmaisuisista paperilla. Ennen aloittamista ilmaisu tulee määrittää. Se voi olla sana, kokonainen lause tai ajatuskokonaisuus. Tässä tutkimuksessa ilmaisu tarkoittaa ajatusta. Sama asia on siis voitu sanoa monella eri tapaa useaan kertaan. Pelkistämisen jälkeen ilmaisut on klusteroitu eli ryhmitelty. Klusteroinnissa samaa tarkoittavat ilmaisut kootaan yhteen, jonka jälkeen ryhmälle annetaan sitä kuvaava nimi. Klus-

terointi on tässä tutkimuksessa toteutettu tekemällä samaa tarkoittavista ilmaisuisista alakategorioita. Klusterointia seuraa abstrahointi eli käsitteellistäminen. Käsitteellistämässä on ryhmille annettu yhteinen niitä kuvaava otsikko, jotka ovat kuvioissa 2-9 yläkategorioita (Liite 3). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110-111.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteitä yhdistellään ja siten saadaan vastauksia tutkimusongelmiin. Analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään aineistosta kohti käsitteitä. Johtopäätöksiä tehdessään tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavien mielipiteitä ja näkökulmia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112.) Tuloksissa tuodaan esiin ryhmittelyn seurauksena syntyneet käsitteet ja annetaan niistä muutamia esimerkkejä alkuperäisestä aineistosta. Poikkeuksena kysymys yksi ”Kauanko olet saanut palveluita ---sta?”, jonka vastaukset on koottu kuvioksi 1 (ks. 29) kuvaamaan vastaajien taustaa asumispalveluissa.

6.5 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa voidaan arvioida tutkimuksen kohdetta ja tarkoitusta, tutkijan omaa sitoutumista tutkimukseen, aineiston keruu menetelmää, tutkimuksen tiedonantajia, tutkija-tiedonantaja-suhdetta ja tutkimuksen eettisyyttä. Arvioinnissa painottuu kokonaisuus, jolloin tutkimuksesta tulee löytyä sisäinen johdonmukaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140-141.)

Tutkimuksen kohteena oli selvittää mielenterveyskuntoutujien osallisuutta asumispalveluissa. Aiheen valintaan vaikuttivat tutkijan oma mielenkiinto asiaa kohtaan sekä aiheen ajankohtaisuus. Myös asumispalveluita tuottavalla yrityksellä oli mielenkiinto tutkimusaihetta kohtaan, joten voidaan perustella, että tutkimus oli aiheellista toteuttaa työelämän tarpeisiin.

Tutkijan oma sitoutuminen tutkimukseen oli hyvää. Tutkija on oma-aloitteisesti ideoinut tutkimuksen ja tehnyt sen itse alusta loppuun saakka. Tutkijan oma mielenkiinto asiaa kohtaan auttoi sitoutumisessa. Tarvittaessa tutkija on pyytänyt apua ja ohjausta ohjaavalta opettajalta, jonka näkökulmat ovat tuoneet lisäarvoa tutkimukselle.

Aineiston keruu tapahtui luotettavasti yksilöhaastatteluina, jotka nauhoitettiin, jotta niihin voitaisiin palata myöhempäa tarkastelua varten. Nauhoitetut haastattelut kuunneltiin useaan otteeseen ja litteroitiin tarkasti eli kirjoitettiin sanasta sanaan puhtaaksi. Kysymykset luotiin niin, että ne vastasivat tutkimusongelmiin ja olivat ymmärrettäviä.

Tutkimuksen tiedonantajat olivat tarkoituksen mukaan valittuja. Heihin otettiin yhteyttä etukäteen ja kaikki halukkaat saivat osallistua haastatteluun. Haastateltaviin luotiin luottamuksellinen suhde ennen haastatteluita. Tutkimuksen periaatteen kuului, ettei tutkimuksesta ilmene haastateltavien henkilöllisyys tai asuinpaikka. Haastateltavat olivat myös täysin tuntemattomia tutkijalle, mistä johtuen tutkijalla ei ollut ennakkoluuloja tai käsityksiä vastauksista.

Tutkija-tiedonantaja-suhde voi vaikuttaa tutkimuksen tulosten muuttamiseen ennen niiden julkaisua. Tässä tapauksessa tutkija julkaisee itse tutkimuksen opinnäytetyönä. Kukaan ei ole muuttanut tuloksia tai vaikuttanut niihin ennen niiden julkaisemista.

Tutkimuksen kesto oli noin yksi vuosi. Vuoden 2013 alussa alkoi suunnittelutyö, keväällä tapahtui teoreettiseen viitekehukseen tutustuminen, kesällä haastattelut ja niiden litteroiminen. Syksyllä tutkimustulokset analysointiin ja opinnäytetyö kirjoitettiin toimivaksi kokonaisuudeksi. Tutkijalla oli aikataulu, jonka mukaan edettä. Aikataulussa tutkija pysyi aluksi hyvin, mutta kesällä töiden vuoksi hieman myöhästyi. Lopulta kaikki valmistui kuitenkin hyvissä ajoin. Tulokset ovat ajankohtaisia ja sovellettavissa tämän päivän työelämään.

Aineiston analysointi on tutkimuksessa läpinäkyvää. Kysymysten analysointi metodit on kirjoitettu ”tutkimuksen toteuttaminen” -kappaleeseen sanallisesti auki. Analysointikaaviot lisättiin tutkimuksen loppuun liitteeksi ja ovat myös nähtävillä. Kaikkia tuloksia on havainnollistettu litterointien vastauksilla.

Tutkimus oli eettisesti korkeatasoinen, koska tutkija toteutti toimintatavoissaan rehellisyyttä ja huolellisuutta. Tiedonhankinta, tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen arviointimenetelmät ovat tutkimuksessa auki selitettyjä. Tutkija on pyrkinyt

ottamaan huomioon aikaisemmat tutkimukset ja asiantuntijat työssään sekä tuonut oman työnsä julkisuuteen. Tutkimuksen kohde on kerrottu rehellisesti, kuitenkin suojaten haastateltavien yksityisyyttä. Jos tutkimukseen olisi saatu rahoitusta, se olisi tuotu ilmi tässä tutkimuksessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Haastateltavien taustatietoja kartoitettiin kysymällä asumispalveluissa asuttua aikaa. Vastaajista yksi oli asunut asumispalveluiden piirissä alle vuoden. Muilla haastateltavilla oli enemmän kokemusta asumispalveluista. (ks. kuvio 1.)



Kuvio 1. Asumispalveluissa asutut vuodet vastaajien kesken

Vastaajista eniten eli neljä (4) vastaajaa on asunut yrityksen asumispalveluiden piirissä 5-10 vuotta. Toiseksi eniten eli kaksi (2) asukasta ei muista kuinka kauan on asunut, mutta vastauksissa molempien kohdalla tuli esiin ilmaisu ”useita vuosia”.

Yksi (1) vastaajista on asunut asumispalveluissa 1-5 vuotta. Yksi (1) vastaaja on asunut asumispalveluissa alle vuoden ja yksi (1) yli kymmenen vuotta.

7.1 Osallisuuden tunteen muodostuminen

Aineiston ryhmittelyvaiheessa muodostui viisi yläkategoriaa, jotka kuvaavat mistä osallisuuden tunne kuntoutujalle muodostuu. Yläkategoriat ovat: 1. vaikuttaminen omaan kuntoutukseen 2. tiedon saanti 3. kuntoutuksen suunnittelu ja kehittäminen

4. läsnäolo ja vuorovaikutus sekä 5. toimintaan osallistuminen ja yhdessä tekeminen. Yläkategorioihin kuuluu kaksi tai useampi alakategoria. Alakategoriat tarkentavat ja selittävät yläkategorioita. (Liite 3.)

Tutkimuksen tuloksissa esiintyvät kursivoidut esimerkit ovat lähtöisin litteroidusta materiaalista. Haastateltavat on numeroitu esimerkkien perään. Esimerkeissä ei ole kaikkia ilmaisuja, vaan tarkoituksena on havainnollistaa alakategorioita.

7.1.1 Vaikuttaminen omaan kuntoutukseen

Yläkategoria vaikuttaminen omaan kuntoutukseen sisältää kaksi alakategoriaa, jotka ovat ammatillinen ohjaus ja oma aktiivisuus (Liite 3 1(8)). Kuntoutuja siinä kokivat, että omaan kuntoutukseen voi vaikuttaa oman aktiivisuuden ja ammatillisen ohjauksen kautta.

Alakategoria ammatillinen ohjaus koostui ilmauksista, joissa ammattilainen eli asumispalveluohjaaja on keskeinen tekijä silloin, kun halutaan vaikuttaa. Ohjaajat kysyvät mielipiteitä, heidän kanssaan tehdään yhteisiä päätöksiä esimerkiksi osastokokouksessa ja heille voi sanoa omia ehdotuksia.

”No, kyllä pystyy vaikuttamaan. Kun on aina niinku yhteisiä kysymyksiä esitetty meille, jotta mitä haluaas.”(9)

”Osastokokouksessa me tehdään päätöksiä.”(1)

Oma aktiivisuus alakategoria tarkoittaa, että kuntoutuja tekee itse asioita vaikuttaakseen kuntoutukseen. Kerätyissä ilmaisuissa aktiivinen kuntoutuja osallistui arkeen tai liikuntaan parhaansa mukaan.

”Tekemällä kaikki työt niin hyvin kuin osaan, mennään eteenpäin.”(7)

”Pystyn vaikuttamaan kuntoutukseen, menemällä muiden mukana liikuntaan.”(3)

7.1.2 Tiedon saanti

Yläkategoria tiedon saanti pitää sisällään kaksi alakategoriaa, jotka ovat ohjaajat tiedon välittäjänä ja ammatilliset työmenetelmät (Liite 3 2(8)). Tämä tarkoittaa, että haastatteluiden perusteella kuntoutuja sai tietoa kuntoutuksesta ohjaajilta tai ammattilaisten käyttämien erilaisten työmenetelmien kautta.

Alakategoriassa ohjaajat tiedon välittäjänä, vastaajat ilmaisivat saavansa tietoa ohjaajien kanssa keskustelemalla. Ilmaisuihin tuli esiin, että ohjaajat kertovat asioita kuntoutujille ja vastaavasti heiltä myös kysytään.

”Saan tietoa ohjaajilta.”(3)

”Kyllä ne on sanonu, miten on menny.”(8)

”Henkilökunnalta kysymällä saan tietoa.”(3)

Alakategoriassa ammatilliset työmenetelmät tiedon välittäjänä tarkoittaa tiedon kulkua ammattilaisten omien työmenetelmien kautta. Vastauksissa tulivat esiin työmenetelmät kuntoutussuunnitelma ja osastokokous.

”Meillä on sellanen kuntoutussuunnitelma, niin siinä ainakin saa tietoa omasta kuntoutuksesta sitte.. miten se etenee.”(5)

”Osastokokouksessa saan tietoa.”(1)

7.1.3 Kuntoutuksen suunnittelu ja kehittäminen

Kuviossa kuntoutuksen suunnittelu ja kehittäminen (Liite 3 3(8)) yläkategoria muodostui kolmesta alakategoriasta, jotka ovat ammatillinen työmenetelmä, ohjaajien kanssa keskustelu ja oma aktiivisuus. Kysyttäessä miten kuntoutuja pystyy suunnittelemaan ja kehittämään omaa kuntoutusta vastauksissa tuli esiin yksi ammatillinen työmenetelmä, keskustelu ohjaajien kanssa ja oma aktiivisuus.

Ammatillisella työmenetelmällä tarkoitettiin tasoryhmää.

”Meillä on semmonen tasoryhmä kerran vuodessa, niin sen kautta.”(1)

Alakategoriaan keskustelu ohjaajien kanssa on koottu ilmaisuja, joissa kuntoutuja koki kehittämisen ja suunnittelun tapahtuvan keskustelun kautta. Kuntoutujat saivat, että he saavat tuoda esille omia mielipiteitään ja heitä on myös kuunneltu.

”Hyvin (pystyy kehittämään ja suunnittelemaan), keskustellaan ohjaajien kanssa.”(6)

”Oon päättänyt toisesta jumpasta jossa käyn. Oon halunnut mennä sinne, ja mun mielipidettä on kuunneltu.”(8)

Oma aktiivisuus alakategorian ilmaisuissa kuntoutuja on lähtenyt itse tekemään jotain kehittääkseen omaa kuntoutustaan. Tämä tarkoitti mm. hankkimista itselleen harrastusta ja toimintaa.

”Pitää lähtyä kävelemään ja lähtyä soittelemaan kansalaisopistolle ja niin pois päin.”(9)

7.1.4 Läsnaolo ja vuorovaikutus

Läsnaolo ja vuorovaikutus yläkategoria muodostui kolmesta alakategoriasta, jotka ovat vertaistuki, turvallisuudentunne ja ohjaajien läsnaolo (Liite 3 4(8)). Ilmaisuja kerätessä tuli esiin, että vastaajat kokevat läsnaolon ja vuorovaikutuksen olevan vertaistukea, turvallisuudentunnetta ja ohjaajien läsnaoloa.

Alakategoriaan vertaistuki tuli paljon ilmaisuja. Muita asukkaita sanottiin kaveriksi, porukkaa keuhuttiin hyväksi ja esiin tuli useasti, että kaikilla on hyvät välit toisiinsa.

”Täällä sopii hyvin. Mukavia kaveria kaikki. Ollaan kaikki samas venees.”(2)

”Kyllä meillä on hyvät välit kaikilla.. Tullaan keskenämme kaikki hyvin toimeen.”(7)

Alakategoriaan turvallisuudentunne kuuluu ilmaisia, jotka kuvastavat turvallisuutta asumispalveluissa. Vastauksissa tuli esiin, että yrityksen asumispalveluissa kuntoutuja tuntee olonsa turvalliseksi.

”Täällä ei oo mitään ränkkää.. kukaa ei väitä toisen kaas mitää.”(2)

”Täällä ei käydä kenenkään päälle.”(4)

Viimeinen alakategoria muodostui ilmaisuista, joissa tuli esiin ohjaajien läsnäolo. Kysyttäessä läsnäoloa ja vuorovaikutusta vastaukset koskivat ohjaajia.

”Työntekijät käy täällä mun luona.”(8)

”No, ohjaajan kyytis voi päästä kaupunkiin.. ja voi pyytää apua jos tulee jotain hankaluuksia keittämisessä..”(9)

7.1.5 Toimintaan osallistuminen ja yhdessä tekeminen

Yläkategoria toimintaan osallistuminen ja yhdessä tekeminen vastaa, mihin toimintaan haastateltavat osallistuvat ja mitä he tekevät yhdessä. Yläkategoria koostuu viidestä alakategoriasta, jotka ovat retket, ohjattu harrastaminen, ruokailu, tv:n katseleminen ja kotityöt (Liite 3. 5(8)). Vastausten perusteella asumispalveluissa on paljon toimintaa, johon osallistutaan yhdessä.

Alakategoria retket koostui ilmaisuista, joissa mainittiin talon ulkopuolelle tehtävät yhteiset retket esimerkiksi ostoksille.

”Me tehdään reissuja.”(1)

”Mä voin kokea shoppailua (asumispalveluiden kautta).”(9)

Ohjattu harrastaminen alakategoriassa tuli esiin harrastuksia, joita henkilökunta on järjestänyt asiakkaille. Esiin tuli mm. askarteleminen, lukeminen, bändissä soittaminen, jumppa, lenkkeily ja urheilu ylipäätään.

”Osallistun jumppaan, lenkkeihin, askarteluun..”(7)

”Soittaminen. Meillä on bändi täällä.”(1)

Alakategoriassa ruokailu haastateltavat toivat esiin yhteiset ruokailuhetket, kun kysyttiin toimintaan osallistumista ja yhdessä tekemistä. Tärkeänä sosiaalisena tilanteena koettiin yhdessä syöminen ja kahvin juominen.

”Olen mukana yhteisessä toiminnassa esimerkiksi ruokailussa, kahvi hetkinä.. sellais..”(5)

”Ku vaan kahvit saa juotua.”(4)

Kaksi ilmaisua muodosti alakategorian tv:n katselu. Asumispalveluissa asiakkaat katselevat yhdessä tv:stä mm. urheilukilpailuja.

”Me kattotaan kisoja teeveestä.”(2)

”Kattelen televisiota.. ja juttelen noiden kans.”(9)

Kotityöt alakategoriaan kuuluvat ilmaiset koskivat yleisiä ja päivittäisiä kotitöitä. Vastauksissa tuli usein esiin esimerkiksi siivoaminen ja ruuanlaittaminen.

”No iltapalan laitto maanantaina ja keskiviikkona. Ja sitte tiistaina on ruokaalutilan lakaasu hyvin. Sitte päiväruean keitto on keskiviikkona ja pöydän kattaus. Perjantaina neljän tiskit.”(6)

7.2 Miten osallisuutta voisi lisätä?

Yläkategoria osallisuuden lisääntyminen muodostui kolmesta alakategoriasta, jotka ovat ei muutoksia, toiminnallista tekemistä ja henkilökohtaista ohjausta (Liite 3 6(8)). Osa vastaajista oli sitä mieltä, että mitään ei tarvitse muuttaa tai lisätä vaan kaikki on hyvin tällä hetkellä. Osa vastaajista toivoi lisää toiminnallista tekemistä arkeensa ja osa kaipasi enemmän henkilökohtaista ohjausta.

Alakategorian ei muutoksia ilmaisuista tuli ilmi tyytyväisyys tähän hetkeen. Ilmaisuista voi päätellä, että vastaajat eivät toivo enempää toimintaa, koska muuten sitä olisi liikaa.

”En tiedä, kyllä mulla kaikkia tää on.. on tekemistä että.”(7)

”En mä tiedä oikee enempää. Näin on hyvä. Tulee liikaa toimintaa, enkä mä aina jaksa.”(4)

Toiminnallista tekemistä alakategoriaan on koottu ilmaisia tekemisestä, jota voisi olla enemmän osallisuuden lisääntymiseksi. Erityisesti lisää haluttiin retkeilyä, matkustamista ja kaupassa käymistä. Yksi ilmaisu toivoi, että voisi harrastaa enemmän musiikkia.

”Noita reissuja ois hiano tehdä enempi.. laavulle.. grillausta laavulle.”(3)

”No on niin pitkät matkat.. kyyteihin jos sais apua.”(1)

”Sitä pidin vähän huonona, kun niin, täällä sai ennen kerran kuukaudes edes takaasi lipun kaupunkiin.. niinku junalipun.. Sai mennä vaikka ostoksille tai mitä.. vaikka huvimatalle. Mä en oikee ymmärtäny syytä siihen. Mua otti päähän kauan.”(4)

”Kuule, mä haluaisin osallistua musiikkiin enemmän.”(9)

Alakategoriaan henkilökohtaista ohjausta on koottu ilmaisia toivomuksesta saada henkilökunnalta lisää aikaa ja tietoa. Henkilökohtaisen ohjauksen kautta vastaajat ajattelivat osallisuuden lisääntyvän. Yksi ilmaisu halusi tietää lisää ”erikoisjutuita”, joilla tarkoitettiin diabetesliittoa ja siihen kuulumista. Yksi ilmaisuista toivoi henkilökunnan järjestämän tasoryhmän olevan useammin. Yksi ilmaisu halusi ohjaajien viettävän enemmän aikaa kuntoutujan luona. Yksi ilmaisu puolestaan toivoi, että uskaltaisi sanoa omia mielipiteitään enemmän, johon tarvittaisiin henkilökunnalta enemmän henkilökohtaista rohkaisemista.

”Meillä on sellanen tason tarkistus kerran vuodessa. Se on vain niin pikä aika..”(1)

”Mä haluaasin nuota erikoisjuttuja. Kun mulla on diabetes, eikä mulle tuu sitä diabetes lehtä. Enkä mä oo saanu tietää siitä Tampereen diabetes liitosta kuinka se toimii.”(9)

”No mä haluaisin, että nuo olis enempi mun työnä, nuo ohjaajat. Ne käy tosi vähän mun työnä. Joskus kaipaani niinku enempi prosessointia.”(8)

”Mä haluaisin sanoa niitä omia mielipiteitä enemmän, kun aina ei uskalla niinku sanoa. Siihen tarvis rohkaisua.”(5)

7.3 Osallisuutta edistävät tekijät

Yläkategoriaan osallisuutta edistävät tekijät kuuluu kolme alakategoriaa, jotka ovat ammatillinen ohjaus, toimintaan osallistuminen ja itsemääräämisoikeus (Liite 3 7(8)). Kategorioihin kerättiin ilmaisia, jotka olivat vastauksissa kysyttäessä osallisuutta edistäviä tekijöitä. Vastauksista tuli siis ilmi, että osallisuutta edistävät ammattilaisten tekemä työ, oma aktiivisuus ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen.

Alakategoria ammatillinen ohjaus koski ohjaajien tekemää työtä. Ilmauksista tuli esiin ohjaajien antama kannustus, vaikutus ja opettaminen.

”Kyllä mä oon niille (henkilökunnalle) toimitellu ja ne on sitte mua opettanu sillon ku oon ollu omis ongelmis.”(8)

”Nuo ohjaajat, jotakin niinku vaikuttaa.. Vaikuttaa mun tekemiseen. Että mä niinku teen ja oon ja saan niiltä sellasta kannustusta.”(3)

Toimintaan osallistuminen alakategoriaan kootuista ilmaisuista huomasi, että kuntoutuja kokee osallisuuden edistyvän, kun saa olla osana normaalia arkea ja toimintaa. Myös mahdollisuus harrastuksiin nousi vastauksissa esiin.

”Kun voi käydä lenkeillä. Se on mun mielestä mukavaa.”(2)

”Kun täällä saa pyrkiä kaikkiin elokuvakerhoihin ja tuollaasiin.”(4)

Alakategorian itsemääräämisoikeus ilmaisuista tuli esiin halu vaikuttaa siihen, mihin osallistuu ja mitä tekee. Osallisuutta koettiin edistävän toiminnan vapaaehtoisuus ja mahdollisuus tehdä asioita omaan tahtiin.

”Mua edistää paljonki se, ettei kukaa oo puuskuttamas seljän takana.”(9)

”No jos joku toiminta on vapaaehtoista, siihen mielummin osallistuu.”(5)

7.4 Osallisuutta heikentävät tekijät

Osallisuutta heikentäviä tekijöitä kysyttäessä ilmaisuista muodostui kolme alakategoriaa, jotka ovat syrjäytyminen, vähävaraisuus ja vapauden puute (Liite 3 8(8)). Vastaajat kokivat vastausten perusteella sairaudesta johtuvaa syrjäytymistä, vähävaraisuutta ja vapauden puutetta.

Alakategoriaan syrjäytyminen on koottu ilmaisuja, joissa kuntoutuja on kokenut muiden ihmisten suhtautumisen heihin olevan syrjivää. Kuntoutujat kokivat vastausten perusteella myös yksinäisyyttä.

”Se on usein tuo suhtautuminen, kaikki pitää mua melkein nollana jätkänä. Niin on ollu ne muusikotkin, ettei ne oo halunnu soitella mun kaas. Ja mulla on sitte tää maine sellanen ku se on.. onko se sitten se hullun maine, vai mikä se on?”(9)

”Yksinäisyys. Yksin meen jumppaan, yksin meen kauppaan..”(8)

Vähävaraisuus alakategoriaan on kerätty ilmaisuja, joista ilmenee osallisuuden heikkeneminen rahan vähyyden vuoksi. Kuntoutujat toivoivat saavansa enemmän rahaa, jotta voisivat esimerkiksi enemmän harrastaa.

”Monet jutut on kytkeentyny siihen raha juttuun, ku sossu ei anna niin vaan sitä. Se on aika paljon rahasta kii.”(9)

”En mä saa tarpeeksi rahaa.”(4)

Alakategoriaan vapauden puute, on koottu ilmaisuja, joissa toivottiin enemmän vapautta. Vastauksissa haluttiin päättää itse asuinpaikastaan ja sanottiin, että pakollisuus on epämukavaa.

”Että ois joustavuutta lähtee.. Että jos mä vaikka haluaasin muuttaa Tampereelle, niin kuinka äkkiä se tapahtuus sitte?(9)

”No kaikenlainen pakollisuus. Jos on jotakin sellaista pakollista, niin se ei sitten oo niin mukavaa..Toimintaa tai jotakin.”(5)

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan päätellä seuraavaa:

1. Kuntoutujat kokivat olevansa osallisia kuntoutukseensa, koska asumispalveluissa toteutuivat osallisuuden osa-alueet, jotka ovat vaikuttaminen, tiedon saanti, suunnittelu ja kehittäminen, läsnäolo ja vuorovaikutus sekä toimintaan osallistuminen ja yhdessä tekeminen.
2. Mielensterveyskuntoutuja pystyy vaikuttamaan kuntoutukseen oman aktiivisuuden kautta tai ammattilaisten kautta.
3. Ammatillaiset välittävät tietoa mielensterveyskuntoutujalle.
4. Mielensterveyskuntoutujat suunnittelivat ja kehittivät toimintaansa itse tai ammattilaisten kautta.
5. Vertaistuki oli mielensterveyskuntoutujille tärkeää asumispalveluissa.
6. Ohjaajien läsnäolo oli mielensterveyskuntoutujille tärkeää.
7. Mielensterveyskuntoutujat kokivat olonsa yrityksen asumispalveluissa turvallisiksi.
8. Mielensterveyskuntoutujat osallistuivat ohjauksesta tai oma-aloitteisesti retkiin, erilaisiin harrastuksiin, yhteiseen ruokailuun ja kotitöihin.
9. Osallisuutta voisi lisätä kyseisessä paikassa järjestämällä enemmän toimintaa, erityisesti retkeilyä. Toiminnan tulisi kuitenkin olla mielensterveyskuntoutujien mielestä vapaaehtoista.
10. Osallisuutta voisi lisätä myös antamalla enemmän henkilökohtaista ohjausta esimerkiksi keskustelun ja yhdessä vietetyn ajan kautta.
11. Osallisuutta voisi lisätä järjestämällä tasoryhmä useammin.

12. Osallisuutta mielenterveyskuntoutujien mielestä lisäsivät ohjaajat, mahdollisuus osallistua itse tekemällä ja itsemääräämisoikeus.

13. Osallisuutta heikentävät tekijät olivat lähinnä asumispalveluiden ulkopuolisia tekijöitä. Osallisuutta heikensivät koettu syrjintä, vähävaraisuus ja vapauden puute.

Terveyden- ja Hyvinvointilaitoksen määritelmän mukaisia osallisuuden osa-alueita toteutui yrityksen asumispalveluissa. Lisäksi tuloksissa nousi esiin kuntoutujien mainitsemina ohjaajien läsnäolo ja henkilökohtainen ohjaus. Kuntoutujat kokivat myös osallisuutta olevan muiden asukkaiden vertaistuki ja turvallinen ympäristö. Osallisuuden mahdollistaakin aito kiinnostus, kuuntelu, kuunteleminen, yhteinen kieli, foorumi ja vertaistuki. (THL 2013 b.)

Rissanen (2007) mukaan esimerkiksi skitsofreniaa sairastavalla ei usein ole työpaikkaa tai perhettä, eivätkä he kykene elämään itsenäisesti. Kunkin mielenterveyskuntoutujan yksilölliset tarpeet ovat myös erilaisia. (Rissanen 2007, 61-62.) Vaikea sairaus saattaa estää mielenterveyskuntoutujan osallisuuden toteutumisen. Tutkimuksen tulosten mukaan asumispalveluissa asuvalle mielenterveyskuntoutujalle asumispalvelut ja siellä työskentelevät ohjaajat ovat tärkeitä osallisuuden takaamiseksi. Tutkimuksesta voidaan myös päätellä, että jokaisen kuntoutujan tarpeet ovat erilaiset. Kuntoutujat toivoivatkin, että heidän mielipidettään kuunnellaan, kun kyse on johonkin osallistumisesta.

Williamin mukaan (1993) kuntoutuminen tapahtuu arjessa ja siihen voi kuntoutuja omalla toiminnallaan vaikuttaa. On oleellista erottaa ammattilaisen tekemä työ ja kuntoutujan oma toiminta. Tarkoituksena on, että kuntoutuminen on itse tekemistä, joka sisältää avun ja tuen siinä, missä ihminen sitä tarvitsee. (Koskisuus 2003, 23.) Tutkimuksen tulosten perusteella kuntoutujat tekivät itse asioita, jotta osallisuus kuntoutumisessa tapahtuisi. Ohjaajat toimivat kuntoutujalle turvaverkkona esimerkiksi avun ja neuvojen antamisen kautta. Myös Päivi Rissanen lisensiaattityön tulosten mukaan on tärkeää, että kuntoutuja saa tukea tarvittaessa (Rissanen 2007, 80).

Nopparin, Kiiltomäen ja Pesosen mukaan (2007) jokaisella tulisi olla mahdollisuus toimia jäsenenä yhteiskunnassa, tyydyttäviä ihmissuhteita luomalla. Tällöin ihminen pystyy selviytymään elämän vastoinkäymisistä, kuten mielenterveysongelmista, itseluottamuksen ja -arvostuksen myötä. (Noppari ym. 2007, 26.) Tutkimuksen tulosten perusteella kuntoutujalla oli mahdollisuus luoda tyydyttäviä ihmissuhteita asumispalveluissa. Valitettavasti tutkimuksen tuloksissa tuli esiin osallisuutta heikentävissä tekijöissä syrjintä talon ulkopuolella sekä vähävaraisuus. Nämä tulokset tukevat aikaisempien tutkimusten tuloksia: Mielenterveysbarometri 2007 -tutkimuksen mukaan ammattilaisista 82 %, omaisista 97 % ja kuntoutujista 90 % haluaisi enemmän resursseja mielenterveyspalveluihin, mutta kansalaisista vain 54 %. Saman tutkimuksen mukaan vajaa kolmannes suomalaisista ei haluaisi asua mielenterveyskuntoutujan naapurina ja kuntoutujista 35 % kokee tulleen leimaantuneeksi sairautensa vuoksi. Vuoden 2005 -mielenterveysbarometrin mukaan 23 % kuntoutujista kokee toisten ihmisten välttelevän hänen seuraansa. (Mielenterveyden keskusliitto 2005; Mielenterveyden keskusliitto 2007.)

Joidenkin kuntoutujien mielessä oli myös saada enemmän vapautta esimerkiksi muuttamalla muualle. Lain mukaan kuntoutujalla on oikeus päättää omasta hoidostaan ja hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (L 785/1992). Samoin uusi terveydenhoitolaki (L 1326/2010) sanoo asiakkaalla olevan valinnanvapaus suhteessa hoitopaikkaan ja hoitohenkilökuntaan. Vapauden puute johtuu ehkä järjestelmän kankeudesta tai ammattilaisten omasta ajatuksesta, että kuntoutujalle on parempi asua asumispalveluissa. Tämä tulos tukee Laitilan tutkimusta (2010), jonka mukaan mielenterveyskuntoutajat eivät aina koe osallisuuden toteutuvan mielenterveystyössä. Asiakkaan kuuleminen vaatii ammattilaisilta aikaa ja luopumista oletuksesta, jonka mukaan vain heillä on kaikki tieto. Myös Piirainen ja Kallaranta (2008, 108) viittasivat, että kuntoutus on osittain ollut asiakkaan yläpuolelle asettumista.

Sosiaali- ja terveysministeriön ehdotuksia mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa olivat mm. asiakkaan aseman vahvistaminen ja mielenterveystyön ohjaamisen kehittäminen. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009.) Tämän tutkimuksen tu-

lokset vahvistavat osaltaan näiden tavoitteiden olevan ajankohtaisia ja perusteltuja, koska osallisuutta heikentäviä tekijöitä nousi esiin.

9 JATKOTUTKIMUSAIHEITA

Mielenkiintoista olisi tietää, kuinka osallisuus toteutuu muissa asumispalveluissa. Tutkimusta voisi siis laajentaa toisiin asumispalveluyksikköihin, jolloin saataisiin laajempaa kuvaa asumispalveluiden tilanteesta. Tutkimusta osallisuudesta voisi myös vaihtoehtoisesti tehdä esimerkiksi mielenterveystoimistojen asiakkaille, keskussairaaloiden psykiatrisille osastoille tai vaikka oikeuspsykiatristen sairaaloiden Vanhan Vaasan tai Niuvanniemen potilaille. Näin saataisiin tietää, miten eri palveluiden piireissä olevat mielenterveyskuntoutujat kokevat osallisuuden toteutuvan ja ovatko tulokset samansuuntaisia.

Jatkotutkimusaiheena voisi myös perehtyä syvemmin mielenterveyskuntoutujien osallisuutta heikentäviin tekijöihin ja syrjäytymisen syihin. Kantaa voisi ottaa koko yhteiskunnan tasolla esiin tuleviin epäkohtiin. Aiheesta varmasti löytyy jo tutkimustietoa, mutta uusi tieto antaa aina lisäarvoa mielenterveyspalveluiden kehittämiselle. Koska näyttää, että haasteena on tulevaisuudessa resurssien väheneminen, kuntauudistukset sekä MERTTU –tutkimuksen tuloksien mukainen palveluiden aluekohtainen eriarvoisuus, tulisi löytää mielenterveyspalveluille kestäviä toimintamalleja.

10 POHDINTA

Mielestäni yksi hienoimmista asioista tutkimuksen tuloksista oli huomata, kuinka mielenterveyskuntoutujan osallisuus toteutuu itse tekemällä, johon hän saa tarvittaessa ammattilaisen antaman tuen. Tulevan työni kannalta sosiaalialalla - mikä se sitten ikinä tuleekaan olemaan – oli mukava huomata, että arkisilla asioilla kuten kokouksilla, tasoryhmällä, harrastuksilla, retkeilyllä, yhdessä olemisellä tai vaikka vain siivoamisella on tärkeä merkitys ja vielä asiakkaan itse mainitsemana. Mielestäni ammattilaisen tärkeä tehtävä onkin juuri sen tavallisen arjen sujuvuuden mahdollistaminen, ongelmien helpottaminen tai ratkominen ja rinnalla kulkeminen.

Toivon, että kohdeorganisaatio saa tuloksista jotain uutta työhönsä. Kuntoutujien toivomat retket laavulle grillaamaan makkaraa ja henkilökohtaisen ajan antaminen ei ainakaan vaadi paljoa lisäresursseja. En tiedä, onko heillä käytössään omahoitajajärjestelmä, mutta voisin kuvitella sen tuovan lisää kuntoutujien toivomaa henkilökohtaista ohjausta. Omasta mielestäni hieno ajatus olisi myös kahden kesken vietetty aika kuntoutujan ja ohjaajan välillä vaikka lenkkeillen.

Tietenkin harmillisia tuloksia olivat mielenterveyskuntoutujien kokema syrjäytyminen, vähävaraisuus ja koettu vapauden puute. Nämä seikat ovat mielestäni kuitenkin syvemmällä palveluissamme ja yhteiskunnassa, eikä niitä muuteta yhden asumispalveluita tuottavan yrityksen voimin.

Se, mitä jokainen tämän tutkimuksen lukija voi itse tehdä, on tarkastella omaa suhtautumistaan mielenterveysongelmia sairastavia kohtaan. Osallisuuden mahdollistaminen ja syrjäytymisen ehkäisemisen ensiaskeleet lähtevät jokaisen omasta asenteesta. Vuosisatoja vallalla olleet negatiiviset ennakkoluulot mielenterveysongelmia sairastavia kohtaan olisi jo aika muuttaa.

Haluan kiittää kohdeorganisaatiota, että sain tehdä opinnäytetyön ja tulla haastattelemaan asiakkaitanne. Kiitos myös läheisilleni tuesta opinnäytetyöprosessin aikana.

LÄHTEET

AVI. Aluehallintovirasto. 2012. Mielen terveystyö. Viitattu 02.02.2013. http://www.avi.fi/fi/virastot/lansijasisasuomenavi/Sosiaalijaterveydenhuolto/Terve_ydenhuolto/Sivut/Mielen terveystyö.aspx

Eskola, J. 2007. Mielen terveystyö ja yhteiskunnan muutos. Teoksessa Mielekäs suomi : näkökulmia mielen terveystyöhön, 13-43. Toim. Eskola, J. & Karila, A. Helsinki. Tekijät ja Edita Publishing Oy.

Harajärvi, M. Pirkola, S. & Whalbeck, K. 2006. Aikuisten mielen terveystyöpalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna. Tekijät ja Kirjayhtymä Oy.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Vantaa. Wsoy.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Kuntoutus, 51-60. Toim. Rissanen, P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A. Helsinki. Duodecim.

Koskisuus, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielen terveystyökuntoutujan työkirja. Helsinki. Edita.

Koskisuus, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielen terveystyökuntoutus on? Helsinki. Edita.

L 1062/1989. Erikoissairaanhoidonlaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 13.09.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

L 66/1972. Kansanterveyslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 13.09.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 12.09.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 1116/1990. Mielen terveystyölaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 03.02.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

L 22.9.2000/812. Sosiaalihuollon asiakaslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 04.02.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

L 710/1982. Sosiaalihuollonlaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 03.02.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 12.09.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto.

Lehto, P. 2007. Mielenterveyden ongelmista: syrjäytyminen. Viitattu 05.02.2013. http://mielenterveys.info/ongelma_syrjaytyminen.html

Lilja, A., Almqvist, S. & Kiviharju-Rissanen, U. 1997. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. 2. painos. Tampere. Tekijät ja Kirjayhtymä oy.

Lönnqvist, J. 2011. Pohdintaa: Missä ollaan, minne mennään? Mielenterveyden kehitysnäkymiä Suomessa vuonna 2011. Teoksessa Kansallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009–2015 : Toimeenpanosta käytäntöön 2010, 175-179. Toim. Nevalainen, V. Tampere. Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti luettavissa verkkojulkaisuna: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d5f4cb21-cc45-4398-9679-8207945705d7>

Mielenterveyden keskusliitto. 2005. Mielenterveysbarometri tutkimus. Viitattu 04.02.2013. http://www.mtkl.fi/@Bin/11132/Mielenterveysbarometri_2005.pdf

Mielenterveyden keskusliitto. 2007. Mielenterveysbarometri tutkimus. Viitattu 04.02.2013. <http://www.mtkl.fi/@Bin/66301/Mielenterveysbarometri+2007.pdf>

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki. Luettavissa verkkojulkaisuna: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala. Kirjoittajat ja Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Paatero, H., Lehmijoki, P., Kivekäs, J. & Ståhl, T. 2008. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Kuntoutus, 31-50. Toim. Rissanen, P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A. Helsinki. Duodecim.

Piirainen, K. & Kallaranta, T. 2008. Kuntoutuspalvelut kuntoutumisen ja muutoksen tukena. Teoksessa Kuntoutus, 94-108. Toim. Rissanen, P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A. Helsinki. Duodecim.

Potilaan asema ja oikeudet. 2013. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 12.09.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/potilaan-asema-ja-oikeudet

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere. Tammi.

Pylkkänen, K. & Moilanen, I. 2008. Muut kuin psykoottiset häiriöt. Nuoret, aikuiset ja työikäiset. Teoksessa Kuntoutus, 167-182. Toim. Rissanen, P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A. Helsinki. Duodecim.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori. Päivi Rissanen ja Mielen-terveyden keskusliitto.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, T. 2005. Johdanto. Teoksessa Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus, 9-21. Toim. Ruusuvuori, J. & Tiittula, T. Tampere. Vastapaino.

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä A. 2003. Mielenterveys- ja päihde-työ. Yhteistyötä ja kumppanuutta. 3., uudistettu painos. Porvoo. Wsoy.

Sariola, E. & Ojanen, M. 1997. Hoito vai pakkohoito. Miten autan skitsofreniapotilasta. Keuruu. Otava.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 02.02.2013.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut

Suomen mielenterveysseura. 2013. Mielenterveyden häiriöt. Viitattu 08.02.2013. <http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/>

Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano. 2011. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.09.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki

THL. 2013 a. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Mielenterveys. Viitattu 29.01.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikalisa/materiaalit/mielenterveys

THL. 2013 b. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Mitä osallisuus on? Viitattu 04.02.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/periaatteet/osallisuus

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2009. Helsinki. Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Luettavissa verkkojulkaisuna:

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

Valvira. 2013. Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshuolto, valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Viitattu 03.10.2013.

[http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/valvontaohjelmat/sosiaali-_ja_terveydenhuolto/mielenterveys-_ja_paihdehuolto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/valvontaohjelmat/sosiaali_ja_terveydenhuolto/mielenterveys-_ja_paihdehuolto)

Vanhan Vaasan sairaala. 2013. Toiminta. Viitattu 12.09.2013.
<http://www.vvs.fi/toiminta>

WHO. World Health Organization (Maailman terveysjärjestö). 2007. What is mental health? Viitattu 29.01.2013.
<http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>

William, A. 1993. Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health system in the 1990s. Psychiatric rehabilitation journal, nro 16, 1993/4.

SAATEKIRJE

Hyvä asumiskodin asiakas,

Olen sosionomiopiskelija Vaasan Ammattikorkeakoulusta. Opintoihini kuuluu opinnäytetyö, joka on tutkimus asumispalveluista. Tarkoitukseni on selvittää asiakkaiden omia ajatuksia ja mielipiteitä siitä, ovatko he osallisia omaan kuntoutukseen. Tulen haastattelemaan teitä jokaista yksitellen, jos annatte siihen suostumuksen. Kysymykset saatte etukäteen. Voitte tutustua kysymyksiin ja miettiä niihin vastauksia. Pyydän myös, että perustelisitte minulle mahdollisimman hyvin vastauksenne.

Haastattelut nauhoitetaan myöhempää analysointia varten. Haastattelujen vastaukset tulevat vain tutkijan ja tutkimuksen käyttöön, eikä niistä paljastu kenenkään henkilöllisyys. Kun tutkimus on valmis, nauhoitukset hävitetään.

Jos sana osallisuus kuulostaa oudolta, alla on kuvailua siitä mitä se tarkoittaa käytännössä:

Osallisuus tarkoittaa Terveys- ja hyvinvointilaitoksen määritelmän mukaan tässä ja nyt tapahtuvaa toimintaa, läsnäoloa ja vuorovaikutusta, tunnetta yhteen kuulumisesta, oikeutta saada tietoa, tekemistä, kokemista ja mahdollisuutta vaikuttaa. Osallisuus on myös osallistumista päätösten tekoon, palvelujen suunnitteluun, elinympäristöön ja omaan elämään. Osallisuus perustuu tasa-arvoiseen ja yhteiseen tietoon.

Kiitos yhteistyöstä!

Terveisin,

Henna-Maria Ikola

Henna-Maria Ikola

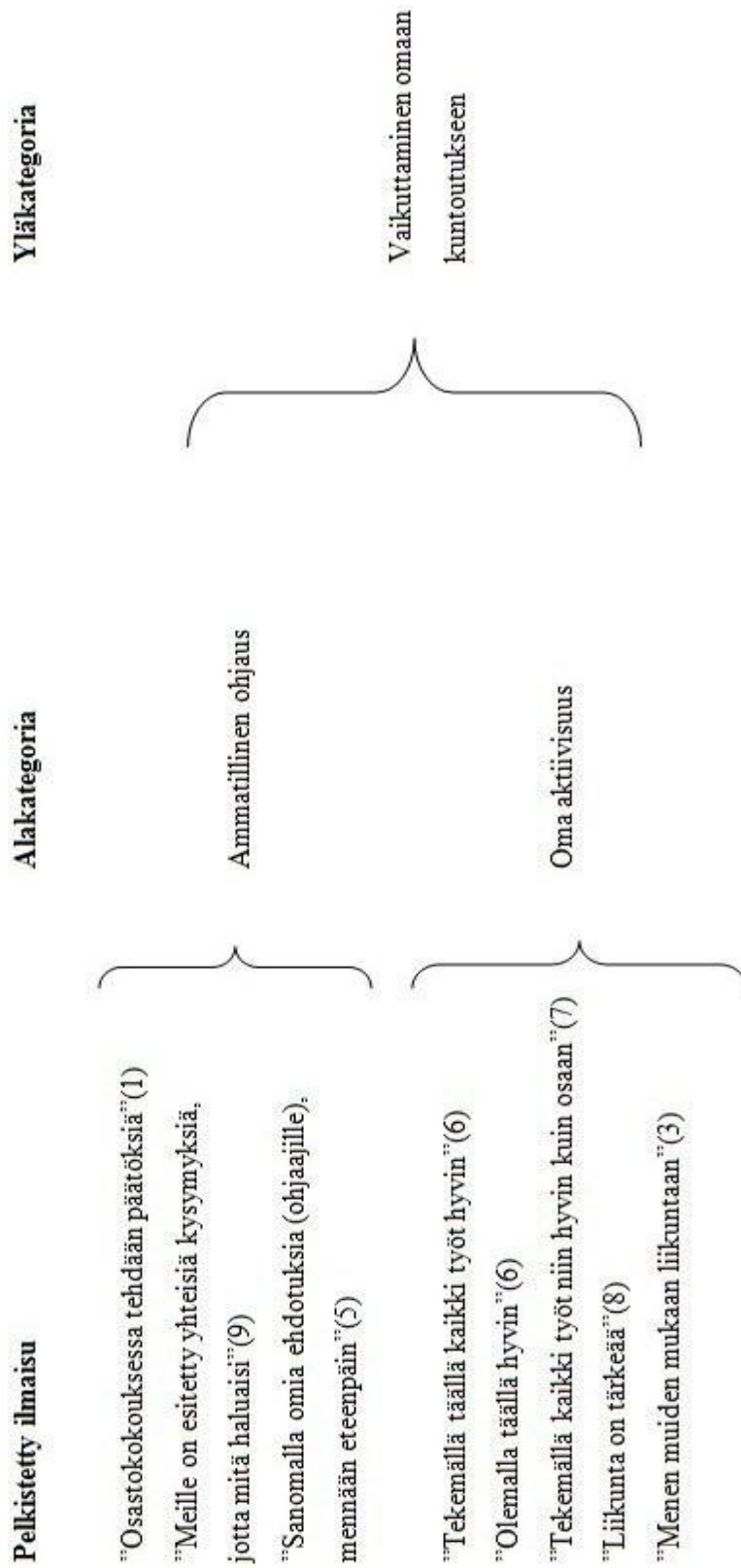
1.4.2013

HAASTATTELUKYSYMYKSET ASUMISPALVELUIDEN ASIAKKAILE

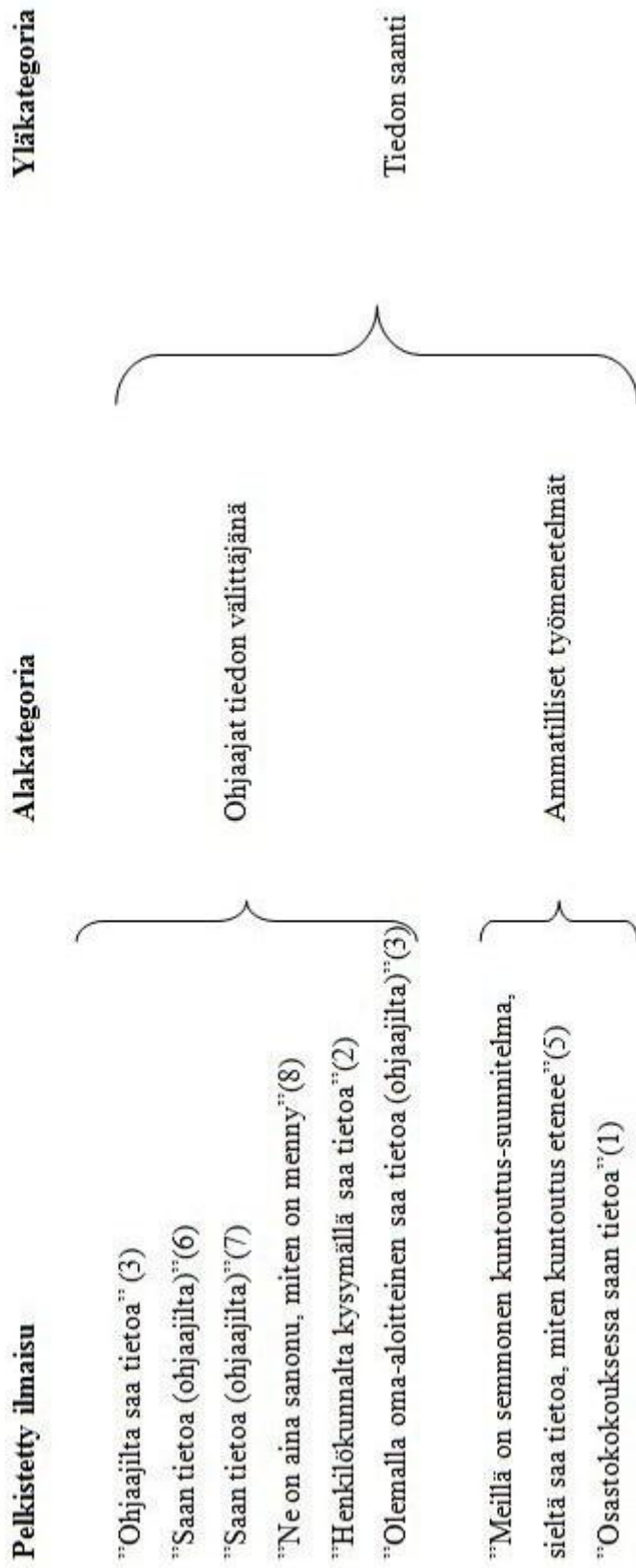
1. Kauanko olet saanut palveluita ---sta?
2. Miten pystyt vaikuttamaan omaan kuntoutukseen?
3. Miten saat mielestäsi tietoa omasta kuntoutuksesta?
4. Millä tavalla voit olla mukana kehittämässä ja suunnittelemassa omaa kuntoutustasi?
5. Mihin haluaisit vaikuttaa enemmän?
6. Millä tavoin voit olla läsnä ja vuorovaikutuksessa muiden asiakkaiden ja henkilökunnan kanssa?
7. Miten osallistut yhteiseen toimintaan?
8. Mitä asioita voit tehdä ja kokea asumispalveluiden kautta?
9. Mihin haluaisit osallistua enemmän?
10. Mikä asia edistää osallisuutta?
11. Mikä asia mielestäsi heikentää osallisuutta?
12. Mikä asia pitäisi olla toisin, että osallisuus toteutuisi paremmin

AINEISTON ANALYYSIKUVIOT

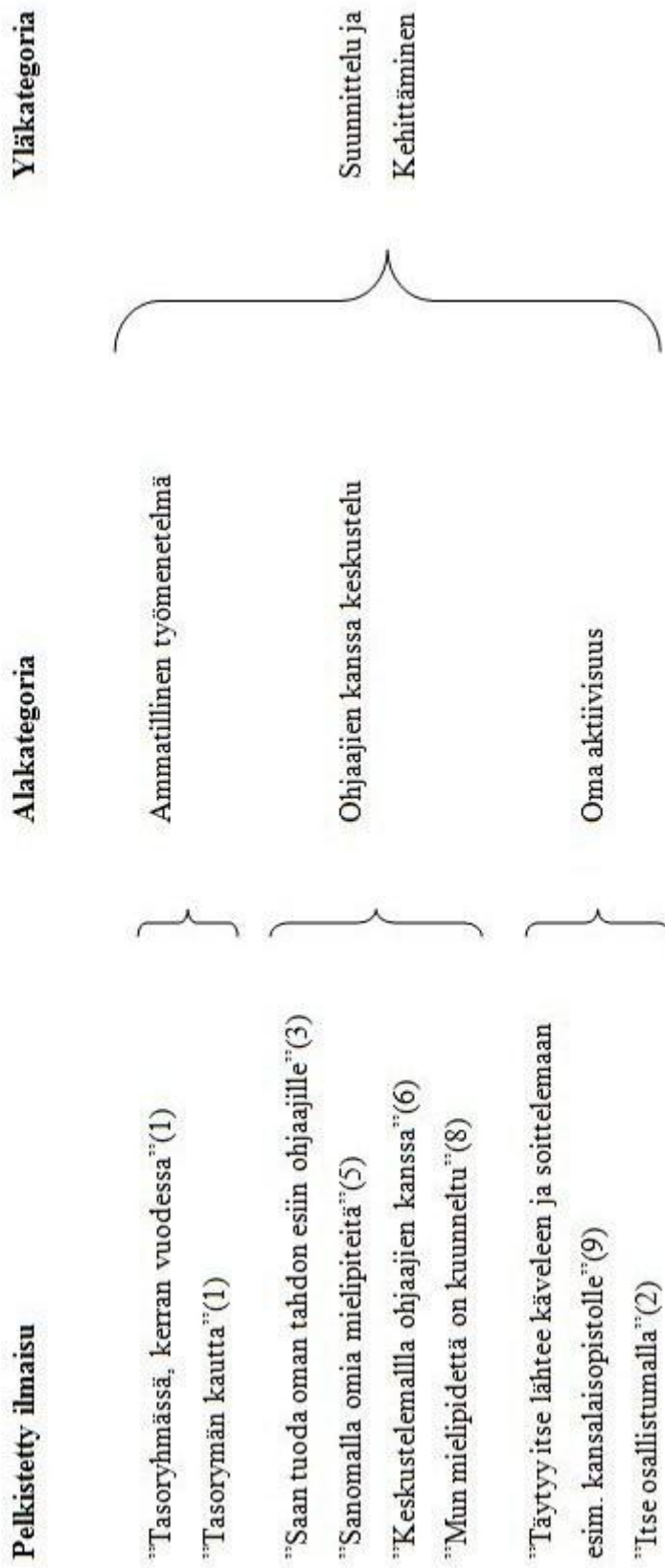
Kuvio 2. Vaikuttaminen omaan kuntoutukseen



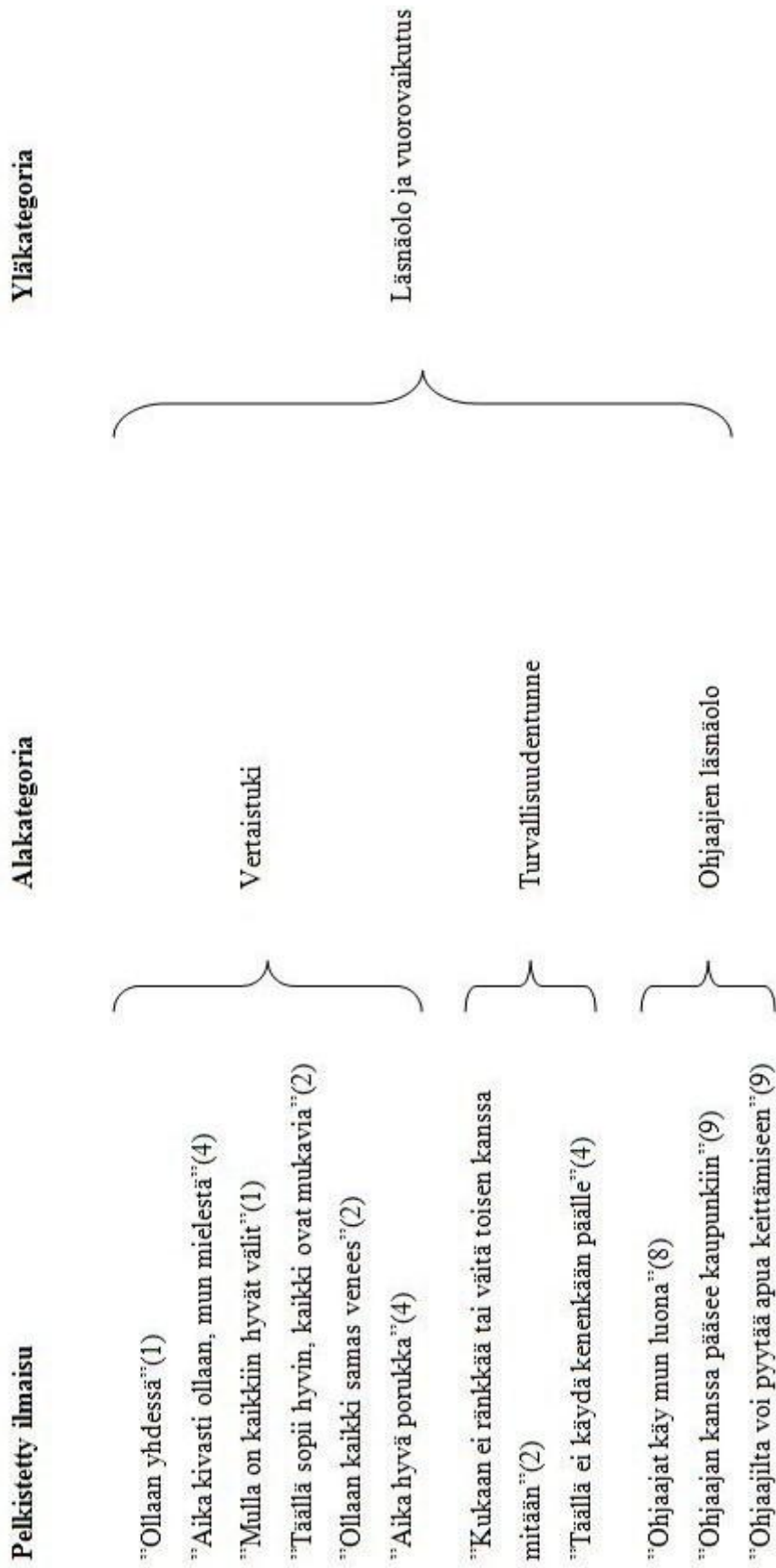
Kuvio 3. Tiedon saanti



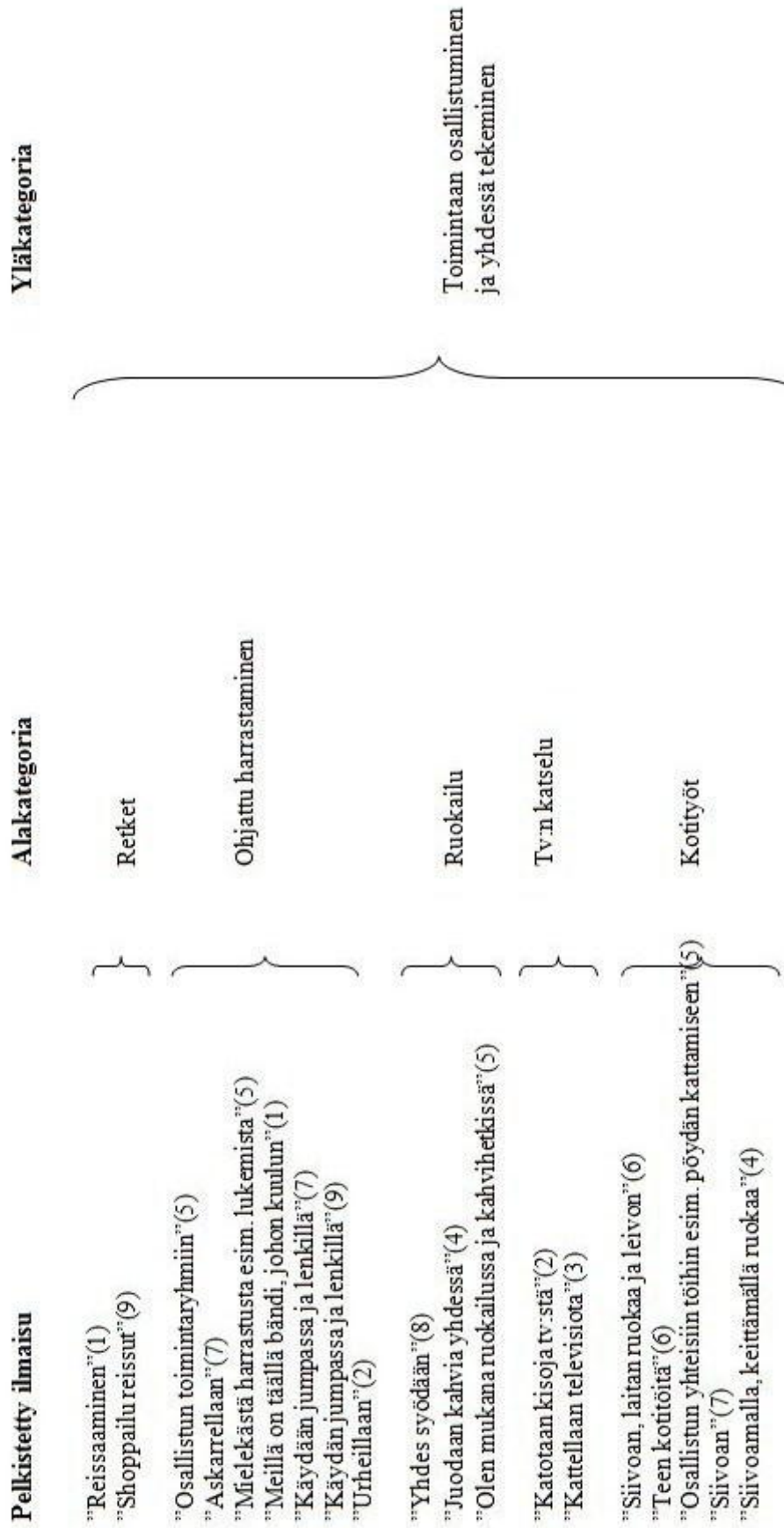
Kuvio 4. Kuntoutuksen suunnittelu ja kehittäminen



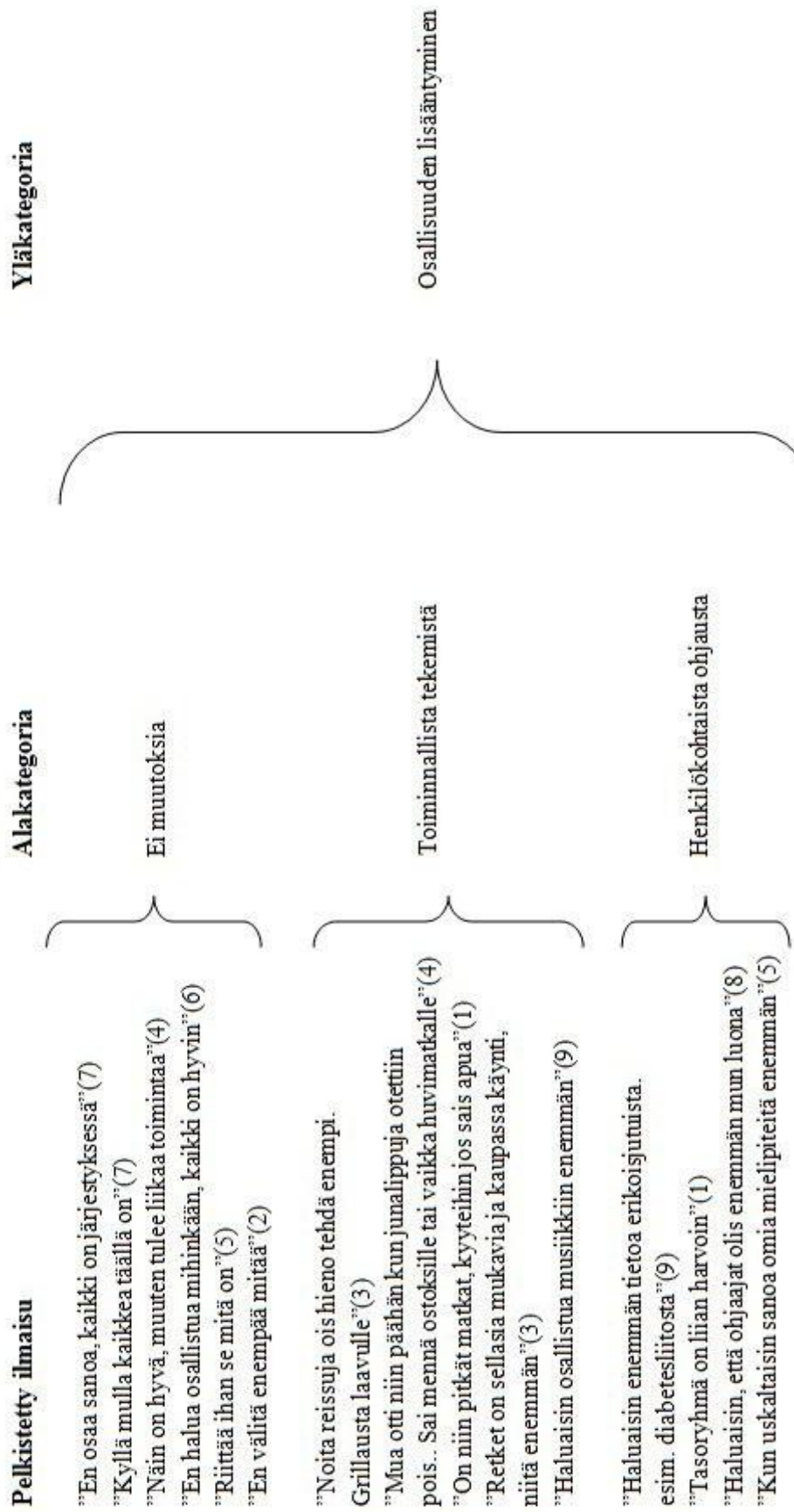
Kuvio 5. Läsnäolo ja vuorovaikutus



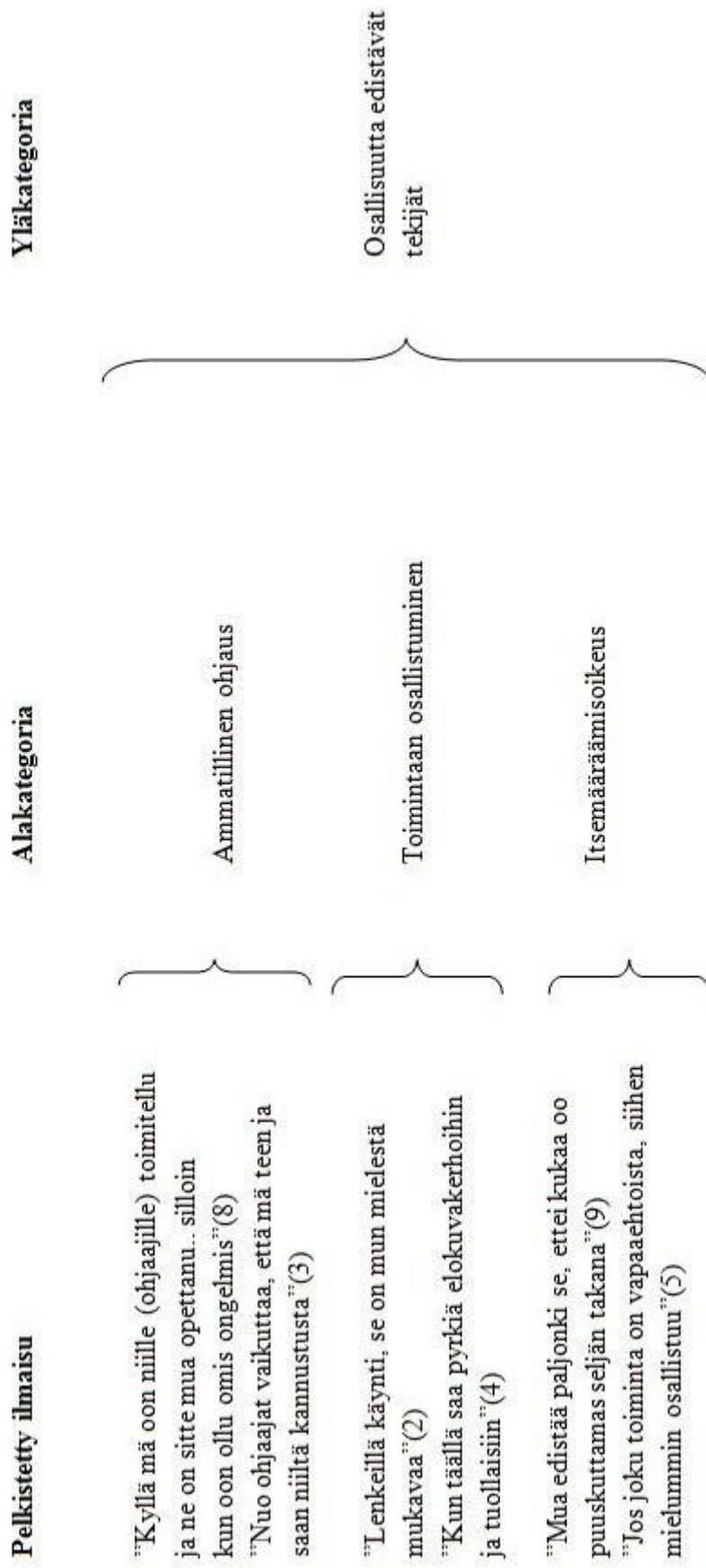
Kuvio 6. Toimintaan osallistuminen ja yhdessä tekeminen



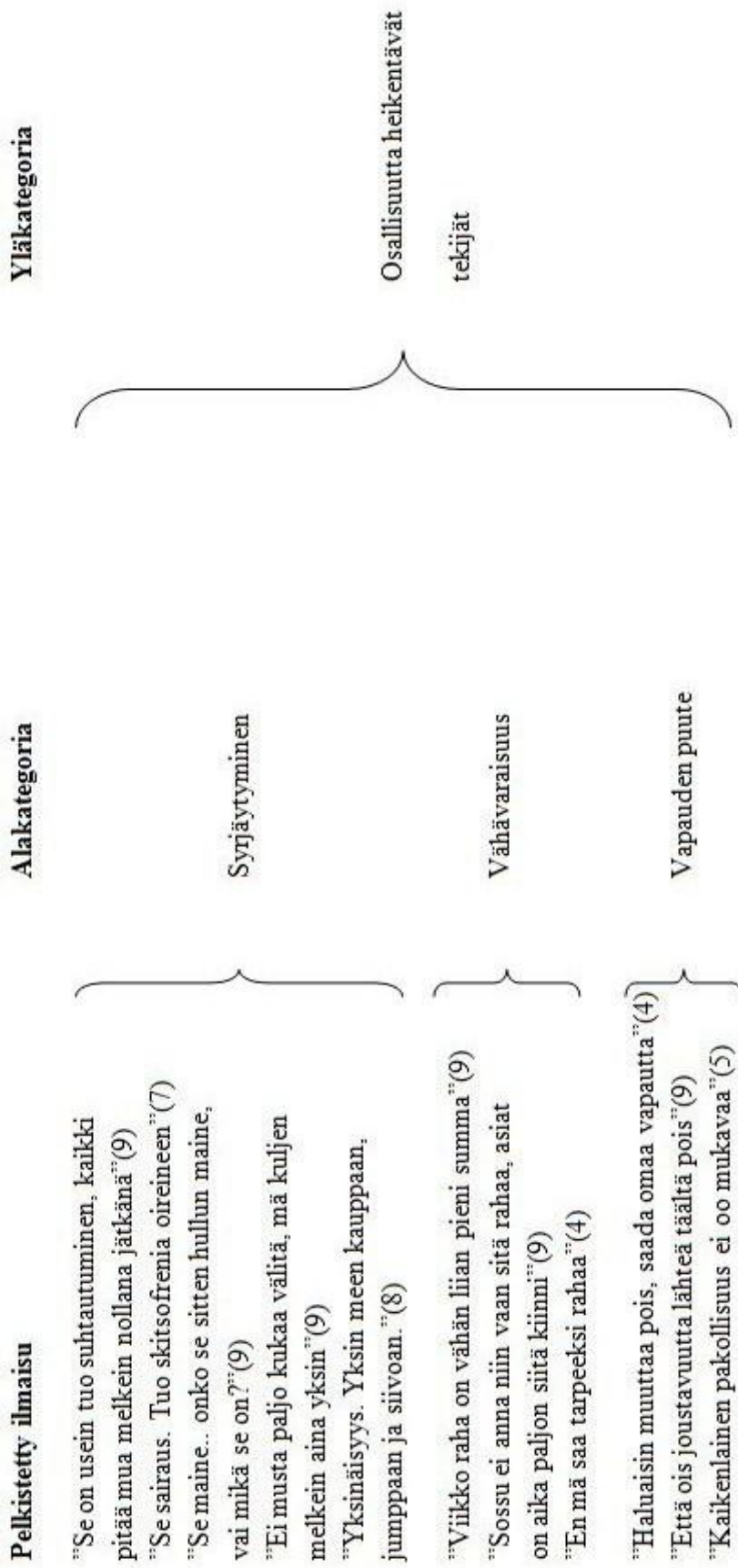
Kuvio 7. Miten osallisuutta voisi lisätä?



Kuvio 8. Osallisuutta edistävät tekijät



Kuvio 9. Osallisuutta heikentävät tekijät





VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 VASA YRKESHÖGSKOLA
 UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

OPISKELIJAN TIEDOT:		
Opinnäytetyön tekijä(t): Henna-Maria Ikola	Opiskelijanumero: e1001324	Koulutusohjelma: Sosionomi AMK
Osoite: [REDACTED]	Puhelinnumero: [REDACTED]	Sähköposti: e1001324@edu.vamk.fi
TUTKIMUKSEN KOHDEORGANISAATION TIEDOT:		
Organisaation nimi ja tuloksyksikkö: [REDACTED]		
Yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelin: [REDACTED]		
Mahdollisen työelämäohjaajan nimi, sähköposti, puhelin: [REDACTED]		
OPINNÄYTETYÖN TIEDOT:		
Opinnäytetyön nimi: Mielenterveyskuntoutujan osallisuus kuntoutukseen asumispalveluissa		
Opinnäytetyötutkimuksen tarkoitus: Tutkimuksen aihe on mielenterveyskuntoutujan osallisuus omaan kuntoutukseen asumispalveluissa. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, kokeeko mielenterveyskuntoutuja olevansa osallinen omaan kuntoutukseen. Tutkimus selvittää mistä osallisuuden tunne kuntoutujalle muodostuu ja mikä puolestaan heikentää mahdollisuutta osallisuuteen. Tarkoitus on myös selvittää miten osallisuutta voisi kuntoutujan mielestä lisätä.		
Opinnäytetyön ohjaajan nimi, sähköposti, puhelin: Hans Frantz, hans.frantz@puv.fi		

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Wolffintie 30, 65200 VAASA
 Puh. 020 766 3300, faksi (06) 326 3002
 info@puv.fi, www.puv.fi
 Y-tunnus 2267669-3



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 VASA YRKESHÖGSKOLA
 UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

Opinnäytetyön ohjaus ja vastuut

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Vaasan ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta sopimuksen mukaan. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana käyttöön saamansa luottamuksellisen aineiston opinnäytetyön valmistuttua tai kun osapuolet yhdessä sopien toteavat, ettei yhteistyöedellytyksiä työn loppuunsaattamiseksi ole.

Oikeudet tuloksiin

Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin ja muuhun aineistoon kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.

Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus

Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettävää tietoa, on opinnäytetyön raportti laadittava siten, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Opinnäytetyön kirjallinen osa voidaan julkaista myös Theseus -tietokannassa Internetissä.

Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja, ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.

Opinnäytetyön kustannukset

Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä keskenään. Pääsääntöisesti Vaasan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.

Päiväys: 7.4.2013 Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus: Henna-Maria Kola

Liitteet: Tutkimussuunnitelma liitteineen

Tutkimuslupa opinnäytetyötä varten

- Myönnetty anomuksen mukaan
 Hylätty
 Myönnetään seuraavin korjauksin

Kohdeorganisaation nimi SAA esiintyä opinnäytetyössä

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Wolffintie 30, 65200 VAASA
 Puh. 020 766 3300, faksi (06) 326 3002
 info@puv.fi, www.puv.fi
 Y-tunnus 2267669-3



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Kohdeorganisaation nimi EI SAA esiintyä opinnäytetyössä

Päiväys

1.4.2013

Allekirjoitus

Nimen selvennys

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Wolffintie 30, 65200 VAASA
Puh. 020 766 3300, faksi (06) 326 3002
info@puv.fi, www.puv.fi
Y-tunnus 2267669-3