

ASUNTOLA-ASUMISESTA ASUMISVALMENNUKSEEN

Lahden A-klinikkatoimen tuetun asumisen kehittämistyö

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammatti-
korkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johta-
misen koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syksy 2011
Maria Viljamaa

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

VILJAMAA, MARIA: Asuntola-asumisesta asumisvalmennukseen
Lahden A-klinikkatoimen tuetun asumisen kehittämistyö

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman opinnäyte-
työ, 84 sivua, 3 liitesivua

Syksy 2011
TIIVISTELMÄ

Kehittämishankkeessa etsittiin keinoja, joilla voidaan tukea päihde- ja kaksoisdiagnoosihäiriöstä kärsivien elämänhallinnan lisääntymistä asumiseen suunnattavan tuen avulla. Tarkoituksena oli kehittää Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden asuntolaosaston toimintaa siten, että työn sisältö vastaa laaja-alaisemmin asiakkaiden kasvaneisiin tarpeisiin ja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämiseen. Kehittämishanke tehtiin toimintatutkimuksena ja siihen osallistui tutkijan lisäksi suunnitteluvaiheessa Lahden A-klinikkatoimen laajennettu johtoryhmä ja toteutusvaiheessa Pitkämäen kuntoutusyksikön yksikköjohtaja ja asumispalvelutyöntekijät. Hankkeen empiirisessä osiossa haastateltiin viittä entistä asuntolaosaston asiakasta, jotka ovat siirtyneet osastolta tukiasuntoon. Kohderyhmän kriteerit olivat a) asuntolaosaston kautta tukiasuntoon siirtyminen b) tukiasunnossa asumisen kesto ½-3 vuotta c) tavanomainen elämänhallinta. Kaikkien haastateltujen pääasiallinen päihdyttävä aine on alkoholi ja kahdella haastatelluista on päihdediagnosin lisäksi mielenterveydenhäiriö. Lisäksi haastateltiin kolmea Pitkämäen kuntoutusyksikön työntekijää. Tämän kohderyhmän kriteerit olivat a) kokemus asumispalvelutyöstä b) kokemus päihde-, mielenterveys- tai kehitysvammatyöstä c) mahdollinen alaan liittyvä täydennyskoulutus. Haastattelut tehtiin puolistrukturoituina ja analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin menetelmällä. Kysymysaiheiden avulla selvitettiin, mitkä osa-alueet asuntola-asumisessa ovat itsenäistä asumista tukevia ja mitä muutoksia toimintaan tulee tehdä. Haastatteluiden tarkoituksena oli tuottaa kokemusperäistä ja ammatillista tietoa asumisvalmennuksen suunnitteluun.

Haastateltavat nostivat esiin elämänhallintaa lisäävinä tekijöinä päihteettömyyden, toiminnallisuuden, resurssit ja verkostotyön. Tämänhetkessä asuntola-asumisessa negatiivisia asioita olivat haastateltavien mielestä kahden hengen huoneet, ajoittain vähäiset työntekijäresurssit ja liian vähäinen toiminnallisuus. Kehittämishankkeen tuloksena luotiin Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden osastolle uusi toimintamalli. Työskentelyn viitekehyksiksi valikoituivat ratkaisuvoimavarakeskeisyys, yhteisöllisyys ja ACT-malli Toimintamallin osa-alueiksi muodostuivat päihteettömyys, ADL-toimet toiminnallisuus ja verkostotyö. Laaja-alaisella ja integroidulla toiminnalla on tarkoitus lisätä pitkäaikaisasunnottoman, päihde- ja mielenterveyden häiriöistä kärsivän ihmisen mahdollisuuksia saada oma asunto.

Avainsanat: asumisvalmennus, päihdeongelma, kaksoisdiagnoosi, asunnottomuus.

Lahti University of Applied Sciences
Master Programme in Developing and Management of Social and Health Care

VILJAMAA, MARIA: From Dormitory Living to Residence Training
A Development Project in Lahden A-klinikkatoimi
Support Housing

Master's Thesis in Development and Management in Social and Health Care,
84 pages, 3 appendices

Autumn 2011

ABSTRACT

In this development project, methods were sought to support people with substance use disorder and co-occurring severe mental illness in the context of residential housing. The purpose of this project was to develop the dormitory of Lahden A-klinikkatoimi in a consumer-driven way, so that the work would better respond to the needs of clients and the aims of the Housing program of the state. This development project was made as functional research. The researcher, the head nurses and the management team participated in the planning stage and the researcher, the head of unit of Pitkämäki rehabilitation centre and the employees in housing services participated in the implementation stage. In the empirical section, five clients of housing services and three employees of Pitkämäki rehabilitation centre were interviewed. The first target group criteria was a) support housing through dormitory housing b) support housing for ½-3 years c) normal life. The intoxicating substance of all the interviewed clients was alcohol. Two clients had dual disorder. The second target group criteria were a) knowledge of the supportive work in housing b) knowledge in substance abuse, mental health or mental retardation c) potential/relevant continuing education. The interview was made as semi-structured and was analyzed with an inductive content analysis method. The aim of the interviews was to outline the areas of dormitory housing in need of development and to produce empirical and professional information for the developing of residential training.

The interviewees brought out as life control enhancing factors temperance, functional activity, resources and networking. As negative sides they brought out double rooms, limited nursing staff resources and low functional activity. As a result of this development project, a new content of residential housing for Lahden A-klinikkatoimi housing services was made. The solution and resource orientation, community and ACT-model were chosen as frame of references. The parts that form the new content of the residential support were substance abuse sobriety, activities of daily living, functional activity and networking. The ultimate aim of the residential training is to increase the resources of people with substance use disorder or dual disorder with long term homelessness to acquire their own apartment.

Key words: residential support, substance use disorder, dual disorder, homelessness.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA	5
2.1	Asunnottomuus ilmiönä ja sen vähentämisen kuvausta	5
2.2	Päihdeongelman ja kaksoisdiagnoosiin kuvausta	11
2.3	Päihdehuollon palveluita	17
2.4	Asumiseen suunnattavan tuen muotoja	19
3	LAHDEN A-KLINIKKATOIMEN ASUMISPALVELUT	24
3.1	Asuntolaosasto	24
3.2	Tukiasunnot	25
4	KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE	27
5	KEHITTÄMISHANKE TOIMINTATUTKIMUKSENA	29
5.1	Toimintatutkimuksen teoriaa	29
5.2	Toimintatutkimus tässä kehittämishankkeessa	30
5.3	Toimintatutkimuksen ensimmäisen syklin yleissuunnitelma	32
6	TOIMINTAMALLIN LUOMINEN	35
6.1	Kehittämishankkeen suunnitelma	35
6.2	Haastatteluaineiston hankinta	36
6.3	Aineiston analysointi	37
6.3.1	Asiakashaastatteluiden kuvaus ja kategoriointi	39
6.3.2	Työntekijöille suunnatun haastattelun kuvaus ja kategoriointi	47
6.3.3	Yhteenveto haastatteluiden tuloksista	54
6.4	Toimintamallin luominen	59
7	TOIMINTATUTKIMUKSEN TULOS – TOIMINTAMALLI LAHDEN A-KLINIKKATOIMEN ASUMISPALVELUIDEN LAITOSYKSIKKÖÖN	66
8	POHDINTA	71
8.1	Kehittämishankkeen arviointia	71
8.2	Haastattelututkimuksen eettisyys	75
8.3	Tuloksen sovellettavuus ja hyödynnettävyys	75
8.4	Jatkotoimenpiteitä ja tutkimusaiheita	77
	LÄHTEET	78

1 JOHDANTO

Lahdessa on arviolta 150 - 160 pitkäaikaisasunnottomia ihmistä. Heistä valtaosalla on päihdeongelma ja mahdollinen mielenterveyden häiriö. (Lahden kaupungin Ovessa oma nimi -hanke 2010.) Päihde- ja mielenterveyden häiriöt voivat johtaa itsenäisesti asunnottomuuskierteeseen, koska näistä häiriöistä kärsivillä henkilöillä on usein alentuneet elämänhallinnan taidot. He eivät joko saa asuntoa tai menettävät sen toistuvasti häiriökäyttäytymisen tai vuokratäristien takia. Asunnottomuuskierteestä ja päihdeongelmasta kärsivät ihmiset ovat majoittuneet väliaikaisiksi tarkoitettuihin ratkaisuihin, esimerkiksi asuntoloihin ja ensisuojiin. Asuminen näissä yksiköissä on joidenkin ihmisten kohdalla voinut venyä vuosienkin mittaiseksi. (Manninen, Sippu & Tuori 2005, 7.) Asuminen omassa asunnossa on jokaisen ihmisen kannalta merkittävä elämänlaatua ylläpitävä tekijä. Itsenäinen tai tuettu asuminen säästää myös yhteiskunnan varoja merkittävästi verrattuna asuntola- ja yömaja-asumiseen. Säästöä kertyy niin yksilön käyttämien palveluiden muodossa kuin suoraan asumisen kustannuksista. (mm. Suhonen 2008, 70; Lönnqvist, Sillanpää, Laakso, Kostiainen & Storhammar 2010, 102 - 103, 106 - 107.)

Kansallisesti ja kansainvälisesti on pyritty kehittämään ohjelmia, joiden avulla löydetään tarpeenmukaisia ja riittävän tuettuja asumismuotoja tälle kohderyhmälle ja saadaan pitkäaikaisasunnottomuus ensin vähennettyä ja lopulta poistettua (Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma 2008; Stefancic & Tsemberis 2007). Ympäristöministeriö ja Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoivat Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaa, jonka tarkoituksena on poistaa pitkäaikaisasunnottomuus ja ehkäistä uuden syntyä. Hanke käsittää esimerkiksi majoitustoimintalakiin perustuvan asuntolatoiminnan poistamisen ja 2000 uuden asunnon, tukiasunnon ja hoitopaikan perustamisen. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaa toteutetaan mainittujen ministeriöiden ohjeistamina Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen (ARA), Rikosseuraamusviraston, Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) ja kuntien yhteistyöllä. Ohjelman rahoittamisesta vastaavat STM, ARA ja RAY ja kunnat. 10 suurinta kuntaa on sitoutunut ohjelmaan ja näiden joukossa Lahti. (Ohjelmatyöryhmä Ahkerien raportti 2008, 5; Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma 2008.)

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishankkeen tavoitteena on puolittaa pitkäaikaisasunnottomuus Suomessa vuoteen 2011 mennessä ja poistaa se vuoteen 2015 mennessä. Toimenpiteet kohdennetaan vaikeimmin asutettaviin, kroonisesta asunnottomuudesta kärsiviin tai sellaisiin, joiden kohdalla tilanne uhkaa muuttua krooniseksi. Uhkatekijöitä ovat päihdeongelma, mielenterveysongelmat, rikollinen elämä ja velkaantuminen. Hankkeen tavoitteena on luoda vaihtoehtoisia asumisen muotoja, joista voidaan löytää riittävällä tuella ja riittävän räätälöity asumismuoto kaikille pitkäaikaisasunnottomuudesta kärsiville. Näitä ovat tavanomaiset kerrostaloyksöt, joihin viedään tarvittavaa tukea kotiin ja toisaalta ympärivuorokautista tukea tarjoavat palveluasumisen yksiköt. Tarkoituksena on hyödyntää olemassa olevia päihdehuollon asumispalveluita. (Ohjelmatyöryhmä Ahkerien raportti 2008, 6.)

Lahden A-klinikkatoimen asumispalvelut kuuluvat näihin mainittuihin, olemassa oleviin asumispalveluihin. Asiakkaamme kuuluvat Ahkerien raportissa mainittuihin riskiryhmiin, joiden ongelmat koostuvat päihde- ja mielenterveyden häiriöistä, alentuneesta elämänhallinnasta ja taloudellisesta epävakauksesta. Asuntolaosastomme ei ole perinteistä, majoitustoimintalakiin perustuvaa asuntola-asumista, mutta se ei täytä myöskään palveluasumisen kriteerejä, koska osaston tilaratkaisut ovat osittain puutteelliset. Asiakkaiden huoneet on tarkoitettu kahdelle henkilölle ja vain osassa on omat wc- ja suihkutilat. Yhteiset tilat vastaavat nykyisellään yhteisöllistä asumista. Käytännössä osaston tilat tulisi saneerata siten, että huoneet muutettaisiin yhden hengen huoneiksi ja varustettaisiin vähintään omilla saniteetitiloilla. Asuntola-nimitys itsessään ei kuulu nykyisten määritelmien piiriin, vaan virallisesti puhutaan asumispalveluista, asumisyksiköistä, tuetusta ja palveluasumisesta (ks. esimerkiksi Ahonen 2011; ARA 2011). Myös osaston nimi tulee vaihtaa vastaamaan jo nykyistä palveluntarjontaa, mutta erityisesti vastaamaan uuden toimintamallin mukaista palvelua.

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää Lahden A-klinikkatoimen asuntolaosastolla tehtävää työtä siten, että se kykenee paremmin vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin ja toisaalta valtiovallan taholta asetettuihin vaatimuksiin pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämiseksi. Kehittämishankkeen lähtökohta on nousut työstäni asumispalveluiden osastonhoitajana. Kokemukseni mukaan vaikeasti

päihdeongelmaisten, pitkäaikaisasunnottomien henkilöiden resurssit asunnon saamisen ja säilyttämisen suhteen ovat lisääntyneet riittävän pitkän asuntolajakson aikana. Kohdeorganisaatiossa ei ole tehty seurantaan niistä hyödyistä, mitä asiakkaat ovat kokeneet asuntola-asumisesta ja miten asuntola-asuminen on hyödyttänyt heitä itsenäisemmässä asumisessa. Arvio hyödyistä perustuu työssäni tekemiin havaintoihin asuntola-asumisen jälkeen tukiasuntoon siirtyneiden asiakkaiden pärjäämisestä. Koska olen toiminut asuntolaosaston osastonhoitajana vuodesta 1999 ja asumispalveluiden osastonhoitajana vuodesta 2004, näiden havaintojen tekeminen on ollut minulle mahdollista pitkällä aikavälillä.

Kokemukseni mukaan päihteetön asuinympäristö tukee yksilön raittiutta. Näkemystäni tukee myös A-klinikkasäätiössä tehty selvitys asumispalveluista. Selvityksen mukaan päihteettömyyteen tukeminen on auttanut raitistumispyrkimyksissä ja lisännyt asiakkaan elämänhallintaa. Raittiina pysyminen on edesauttanut asunnon saamiseen ja asunnon säilyttämiseen tarvittavien resurssien lisääntymistä. Henkilöt ovat saaneet lisättyä taloudellista vakauttaan, löytäneet vaihtoehtoja elämässään juomiselle ja oppivat näkemään raittiin tai vähemmän päihteiden käyttöä sisältävän elämän hyviä puolia. (Manninen ym. 2005, 15 - 17.) Kuitenkin näen työssäni henkilöitä, jotka menettävät toistuvasti asuntonsa ja hakeutuvat päihdepalveluiden piiriin samojen ongelmien eli elämänhallinnan osittaisen puuttumisen ja päihteiden käytön seurauksena syntyneiden ongelmien takia. Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää työtä siten, että pystymme paremmin vastaamaan tämän kohderyhmän tarpeisiin.

Kehittämishankkeen tavoitteena on luoda Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden asuntolaosastolle uudistettu toimintamalli. Asuntolaosastolle kehitetään asumisvalmennus-käsitteen alle toimintamalli, jonka avulla päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivien lahtelaisten pitkäaikaisasunnottomien on mahdollista kasvattaa resurssejaan asunnon saannin ja saadun asunnon pitämisen suhteen. Se sisältää kuvaukset työn sisällöstä perusteluineen siten, että tuotosta voidaan käyttää neuvottelussa palvelun ostajan ja yhteistyötahojen kanssa. Tuotosta voidaan käyttää myös perehdytyksessä uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden kanssa. Kehitystyön tutkimusstrategisena lähestymistapana käytän toimintatutkimusta, jolle on ominaista syklisyys (Heikkinen 2007, 196 - 197).

Opinnäytetyö käsittää toimintatutkimuksen ensimmäisen syklin toteuttamisen ja kuvaamisen. Kehittämishankkeen kirjallinen tuotos sisältää myös toimintatutkimuksen toisen ja kolmannen syklin aiheistukset, joita on tarkoitus jatkaa käytännön työssä tämän kehittämishankkeen pohjalta. Laadullisen tutkimusaineiston olen kerännyt puolistrukturoidulla haastattelulla ja analysoinut sisällönanalyysin menetelmällä. Haastattelin yhteensä kahdeksaa henkilöä, joista viisi on tukiasuntoon asutettuja entisiä asuntolaosaston asiakkaita. Haastateltujen valintakriteereiksi asetettiin kokemus asuntola-asumisesta, tukiasuntoon sijoittuminen ja kohtuullinen elämänhallinta. Kolmen työntekijän haastattelun tein täsmäryhmähaastatteluna. Henkilökunnan valintaan vaikutti heidän kokemuksensa asumispalvelutyöstä Lahden A-klinikkatoimessa tai muualla. Lisäksi haastatellut edustavat monialaisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammatteja. Haastatteluaineiston analyysin tulosten pohjalta luotiin työryhmätyöskentelynä asumisvalmennustyön sisältö. Työn viitekehyyksiksi valikoituivat ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys, yhteisöllisyys ja ACT-mallinen laaja-alainen työskentelynäkökulma. ACT eli Assertive Community Treatment on kansallisesti ja kansainvälisesti hyväksi havaittu malli tukiasumistyössä ja antaa tieteellisen viitekehysten kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohtaamiselle (ks. esim. Phillips ym. 2001; Tsai, Salyers, Rollins, McKassan & Litmer 2009).

Tämän toimintatutkimuksen tuloksena esitän Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden uuden toimintamallin. Malli on kuvattuna sekä sisältölähtöisesti (taulukko 5, s. 67), että viitekehysten perusteella. Sisältöön perustuva toimintojen erittely on suunniteltu käytännön työkaluksi asumispalvelutyötä tekeville työntekijöille. Palvelunkuvaus perustuu viitekehysten perusteella tehtyyn jaotteluun. Palvelunkuvausta voidaan hyödyntää palvelun markkinoinnissa ja siitä tiedottamisessa.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

2.1 Asunnottomuus ilmiönä ja sen vähentämisen kuvausta

Asunnottomuutta voidaan kuvata kulttuurisena ja yksilöön liitettyä yhteiskunnallisena ilmiönä. Asunnottomia ihmisiä on ollut aina ja heidän asioitaan on pyritty hoitamaan erilaisilla menetelmillä. Historiassa ja nykyisyydessä on löydettävissä samankaltaisia määreitä asunnottomuuden yhteydessä, kuten köyhyys ja sairaus.

1960-luvulla asunnottomuus voitiin yhdistää alkoholismiin ja työttömyyteen. Silloiset toimet asunnottomuuden hoitamiseen oli kohdistettu näiden ongelmien mukaisesti ja asunnottomille tarjottiin majoituksen lisäksi hoivaa. 1980-luvun lopulta alkaen luotiin sosiaali- ja terveydenhuollon ja asumispalveluita tuottavien järjestöjen välille yhteistyömalli, jonka avulla saatiin asunnottomuutta vähennettyä radikaalisti. Vähentämiseen tähtäävä malli oli portaittainen eli itsenäiseen asumiseen siirryttiin asteittain esimerkiksi päihdekuntoutuksen kautta. Asunnottomien määrää on seurattu 1980-luvun puolivälistä alkaen. Tämän parinkymmenen vuoden aikana asunnottomien määrä on laskenut 20 000 henkilöstä alle 9 000:een.

2000-luvulla valtio uudisti Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman myötä asunnottomuuden hoitopolitiikkansa ja näkökulmaksi muodostui ensin -malli, jota ryhdyttiin toteuttamaan Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman kautta. (Tainio & Fredriksson 2009, 182 - 185) Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaan kuuluvassa Asunto ensin -hankkeessa asunnottomuus kuvataan ilmiöksi, joka on aikaan ja kulttuuriin sidottu, eikä sitä voida määritellä yksiselitteisesti. (Asunto ensin 2011.) 2000-luvulla asunnottoman henkilön profiili kuvataan tarkemmin kuin aikaisempina vuosikymmeninä. Tiitisen (2010, 5 - 13) raportin mukaan hän on kasvukeskuksessa asuva, eronnut ja työtön mies. Hänellä on todennäköisesti päihde- ja/tai mielenterveyden häiriö ja hän on velkaantunut. Hänen asumiskykynsä on alentunut ja sopeutuminen tavanomaiseen asumiseen vaatii tukea. Osa asunnottomista luokitellaan pitkäaikaisasunnottomiksi. Pitkäaikaisasunnottomaksi henkilö luokitellaan silloin, kun hän ollut yli vuoden tai toistuvasti vailla vakinaista asuntoa.

Vakituisen asumisen määritelmänä käytetään tavanomaista vuokrasuhdetta ja omaa ovea. (Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma 2008.)

Asunnottomuuden kehitystä seurataan Suomessa kunnille tehtävien asuntomarkkinakyselyiden avulla. Kyselyitä on tehty 1980-luvulta lähtien ja niiden avulla selvitetään asunnottomuuden määrää ja ominaisuuksia. Vailla vakinaista asuntoa olevien määrä vuoden 2009 lopussa on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Asunnottomien määrä Suomessa vuoden 2009 lopulla.

ASUNNOTTOMIEN MÄÄRÄ	15.11.2009
YHTEENSÄ ASUNNOTTOMIA	
HENKILÖITÄ V. 2009	8 153
<i>joista</i>	
Naisia	1 588
Alle 25-vuotiaita	1 498
Maahanmuuttajia	523
Perheitä	324
Pitkäaikaisasunnottomien	
osuus kaikista asunnottomista	3 457

(Tiitinen 2010, 15.)

Yksinäisten asunnottomien määrä on laskenut 2000-luvulla 1846 henkilöllä ja asunnottomien perheiden määrä on laskenut samassa ajassa 457 perheellä. Kuitenkin edellisestä vuodesta eli vuodesta 2008 asunnottomien määrässä tapahtui nousua 198 henkilöllä. Alhaisimmillaan asunnottomien määrä on ollut vuonna 2006, jolloin kuntien ilmoituksen mukaan oli 7399 asunnottomia ihmistä. Asunnottomuuden lisääntyminen johtuu osittain kuntien vuokra-asuntotuotannon hidastumisesta. (Tiitinen 2010, 2 - 3.)

Lahti kuuluu Suomen 12 suurimman kunnan joukkoon, jossa asunnottomuusilmiö näkyy vaikeimmin. Tiitisen (2010, 4) selvityksen mukaan yli 80 % maamme asunnottomista on näissä 12 kunnassa. Nämä kunnat ovat Helsinki, Tampere, Vantaa, Espoo, Turku, Kuopio, Jyväskylä, Lahti, Oulu, Pori, Joensuu ja Kotka.

Näissä kaikissa kunnissa oli vuoden 2009 lopulla kussakin yli 100 yksinäistä asunnotonta henkilöä. Lahden osalta asunnottomuusluvut näkyvät taulukossa 2.

Taulukko 2. Asunnottomien määrä Lahdessa vuoden 2009 lopulla.

ASUNNOTTOMIEN MÄÄRÄ	15.11.2009
LAHDESSA	
YHTEENSÄ ASUNNOTTOMIA	153
HENKILÖITÄ V. 2009	
<i>joista</i>	
Naisia	23
Alle 25-vuotiaita	12
Maahanmuuttajia	5
Perheitä	35
Pitkäaikaisasunnottomien osuus	
kaikista asunnottomista	125

(Tiitinen 2010, 9.)

Tiitinen (2010, 3) toteaa selvityksessään, että kuntien arviointiperusteet voivat vaihdella ja asunnottomuuden määrittelykriteerit ovat muuttuneet vuonna 2001. Isoja eroavuuksia luvuilla ei kuitenkaan ole todellisuuden kanssa. Esimerkiksi Lahdessa on aika ajoin mietitty, kuuluvatko Lahden A-klinikkatoimen asuntola-osaston asiakkaat asunnottomiin vai laitoksessa asuviin henkilöihin. Määrittelyn mukaisesti he ovat asunnottomia, vailla vakituista asuntoa olevia, koska asuminen ei perustu tavanomaiseen vuokrasopimukseen, eikä palvelu toisaalta nykyisellään täytä palveluasumisen kriteerejä.

Asunnottomat henkilöt majoittuvat tilapäisesti tuttavien tai sukulaisten luona, asuntoloissa, ensisuojoissa, kuntouttavissa yksiköissä, sairaaloissa ja osa ulkona tai porraskäytävissä (Tiitinen 2010, 3). Asunnottomuuteen johtavia syitä on useita ja ne ovat osittain paikkakuntaan sidottuja. Esimerkiksi Helsinkiin suuntautuva muuttoliike on yksi asunnottomuuteen johtavista tekijöistä pääkaupungissa. Tiitisen (2010, 6) selvityksen mukaan Helsinkiin muuttaa asukkaita, joilla ei ole etukäteen tiedossaan työ- tai asuinpaikkaa. He saattavat tulla esimerkiksi sukulaisten

tai tuttavien luo asumaan väliaikaisesti. Yleisiä, useimpia kuntia koskevia asunnottomuuden syitä ovat asunnon menettäminen päihde- tai mielenterveyshäiriön takia, avio- tai avoero, häiriökäyttäytyminen tai vuokranmaksun laiminlyönti. Syyt ovat tutkimusten valossa samoja kansallisesti ja kansainvälisesti. (Ohjelma-työryhmä Ahkerien raportti 2008, 6; Stefancic & Tsemberis 2007; Tiitinen 2010, 7 - 13.)

Asunnottomuus aiheuttaa yksilötasolla kärsimystä, osattomuutta omaan elämään ja huonommuudentunnetta (Manninen ym. 2005, 15 – 16). Päihdeongelmaisten ja pitkään vailla vakituista asuntoa olevien henkilöiden kyky päivittäistoimintoihin on usein alentunut (Manninen ym. 2005, 7), eivätkä he välttämättä selviydy tavanomaisessa asumisessa ilman laaja-alaista tukea (mm. Stefancic & Tsemberis 2007, Tiitinen 2010). Päivittäistoiminnoilla eli ADL-toiminnoilla tarkoitetaan tässä päivittäin toistuvia toimintoja, kuten peseytyminen, pukeutuminen, ruoan valmistus, kaupassa käyminen, syöminen ja raha-asioiden hoito. ADL on lyhenne sanoista Activities of daily living tai Activities of daily life. (Tohtori.fi 2010.) ADL-käsite on käytössä terveydenhuollon sektorilla. Käsite on käytössä kehitysvammasektorilla, samoin kuin käsite asumisvalmennus.

Asunnottomuutta ja pitkäaikaisasunnottomuutta hoidetaan Suomessa kuntien, Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen (ARA), Ympäristöministeriön (YM), Sosiaali- ja terveysministeriön (STM), Rikosseuraamusviraston ja Raha-automaattiyhdistyksen yhteistyöllä. Ministeriöt koordinoivat toimia, joiden tarkoituksena on vähentää asunnottomuutta. Kymmenen suurinta kuntaa on tehnyt aiesopimuksen valtion kanssa ja saavat pitkäaikaisasunnottomuuden hoito-ohjelmiinsa rahoitusta ARA:lta. Lahti on näiden kuntien joukossa. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämistoimet kohdistetaan vaikeimmin asutettaviin asunnottomiin henkilöihin. Heistä valtaosalla on vaikea päihdehäiriö tai vaikea päihde- ja mielenterveyden häiriö. (Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma 2008.) Malli tähän ohjelmaan on otettu Yhdysvalloista, Pathways to Housing -organisaatiosta. Yhdysvalloissa on kehitetty päihde- ja mielenterveyshäiriöitä poteville pitkään vailla vakinaista asuntoa olleille henkilöille Housing First -asuttamisen malli, jossa vuokrasuhteeseen perustuva asuminen käsitetään jokaisen henkilön perusoikeutena. Päihde- ja mielenterveysongelmia potevien kohdalla

asumiseen on liitettävä riittävän kattava tuki, jotta asuminen voidaan turvata tavanomaisessa ympäristössä.

Housing First -malli soveltaa ACT-menetelmää omassa asunnottomuutta vähentävässä ja ennalta ehkäisevässä ohjelmassaan. Housing First -menetelmässä asunnottomalle henkilölle hankitaan ensin asunto ja sen jälkeen hänelle tarjotaan mahdollisuutta hoitoon ja laaja-alaiseen tukeen. Tuki viedään asiakkaan kotiin ja toisaalta hänen kanssaan lähdetään kotoa hoitamaan asioita, vierailemaan sukulaisten luo ja otetaan yhdessä yhteyttä hoitotahoihin asiakkaan tarpeen mukaan. Merkittävä osa tukityötä on asiakkaan fyysisen ja psyykkisen voinnin seuranta. ACT-tiimeissä on sosiaali- ja terveyden alan ammattilaisia, hoitajia, lääkäreitä ja työvoimaneuvojia. Asiakkaan on mahdollista olla yhteydessä tiimiin 24 tuntia vuorokaudessa, seitsemänä päivänä viikossa. Asiakkaat sitoutuvat ohjelmaan, se on heille vapaaehtoista, eikä ehdollista heidän asumistaan. Menetelmällä on saatu hyviä tuloksia asunnottomuuden vähentämisen ja asumisen jatkuvuuden näkökulmista. Kroonista asunnottomuutta poteneet henkilöt ovat kyenneet pitämään asuntonsa ja pitkittäistutkimus on osoittanut, että asuminen on muuttunut pysyväksi useimpien eli noin 80 % ohjelmaan osallistuneista kohdalla. (Stefancic & Tsemberis 2007.)

Tutkimuksen mukaan Housing First – Asunto ensin -periaate on lisännyt asumisen pysyvyyttä ja nopeuttanut pitkäaikaisasunnottomien asunnon saantia (Tsemberis & Eisenberg 2000; Stefancic & Tsemberis 2007; Ohjelmatyöryhmä Ahkerien raportti 2008, 6). Suomessa Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma noudattaa Housing First -mallia, sovellettuna suomalaiseen yhteiskuntaan. Asunnottomuuden vähentämistoimien ja asumisen tuen lisäämisen on todettu lisäävän päihde- ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden elämänhallintaa ja asumisen pysyvyyttä. Esimerkiksi Härmälä-projektista ja Asunto ensin -ohjelmasta saadut tiedot vahvistavat, että asumiseen kohdistettavalla laaja-alaisella tuella on suuri merkitys pitkään vailla vakituista asuntoa olleen henkilön asumisen onnistumisessa. Näissä ohjelmissa on myös käynyt ilmi, että asunnottoman ihmisen saatua asunto, hänen halunsa kuntoutua lisääntyy. Henkilö saattaa haluta vähentää juomistaan tai muuta päihteenkäyttöään ja hänen elämänhallintansa on lisääntynyt. (Kettunen 2010; Granfelt 2010.)

Lahtelaiset pitkään asunnottomana olleet, päihdehäiriöistä kärsivät henkilöt majoittuvat samansuuntaisesti kuin Tiitisen selvityksestä käy ilmi. Lahden kaupunki on poistanut Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishojelman mukaisesti majoitustoimintalakiin perustuvan asuntola-asumisen Lahdesta. Lahtelaiset pitkäaikaisasunnottomat henkilöt voivat tällä hetkellä hakeutua päihde- ja sosiaalihuollon alaisiin yksiköihin, joissa järjestetään väliaikaista asumista. Lisäksi Lahden kaupungin sosiaalitoimella on Ovessa oma nimi -hanke, mikä koordinoi paikallisesti pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämistä. Hankkeen myötä Lahteen on rakennettu uusia vuokrasopimusperusteisia asuntoja pitkäaikaisasunnottomille ja lisätty asumiseen suunnattavaa tukea. Työ on Asunto ensin -mallin mukaista, jossa asukkaat asutetaan jonosta suoraan, asunnon löytyessä, ilman vaatimuksia päihteettömyydestä tai osoitusta elämänhallinnasta. Asiakkaiden on osassa asunnoista sitouduttava tukityöntekijän käynteihin ja näihin asuntoihin asutetaan vaikeimmista ongelmista kärsiviä ihmisiä. (Ovessa oma nimi -hanke 2010.)

Nousurinteen palvelukeskus on Sininauhaliiton ylläpitämä päihdehuollon organisaatio. Palvelukeskuksessa on ensisuoja, joka on tarkoitettu väliaikaista kriisimajoitusta tarvitseville ja asuntola, joka on tarkoitettu myös väliaikaiseen, asiakkaan tarpeiden mukaan 1 - 3 vuotta kestäväan asumiseen. Lisäksi Lahden Sininauhalla on tukiasuntoja, jotka ovat vuokrasopimusperusteista asumista. (Lahden Sininauha 2011.) Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden asuntolaosastolle voi hakeutua arkisin virka-aikaan. Lisäksi asunnottomat henkilöt majoittuvat sukulaisten ja tuttavien luona ja osa porraskäytävissä tai ulkona. Asunnottomien henkilöiden asuttamisesta vastaa Lahden kaupunki. Kaupunki tekee aktiivisesti yhteistyötä muiden asuttavien tahojen kanssa. Yhteistyötä tehdään eri forumeilla, esimerkiksi vapautuvia vankeja pyritään asuttamaan Yhdyskuntaseuraamustoimiston koordinoimalla yhteistyöllä. Verkostotyöhön kuuluu vaihtelevilla kokoonpanoilla Seurakuntayhtymä, Päijät-Hämeen sosiaalipsykiatrinen säätiö, Lahden Sininauha, sosiaalitoimen erityispalvelut, aikuissosiaalityö, Lahden Talot Oy ja Lahden A-klinikkatoimi. Verkostotyö on vahvistunut viime vuosina entisestään ja koetaan merkittävänä voimavarana pyrittäessä auttamaan asunnottomia henkilöitä heidän tarpeitaan vastaavalla tavalla. (Ovessa oma nimi -hanke 2010; Oma koti -hanke 2010.)

2.2 Päihdeongelman ja kaksoisdiagnoosiin kuvausta

Alkoholi on yleisimmin käytetty päihtymystä aiheuttava aine. Yli 90 % suomalaisista aikuisista käyttää alkoholia enemmän tai vähemmän säännöllisesti. Arvioiden mukaan tästä määrästä suurkuluttajia on 300 000-600 000 ja alkoholiriippuvaisia aikuisia on miehistä 8 % ja naisista 2 %. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2010, 17; Aalto 2010, 11.) Alkoholia käyttäviä aikuisia on Suomessa enemmän kuin kehittyneissä maissa keskimäärin. Nuorilla aikuisilla päihdeongelman esiintyminen on yleistä Suomessa. Jopa 14 %:lla nuorista aikuisista, 21 - 35 vuotiaista, on ollut jossain elämänsä vaiheessa ongelmia päihteiden käytön kanssa. (Latvala 2011, 29, 90).

Huumeiden käyttäjiä on edelleen määrällisesti vähän verrattuna alkoholin ongelmakäyttäjisiin ja he ovat Knuutin (2007, 18 - 22) mukaan marginaalissa eläviä ihmisiä, joiden kosketuspinta yhteiskuntaan on poliisi, sosiaali- ja terveyden huollon edustajat ja vapaaehtoistyöntekijät. 2000-luvun alkupuolella arvioidaan Suomessa olleen 16 000-20 000 vahvojen huumeiden eli amfetamiinin ja opiaattien käyttäjiä. Huumeiden käyttäjiä on Latvalan (2011, 29) mukaan suhteessa vähemmän Suomessa kuin Euroopassa tai Pohjois-Amerikassa. Suomalaisista käyttäjistä arvioidaan olevan naisia reilu neljännes ja asunnottomia noin 10 %. (Latvala 2010, 29.) Koska tämän kehittämishankkeen kohderyhmä edustaa valtaosaltaan alkoholiriippuvaisia, käsittelemme päihdemaailmaa lähinnä alkoholihäiriön kautta. Kokemukseni mukaan huumeriippuvuudesta kärsivät henkilöt eivät halua tai heidän ei tarvitse hakeutua Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden piiriin. Yksittäisiä huumeriippuvaisia asiakkaita on asuntolaosastolle hakeutunut aika ajoin, mutta heidän asumisjaksonsa ovat jääneet melko lyhyiksi, eikä asumisjakso ole johtanut tukiasumisen piiriin.

Riippuvuuden määrittely ei ole yksiselitteistä ja siihen vaikuttaa esimerkiksi käytetty aine ja yksilön omat ominaisuudet. Knuuti (2006, 20) kuvaa riippuvuuden muodostumista laaja-alaiseksi kokonaisuudeksi, mihin vaikuttavat yksilön perinnölliset tekijät, kulttuuriset sidonnaisuudet, vertaisryhmät ja toisaalta päihdyttävän aineen saatavuus ja vaikutus. Päihdeongelman syntyä voidaan näin ollen tarkastella useista näkökulmista käsin ja sen syntyyn vaikuttavia tekijöitä on löydetty eri

viitekehysistä tehtyjen tutkimusten kautta. Seuraavassa tarkastelen yksilön päihdeongelman kehittymistä kulttuuriperimän, geneettisen perimän ja ympäristötekijöiden kautta.

Kiianmaa (2003, 125) määrittelee alkoholiriippuvuuden psyykkiseksi riippuvuudeksi, mikä aiheuttaa henkilölle pakonomaisen tarpeen käyttää alkoholia. Se on aivojen sairaus, mikä kehittyy alkoholin pitkäaikaisen ja toistuvan käytön seurauksena (Kiianmaa 2010, 23). Osittain voidaan siis katsoa, että alkoholiriippuvuus on itse aiheutettu sairaus. Alttius tämän riippuvuuden syntyyn on kuitenkin perinnöllistä. Vaikka kenestäkään ei tule geeniperimänsä seurauksena alkoholista, altistava perimä voi kuitenkin lisätä alkoholisoitumisen riskiä jopa 50 %. Sama geeniperimä altistaa myös muille riippuvuuksille, kuten esimerkiksi nikotiini. (Kiianmaa 2010, 26 - 27.) Genetiikan tutkimuksissa on eristetty geenejä, mitkä yhtä aikaa altistavat alkoholisoitumiselle ja aiheuttavat impulsiivista ja käyttäytymisen hallintaa alentavaa toimintaa. On myös löydetty yhteys alhaiseen stressinsietoon ja ahdistuneisuuteen. Nämä ovat persoonallisuuden piirteitä, joiden perusteella voidaan ennustaa alkoholiriippuvuuden kehittymistä. (Kiianmaa 2010, 30.) Nämä samat persoonallisuuden piirteet ovat osaltaan myös vaikuttamassa päihdeongelman henkilön sosiaalisissa suhteissa ja esimerkiksi asumisessa aiheutuissa häiriöissä. (Manninen ym. 2005, 7; Suhonen 2008.)

Latvala (2011, 90 - 98) on tutkinut väitöskirjassaan geeniperimän osuutta päihdehäiriön syntyyn. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat nuoret suomalaiset aikuiset. Geneettinen perimä yhdessä ympäristötekijöiden kanssa on yhteydessä tutkimuksen mukaan päihdeongelman syntyyn. Heikko kielellinen kyvykkyys, psykomotorinen hitaus, keskittymis- ja käytöshäiriöt, aggressiivisuus ja ahdistuneisuushäiriöt yhdessä lähiomaisten piirissä esiintyvän päihdeongelman kanssa voivat ennustaa päihdehäiriön kehittymistä. Latvala toi esille tutkimuksessaan perheen alkoholin käytön, yksilön matalan koulutustason ja varhain aloitetun alkoholin käytön päihdeongelman syntymisen riskiä lisäävinä tekijöinä. Geneettinen perimä ei kuitenkaan selitä yksinään päihdehäiriön kehittymistä. Latvalan tutkimuksesta käy ilmi, että ympäristötekijöillä on alemman koulutustason omaavien henkilöiden kohdalla perimää suurempi vaikutus päihdehäiriön kehittymiseen.

Vastaavasti korkeamman koulutustason omaavien henkilöiden kohdalla geneettisellä altistumisella on ympäristötekijöitä suurempi vaikutus ennustettaessa päihdehäiriön kehittymistä.

Alasuutari (1992) tarkastelee alkoholismia sosiologian näkökulmasta ja näkee sen kulttuurisidonnaisena ja kulttuuriperimästä johtuvana. Hän on tutkinut länsimaisen kulttuurin ja siinä nimenomaan suomalaisen kulttuurin vaikutusta alkoholisminkin kehittymiseen. Hän mukaansa alkoholismi käsitteenä on kulttuurisidonnainen ja käsitteen sisältö vaihtelee näin ollen kulttuureittain. Tavanomaisen ja poikkeavan alkoholinkäytön määritteet poikkeavat myös kulttuureittain toisistaan. Esimerkiksi suomalaiseen yhteiskuntaan ei ole perinteisesti kuulunut alkoholin päivittäinen nauttiminen ruoan tai seurustelun yhteydessä. Joissain muissa kulttuureissa tämä on tavanomaista alkoholinkäyttöä, mikä ei johda alkoholisoitumiseen. Alasuutari näkee yhteyden suomalaisen ja länsimaisen teollistumisen ja alkoholisoitumisen lisääntymisen välillä. Tutkimuksessa viitataan työväestöön kuuluvien miesten liiallisen alkoholinkäytön johtuvan osittain vapaudentavoittelusta ja rajojen rikkomisesta, kontrollista vapautumisesta. Yksilö voi tuntea ristiriitaa yhteiskunnan vaatimusten ja ulkoa asetettujen velvoitteiden ja omien, yksilöllisten tarpeidensa ja toiveidensa välillä. Alkoholin käytön muodot itsessään ovat sidoksissa kulttuuriin ja yhteiskunta määrittää kulttuuriperimän pohjalta oikean ja väärän suhtautumisen, oikean ja väärän juomisen mallit. Alasuutarin mukaan myös nämä eri määritteet ja mallit voivat aiheuttaa yksilötasolla ristiriitaa ja epävarmuutta, mikä joidenkin henkilöiden kohdalla voi johtaa alkoholisoitumiseen. Alasuutari (1992, 3 - 4, 82 - 84, 150 - 153.)

Ympäristötekijöistä perheellä ja vanhemmilla on merkittävä osuus yksilön kehityksessä. Itäpuisto ja Grönfors (2004) ovat pohtineet artikkelissaan isän roolin vaikutusta poikien päihdeongelman syntyyn. Päihdehäiriö vaikuttaa isän toimintaan monella tavoin ja pojat saattavat pelätä alkoholisminkin geneettisen perimän ohella toimintamallien periytyvyyttä. Pojat voivat oppia isän antaman mallin perusteella käsittelemään ongelmiaan päihteen kautta ja hakea helpotusta ongelmiinsa päihteistä. Ympäristön antama malli johtaa heidän toimintaansa joko samaan tai tietoisesti eri suuntaan. Artikkelissa tuotiin esille myös niitä tapauksia, joissa alkoholisti isien pojat ovat joko olleet raittiita koko ajan tai raitistuneet omien lasten

syntymän seurauksena. He ovat näin pyrkineet varmistamaan omien lastensa tasapainoisen kasvualustan ja toisaalta katkaisemaan sukupolvien ketjun päihdehäiriön synnyttämien vaurioiden suhteen.

Pitkäaikainen ja runsas alkoholin käyttö aiheuttaa muutoksia aivoissa, havainnointikyvyssä ja tunne- ja ajattelutasolla. Siitä seuraa käytöksen muuttumista. Alkoholiriippuvuudesta johtuva liiallinen alkoholin käyttö aiheuttaa yksilötasolla monenlaista kärsimystä. Alkoholi aiheuttaa sekä somaattisia, että psyykkisiä haittoja runsaasti käytettynä. Alkoholi altistaa esimerkiksi tapaturmille, maksan ja haiman sairauksille, aivojen rappeutumasairauksille, vatsan sairauksille ja erilaisille psyykkisille häiriöille, kuten esimerkiksi masennus ja unettomuus. Alkoholismi aiheuttaa runsaasti sosiaalisia ongelmia, perheiden hajoamisia ja taloudellisia ongelmia. Alkoholin aiheuttamiin sairauksiin kuolee joka vuosi noin 2200 suomalaista. Se on työikäisten suomalaisten suurin kuolemanaiheuttaja. Välillisesti alkoholi on aiheuttamassa tätäkin suurempaa kuolemien määrää. Alkoholin liika- käyttö aiheuttaa kustannuksia yhteiskunnalle esimerkiksi menetettyjen työpäivien, sairauskulujen ja läheisten voimien heikkenemisen muodossa. Vuotuiset välittömät kustannukset ovat noin miljardi euroa. Nämä kaikki haitat osoittavat sen, että päihderiippuvuuden hoitaminen on kaikkien etu ja erityisesti tietenkin häiriöstä eniten kärsivien, eli päihdeongelmaisen ja hänen läheistensä. (Aalto 2010, 9 - 15.)

Kaksoisdiagnoosi tarkoittaa tilannetta, jossa henkilölle on asetettu päihderiippuvuudesta tai haitallisesta käytöstä johtuva diagnoosi ja psykiatrinen diagnoosi. Kaksoisdiagnoosipotilaiden osuus näyttää olevan kasvussa yhteiskunnassamme. Selvitysten perusteella alkoholihäiriöstä kärsivillä henkilöillä kaksoisdiagnoosi esiintyy 37 %:lla ja huumehäiriöstä kärsivillä esiintyvyys on 53 %:lla (Aalto 2007, 123). Kaksoisdiagnoosipotilaiden ennuste on huonompi kuin vain yhdestä häiriöstä kärsivien ennuste. Tavanomaiset hoitomuodot eivät ole heidän kohdallaan yhtä tehokkaita kuin yhdestä häiriöstä kärsivillä. Tutkimusten mukaan näyttää siltä, että hoidon tehokkuutta voidaan lisätä suuntaamalla hoitoa samanaikaisesti sekä mielenterveyden- että päihdehäiriöön eli integroidusti. Integroidussa hoidossa toimenpiteet kohdennetaan potilaan tarpeista käsin yhtäaikaaisesti ja tarvittaessa kerroksellisesti molempiin häiriöihin. Tärkeimpiä hoitomuotoja ovat motivoiva haastattelu, yhteisövahvistusohjelma, retkahduksen ehkäisy,

kahdentoista askeleen hoidot, perheinterventiot ja sosiaalisten taitojen harjoittelu. Hoidon toteuttamisesta vastaa moniammatillinen tiimi, joka pystyy vastaamaan ammatillisesti sekä mielenterveyden häiriöiden, että päihdehäiriöiden hoitoon. (Aalto 2007, 123; Tsai ym. 2007.)

Assertive Community Treatment eli ACT on todettu tehokkaaksi toimintatavaksi kaksoisdiagnoosiasiakkaiden laaja-alaisessa auttamistyössä. ACT-mallissa asiakkaalle tarjotaan saman palveluntuottajan toimesta samanaikaisesti mielenterveyspalveluita, päihderiippuvuuden hoitoa ja laaja-alaista, asiakkaan tarpeista käsin nousevaa tukea. Toiminta on moniammatillista tiimityötä, jossa moniammatillisuus muodostuu sosiaali-, mielenterveys- ja päihdealan ammattilaisista. Asiakkaita tuetaan heidän sairautensa, riippuvuushäiriönsä, sosiaalisen toimintakykynsä ja yhteiskuntaan integroitumisen näkökulmista. Tuki on laaja-alaista, se kattaa asiakkaan elämän osa-alueet hoidon tarpeesta sosiaalisiin kontakteihin, työnohjausta taloudelliseen neuvontaan. Tämän on todettu toimivan tehokkaammin kuin jos asiakkaan pitäisi hakea eri palvelut eri toimijoilta. Asiakas sitoutuu hoitoonsa paremmin ja hänen sairaalajaksonsa harvenevat. Asiakkaiden elämänhallinnan on todettu paranevan ja esimerkiksi asumisen suhteen asumisen säilyttämisen kyky paranee. Päihteen käytöstä johtuvien ongelmien on myös todettu vähenevän ja jopa päihteen käytön on todettu vähenevän. (Tsai ym. 2007; Marshall 2007; Phillips ym. 2001.)

ACT-malli ja kaksoisdiagnoosipotilaille suunnattu integroitu hoito voidaan tuloksetta yhdistää tuettuun asumiseen. Aiheesta on toistaiseksi vähän tutkittua tietoa, mutta tutkimustulokset viittaavat yhdensuuntaisesti siihen, että tuetun asumisen, ACT-mallin ja integroidun hoidon yhdistelmällä voidaan parantaa kaksoisdiagnoosipotilaiden elämänhallintaa ja ehkäistä tai vähentää sairaala- ja muita hoitajaksoja. Kaksoisdiagnoosista kärsivillä henkilöillä on muita suurempi riski joutua asunnottomaksi tai menettää saamansa asunto. Tuen ja hoidon yhdistelmällä voidaan henkilöille hankkia asuntoja ja toisaalta auttaa heitä saavuttamaan senkaltainen elämänhallinnan taso, mikä on edellytyksenä asumisen jatkumiselle. Yhdysvalloissa ACT Center of Indiana on yksi tutkimusta ja kehitystyötä tekevä tahon, joka on saavuttanut hyviä tuloksia yhdistelmämuodolla.

Tutkimus ja hoito ovat näyttöön perustuvaa toimintaa, mikä on sovellettavissa myös Yhdysvaltojen ulkopuolella. (Tsai ym. 2009.)

Päihdeongelmaisilla ihmisillä on muita suurempi riski joutua asunnottomiksi ja pitkäaikaisasunnottomiksi. Päihteiden käyttö itsenäisenä ongelmana ja sosiaalista toimintaa hankaloittavat persoonallisuuden piirteet lisäävät asunnottomuuden riskiä häiriökäyttäytymisen ja asioiden hoitamattomuuden, esimerkiksi vuokranmaksu, takia. Päihdekierteen taustalta on löydettävissä myös muita elämänhallintaa rajoittavia tekijöitä, esimerkiksi vakava, hoitamaton mielenterveyden häiriö. (Manninen ym. 2005, 7; Stefancic & Tsemberis 2007.)

Vakavasta päihdehäiriöstä toipuminen on pitkäaikainen prosessi. Tämän ovat todenneet tutkimuksissaan esimerkiksi Knuuti ja Lahtinen-Antonakis. Knuuti (2007, 36 - 40) jakaa toipumisen kolmeen jaksoon, varhais-, keski- ja myöhäisvaiheeseen. Varhaisvaihe käsittää alle vuoden mittaisen raittiuden, keskivaihe alle kolme vuotta ja myöhäisvaihe yli kolme vuotta kestäneen raittiuden. Knuuti puhuu toipumisprosessissa totaalista päihteistä kieltäytymisestä. Varhaisvaiheessa toipuja tarvitsee usein apua uuden elämäntilanteen ylläpitoon, erityisesti prosessoidessaan uutta elämäntapaa pysyväksi toimintamallikseen. Keskivaiheessa toipuja ei enää tarvitse ulkoista kontrollia raittiutensa säilyttämiseksi. Sitä vastoin hän saattaa hyötyä terapiaperusteisesta työskentelystä, jossa hän voi käsitellä päihteen käytön aikaista elämäänsä ja mahdollisia siihen liittyviä negatiivisia tunteita. Pitkään jatkuneen, yli kolme vuotta kestäneen raittiuden jälkeen toipuja on jo voinut sisäistää päihdeettömän elämäntavan omakseen. Myös Lahtinen-Antonakis (2007; 2009, 37 - 39) on pro gradu -tutkimuksessaan todennut toipumisen kolmivaiheisuuden. Lahtinen-Antonakis tutki päihdehuollon asumispalveluyksikön asiakkaita, joilla oli vaikea päihderiippuvuus ja tutkimuksessa oli nähtävissä toipumisen asteittaisuus. Molemmat tutkijat näkevät toipumisen tietyllä tavalla elämänajan kestäväenä prosessina, koska päihderiippuvuudesta ei voi täysin eikä lopullisesti toipua. Tämän näkemyksen mukaan päihteen käytön uudelleen aloittaminen johtaisi entisen kaltaiseen, päihteen käytön hallitsemaan toimintaan.

Alasuutarin (1992) näkemyksen mukaan toipumisprosessissa on kyse myös kulttuurisesta näkökulmasta. Hänen mukaansa länsimainen alkoholismien

sairauslähtöinen näkökulma muokkaa siitä osittain elinajan kestävän häiriön. Tutkimuksessaan hän sivuaa muita kulttuureja, jotka selittävät alkoholin liikkäytön toisella tavalla ja joissa toipumisprosessi on erilainen kuin länsimaisessa kulttuurissa. Tutkimuksessa on kuitenkin pieni otos muita kuin suomalaisen tai länsimaisen kulttuurin edustajia, joten pelkästään sen nojalla ei voida tehdä yleistyksiä kulttuurin vaikutuksesta alkoholismista toipumisen prosessista.

2.3 Päihdehuollon palveluita

Kuntien lakisääteisiin velvoitteisiin kuuluu järjestää asukkailleen päihdehuoltoa. Päihdehuoltoon kuuluu ehkäisevä päihdetyö ja korjaava päihdetyö. Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena tulee olla päihdehaittojen ehkäisy, päihteiden käytön vähentäminen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Korjaava työ kohdistuu päihteiden ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä auttamiseen, tukemiseen ja hoitamiseen. Hoitoa järjestetään avo- ja laitospalveluina. Lisäksi palvelujärjestelmään kuuluu kuntouttavia palveluita ja asumis- ja tukipalveluita. (Sosiaaliportti 2011.) Päihdehuollon järjestämisestä on annettu laki Päihdehuoltolaki (1986/41), joka velvoittaa kunnat järjestämään päihdehuoltoa kunnassa esiintyvän tarpeen määräämällä tavalla. Kunnan velvollisuus on järjestää päihdepalveluita osana sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluita ja lisäksi asiakas tulee voida ohjata tarvittaessa erityispalveluiden piiriin. Kunnat järjestävät palveluita itse, seudullisena yhteistyönä tai ostamalla ne palvelun tuottajalta. Avohuollossa tapahtuva hoito on määritelty ensisijaiseksi hoitomuodoksi, mutta tarvittaessa kunnassa on järjestettävä myös laitoshoidon asiakkaan tarpeita vastaavalla tavalla. (Päihdehuoltolaki 1986/41; Päihdeasiamies 2011.) Mainittuja päihdehuollon erityispalveluita tarjoavat ja toteuttavat A-klinikat, katkaisu- ja kuntoutusyksiköt, ensisuoajat ja päihdehuollon asumispalvelut. (Aluehallintovirasto 2009.) 1990-luvulta lähtien kunnat ovat siirtyneet enenevässä määrin hankkimaan päihdepalveluita ostopalveluperusteisesti kolmannen sektorin palveluntuottajilta ja säätiöpohjaisilta toimijoilta (Kaukonen 2005, 312 - 313).

A-klinikkasäätiö tuottaa valtakunnallisella tasolla kaikkia edellä mainittuja päihdehuollon erityispalveluita ostosopimus- tai kilpailutusperusteisesti kuntien

kanssa. Päihdehuollon avopalvelut tuotetaan polikliinisesti A- ja K-klinikoiden toimesta. A-klinikoilla on mahdollisuus avokatkaisuhoitoon ja hoidon tarpeen arviointiin. Lisäksi A-klinikoilla on tarjolla keskusteluapua sosiaaliterapeutin tai sairaanhoitajan vastaanotoilla. K-klinikoilla hoidetaan lääkeavusteisesti opioidiriippuvaisia henkilöitä. Hoitoon kuuluu lääkeshoidon lisäksi psykososiaalinen tuki. Lisäksi esimerkiksi Tampereella ja Hämeenlinnassa toimivat matalan kynnyksen avopalvelupisteet, jotka tarjoavat esimerkiksi terveysneuvontaa, hoidon tarpeen arviointia ja keskusteluapua päihteiden ongelmakäyttäjille ja heidän läheisilleen. (A-klinikkasäätiö 2011.) Kunnalliset A-klinikat toimivat omien kuntiensä sosiaali- ja terveydenhuollon alaisina.

Päihdehuollon laitospalveluita on tarjolla kuntien, kuntayhtymien, säätiöiden ja kolmannen sektorin palveluntuottajien tuottamina. Palvelut kattavat katkaisuhoidon, kuntouttavan päihdehoidon ja asumispalvelut. Hoidon viitekehyksiä on useita, joista esimerkiksi A-klinikkasäätiö edustaa ammatillisesta viitekehystä käsin tarjottavaa hoitoa. Vertaistuellisissa, kokemusosaamiseen perustuvissa hoitomuodoissa työntekijöillä on koulutuksen lisäksi oma kokemus päihde- tai läheisriippuvuudesta ja tätä hyödynnetään asiakkaan hoitotyössä (Kalliolan setlementti 2011). Näiden lisäksi viitekehystenä voi olla uskonnollinen näkemys, kuten esimerkiksi Kan ry:n toiminnassa. Kan ry:n toiminnan lähtökohtana on kristillinen elämäkatsomus, jonka ohjaamana pyritään auttamaan päihdeongelmaisia ihmisiä osana päihdetyön verkostoa. (Kan ry 2011.) Myös Sininauhaliiton lähtökohtana ovat kristilliset arvot ja ihmiskäsitys. Sininauhaliitto pyrkii koulutukseen ja kokemukseen perustuen vähentämään huono-osaisuutta ja kehittämään eri toimijoiden välistä yhteistyötä. (Sininauhaliitto 2011.) Kokemukseni mukaan eri viitekehystistä käsin tehty työ antaa päihderiippuvuudesta kärsivälle asiakkaalle mahdollisuuden valita hänelle sopiva hoitomuoto. Riippuvuudesta toipuminen on yksilöllistä, asiakkaiden elämäntilanteet, oma kokemus- ja arvomaailma vaikuttavat kunkin yksilön mahdollisuuksiin toipumisprosessissa. Yhteistä kaikille toimijoille on verkostotyö ja päihdehäiriön ymmärtäminen yksilön laaja-alaisena ongelmana, mikä vaikuttaa hänen elämänhallintaansa ja johon asiakas tarvitsee ja on oikeutettu saamaan apua.

Kaukonen (2005) on selvittänyt laman jälkeisen ajan päihdepalvelujen ja päihdehuollon kehitystä. Hänen mukaansa hyvin suunnatut päihdepalvelut vähentävät yhteiskunnan kustannuksia päihdehaittoja vähentämällä ja yksilön kärsimystä päihteen käytön vähenemisen kautta. Helposti saavutettavien avopalveluiden ohella on taattava myös laitoshoidon ja laitospalveluiden saatavuus. Päihdepalveluiden tarve on kasvanut koko 2000-luvun ajan ja palveluita tuotetaan suoritemäärällisesti enemmän kuin viime vuosituhanella. Kuitenkaan kasvanut tarve ja lisääntyneet palvelusuoritteet eivät kohtaa. Ongelmat syntyvät erityisesti vaikeimmista ongelmista kärsivien asiakkaiden kohdalla. Heidän hoitoon pääsyä on vaikeutunut ja hoidon yhteiskunnallinen vaikuttavuus on vaarassa heikentyä (Kaukonen 2005, 316). Kaukonen puhuu ”rakenteellisesta ja aiempaa pysyväisluonteisemmasta sosiaalisesta syrjäytymisestä” (2005, 321), johon hänen mukaansa voitaisiin vaikuttaa tutkimuksella ja siitä seuraavalla palvelujärjestelmän kehittämällä. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla integroidun hoidon vaikuttavuus on suurempi kuin häiriöiden erillinen hoitaminen, kuten myös Aalto (2007) ja Tsai ym. (2009) ovat todenneet. Näin ollen päihdehoitoihin tulee liittää myös mielenterveyden häiriön hoitaminen samanaikaisesti. Asiakkaan ja työntekijän keskinäisellä työskentelysuhteella on suuri merkitys tavoitteen saavuttamisessa. Työskentelysuhteella on suurempi merkitys kuin esimerkiksi erilaisilla työn viitekehyksillä.

2.4 Asumiseen suunnattavan tuen muotoja

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman (2008) mukaisesti asumisen tukea on suunnattava vaikeimmin asutettaville henkilöille. Käytännössä tässä kohderyhmässä on pitkäaikaisista päihde- ja mielenterveydenhäiriöistä kärsiviä henkilöitä, joiden asumisen taidot ovat alentuneet (mm. Lönnqvist ym. 2010). Tuki- tai palveluasumisesta ei ole yhtä, yhtenevää määritelmää. Määritelmiä ovat tehneet esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö, ARA ja sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira.

Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt tuki- ja palveluasumista ja tehostettua palveluasumista. Tuki- ja palveluasuminen on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat enemmän tukea kuin omaan asuntoon on mahdollista järjestää.

Palveluita on kohdistettu ikäihmisille, vammaisille, kehitysvammaisille ja mielen-terveys- ja päihdekuntoutujille. Tehostetun palveluasumisen osalta määritellään, että asukkaalla on käytössään oma huone ja lisäksi yhteisiä tiloja ja henkilökuntaa on paikalla jatkuvasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) ARA määrittelee erityisryhmien osalta pitkäaikaisasunnottomien asumispalveluiksi tukiasumisen, palveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen. Tukiasumisessa yksilö tuetaan asumaan omassa kodissaan. Palveluasumisessa tarjotaan ympärivuorokautista tukea ja apua henkilöille, jotka eivät selviydy itsenäisessä asumisessa, mutta eivät tarvitse laitoshoidoa. Tehostetun palveluasumisen piiriin kuuluvat henkilöt, jotka tarvitsevat jatkuvaa hoivaa ja ovat vaikeasti toimintarajoitteisia. ARA ei määrittele palveluasumisen minimiä tilojen tai yksityisyyden mukaan, mutta sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan erityisryhmien asumisen uusittuja määritelmiä. (ARA 2011.) Valviran määritelmän mukaan jokaisella asiakkaalla tulee olla oma huone. Huoneen varustelutaso (oma wc, keittotilat ym.) riippuu asumisyksikön toiminta-ajatuksista eli onko asuminen itsenäiseen asumiseen tähtäävää vai yhteisöllistä. Yhteisöllisessä asumisessa omien huoneiden varustelu on vaatimattomampaa ja yhteisten tilojen merkitys korostuu. Uusissa asumispalvelukohteissa huoneissa tulee kuitenkin olla omat wc- ja suihkutilat ja keittomahdollisuus. (Ahonen 2011.)

Asumisvalmennus on yksi asumiseen suunnattavan tuen muoto. Käsitettä käytetään melko vapaasti ilman tarkkaa määritelmää. Asumisvalmennusta on myönnetty pääsääntöisesti vammaispalvelulain ja kehitysvammalain perusteella, mutta sosiaalihuoltolaki käy myös perusteeksi. Asumisvalmennus ei ole henkilön subjektiivinen oikeus. (Sosiaaliportti 2010.) Vuonna 2009 Asumispalvelusäätiö Aspa asetti työryhmän eri vammaisjärjestöjen kesken ja he tekivät seuraavanlaista käsitelmää. Asumisvalmennus käsitetään arvioivana tai valmentavana. Asumisvalmennus on aina tavoitteellista ja määräaikaista ja sitä tulee arvioida asiakkaan ja työntekijöiden toimesta. Valmennus muodostuu tavoitteiden mukaan ja valmennus voi tapahtua joko laitoksessa tai asiakkaan kotona. Merkittävää on, että määritelmän mukaan asumisvalmennus ei saa kestää kenenkään kohdalla vuosia ja valmennettavat asiat määritellään asiakkaan tavoitteista käsin. (Aspa 2009.)

Kehitysvammahuollossa asumisvalmennuskäsitettä on käytetty pitkään. Asumisvalmennuksella tarkoitetaan kehitysvammahuollossa kehitysvammaisen henkilön resurssien kasvattamista ja tukemista hänen itsenäisessä selviytymisessään asumisessa ja itsenäistymisessään. Asumisvalmennuksen tavoite on henkilön itsenäinen tai tuettu asuminen palveluasumisen asemasta. Asumisvalmennus tulee olla yksilöllistä ja suunnitelmallista. Asumisvalmennus ja sen suunnittelu kokonaisuudessaan toteutetaan yhteistyössä asiakkaan kanssa, moniammatillisesti ja verkostoyhteistyössä kaikkien toimijatahojen kanssa. (Hämäläinen 2009, 5 - 6, 19.)

Asumisvalmennusta toteutetaan yksilötasolla ja ryhmämuotoisesti. Ryhmämuotoisessa asumisvalmennuksessa työmuotona on yhteisöllisyys, jolla vahvistetaan asiakkaan kykyä toimia muiden ihmisten kanssa. Asiakas harjaantuu toimimaan yhdessä muiden kanssa ja toisaalta tuomaan esille omat mielipiteensä käsiteltävissä asioissa. Vertaistuki ja toisten kokemukset ovat tässä apuna. Yksilöllisessä valmennuksessa asiakkaalle annetaan tukea, ohjausta ja motivointia arjen tilanteissa ja elämänhallintaa laajasti koskien. Palvelusuunnitelma tehdään yksilöllisesti asiakkaan olemassa olevien resurssien pohjalta ja hänen voimavarojaan tuetaan ja kasvatetaan tavoitteena itsenäinen tai tuettu asuminen. Asumisvalmennuksessa korostetaan asiakkaan omaa ja vertaistuellista kokemuseräistä tietoa, jolla vahvistetaan asiakkaan motivaatiota ja kykyjä asumisen kontekstissa. Asumisvalmennuksen sisältö on laaja-alainen, siinä pyritään tehokkaasti huomioimaan asiakkaiden yksilöllinen tilanne ja tarpeet. Asumisvalmennus voi sisältää esimerkiksi ADL-toimien harjoittelua, koulutuksen suunnittelua, asunnon etsimistä, vuorovaihteisia keskusteluja henkilökunnan kanssa, asiakkaan eduista huolehtimista ja asiakkaan sosiaalisten taitojen harjaannuttamista. Asumisvalmennukseen kuuluu myös yhteistyö asiakkaan omaisten kanssa. (Hämäläinen 2009.)

Asumisvalmennuksen tuloksellisuudelle on merkittävää asiakkaan päätäntävällän korostaminen, asiakkaan oma motivaatio valmennusta ja sen tavoitteita kohtaan ja onnistumisen kokemukset. Asumisvalmennuksen oikea-aikaisuus on merkittävää, samoin asiakkaan, omaisten ja henkilökunnan väliset suhteet. Eettiset näkökulmat, kuten toisen kunnioittaminen, arvostaminen, rehellisyys ja avoimuus ovat merkittäviä. Asiakkaan subjektiivisuuden säilyttäminen valmennusprosessissa on myös yksi onnistuneen valmennustyön edellytyksiä, samoin verkostotyön onnistuminen.

Asumisvalmennuksen riittävän pitkä kesto takaa työn onnistumista ja kantaa asiakkaan voimavaroja itsenäisessä asumisessa. (Hämäläinen 2009.)

Lönnqvist ym. (2010, 118 - 119) ovat tutkimuksessaan todenneet, että vaikeimmin asutettavien henkilöiden osalta asumisen päättymiseen johtaa useimmin häiritsevistä elämästä johtuva häätö. Tämän ryhmän, päihde- ja mielenterveyshäiriöitä potevien ja asunnottomiksi joutuneiden osalta tutkimuksessa todettiin, että tehostetulla asumisen tuella on elämänhallintaa lisäävä vaikutus. Tehostetulla tuella tarkoitetaan tutkimuksessa Asunto ensin -perusteista asumisyksikköä, jossa on riittävä määrä henkilökuntaa läsnä, joka ohjaa ja auttaa asukkaita arjen toimissa asiakkaan yksilöllisten tarpeiden perusteella. Asukkailla on mahdollisuus opetella raha-asioidensa ja kauppa-asioidensa hoitamista ja selviytymistä kodin hoitoon liittyvistä asioista. Heitä ohjataan terveyspalveluiden piiriin. Tehostetulla tuella on todettu olevan turvallisuutta lisäävä, päihteiden käyttöä vähentävä ja asukkaiden terveydentilaa kohentava vaikutus. Tavoitteena on, että asukkaat selviytyvät tulevaisuudessa itsenäisessä vuokra-asumisessa joko ilman tai kevyemmällä tuella. Yhteiskunnalliset vaikutukset näkyvät kustannussäästöinä sosiaali- ja terveyssektoreilla. Sairaalajaksot ja päihdeongelmista johtuvat laitoshoidojaksot ovat vähentyneet ja asukkaat ovat kuormittaneet sosiaalitoimen erityispalveluita vähemmän. Asuminen tehostetun tuen yksikössä on myös edullisempaa kuin laitosasuminen. Tutkimuksen mukaan yhteiskunnalliset säästöt ja toisaalta yksilötasolla elämänlaadun lisääntyminen on ollut huomattavaa. (Lönnqvist ym. 2010, 100 - 103, 119 - 120.)

Suhonen (2008) on raportissaan todennut, että tuetulla asumisella ja siihen liitetyllä kuntouttavalla työotteella on merkitystä päihde- ja kaksoisdiagnoosiasiakkaan elämänhallinnan lisääntymiselle. Tässä kuntouttaminen tarkoittaa ADL-toimien kehittymistä, mielekkäiden aktiviteettien löytämistä, tukea päihteettömään elämään, palveluohjausta ja vertaistukea. Kun asiakkaalle suunnattava tuki voidaan järjestää yhden tahon suorittavaksi, saadaan asiakkaasta Suhosen mukaan kokonaisempi kuva ja häntä voidaan auttaa tehokkaammin. Asuminen on toisaalta jokaisen perusoikeus, johon ei saa asettaa ennakkoehtoja kuntoutuksen, raitistumisen tai muun ulkopuolelta asetetun tavoitteen näkökulmasta. Asiakas asettaa tavoitteensa itse ja palveluverkon tulee voida joustaa riittävän yksilöllisesti, jotta

jokaiselle voidaan antaa mahdollisuus omaan asuntoon. Suhosen näkemykset tukevat integroidun hoidon ja toisaalta ACT-mallin tunnusmerkkejä.

Suhosen (2008) raportti ei myöskään ole ristiriidassa Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman kanssa, mutta siinä on lisänä päihdehoidon merkittävyyttä korostava näkökulma. Suhosen raportin mukaan kokemusasiantuntijat eli päihde- ja kaksoisdiagnoosiasiakkaat tuovat itse esille tarpeensa päihteiden käytön vähentämiseen tai lopettamiseen ja tuen tarpeensa myös tästä näkökulmasta käsin. Myös Mannisen ym. (2005) mukaan päihteenkäytön lopettaminen ja elämänhallinnan lisääntyminen ovat kokemusasiantuntijoiden mukaan yhteydessä toisiinsa. Päihteenkäyttäjät tarvitsevat näihin molempiin tukea vaihtelevasti ja yksilöllisesti. Tuen tulee olla oikein mitoitettua ja oikea-aikaista, jotta se palvelee asiakasta kriisitilanteessa ja toisaalta tukee asiakkaan päivittäistä arjessa selviytymistä.

Asumisneuvonnalla on todettu olevan häätöjä ja asuntoasioiden vireillepanoja vähentävä vaikutus (Lönnqvist ym. 2010, 117). Asumisneuvonnalla tarkoitetaan neuvontatyötä, jonka tarkoituksena on ennaltaehkäistä asumiseen liittyviä ongelmia, esimerkiksi vuokratästejä ja häiriökäyttäytymistä ja toisaalta nopealla interventiolla pyrkiä ratkaisemaan jo syntyneitä ongelmia ja estää lisäongelmien, esimerkiksi häätöjen, syntymistä. Sitä järjestetään paikallisista tarpeista käsin, vuokranantajan, kolmannen sektorin yhdistysten ja sosiaalitoimen toimesta. Työn sisältö määrittyy järjestävän tahon toimesta. (Lönnqvist ym. 2010, 12.) Asumisneuvonnan on todettu vähentävän merkittävästi asuntoasioiden vireillepanoja ja häätöjä, erityisesti vuokratästeistä johtuvia toimenpiteitä. Toisaalta sillä ei ole todettu olevan vaikutusta häiritsevistä elämästä johtuviin häätöihin, eikä vuokrasaatavien perintä ole tehostunut neuvonnan johdosta. Häätöjen vähentämisellä on kuitenkin merkittävä yhteiskunnallinen vaikutus taloudellisesti, syrjäytymistä ehkäisevästi ja asunnottomuutta ehkäisevästi. (Lönnqvist ym. 2010, 80 - 82, 117 - 118.)

3 LAHDEN A-KLINIKKATOIMEN ASUMISPALVELUT

Lahden A-klinikkatoimi kuuluu A-klinikkasäätiön valtakunnalliseen organisaatioon. Lahden A-klinikkatoimen toimintaympäristö on Päijät-Hämeen alue ja tarvittaessa palveluita myydään myös muihin kuntiin. Lahden A-klinikkatoimeen kuuluvat A- ja K-klinikat, Pitkämäen kuntoutusyksikkö ja Nuorten hoitoyhteisö Stoppari. Pitkämäen kuntoutusyksikössä on katkaisuhuolto-, kuntoutus- ja asuntolaosastot. Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluihin kuuluvat Pitkämäen kuntoutusyksikön asuntolaosasto ja tukiasunnot. Asumispalvelut tarjoavat tuettua asumista asiakkaille, joiden resurssit itsenäiseen asumiseen ovat alentuneet päihdeongelman ja mahdollisen mielenterveysongelman vuoksi.

3.1 Asuntolaosasto

Asuntolaosasto on tarkoitettu asunnottomille päihdeongelmallisille sekä henkilöille, joilla on lääkärin erikseen määrittelemä kaksoisdiagnoosi, päihde- ja mielenterveysongelma. Asuntolaosastolle hakeudutaan A-klinikan, sairaaloiden, katkaisu- ja kuntoutusosastojen, kotikunnan sosiaalitoimen tai jonkin muun lähettävän tahon kautta. Asumisajat vaihtelevat asiakkaan tarpeiden mukaan, mutta asuminen on tarkoitettu väliaikaiseksi. Asuntolaosaston tehtävänä on tarjota tuettua päihdeetöntä asumista. Tuen määrä riippuu kunkin asiakkaan tarpeista. Tuki on yksilöllistä, koska asunnottomuuteen johtaneet syyt ovat yksilöllisiä ja muuttuvia. Asiakastyöhön kuuluvat keskustelut asiakkaiden kanssa, neuvonta ja ohjaus asumiseen, terveyteen ja toimeentuloon liittyvissä kysymyksissä. Tuetun asumisen tarkoitus on lisätä asiakkaan resursseja itsenäiseen tai vähemmän tuettuun asumiseen ja johtaa asiakkaan voinnin paranemiseen. Osana palvelukokonaisuutta on verkostotyö esimerkiksi sosiaalitoimen, muiden asumispalveluita tuottavien tahojen, terveyskeskuksen, PHKS:n, Rikosseuraamuslaitoksen ja Nousurinteen palvelukeskuksen kanssa.

Asiakkaan terveyden vaatiessa hoitoa häntä autetaan tarkoituksenmukaisen hoitokontaktin luomisessa ja tarvittaessa asiakas ohjataan erikoissairaanhoidon piiriin.

Somaattisten sairauksien hoito tapahtuu perusterveydenhuollossa. Asiakkaan tullessa asuntolaosastolle hänen asumiselleen asettamat tavoitteet kirjataan ja niitä on tarkoitus tarkastella määräajoin. Sekä tavoitteiden kirjaaminen, että niiden tarkastelu tehdään melko vapaamuotoisesti. Osastolla on kerran viikossa toiminnallinen ryhmä, johon osallistuminen on vapaaehtoista. Ryhmä on joko ruoanlaittoon tai liikuntaan painottuva. Ryhmä voi olla myös elämyksellinen, harrastuksiin ohjaava. Ryhmälle varattu määräraha on pieni ja ryhmän tarkoituksena on kartuttaa asiakkaan toiminnallisuutta itsenäistä asumista ajatellen. Ryhmiin osallistujien määrä vaihtelee viikoittain, retket ovat suosituimpia. Osaston asiakkailta on mahdollisuus osallistua koko talolle suunnattuun musiikkiryhmään kerran viikossa. Asiakkailta on mahdollisuus korva-akupunktihoitoon ja fysioakustisen tuolin käyttöön. Osaston asiakkaat huolehtivat itsenäisesti viikkosiivouksesta ja henkilökohtaisen pyykkinsä pesusta. He osallistuvat myös kuntoutusyksikön ruokasalissa keittiövuoroon, mikä käsittää ruokasalin pöytien pyyhkimisen ja jätteiden viennin.

3.2 Tukiasunnot

Tukiasunnot ovat tarkoitettu asunnottomille päihdeongelmallisille lahtelaisille sekä vankilasta vapautuville. Tukiasunnossa asumisen edellytyksenä on asiakkaan säännöllinen yhteydenpito asumispalvelujen työntekijän kanssa. Asumisen tuki sisältää ohjausta ja neuvontaa sekä kontrollin asumisen sujumisen suhteen. Tuki on kokonaisvaltaista, elämänhallintaa edesauttavaa yhteistyötä asiakkaan kanssa. Kotikäynnit ja niiden toistuvuus ovat asiakkaan tarpeista lähteviä. Olennaista on kuitenkin se, että tuki ei voi olla vahvempaa kuin hoitoketjun muissa osissa, esimerkiksi asuntolaosastolla. Kotikäynnillä työntekijä seuraa asiakkaan kokonaistilannetta (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja henkinen). Työntekijä ohjaa asiakasta hänen tarpeista käsin lähtevästi päivittäistoimissa, päihderiippuvuuteen liittyvissä kysymyksissä, hoitoon hakeutumisessa ja hoidon tarpeen arvioinnissa, virkistystoiminnassa ja sairauksien hoidossa. Työntekijän antama tuki ei sisällä esimerkiksi terapeuttisia keskusteluja tai perussosiaalityötä, vaan näissä tilanteissa asiakasta tuetaan itse hakeutumaan tarvittavan palvelun piiriin. Tarkoituksena on, että tulevaisuudessa asiakas osaa hakea tarvitsemansa palvelut itsenäisesti ja myös pystyy näin ollen itsenäiseen asumiseen.

Asumispalveluissa tehtävä työ on tällä hetkellä asiakas- ja työntekijälähtöistä. Työn sisältö on kuvattu väljästi ja kukin työntekijä saa soveltaa omaa osaamistaan ammatillisesta viitekehystä käsin melko vapaasti. Minimivaatimuksia työn sisällön suorittamiselle ei ole määritelty. Työtä pyritään tekemään melko samansisältöisesti ja työryhmä keskustelee avoimesti kunkin työntekijän itsenäisesti tekemistä päätöksistä. Työn sisällössä pyritään varmistamaan asiakkaiden tasavertaisuus, kuitenkin siten, että yksilölliset tarpeet tulevat huomioiduiksi.

4 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden työn sisältöä vastaamaan paremmin pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämiseen ja edistää päihde- ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden itsenäistä asumista ja elämänhallintaa asiakaslähtöisesti. Näkökulmana on A-klinikkasäätiössä tehtävä työ päihdeongelman haittojen vähentämiseksi. Tämä tarkoittaa A-klinikkasäätiön arvojen mukaista, ammatillisesta viitekehyksestä lähtöisin olevaa toimintaa, jonka tarkoituksena on päihde- ja riippuvuushaittojen vähentäminen ja päihde- ja kaksoisdiagnoosiin kärsivien henkilöiden auttaminen. A-klinikkasäätiön arvot ovat vapaaehtoisuus ja asiakkaan itsemääräämisoikeus, humanisuus, luottamuksellisuus, asiakaslähtöisyys, voimavarakeskeisyys ja moniammatillisuus. Asumispalvelutyössä nousevat tärkeimpinä vapaaehtoisuus ja asiakkaan itsemääräämisoikeus, humanisuus, asiakaslähtöisyys ja moniammatillisuus. Asiakas hakeutuu palveluiden piiriin ja poistuu niistä vapaaehtoisesti. Hän asettaa itse omat tavoitteensa päihteenkäytön ja elämänsä suhteen. Tässä työssä työntekijä on ammatillisen tuen antajana. Työn perustana on ihmisyyden vajavaisuuksien ymmärtäminen ja yksilön hyväksyminen hänen puutteistaan ja tilanteestaan huolimatta. Asiakkaat kohdataan yksilöinä ja heidän ongelmiinsa pyritään vastaamaan kunkin tarpeita vastaavilla toimintatavoilla. A-klinikkatoimen henkilökunta koostuu useista eri ammattialoista ja asumispalveluiden asiakkailta ja henkilökunnalla on mahdollisuus toimia yhteistyössä moniammatillisessa toimintaympäristössä. Moniammatillisuutta lisäämme verkostotyöllä. (A-klinikkasäätiö 2009.)

Kehittämishankkeen tavoitteena on kehittää asuntolaosastolle toimintamalli, jonka avulla päihde- ja mielenterveyshäiriöitä potevien lahtelaisten pitkäaikaisasunnottomien on mahdollista lisätä resurssiaan asunnon saannin ja saadun asunnon pitämisen suhteen. Käytän tässä työssä mainitsemiani resursseja lisäävästä toiminnasta käsitettä asumisvalmennus. Kehittämishankkeen tavoitteena on kehittää asuntolaosaston toimintaa asiakaslähtöisesti, asiakkaiden lisääntyneet tarpeet ja kokemusasiantuntijuus huomioiden. Tavoitteena on luoda työlle strukturoitu sisältö, joka rajataan keskittymään päihde- ja kaksoisdiagnoosiin kärsivien

henkilöiden tukemiseen tuetun asumisen näkökulmasta. Kehittämistyön lähtökoh-
tana on näkemys asiakkaiden lisääntyneistä tarpeista ja valtiovallan taholta asetet-
tujen pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämiseen asetettujen kriteereiden noudat-
tamisesta. Toimintamallia voidaan hyödyntää varsinaisen asiakastyön lisäksi pal-
velun myymisessä ja uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Kehittämistyö pe-
rustellaan aikaisemman tutkimustiedon ja asiakkaille ja asumispalveluhenkilö-
kunnalle tehtyjen haastattelujen pohjalta. Tehtävä työ on näin kehittämishankkeen
myötä perusteltu nykyistä laajemmasta näkökulmasta vastaamaan valtakunnallisia
ja kansainvälisiä näkemyksiä.

5 KEHITTÄMISHANKE TOIMINTATUTKIMUKSENA

5.1 Toimintatutkimuksen teoriaa

Toimintatutkimus on tutkimusta, jonka avulla pyritään löytämään vastaus johonkin käytännössä havaittuun ongelmaan tai kehittämään olemassa olevaa toimintamuotoa muuttuneita tarpeita vastaavaksi. Toimintatutkimus voidaan tehdä työyhteisön yhteisenä muutosprosessina tai tekijänä voi olla yksittäinen työntekijä. (Metsämuuronen 2006, 222.) Sille on ominaista tutkimisen ja toiminnan kehittämisen yhtäaikaisuus. Toimintatutkimusta käytetään erityisesti ihmisten välisen toiminnan kehittämiseen ja se voidaan käsittää enemmän tutkimusstrategisena lähestymistapana kuin varsinaisena tutkimusmenetelmänä. (Heikkinen 2007, 196 - 197.)

Toimintatutkimuksesta ei ole olemassa yhtä kaiken kattavaa teoriaa, vaan sitä on kuvattu laajasti eri näkökulmista (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 51). Sen historia ulottuu aina 1940-luvulle asti, jolloin Kurt Lewin kehitti sitä ja toi toimintatutkimuksen käsitteenä esille (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 26). Heikkinen ja Jyrkämä (1999, 32 - 45) ovat nostaneet esiin 1990-luvulla tehdyistä määritelmistä esimerkiksi Hartin ja Bondin (1995), Stringerin (1996) ja McNiffin (1992) määritelmistä seuraavia näkökulmia. Toimintatutkimukselle on ominaista muutosinterventio ja prosessin syklisyys. Toiminta on yhteisöllistä ja työyhteisön jäseniä osallistavaa. Tällä tarkoitetaan sitä, että yhteisön jäsenillä on mahdollisuus tutkia ja kehittää heille tärkeitä asioita ja toisaalta kertoa kehitystyöstään muille. Muutosinterventio tarkoittaa toimintatutkimuksella tehtävää interventiota eli väliintuloa yhteisön toiminnassa ja sen muuttamista, kehittämistyötä. Lisäksi menetelmään kuuluu reflektiivisyys ja käytännön läheisyys. Tutkija ja kehittämishankkeeseen osallistuvat työyhteisön jäsenet refleктоivat ja arvioivat olemassa olevia toimintoja, kehittämistoimenpiteitä ja uusia käytänteitä. Toimintatutkimus on aina lähellä käytännön työtä, se tehdään siinä kontekstissa, johon uutta toimintamallia tai uusia käytänteitä kehitetään. Tutkija voi olla yhteisön ulkopuolelta, mutta siinä tapauksessa hänen on perehdyttävä huolella toimintaympäristöön ja osallistuttava aktiivisesti

yhteisön toimintaan. Toimintatutkija voi olla työyhteisön jäsen, jolloin hän kuuluu jo valmiiksi yhteisöön ja tuntee sen.

Toimintatutkimusta kuvataan usein spiraalina, jonka eri vaiheisiin liittyvät havainnointi, reflektointi, suunnittelu ja toiminta. Näiden jälkeen alkaa uusi sykli, jossa samat vaiheet toistuvat. Käytännössä kehittämishanke ei etene näin kaavamaisesti, vaan syklin eri vaiheet limittyvät toisiinsa ja tutkimus tuo mukanaan uusia näkökulmia, joita tutkija ja kehittämiseen osallistuvat henkilöt havaitsevat. Nämä uudet, ennalta tuntemattomat näkökulmat voivat ohjata tutkimusta uuteen suuntaan ja muokata myös tutkimuskysymyksiä. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 36 - 39.)

5.2 Toimintatutkimus tässä kehittämishankkeessa

Toimintatutkimuksessa tutkija voi toimia työyhteisössä sekä tutkijana, kehittäjänä, että esimiehenä. Työssäni olen tehnyt havaintoja toiminnansisällössä ja toisaalta muuttuvassa toimintaympäristössä, joka mielestäni vaatii työn sisällöllistä kehittämistä. Toinen menetelmän valintaa ohjaava tekijä on tutkimukseen sisältyvä kehittämistyö, joka määräytyy osittain organisaation ulkopuolelta ja osittain tutkijan omista havainnoista käsin. Toimintatutkimuksella voidaan muuttaa ja uudistaa vanhoja käytänteitä ja toisaalta nähdä vanhoissa toimintamalleissa niiden hyvät ja huonot puolet. Reflektoivalla tutkimusotteella on mahdollista nähdä vanhojen käytänteiden päämäärät ja lähteä uudistamaan niitä. (Heikkinen 2007, 201 - 202.)

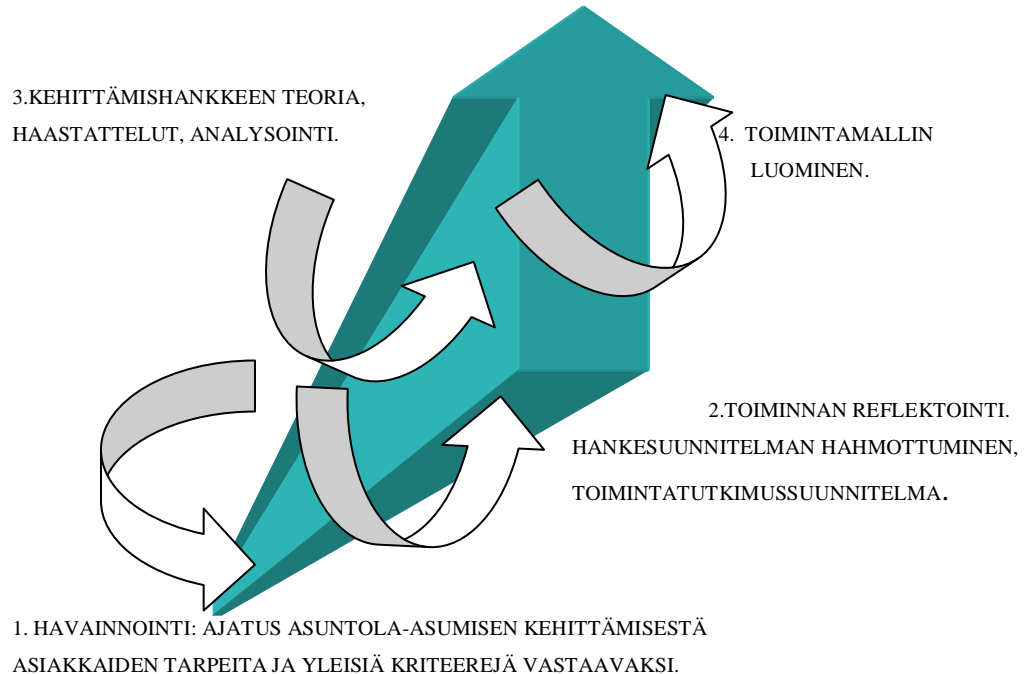
Kiviniemen (1999, 75) mukaan toimintatutkimuksessa on hyödyllistä käyttää sellaisia aineiston keruumenetelmiä, joiden kautta tutkija tai tutkijat pääsevät lähelle tutkittavaa todellisuutta. Tällaisia menetelmiä ovat esimerkiksi havainnointi ja haastattelu. Kehittämishankkeen yhteisöllisyyttä voidaan korostaa sillä, että kehittämishankkeeseen osallistuvat yhteisön jäsenet osallistetaan aineiston keruuseen suoraan tai epäsuorasti. Tämän toimintatutkimuksen tutkimusosiossa haastateltiin asuntola-asumisen jälkeen itsenäiseen asumiseen siirtyneitä ja elämäntilannensa säilyttäneitä Lahden A-klinikkatoimen tukiasukkaita ja toisena ryhmänä asumis- palvelutyötä tekeviä työntekijöitä. Haastattelut tehtiin puolistrukturoituna. Puolistrukturoitu haastattelu tarkoittaa sitä, että haastattelijalla on etukäteen määritellyt

kysymykset, mutta ei anna haastateltaville valmiita vastausvaihtoehtoja. Kysymykset esitettiin kaikille haastateltaville samassa järjestyksessä ja haastateltavat vastasivat kysymyksiin omin sanoin. (Eskola & Vastamäki 2007, 27.) Haastateltaville esitettävät kysymykset laadittiin toimintatutkimukseen osallistuvassa työryhmässä. Haastattelujen tarkoituksena oli tuottaa tietoa toimintamallin luomiseksi. Haastatteluilla pyrittiin selvittämään asuntola-asumisesta saatua hyötyä itsenäisen asumisen suhteen. Vastauksista odotin kuvausta asuntola-asumisen hyödyttävyydestä ja toisaalta niitä asioita, joilla saatavaa hyötyä voidaan lisätä.

Haastatteluaineiston analysointi tehtiin induktiivisella sisällön analyysin menetelmällä. Sisällön analyysissa aineisto aluksi luokitellaan, teemoitellaan ja koodataan. Aineistosta on tarkoitus löytää ydinkategoriat, joiden avulla aineistoa voidaan tarkastella kokonaisuutena ja käsitteellistää sitä. (Kiviniemi 1999, 76 - 77.) Tutkimustulosten pohdinta ja sen seurauksena asumisvalmennuksen toimintamallin luominen tapahtui työryhmätyöskentelynä. Tutkimustulokset ja alustava pohdinta asumisvalmennuksen sisällöstä esitettiin laajennetulle johtoryhmälle. Arvioinnin jälkeen asumisvalmennus käsitteenä ja toimintamallina esiteltiin Pitkämäen kuntoutusyksikön työryhmälle ja arviolta tammikuussa 2012 Lahden A-klinikkatoimen työryhmälle. Esittelyvaiheessa työtä on mahdollisuus arvioida ja toiminnan sisältöön tehdään tarvittavia muutoksia.

5.3 Toimintatutkimuksen ensimmäisen syklin yleissuunnitelma

Opinnäytetyöni käsittää toimintatutkimuksen ensimmäisen syklin raportoinnin. Sykli on esitetty kuvassa 1 ja prosessi on kuvattu alla.



Kuva 1. Havainnoinnista tutkimuksen kautta käytäntöön.

1. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaan tutustuminen Oma koti -hankkeen ja Ovessa oma nimi -ohjaustyöryhmän kautta. Ajatus asuntola-asumisen kehittämisestä asumista valmentavaan suuntaan nousi asiakkaiden muuttuneiden tarpeiden, ongelmien lisääntymisen ja tästä johtuvan ns. pyöröovisyndrooman lisääntymisen johdosta. Tämä ilmenee samojen asiakkaiden usein toistuvana tarpeena hakeutua samojen palveluiden piiriin. Pohdintaan vaikutti myös Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelman linjaukset asumisen kriteerien muuttumisesta. Kävimme alustavan keskustelun yksikköjohtajan kanssa ja päädyimme viemään asian laajennetun johtoryhmän käsiteltäväksi. Palaverissa päädyttiin kehittämään asuntola-asumista yleisiä ja asiakkailta nousevia tarpeita vastaavaksi.
2. Olemassa olevan toiminnan reflektointi ja muutostarpeiden kartoittaminen. Hankesuunnitelman pohdintaa ja toimintatutkimukseen tutustumista opin-

tojeni yhteydessä. Menetelmäksi valittiin toimintatutkimus. Toimintatutkimussuunnitelman tekeminen.

3. Hanke perusteltiin yleisellä ja tutkimukseen perustuvalla tiedolla. Asumisen kriteerit selvitettiin Pitkääaikaisasunnottomuuden vähentämishankkeen näkökulmasta ja tehtiin käsitelmäärityt tutkimuskirjallisuuteen perustuen. Tarkoitukseni on tässä työssä perustella asumisvalmennus päihdesektorilla hyväksyttäväksi menetelmäksi päihde- ja kaksoisdiagnoosihäiriöstä kärsivien ihmisten asumisen edistämiseksi. Työ vaatii kaksoisdiagnoosiikan erityispiirteiden selvittämistä asumisen viitekehystä käsin. Päihde- ja mielenterveysongelmaisten asumisen päättymiseen johtavat syyt ovat myös selvittämisen kohteena, jotta asumisvalmennustyö voidaan kohdentaa oikein.

Laadullinen tutkimusosio ja toimintamallin suunnitteluun tarvittava materiaali hankittiin haastattelemalla asuntola-asumisen jälkeen asunnon saaneita ja elämänhallinnan säilyttäneitä tukiasukkaita. Lisäksi haastateltiin asumispalvelutyötä tehneitä Pitkämäen kuntoutusyksikön työntekijöitä. Puolistrukturoitujen haastatteluiden teemoissa tuotiin esille aiheita, jotka voivat antaa tietoa asuntola-asumisen hyvistä, huonoista ja elämänhallintaa lisäävistä tekijöistä. Haastattelut analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin menetelmällä. Alustavat tutkimustulokset esitettiin laajennetulle johtoryhmälle. Pohdinta, miten tuloksia voidaan hyödyntää toiminnan sisällön luomiseksi.

4. Asumisvalmennuksen toimintamallin luominen työryhmätyöskentelynä. Sisällön luomiseen osallistuivat Pitkämäen kuntoutusyksikön yksikköjohtaja, asumispalvelutyötä tekevät työntekijät ja allekirjoittanut tutkijan ja esimiehen roolissa. Toimintamalli esiteltiin laajennetulle johtoryhmälle. Laajennetun johtoryhmän arvioinnin ja näkemysten pohjalta reflektointiin toimintamalli ja tehtiin tarvittavat korjaukset asumisvalmennustyön sisältöön. Tämän jälkeen esiteltiin toimintamalli Pitkämäen kuntoutusyksikön työntekijöille. Toimintatutkimuksen ensimmäinen sykli päättyy.

Toimintatutkimukselle on ominaista syklisyys (Saari 2007, 123). Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen alkaa kehittämishankkeen toinen sykli. Se käsittää sisällön esittelyn yhteistyötahoille ja Lahden A-klinikkatoimen ja yhteistyötoimien arvioinnin asumisvalmennustyön sisällöstä. Arvioinnin perusteella tehdään reflektio tehdystä työstä ja korjaukset tämän perusteella. Korjausten jälkeen otetaan uusi toimintamalli käyttöön määräajaksi, arviolta 4 - 6 kuukaudeksi. Määräajan kuluttua suoritetaan asiakkaiden, työryhmän ja yhteistyötoimien arviointi.

Arvioinnin jälkeen alkaa kolmas sykli, mikä käsittää asiakkaiden, yhteistyötoimien ja työryhmän arvioinnin toimintamallin toimivuudesta. Arvioinnin perusteella tehdään reflektio ja reflektion perusteella tehdään toimintamallin mahdollinen korjaaminen. Jos työ todetaan tässä vaiheessa tarpeelliseksi jatkaa, seuraa toimintamallin juurruttaminen. Jos tulokset eivät vastaa odotuksia, eli pitkäaikaisasunnottomien asunnon saamiseen ja asumisen pysyvyyteen ei saada vaikuttavuutta aikaan asumisvalmennuksella, työmuotoa pyritään kehittämään edelleen toimintatutkimuksen syklisen ajattelun mukaisesti.

6 TOIMINTAMALLIN LUOMINEN

6.1 Kehittämishankkeen suunnitelma

Pitkämäen kuntoutusyksikön asuntolaosaston toiminta on ollut sisällöltään melko samanlainen vuodesta 1999. Vuonna 2004 toimintaa kehitettiin jonkin verran, kun organisaatiossa muodostettiin Lahden A-klinikkatoimen asumispalvelut eli osasto ja tukiasunnot yhdistettiin saman toiminnan alle. Päihde- ja kaksoisdiagnoosihäiriöistä kärsivien ongelmat ovat kokemuksen mukaan syventyneet ja palvelun tarvitsijat lisääntyneet. Osastomme on jatkuvasti täynnä ja siirtyminen itsenäiseen tuettuun asumiseen tai itsenäiseen asumiseen saattaa kestää pitkään. Tilastojen mukaan kuitenkin asunnottomuus on vähentynyt vuodesta 1999, vaikkakin noussut jälleen jonkin verran vuoden 2006 jälkeen. Pitkäaikaisasunnottomien määrää on seurattu vuodesta 2008 ja se on vähentynyt jonkin verran. (Tiitinen 2010, 2 - 3.) Ympäristöministeriön ja STM:n koordinoima Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishankkeeseen on näkynyt vahvasti Lahden kaupungin toimissa asunnottomuuden vähentämiseksi. Päästyäni mukaan Oma koti -hankkeeseen ja Ovessa oma nimi -hankkeen ohjaustyöryhmään, kävi nopeasti ilmi, että valtiotalan taholta asetetut vaatimukset asumisen tasoista ja muodoista tulevat koskettamaan myös asuntolaosastomme toimintaa. Toin tiedot ja näkemykseni ensin oman esimieheni tietoon ja pohdinnan jälkeen päätimme viedä asian Lahden A-klinikkatoimen laajennetun johtoryhmän käsiteltäväksi. Keskustelun ja pohdinnan jälkeen tein esityksen kehittämishankkeen käynnistämisestä asuntolaosaston toimintamallin uudistamiseksi. Uusi toimintamalli tarvitaan vastaamaan asiakkaiden ja toimintaympäristön tarpeita, odotuksia ja vaatimuksia.

Kehittämishankkeen alkuvaiheessa sovittiin laajennetussa johtoryhmässä hankkeen ydintyöryhmän kokoonpanosta. Tähän työryhmään sovittiin kuuluviksi asumispalvelutyöntekijät ja Pitkämäen kuntoutusyksikön yksikköjohtaja. Tämän ydintyöryhmän vastuulle annettiin haastatteluiden käytännön järjestelyistä sopiminen, haastateltavien valinnat ja haastatteluaineiston analyysin pohjalta toimintamallin luominen. Toimintatutkijan vastuulle jäi näiden lisäksi teorian tiedon hankkiminen haastatteluiden ja toimintamallin suunnittelun pohjaksi.

Perustelin hankkeen yleisellä ja tutkimukseen perustuvalla tiedolla. Selvitin asumisen kriteerit Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishankkeen näkökulmasta ja tein käsitelmäärityt tutkimuskirjallisuuteen perustuen. Tärkeimmiksi käsitteiksi nousivat asumisvalmennus, kaksoisdiagnoosi, integroitu hoito ja ACT-malli. Päihde- ja mielenterveysongelmaisten asumisen päättymiseen johtavat syyt olivat myös selvittämisen kohteena, jotta asumisvalmennustyö voidaan kohdentaa oikein. Teorian valintaa ohjasi valtiovallan taholta vuonna 2008 käynnistetty Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishankkeeseen, johon olen tutustunut ja osallistunut paikallisesti myös sen toteuttamiseen kahdessa hanketyöryhmässä. Toisaalta teoria käsittelee päihderiippuvuuden ja siitä toipumisen teemoja ja päihdeettömyyden näkökulmaa elämänhallinnan lisääntymisessä. A-klinikkasäätön perustehtävä on ehkäistä ja vähentää päihdehaittoja ja muita psykososiaalisia ongelmia. Perustehtävää toteutetaan tuottamalla päihdehuollon erityispalveluita. (A-klinikkasäätö 2009.) Perustehtävän tulee näkyä valittavassa tietoperustassa ja uudistetussa toimintamallissa. Kehittämisen kohteena oleva toiminta eli Lahden A-klinikkatoimen asumispalvelut tuottaa päihdeettömyyden ja päihdeettömyyteen tukevaa tuettua asumista.

6.2 Haastatteluaineiston hankinta

Haastatteluaineisto hankittiin asiakkaille ja työntekijöille suunnatuilla puolistrukturoiduilla haastatteluilla (liitteet 1 - 2). Haastatteluihin käytettävät teemat luotiin työryhmätyöskentelynä, johon osallistui Pitkämäen kuntoutusyksikön yksikköjohtaja, asumispalveluiden ohjaaja ja osastonhoitaja eli allekirjoittanut. Haastattelurungon sisältöä rajattiin ajallisilla ja määrällisillä tekijöillä. Haastateltavien määräksi sovittiin asiakkaita viisi ja työntekijöitä kahdesta kolmeen. Kysymykset ja haastateltavien määrät esiteltiin ja jätettiin kommentoitavaksi Pitkämäen kuntoutusyksikön osastonhoitajille. Asiakashaastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina ja työntekijähaastattelu ryhmämuotoisena. Kuhunkin haastattelukertaan varattiin aikaa yksi tunti. Haastatteluun on Hirsjärvi ym. (2009, 206) mukaan varattava riittävästi aikaa, jotta se hyödyttäisi tutkimusmenetelmän. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin niiltä osin, kun ne vastasivat tutkimusongelmaan eli antoivat tietoa asumisvalmennuksen suunnittelulle.

Asiakashaastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina asiakkaan yksityisyyden ja tietosuojan varmistamiseksi ja toisaalta sen takia, että kokemuksemme mukaan kyseisessä asiakasryhmässä omien kokemusten esille nostaminen ryhmämuotoisessa haastattelussa ei olisi välttämättä ollut niin tuloksellista kuin yksilömuotoisessa haastattelussa. Asiakasvalinta kohdistui asuntolaosastolta käsin tukiasunnon saaneisiin asiakkaisiin, jotka olivat asuneet tukiasunnossa ½ - 3 vuotta ja heidän elämänhallintansa oli tämän ajan säilynyt subjektiivisesti ja objektiivisesti arvioiden tavanomaisena. Arviointikriteereinä käytettiin Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelman mukaisia kriteerejä, häiriöttömyyttä vuokranmaksussa ja elämäntavoissa, sekä pärjäämistä päihde- ja mielenterveydenhäiriön kanssa tuetun asumisen turvin.

Työntekijät haastateltiin täsmäryhmähaastattelulla ja haastateltavat valittiin heidän asiantuntijuutensa perusteella. Haastateltavilta edellytettiin kokemusta asumispalvelutyöstä päihde-, mielenterveys- tai kehitysvammasektorilla ja mahdollisuuksien mukaan alaan liittyvää täydennyskoulutusta, esimerkiksi yhteisohoidon koulutusta. Täsmäryhmähaastattelussa haastatteli toimii ryhmän puheenjohtajana, huolehtii kaikkien osallisuudesta ja ohjaa siirtymään kysymyksestä toiseen. Muuten puheenjohtaja ei osallistu keskusteluun. Täsmäryhmähaastattelua käytetään yleisesti asiakkaiden tarpeiden selvittämiseen ja palvelun kehittämiseksi. On oletettavissa, että tämän muotoisessa haastattelussa esille nousee enemmän hanketta hyödyttäviä seikkoja kuin yksilömuotoisessa haastattelussa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 62.)

6.3 Aineiston analysointi

Analysoin aineiston induktiivisesti eli aineistolähtöisesti sisällön analyysin menetelmällä. Hirsjärvi & Hurme (2000, 136 - 138) kuvaavat kvalitatiivisen aineiston analyysia laaja-alaiseksi, jossa tekniikoita on useita, eikä yhtä oikeaa voida nimetä. Lähestymistapa voi valikoitua haastattelutilanteessa, esimerkiksi haastateltava voi oivaltaa itse merkitysyhteyksiä haastattelun aikana annetuista teemoista. Tällöin haastateltava tulkitsee itse omaa tuotostaan. Grönfors (1985, 156) on esittänyt näkemyksen aineiston litteroinnin valikoitavuudesta. Tällä Grönfors tarkoittaa,

että haastatteluaineistosta litteroidaan vain sellaiset osat, joilla on merkitystä tutkimuksen raportoinnissa. Litteroin aineiston mainitulla tavalla. Tällä tavoin pystyin varmistamaan sen, että sain asiakkaiden kertomasta esille asumisvalmennuksen suunnittelun kannalta olennaisen tiedon. Toisaalta varmistin sillä myös asiakkaiden yksityisyyttä eli en toistanut missään vaiheessa sellaisia tietoja, mitkä olivat mahdollisesti tulleet haastatteluissa oheistuotoksina esille.

Haastatteluaineistosta oli tässä kehittämishankkeessa tarkoitus nostaa esille asiakkaiden näkemys palvelun sisällön eli asumisvalmennuksen kehittämisestä siten, että se vastaisi paremmin asiakkaiden palvelun tarpeisiin. Tätä näkemystä täydentämässä olivat työntekijöille suunnatussa täsmäryhmähaastattelussa esille nousseet näkemykset. Hirsjärven ja Hurmeen mukaan (2000, 144 - 149) kvalitatiivisen aineiston analyysi käsittää vaiheet aineiston kuvaus, luokittelu, yhteyksien löytäminen ja raportointi. Tässä kehittämishankkeessa analyysivaiheen alussa kuvasin ja luokittelin aineiston vastaamaan annettuihin teemoihin. Haastattelurungon teemoja käytin siksi, koska haastateltavat noudattivat haastattelutilanteessa annettuja teemoja pohdinnassaan. Analyysi säilyi edelleen aineistolähtöisenä, koska perustelu teemojen käyttämiselle nousi aineistosta.

Luokitellusta aineistosta muodostin kategorioita ja niiden perusteella yläkategorioita. Haastatteluiden tuloksina esitän muodostuneet kategoriat kuvana ja lisäksi avaan ne sanallisesti. Pyrin löytämään yhteyksiä eri luokkien välillä siten, että voin esittää vastauksista nousevat yhtenevyudet raportissa ja tuottamaan materiaaliksi asumisvalmennuksen suunnitteluun kokemusperäisenä tietona. Työryhmässä käsitellessämme aineistoa ja luodessamme toimintamallia olemme huomioineet myös joitain yksittäisiä, selkeitä käytäntöön vietyjä ajatuksia pelkistetystä haastatteluaineistosta. Tällainen esimerkki on kuntoilulaitteen hankinta osastolle, jota tulemme esittämään toimintamallissa toteutettavaksi.

Hirsjärven ja Hurmeen mukaan tutkijan oma tulkinta saaduista tuloksista on hyvä näkyä raportoinnissa, pelkkä deskriptio jättää olennaisen tiedon tiivistämisen pois ja lukijan tehtäväksi (Hirsjärvi & Hurme 2000, 145 -146). Tulkinnessa tutkija tuo esille tutkimukselle tärkeät näkökulmat aineistosta laajemmassa kontekstissa. Tutkijan ajatteluun vaikuttaa aikaisempi teoria ja toisaalta hänen kykynsä nähdä

tulkittavia asioita kokonaisvaltaisesti. Haastattelututkimuksessa ja sen raportoinnissa tutkijan lisäksi tulkintoja tekevät mahdollinen haastatteliija, haastateltava ja lukija. Tulkinnoissa pyritään siihen, että tutkijan löytämät merkitykset ovat myös muiden havaittavissa ja tätä luotettavuutta pyritään lisäämään selvittämällä ja perustelemalla tulkintoihin päätyminen ja joissain tapauksissa käyttämällä useampaa tulkitsijaa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 151 - 152.) Kiviniemen (1999, 77 - 78) mukaan tulkitsijoina voivat olla esimerkiksi tutkijan lisäksi muut kehittämishankkeeseen osallistuvat henkilöt.

6.3.1 Asiakashaastatteluiden kuvaus ja kategoriointi

Asiakashaastattelut tein hieman yli viikon mittaisella ajanjaksolla. Asiakkaat olivat kiinnostuneita haastattelusta, sen käyttötarkoituksesta ja opinnäytetyöstäni. Kaikki ilmaisivat olevansa mielissään siitä, että heidät on valittu haastateltavien joukkoon. Kaikilla oli myös joitain kysymyksiä haastatteluja ja erityisesti opintojani koskien. Kysymykset olivat sen laatuista, että pystyin vastaamaan niihin välittömästi. Haastattelut tapahtuivat haastateltavien kotona ja kestivät 40 - 60 minuuttia. Litteroin kaikki haastattelut alle vuorokauden kuluessa niiden nauhoittamisesta ja nauhat tuhosin välittömästi litteroinnin jälkeen. Litteroidun aineiston luokittelin ensin haastattelun teemojen mukaisesti ja toisessa vaiheessa yhdistelin ja nimesin uudelleen luokat. Yhteenvedon olen pyrkinyt tekemään siten, että asiakkaiden hyvät ja huonot kokemukset, samoin kehittämissideat tulevat toimintamallin suunnittelutyön käyttöön. Aineiston analysoinnissa ja tulkinnassa olen keskittynyt kirjaimellisiin ilmaisuihin, en ole pyrkinyt analysoimaan mahdollisia piiloviestejä.

Taulukossa kolme on kuvattuna haastateltujen asiakkaiden henkilötiedot ja heidän elämänhallintaansa haastatteluhetkellä. Ikäjakautaman olen esittänyt melko laajasti. Päädyin tähän, koska haastateltuja on vain viisi ja raportissa kerrotaan, että he ovat Lahden A-klinikkatoimen tukiasukkaita. En halua vaarantaa heidän anonymiteettiaan kertomalla jokaisen henkilön tarkan iän. Samoin olen toiminut psykiatrisen diagnoosin ilmaisemisen kohdalla. Toisaalta näillä tiedoilla ei ole mielestäni suurta merkitystä yksilöityinä. Olen pyrkinyt selventämään lukijalle taulukon

avulla haastateltujen henkilöiden taustatietoja siten, että lukijalle voi muodostua käsitys haastatelluista henkilöistä toisaalta yksilöinä ja toisaalta ryhmänä.

Taulukko 3. Haastateltujen henkilötiedot ja elämänhallinnan kuvausta itsenäisessä asumisessa.

Henkilötiedot ja elämänhallinta	M1	M2	M3	M4	M5
Sukupuoli	mies	mies	mies	mies	mies
Ikäluokka	35-55	35-55	35-55	35-55	35-55
Riippuvuutta aiheuttava aine	alkoholi	alkoholi	alkoholi	alkoholi	alkoholi
Psykiatrinen diagnoosi	Kahdella	haastatelluista	on diagnosoitu	mielenterveyden	häiriö.
Tullut asuntolaosastolle	2007	2007	2009	2010	2011
Siirtynyt tukiasuntoon	2008	2008	2010	2011	2011
ADL-taidot	riittävän hyvät	riittävän hyvät	riittävän hyvät	riittävän hyvät	riittävän hyvät
Raittius	juo harvoin, ei asunnolla	juo harvoin, ei asunnolla	raitis, koko asumisen ajan	juo harvoin, joskus asunnolla	raitis, koko asumisen ajan
Yhteydenpito työntekijään	hyvä	hyvä	hyvä	hyvä	hyvä
Työllisyys	eläkkeellä	eläkkeellä	hakee eläkettä	työtön	työtön
Sosiaalinen verkosto	on, ylläpitää	on, ylläpitää	on, ylläpitää	on, ylläpitää	on, ylläpitää

Kaikki haastateltavat olivat miehiä. Tämä johtuu pääasiassa siitä, että haastattelujen ajankohtana tukiasunnoissamme asui pelkästään miehiä. Tämä on tavanomainen tilanne tukiasunnoissamme, myös asuntolaosaston asiakkaista valtaosa on miehiä. Ennakolta asetetut kriteerit asumisajan ja elämänhallinnan osalta täyttyivät. Kaikki haastateltavat olivat siirtyneet tukiasuntoon asuntolaosastoltamme ja ovat asuneet tukiasunnossamme ½ - 3 vuotta. Miehet ovat syntyneet vuosien 1955 - 1973 välisenä aikana. Kaikkien pääasiallinen riippuvuutta aiheuttava aine on alkoholi. Kaksi haastatelluista on kokeillut huumeita jossain elämänsä vaiheessa, molemmilla kokeilusta on yli 15 vuotta. Yksi haastateltavista sairastaa depressiota ja yhdellä on todettu bipolaarihäiriö. Molemmilla on lääkitys mainittuihin

sairauksiin. Kahdelle haastatelluista tarjottiin tukiasuntoa puolen vuoden asumisjakson jälkeen, mutta he kieltäytyivät ottamasta sitä vastaan tuolloin. Noin vuoden asuntolajakson jälkeen he olivat mielestään valmiita siirtymään itsenäisempään asumiseen.

Päädyin luokittelemaan pelkistetyn aineiston ennalta annettuja teemoja noudattaen. Haastateltavat noudattivat keskustelussa melko tarkasti annettuja teemoja ja näin annetut teemat nousivat aineistosta käsin luokittelun perustaksi. Toisaalta kysymykset oli pyritty asettamaan siten, että ne antaisivat mahdollisimman hyvin ja relevanttia tietoa toimintamallin luomista varten, joten en nähnyt lisäarvoa sillä, että olisin käyttänyt luokittelussa muita nimiä. Luokitellusta aineistosta pyrin löytämään kategoriat, joiden mukaan voitiin aloittaa työryhmätyöskentely toimintamallin luomiseksi. Pääkategorioiksi muodostuivat itsenäistä asumista edistävät tekijät ja itsenäistä asumista ehkäisevät tekijät. Nämä kategoriat on kuvattu kuvissa kaksi ja kolme ja kuvattu myöhemmin.

Tärkeimmiksi itsenäistä asumista edistäviksi tekijöiksi nousivat päiheettömyys, elämänhallintaa lisäävät elementit ja terveyttä edistävät elementit. Itsenäisen asumisen esteitä ovat vaikeus löytää oma asunto, passiivinen elämänsäsenne ja asuntolakontekstissa yksityisyyden puuttuminen.



Kuva 2. Itsenäistä asumista edistävät tekijät

Itsenäistä asumista edistäviä tekijöitä tuli asiakkaille suunnatussa haastattelussa runsaasti esiin. Kokemusasiantuntijuus näissä mielipiteissä on arvokasta, koska kaikki haastateltavat ovat kärsineet vaikeasta päihderiippuvuudesta ja osa mielen-terveyden häiriöstä. Kolme haastateltavista luokiteltiin pitkäaikaisasunnottomiksi ennen asumispalveluiden piiriin tuloaan, kaksi oli luopunut asunnostaan vaikean päihdehäiriön ja siitä toipumisen toivon takia. Laajimmin ja kattavimmin haastatellut kuvasivat päihteettömyyden merkitystä asumista edistävänä tekijänä. Päihteettömyyden merkitys tuli esille kaikkien viiden haastatellun puheissa. Päihteettömyys koettiin merkittävänä asumisen, keskusteluiden, turvallisuuden ja elämisen jatkumisen suhteen. Päihteetön ympäristö tuki omaa päihteettömyyttä, päihteitä käyttävässä ympäristössä tai ympäristössä, missä päihteiden käyttö on mahdollista, olisi vaikeaa ja osittain mahdotonta pysyä raittiina.

*Että pysyis paremmin kuivilla.
Ettei ole vieressä sellaisia naapureita, jotka juo.*

Päihteettömyyttä tavoitellaan, ja asiakkaiden kertoman mukaan päihteettömän jakson pitää olla riittävän pitkä, jotta se edesauttaa itsenäistä asumista.

Päihteetön ympäristö oli alun perinkin se tavoite.

Olisin saanu jo kesällä asunnon, mutta en ottanut. Mä katoin silloin, et se oli liian aikaisin.

Päihteettömyyden tavoittelussa asiakkaiden mielestä vertaistuki ja sekä vertaistuelliset, että ammatilliset keskustelut ovat eduksi päihderiippuvuuden kanssa taisteleville. Asuntolajakson, päihteettömän ympäristön, katsottiin vahvistaneen päihteettömyyden tavoittelua ja halua jatkaa päihteettömässä asumismuodossa. Asioiden jakaminen toisten samalla tavalla päihteistä ajattelevien kanssa helpotti päätöksessä pysymistä ja näin antoi aikaa päihdehäiriöstä toipumiselle ilman retkahduksia.

Toisena kategoriana asiakkaiden kertomasta nousi esille elämänhallintaa lisäävät tekijät. Tässä kategoriassa merkittävänä asumista edistävinä tekijöinä asiakkaat kokivat asumiseen suunnattavan tuen ja kontrollin, toiminnallisuuden, kuten ystävien ja sukulaisten tapaamisen ja auttamisen, sekä oman rauhan. Oma rauha muo-

dostuu omasta tilasta, omasta huoneesta tai omasta kodista, sekä siitä, että tuttavat tietävät asiakkaan asuvan A-klinikkatoimen asumispalveluiden piirissä.

Aattelin, että ois parempi, että olis jonkinlainen kontrolli tässä asumisessa.

Sun ei ole pakko päästää ketään sisälle, jos et halua.

Täs ois aika toivotonta ruveta kaljotteleen, meinaa noitten naapureitten takia.

Elämäntilannetta lisäävänä tekijänä ovat myös päivärytmin löytyminen ja ylläpito ja toisaalta päivärytmin muodostuminen ADL-toimista. Aikaisemmassa, päihteiden käytön määrittämässä elämässä, päihteiden hankinta ja käyttäminen ovat määrittäneet vuorokausirytmien.

No tietysti se, että siellä oli semmonen rytmi. Määrätty rytmi. Ja kun sitä teki päivittäin, niin siihen tottu ja se helpottaa sitä päivittäistä toimintaa nyt.

Niin ikään mahdollisuus, tietoisuus mahdollisuudesta saada tukiasunto ja jatkaa päihteettömyyttä tuetun asumisen piirissä lisäsi ja motivoi kasvattamaan elämäntilannetta. Esimerkiksi vuokranmaksusta huolehtiminen, tietokoneen käytön opettelu ja ADL-toimien opettelu tai lisääminen muodostui merkittäväksi. Raittiina ollessaan ihmisellä on mahdollisuus huomata ADL-toimien merkitys ja toisaalta oppia ymmärtämään, mitä asuminen tavanomaisessa kerrostalossa vaatii. Ihmisellä on myös samalla mahdollisuus oppia pitämään arjesta, nähdä päivittäisissä askareissa niiden mielekkyys rahan säästymisen, siisteyden ja erilaisten toimintojen mahdollistuminen.

Ne ruokaryhmät ja sellaset, ne on ihan hyviä. Niit vois olla enemmänkin.

Henkilökunnan läsnäolo koettiin merkittäväksi, samoin keskustelut muiden asiakkaiden ja henkilökunnan kanssa. Keskusteluista sekä vapaamuotoiset, että ohjelmoidut, viikko-ohjelmaan kuuluvat koettiin elämäntilannetta lisäävinä.

Lähinnä se keskustelu siellä, siitä juomisesta tai siis nykyisestä juomattomuudesta, niin se auttaa myös tän hetkistä asumista.

Kolmantena itsenäistä asumista edistävänä tekijänä haastatellut toivat esille terveyttä edistävät tekijät. Diagnoosin asettaminen, lääkityksen aloittaminen tai tarkistaminen ja liikunta sekä ohjattuna, että ryhmämuotoisena nähtiin tärkeänä. Yksittäisinä esimerkkeinä hyvistä olemassa olevista toiminnoista haastatellut mainitsivat keilauksen ja sulkapallon pelaamisen toiminnallisessa ryhmässä. Uutena ajatuksena tuotiin esille kuntoiluhuoneen tai -tilan perustaminen.

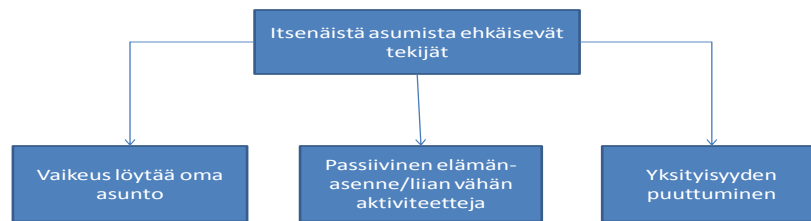
Kato siellä on monta, esimerkiksi meikäläinenkin, ku on rampa. Eihän siellä mitään isoja levytankoja tarvis, mut ku olis näitä käsipainoja. Vois jalatkin ruveta pelaamaan paremmin, jos olis se penkki-laite, missä on se puristus ja levitys.

Lisäksi terveyttä ja sitä kautta asumista edistävänä tekijänä korostettiin yleistä toiminnallisuutta. Retket luontoon ja ympäristöön, pilkkireissut ja jääkiekkopeleissä käynnit mainittiin esimerkkeinä.

Sellaista porukalla tekemistä, oli se sitten mitä tahansa.

Mieli on ihan erilainen, kun tulee takaisin jostain reissusta, vaikka pienestäkin.

Haastatellut toivat esille myös itsenäistä asumista ja asunnon saantia ehkäiseviä tekijöitä. Osa näistä tekijöistä oli heidän omasta elämönhallinnastaan lähtöisin olevia ja osa johtui asuntola-asumisen sisällöstä. Kategoriat on kuvattu kuvassa kolme.



Kuva 3. Itsenäistä asumista ehkäisevät tekijät.

Kuvassa kolme näkyvät itsenäistä asumista ehkäisevät tekijät kategorioittain. Asiakkaiden kertoman mukaan – ja tämä on nähtävissä myös oman työni kautta – pitkäaikaisasunnottomilla päihdehäiriöstä tai päihde- ja mielenterveydenhäiriöstä kärsivillä henkilöillä on vaikeuksia saada asunto tavanomaisia reittejä pitkin. Heillä on historiassaan monesti maksamattomia vuokria, mitkä ovat estävät joissain tapauksissa asunnon saannin esimerkiksi Lahden Taloilta tai VVO:lta. Lahden Talot on Lahden kaupungin vuokra-asuntoyhtiö ja samalla suurin yksittäinen asuttaja kaupungissa.

Kato mä jätin kaikki ne (=vuokrat) pystyyn.

Heillä saattaa olla myös taustassaan asuntoon kohdistuneita vahingontekoja, mitkä ovat jääneet korvaamatta. Tiedot eivät poistu rekistereistä, jos asioita ei ole hoidettu. Toisaalta pitkäaikaisasunnottomilla ihmisillä toimeentulo on niukkaa, tavallisesti joko peruspäiväraha tai toimeentulotuki. Alhaisilla tuloilla on vaikeaa maksaa vanhoja velkoja, mitkä ovat kasvaneet korkoja ja mihin on lisätty esimerkiksi ulosottokuluja. Myös vuokratokuiden maksaminen on monesti mahdotonta alhaisen tulotason takia. Jos asiakas on toimeentulotuen piirissä, hänellä on mahdollisuus anoa sosiaalitoimelta vuokratokuita joko rahana tai – tavanomaisemmin – kirjallisena maksusitoumuksena. Haastateltujen kokemus on kuitenkin, että yksityiset vuokranantajat eivät suhtaudu kovin myönteisesti sosiaalitoimen vuokrakuuteen.

Ja toinen homma, yksityisiä kämppejä oli melko vaikeaa saada, kyllä mä niitä soittelin. Parilt paikalt kysyin ei käynyt sossan takuut, luottotiedot ei oo kunnossa.

Henkilökunnalta toivottiin enemmän aikaa ja tukea asunnon etsimisessä. Vaihtoehtoja on, mutta asiakkaat eivät välttämättä tiedä kaikkia. Hakemusten uusimisissa on erilaisia käytäntöjä, samoin hakemusten tekemisessä. Monet isojen vuokranantajien hakemukset tehdään internetissä, eikä kaikilla asiakkailla ole riittäviä taitoja selviytyäkseen siitä. Henkilökunnalta toivottiin osittain samoista syistä myös enemmän läsnäoloa osastolla, enemmän osallistumista yhteisön toimintaan.

Kaikki haastatellut olivat olleet aktiivisia asunnon hakemisen suhteen asuntola-aikanaan. He olivat olleet myös muuten aktiivisia, liikkuneet polkupyörällä itsenäisesti hoitamassa asioitaan, osallistuneet tarjottuun ohjelmaan ja käyneet tarvittaessa keskusteluita henkilökunnan ja muiden asiakkaiden kanssa. Aktiivisuutta he korostavat nykyisessä elämässäänkin ja toisaalta toivat esille passiivisen elämänasenteen ja liian vähäisen aktiviteettitason itsenäistä asumista ehkäisevänä tekijänä.

Se on saatava se porukka liikkeelle sieltä, pakottakaa vaikka!

Asuntolaosaston viikko-ohjelman katsottiin olevan liian vähän strukturoitu, sisältävän liian vähän ohjattua ja toisaalta myös ohjaamatonta, spontaania toimintaa. Tämä spontaani toiminta mahdollistuisi, jos työntekijät olisivat enemmän läsnä osastolla. Kolmantena tekijänä tuli esille asuntolaosastolla asuvien yksityisyyden puute. Koska huoneet on tarkoitettu kahdelle henkilölle ja asuntola on käytännössä jatkuvasti täynnä, henkilökohtaista tilaa on vähän.

Oman rauhan löytäminen oli aika ajoin vaikeeta.

Vaik asioiden hoito puhelimella, ei oikeen löytäny rauhallista paikkaa soittaa vaik asuntoa.

Asiakkailta vaaditaan sopeutumista ja pitkäjänteisyyttä, kun he joutuvat jakamaan yksityisyytensä ympärivuorokautisesti vieraan, tavoiltaan mahdollisesti hyvinkin erilaisen henkilön kanssa. Ristiriidoilta ei voida välttyä, ja toisaalta näissä olosuhteissa korostuu se, että voi mahdollisuuksien mukaan itse vaikuttaa asuintoverinsa valintaan.

Välillä oli karmee huonekaveri.

Aina siellä tulee jostakin jotain, pienistä asioista tulee isoja, kärpäsestä tehdään härkänen. Sen mä koen kielteiseksi.

Tärkeintä tossa hommassa on mun mielestä et saa mieleisensä kämppekaverin.

6.3.2 Työntekijöille suunnatun haastattelun kuvaus ja kategoriointi

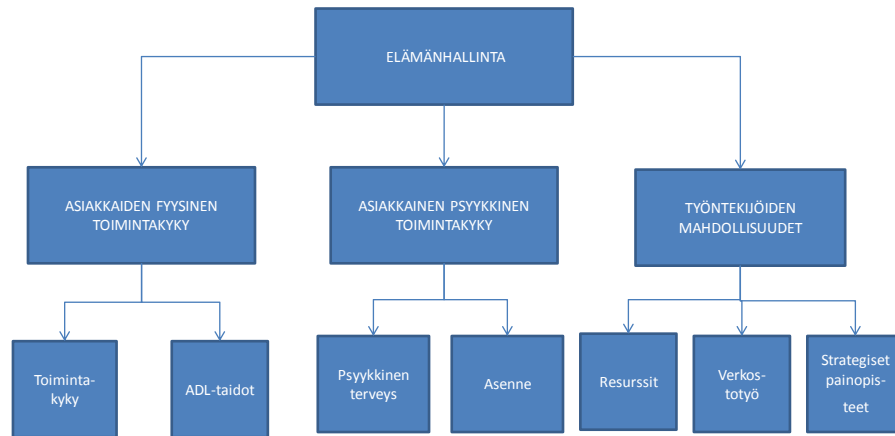
Työntekijöiden ryhmähaastattelu tehtiin saman ajanjakson sisällä kuin asiakkaiden haastattelut. Haastattelu tehtiin täsmäryhmähaastatteluna Pitkämäen kuntoutusyksikössä. Haastattelutilaksi valittiin tila, jossa saimme olla häiriöttä ja haastattelu kesti tunnin. Keskustelu noudatti täsmäryhmähaastattelun periaatteita, haastatteliija ei osallistunut keskusteluun, vaan piti huolta ajankäytöstä ja keskusteltavista teemoista. Litteroin haastattelun alle vuorokauden kuluessa sen nauhoittamisesta ja nauhan tuhosin välittömästi litteroinnin jälkeen. Litteroidun aineiston luokittelin ensin haastattelun teemojen (liite 2) mukaisesti ja toisessa vaiheessa yhdistelin ja nimesin uudelleen luokat. Yhteenvedon olen pyrkinyt tekemään siten, että työntekijöiden näkemykset ja kokemukseen perustuva tieto, samoin kehittämisideat tulevat toimintamallin suunnittelutyön käyttöön.

Haastateltaviksi työntekijöiksi valikoituivat ennakolta suunnitellut ja pyydyt, asumispalvelutyötä tehneet ja eri ammattialoja edustavat henkilöt Pitkämäen kuntoutusyksiköstä. He edustavat sosiaali- ja terveydenhuoltoalaa siten, että yksi heistä on diakonissa-sairaanhoitaja AMK, joka suorittaa parhaillaan psykiatrisen hoitotyön erikoisammattitutkintoa, yksi on lähihoitaja, joka on suorittanut psykiatrisen hoitotyön erikoisammattitutkinnon ja suorittaa parhaillaan päihdetyön ammattitutkintoa ja yksi on sosionomi AMK, joka on suorittanut yhteisohoidon opintoja. Kaikki heistä ovat olleet Lahden A-klinikkatoimella asumispalvelutyössä, kaksi heistä on tehnyt asumispalvelutyötä myös muissa organisaatioissa, esimerkiksi kehitysvammaapuolella ja lastenkodissa. Toisin sanoen kaikilla haastateltavilla on asumispalvelutyön substanssiosaamista ja he tuntevat sen sisäisen ja ulkoisen toimintaympäristön. Tämän katsottiin olevan eduksi kehittämishankkeelle, koska

heiltä voitiin odottaa käytännönläheistä ja realistista suhtautumista käsiteltyihin teemoihin. Toisaalta se voi olla myös haitta, jos se asettaa rajoituksia ajatustyölle. Haastateltavilla asian tuttuus ja olemassa olevat rajoitukset, esimerkiksi taloudelliset resurssit, voivat rajoittaa innovatiivisuutta. Kaikki haastateltavat ovat naisia, koska organisaatiossamme ei ollut haastatteluajankohtana miehiä tekemässä hoitotyötä.

Asuntolaosaston tärkeimpänä elämänhallintaa tukevana ominaisuutena haastateltavat pitivät päihdeettömyyttä. Päihdeettömyys nähtiin elämänhallinnan ja tavanomaisen elämän mahdollistajana, raittiina ollessaan asiakkaat ovat toiminta- ja yhteistyökykyisempiä kuin päihdekierteessä ollessaan. Tärkeimmiksi muutosta vaativiksi tekijöiksi haastateltavat nimesivät työntekijäresurssin lisäämisen, arjen toimintojen lisäämisen ja yhden hengen huoneet. Keskustelussa kehitettäväksi arjen toiminnoiksi nousivat yhteisenä mielipiteenä ruoan valmistuksen lisääminen, omasta tilasta huolehtimisen lisääminen ja kontaktipinnan säilyttäminen laitoksen ulkopuoliseen maailmaan niin asioinnissa kuin harrasteissakin. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla tulisi lisäksi tehostaa päihde- ja mielenterveyssektorin yhteistyötä.

Päädyin luokittelemaan myös työntekijähaastattelun pelkistetyn aineiston ennalta annettuja teemoja noudattaen. Haastateltavat keskustelivat melko tarkasti annettujen teemojen mukaisesti ja toisaalta myös työntekijöille osoitetut kysymykset oli pyritty muotoilemaan siten, että ne antaisivat mahdollisimman hyvin ja relevanttia tietoa toimintamallin luomista varten. Luokitellusta aineistosta pyrin löytämään kategoriat, joiden mukaan voitiin aloittaa työryhmätyöskentely toimintamallin luomiseksi. Aineistosta nousi yksi pääkategoria suhteessa tutkimuskysymykseen eli asumisvalmennuksen kehittäminen pitkäaikaisasunnottoman henkilön itsenäisen asumisen edistämiseksi asuntolakontekstissa. Pääkategoriaksi muodostui elämänhallinta. Alakategorioiksi muodostuivat fyysinen ja psyykinen toimintakyky ja työntekijöiden mahdollisuudet. Kategoriat on esitetty kuvassa neljä ja kuvattu myöhemmin.



Kuva 4. Työntekijänäkökulma asumisvalmennuksen suunnittelussa.

Tärkeimmiksi elämäntähtäilyä lisäviksi tekijöiksi nousivat fyysinen ja psyykinen toimintakyky, sekä työntekijöiden mahdollisuudet toimia asiakkaan tukena laaja-alaisesti. Fyysinen toimintakyky jakautui haastatteluiden perusteella alakategorioiksi toimintakyky ja ADL-aidot. Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan tässä riittävää fyysistä terveyttä ja kykyä toimia yhdessä muun yhteisön kanssa esimerkiksi toiminnallisissa ryhmissä. Monilla asiakkailla on alkoholin aiheuttamia fyysisiä haittoja, kuten esimerkiksi aivovammoja, ataksiaa ja aivoatrofiaa. Nämä aiheuttavat pysyviä muutoksia henkilön aivoissa ja vähentävät hänen fyysistä suorituskykyään. (Hillbom 2003, 316 - 319.) Nämä tekijät on otettava huomioon toimintoja suunniteltaessa ja toisaalta näihin tarpeisiin tulisi myös voida vastata. Liikunnalla ja ylipäättään fyysisellä aktiivisuudella on haastateltavien kokemuksen mukaan kuntouttava vaikutus ja näin omatoimisuutta ja elämäntähtäilyä lisäävä vaikutus.

ADL-aidot koettiin vaihteleviksi ja osittain puutteellisiksi. Osalla asiakkaita on hyvät ADL-aidot, eivätkä he tarvitse erityisesti tukea niiden kehittämisessä. Osalla asiakkaita ADL-aidot ovat puutteelliset, erityisesti ruoan valmistuksen osalta. Osalla nämä aidot eivät ole mahdollisesti koskaan kehittyneet pitkien

laitosjaksojen ja syrjäytymisen takia. Esimerkiksi pitkät vankeustuomiot vieraannuttavat tuomitun yhteiskunnan tavanomaisesta toiminnasta.

Semmoisia pärjääjiä, että ottavat vastuun siitä pärjäämisestään, ja sitten osa on niitä, jotka ei osaa tarttua niihin omiin asioihinsa, vaikka se ympäristö olisi minkälainen. Että pitää olla potkimassa eteenpäin.

Toiminnalliset ryhmät, erityisesti ruoan valmistamiseen valmentavat, vastaavat haastateltujen mielestä hyvin ADL-toimien puutteellisuuteen. Siivouksen ja pyykinpesun asiakkaat osaavat melko hyvin haastateltavien mielestä. Asiointi virastoissa, terveydenhuollon yksiköissä, hoitoon hakeutuminen ja raha-asioden hoito ovat monelle asiakkaalle haasteellisia ja he tarvitsevat näihin toimiin vaihtelevasti apua. Siinä missä toiselle riittää hakemuksen läpi lukeminen yhdessä työntekijän kanssa, toisen kanssa täytyy lähteä pankkiin maksamaan laskuja.

Psyykinen toimintakyky jakautuu alakategorioiksi psyykinen terveys ja asenne. Kaksoisdiagnostiikka näkyy haastateltavien mukaan vahvasti asuntolaosaston arjessa. Psyykkisestä häiriöstä kärsiviä on haastateltavien kokemuksen mukaan jatkuvasti yli puolet, jopa 2/3 asiakkaista. Tämä on enemmän kuin Aallon (2007) tutkimuksen tulos, jonka mukaan alkoholihäiriötä potevista 37 %:lla on lisänä muu psyykinen häiriö. Määrä vastaa tai on jopa suurempi kuin huumehäiriötä potevien kohdalla, joista Aallon (2007) mukaan 53 % kärsii myös psyykkisestä häiriöstä. Asuntolaosaston asiakkaista kuitenkin pieni osa on huumehäiriöisiä, valtaosalla pääasiallinen päihdyttävä aine on alkoholi.

Sairaudet akutisoituvat (esimerkiksi masennus) päihdeettömyyden myötä, tai ne yksinkertaisesti voidaan havaita, kun asiakas ei ole päihdekierteessä. Psyykinen häiriö vähentää henkilön elämänhallintaa ja saattaa rajoittaa hänen mahdollisuuttaan osallistua esimerkiksi toiminnallisiin ryhmiin. Psyykkisten häiriöiden kohdalla pohdittiin, mikä asiakasta todellisuudessa hyödyttää? Hyötyykö hän ja missä vaiheessa kahden häiriönsä saman vai eriaikaisesta hoidosta? Tutkimusten mukaan (esimerkiksi Aalto 2007; Tsai ym. 2007) yhden tahon antama hoito ja tuki on tehokkaampaa kuin hoidon hajauttaminen useammalle sektorille. Haastateltavat toivat kuitenkin esille näkemyksen, jonka mukaan asiakkaalle voisi olla

hyödyllistä lähteä yksikön ulkopuolelle hoidollisiin tapaamisiin, jopa eri organisaation piiriin. Tämä lähteminen ja kiinnittyminen ulkopuolisen toimijan tukeen saattaisi tukea haastateltavien mukaan asiakkaan myöhempää selviytymistä itenäisemmässä asumisessa.

Siinä on puolensa ja puolensa, se (=hoidon keskittyminen osastolle) ei välttämättä tue sitä normaaliutta. Siinä tulisi niitä pakkolähtöjä ja opeteltua kulkemaan ja hoitamaan niitä kontakteja.

Toisaalta ongelmaksi koettiin se, että päihdeongelmaiset asiakkaat eivät ole kovin toivottuja asiakkaita haastateltavien kokemuksen mukaan. He ovat haastavia ja kaksoisdiagnoosiasiakkaat erityisen haastavia. Hoitoon kiinnittyminen voi olla puutteellista tai asiakkaan käytös haastavaa työntekijän kannalta.

Asiakkaiden omalla asenteella on merkittävä vaikutus haastateltujen mielestä asiakkaan psyykkisen ja kokonaisvaltaisen toimintakyvyn kannalta. Asiakkaiden halu ja kyky hyödyntää tarjottua palvelua on yksilöllistä. Toiset osallistuvat ryhmätoimintaan, haluavat yksilökeskusteluja asioidensa selvittämiseksi ja käyvät aktiivisesti elämäntilannettaan läpi tarkoituksenaan elämänhallinnan lisääminen ja tavoitteenaan itsenäinen asuminen. Osa asiakkaista on haastateltujen kokemuksen mukaan asennoitunut asuntola-asumiseen siten, että he odottavat maksulleen vastineeksi täyttä palvelua, mikä käsittää paljon puolesta tekemistä. He eivät halua osallistua yhteisön toimintaan kuin pakosta.

Minä maksan tästä, että kaikki pitäisi tulla valmiina. Langeta kuin manulle illallinen. Ja toiset sitten ehkä enemmänkin pelkää sitä laitostumista.

Asenteella on haastateltujen mukaan vahva vaikutus siihen, miten asiakas selviytyy eteenpäin elämässään. Positiivisella asenteella voi vaikuttaa niin fyysiseen kuin psyykkiseen toimintakykyynsä ja sitä kautta elämänhallinnan kehittymiseen. Kun asiakas sitoutuu asuntolaosaston arkeen, päivärytmiin ja toimintoihin, hän kehittää samalla elämänhallintaansa. Ajattelun kehittäminen vähemmän itsekääksi kehittää myös asumisen taitoja tavanomaisessa kerrostaloasunnossa. Se vähentää – päihdeettömyyden ohella – häiriökäyttäytymistä ja jopa vuokravelkoja.

Yhteisenä nimittäjänä kahdelle ensimmäiselle kategorialle on päihteettömyys, minkä haastatellut katsovat merkittäväksi vaikuttajaksi niin fyysiseen kuin psyykkiseen toimintakykyyn. Päihteettömänä asioiden hoitaminen onnistuu, samoin fyysinen suorituskyky paranee. Pitkäaikaisen päihteenkäytön seurauksena syntyneet vauriot eivät välttämättä korjaudu ennalleen, mutta paheneminen loppuu ja kuntoutumista on mahdollista tapahtua.

*Ei nää arkiset kuviot ehkä luonnistuisikaan, jos ei olisi tämä päih-
teettömyys.*

*Pysyy päihteettömänä, sitoutuu siihen. Voi käydä lomilla ja osoittaa,
että pystyy palaamaan nolliissa.*

Työntekijöiden mahdollisuudet auttaa, tukea ja opastaa asiakkaita muodostui kolmanneksi kategoriaksi. Tämän kategorian alakategoriaksi nousivat resurssit, verkostotyö ja strategiset painopisteet. Asiakkaat tarvitsevat laaja-alaista ja moniammatillista tukea ja apua elämänsä solmukohdissa. Henkilökuntaresursseja tarvitaan tai tarvittaisiin asiakkaan konkreettisessa neuvomisessa esimerkiksi tuki- en hakemisessa tai hoidon järjestämisessä. Apu pitäisi järjestyä kohtuullisessa ajassa asioiden etenemiseksi. Henkilökuntaa tarvitaan myös läsnäolemisessa, kuuntelemisessa ja henkilökohtaisissa keskusteluissa asiakkaiden kanssa. Ryhmämuotoiset toiminnot ovat tehokkaita monella tavalla. Niiden avulla voidaan samanaikaisesti tukea useita henkilöitä ja toisaalta ammatilliseen tukeen yhdistyy vertaistuki. Monet asiakkaat tarvitsevat apua ja tukea kuulluksi tulemisessa hoito- verkostoissa ja asioinnissa.

Kun asiakkaan omat resurssit eivät riitä, pitäisi hänen voida ”lainata” työntekijän resursseja saadakseen asiansa hoidettua. Nämä resurssointiin liittyvät asiat herättivät haastateltujen kesken keskustelua ja huolta asiakkaiden, nimenomaan kaksois- diagnoosihäiriöstä kärsivien asiakkaiden, pärjäämisestä. Monet asiakkaat, nimen- omaan mielenterveyden häiriöstä kärsivät, kokevat turvattomuutta ilta- ja viikon- loppuaikoina, kun osaston omat työntekijät eivät ole työvuorossa. Pitkämäen kun- toutusyksikön asuntolaosaston käytettävissä ovat iltaisin, öisin ja viikonloppuisin koko kuntoutusyksikön yhteiset työntekijät. Päivystysaikana työskentelee kaksi työntekijää 40 asiakasta kohti, joten palvelun saannin todettiin olevan rajoitettua.

Haastateltujen näkemyksen ja kokemuksen mukaan katkaisuhuolto-osaston asiakkaat tarvitsevat eniten tukea ja hoitoa ja kahden muun osaston asiakkaat jäävät vähemmälle.

Haastateltujen työntekijöiden näkemyksiä tukevat myös tutkimustulokset muista asumiseen liittyvistä palveluista kansallisesti ja kansainvälisesti. Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden työntekijäresurssit ovat niukemmat kuin esimerkiksi Härmälä-hankkeessa, jossa 22 asukaspaikkaa kohden on viisi työntekijää. Työntekijät tekevät Härmälässä lisäksi 2-vuorotyötä, jolloin asiakkailla on mahdollisuus saada tukea elämäänsä myös iltaisin ja viikonloppuisin. (Lönnqvist ym. 2010, 101.) Samoin Stefancic & Tsemberiksen (2007, 267) tutkimuksesta käy ilmi, että Housing First -menetelmässä työntekijöiden määrä on suurempi. Avun saannin mahdollisuus on ympärivuorokautista.

Verkostotyö koetaan haastateltujen kokemana hyödylliseksi ja tarpeelliseksi. Verkostotyöllä laajennetaan asiakkaan mahdollisuuksia lisätä elämänhallintaansa ja saada tehokkaasti käyttöönsä tarvitsemansa palvelut. Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kohdalla haastatellut toivat esille, että yhteistyö psykiatrisen avohoidon kanssa voisi olla tehokkaampaa. Se koetaan määrällisesti vähäisenä ja toisaalta myös laadullisesti sitä voisi kehittää vastaamaan paremmin asiakkaan tarpeita. Yksilötasolla henkilöt voisivat hyötyä hoidosta ja asumisesta erikseen, mutta keskusteluyhteys tulisi olla melko saumaton asiakkaan hoidon ja elämänhallinnan turvaamiseksi. Sosiaalitoimi on tärkeä yhteistyökumppani asuntolaosaston asiakkaiden asioita hoidettaessa. Yhteistyön säilyttäminen ja kehittäminen on tärkeää myös sosiaalitoimen suuntaan, koska valtaosa asiakkaista on toimeentulotuen piirissä ja näin ollen vähintään kuukausittain yhteydessä sosiaalitoimeen. Viranomaisverkot saattavat olla monen asiakkaan ainoat raittiit verkostot ja näin ollen esimerkiksi työntekijöiden rooli korostuu merkittävästi asiakkaan elämässä.

Strategiset painopisteet määrittävät valtakunnallisesti ja A-klinikkatoimikohtaisesti kunkin työalan toimintoja. Toisaalta määrittystä tulee myös toiminnan ulkopuolelta, esimerkiksi valtiovallan tai kunnan taholta. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishanke ja ARA määrittelevät henkilön asumisen ensisijaisiksi kriteereiksi oman nimen ovesa ja vuokrasopimusperusteisen

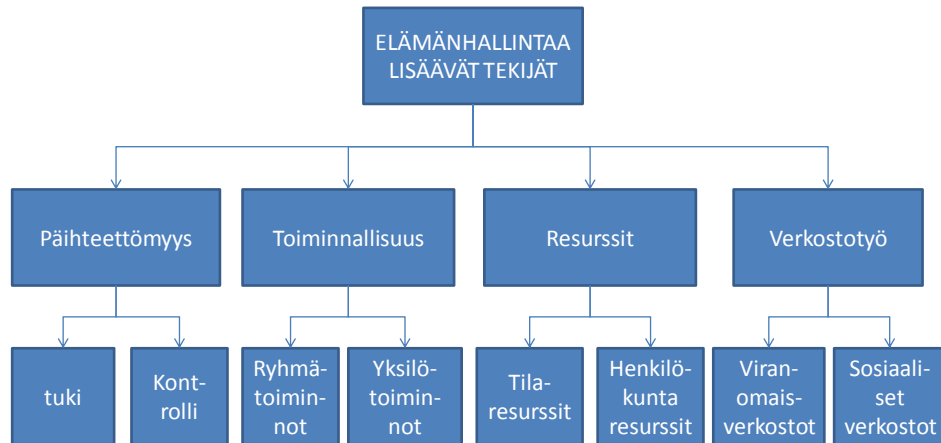
asumisen. Palveluasumisesta on omat, väljemmät kriteerinsä, mutta vähimmäiskriteerinä on oma huone jokaiselle asiakkaalle. Laitoksessamme se tarkoittaa sitä, että meidän tulee pyrkiä eroon kahden hengen huoneista. Myös haastatellut ovat yksimielisiä tämän uudistuksen tarpeellisuudesta. Haastateltujen mukaan asuminen omassa huoneessa on tämän päivän elämisessä tavanomaista ja arvollista. Sen myös katsotaan haastateltujen mielestä vahvistavan arjen hallintaa ja se lisäisi vastuunottoa.

Nythän ei joudu ottamaan paljon vastuuta edes omasta huoneesta, kun se on vaan se oma tila, sänky ja sen ympärystä ja se lipasto mikä on siinä vieressä.

Olisi se oma pieni yksiö, mistä pitäisi huolehtia.

6.3.3 Yhteenveto haastatteluiden tuloksista

Analysoin asiakkaille ja työntekijöille suunnatut haastattelut ensin erillisinä aineistoina ja lopuksi kategorioin ja abstrahoin ne kertaalleen kokonaisuutena. Halusin tuoda sekä asiakkaiden, että työntekijöiden äänet itsenäisinä ja yhteisenä näkemyksenä asumisvalmennuksen suunnitteluun. Tämä lisää analysoinnin luotettavuutta ja antaa lukijalle mahdollisuuden muodostaa oman käsityksensä molemmista aineistoista ja niiden hyödyntämisestä. Haastatteluaineistoista löytyi yhtenevyyksiä ja eroavuuksia. Asiakashaastattelut suuntautuivat tiukemmin asunto-osaston sisäiseen toimintaan ja sisäiseen kehittämiseen, kun taas työntekijöiltä tuli näkemyksiä sekä osaston kehittämistä, että ulkoiseen toimintaympäristöön suuntautumisesta. Olen esittänyt asiakashaastatteluissa ja työntekijöille suunnatussa haastattelussa esiintyvät yhtenevät tekijät kuvassa viisi.



Kuva 5. Elämönhallintaa lisäävät tekijät haastatteluiden perusteella.

Käsite päihteettömyys esiintyy molemmissa haastatteluaineistoissa useassa yhteydessä. Päihteettömyyttä tavoitellaan, sitä arvostetaan terveyttä ja toimintakykyä mahdollistavana tekijänä, siihen toivotaan tukea ja kontrollia. Päihteettömyydellä on haastatteluaineiston perusteella itseisarvo ja välinearvo. Päihteetön ympäristö tukee asiakkaan omia tavoitteita ja se vaikuttaa asiakkaan asumismuodon valintaan silloin, kun asiakkaan tavoitteena on raitistuminen tai päihteenkäytön voimakas vähentäminen. Riittävän pitkä, yli puolen vuoden mittainen päihteettömyys tuetussa ympäristössä nähtiin merkittävänä elämönhallintaa lisäävänä tekijänä. Lahtinen-Antonakis (2009, 36) on kuvannut päihdeongelmasta toipumisen ajallista prosessia omassa tutkimuksessaan Maakorpea (2006) mukailleen seuraavasti:

Irrottautuminen	1 v
Toipuminen	2 - 4v
Toipumisen ylläpito	5 v ->

Lahtinen-Antonakisin ajallisen prosessin kuvaus tukee haastateltujen näkemystä päihteetön jakson pituudesta eli toipuminen vaikeasta päihdehäiriöstä vie kokemusasiantuntijoiden mukaan vuosia.

Toiminnallisuus käsittää haastatteluaineistojen mukaan laaja-alaista asiakkaaseen suuntautuvaa ja hänen omia resurssejaan tukevaa toimintaa. Tällaista on sekä ryhmälle, että yksilölle suunnattu, asiakkaan tarpeesta lähtevä toiminta. Toiminta voi olla keskustelua, liikuntaa, asiointia tai ADL-toimia kehittävää. Ruokaryhmä nousi molemmista haastatteluaineistoista nimettynä ehdotuksena ja tarpeena. Toiminnallisuuteen kuuluu myös päivärytmi, mikä on tietty ja määrätty ruokailu-aikoineen, saunomisineen ja ryhmätoimintoineen. Myös työntekijöiden työaika määrittää päivärytmiä. Asiakkaiden oma aktiivisuus ja positiivinen asenne toimintaan, toiminnallisuuteen ja oman elämänhallintansa kehittämiseen on ensisijaisen tärkeä. Työntekijöiden tehtävänä on tukea asiakkaan pyrkimyksiä tässä kehittämisessä ja korostaa päivärytmin merkitystä. Tästä voidaan keskustella asiakkaan kanssa ja edistää esimerkiksi henkilökunnan ajankäytön tiedottamisella.

Päihteettömyys on asuntolaosastolla pysyvä ominaisuus ja se tulee myös haastattelujen tulosten perusteella säilyttää. Tutkimukset jakavat mielipiteitä päihteettömyyden ensisijaisuudesta. Asunto ensin -malliin perustuva toiminta (Stefancic & Tsemberis 2007; Lönnqvist ym. 2010) näkevät asumisen ensisijaisena pitkäaikaisasunnottoman henkilön tarpeena, riippumatta hänen häiriöidensä laadusta tai lukumäärästä. Mannisen ym. (2005) ja Suhosen (2008) mukaan päihteettömyys edesauttaa henkilön elämänhallintaa ja edistää sitä kautta asumisen vakautta. Organisaation toiminta-ajatus ja arvomaailma ohjaavat luonnollisesti toimintojen sisältöä osaltaan. A-klinikkasäätiöllä on sekä päihteetöntä, että päihteiden käytön sallivaa asumista. Lahden A-klinikkatoimi on yksi lahtelainen asuttava taho muiden joukossa ja haastattelujen tulosten perusteella päihteettömälle asumiselle on tarve ja näin ollen sitä ei ole mielekästä muuttaa. Osaston toiminnallisuus käsittää tällä hetkellä ruoka-, liikunta- ja asiointiryhmiä. Yksittäisen asiakkaan kanssa asiointi laitoksen ulkopuolella on erittäin rajoitettua henkilökuntaresurssien takia. ACT-mallisessa (Phillips ym. 2007) toiminnallisuudessa korostetaan moniammatillisuutta ja henkilökohtaista apua. Avun saanti ja sisältö ovat asiakkaan tavoitteisiin perustuvia ja laaja-alaisia. Myös Härmälä-hankkeessa (Lönnqvist ym. 2010) asumisen tuki on muuntuvaa ja asiakkaan tarpeista lähtöisin olevaa. Työntekijät voivat lähteä esimerkiksi asiakkaan kanssa kauppaan, pankkiin, lääkäriin tai virastokäynneille. Asumisvalmennuksen sisällön suunnittelussa tulee lisätä toiminnallisuutta ja tehdä se paremmin näkyväksi. Toimintojen houkuttelevuutta voidaan

mieltä, kuitenkin pitää muistaa perusasia eli tehtävillä toimilla tulee vaikuttaa itsenäisessä asumisessa pärjäämiseen.

Molemmissa haastatteluissa merkittävänä resurssipulana nähtiin kahden hengen huoneet ja toisaalta henkilökunnan vähäisyys. Pienessä huoneessa asuminen vieraan henkilön kanssa vaatii hyviä hermoja, eikä yhteentörmäyksiltä voida välttyä. Toisaalta kahden hengen huoneet eivät tue omatoimisuutta ja tavanomaista vastuunkantoa päivittäisistä toiminnoista. Kohdassa 6.3.2 kategoriassa Työntekijöiden mahdollisuudet on selvitetty henkilöstöressurssien vähäisyyttä suhteessa kansalliseen ja kansainvälisiin hankkeisiin. Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluissa työntekijöiden määrä ja läsnäolotunnit ovat vähäiset ja tällä hetkellä niukkuus näkyy esimerkiksi iltojen ja viikonloppujen pienenä työntekijäressurssina. Se näkyy myös ryhmien ja henkilökohtaisen tuen vähäisyytenä. Asumisvalmennusta suunniteltaessa tulee huomioida henkilöstön vähäisyys ja pohtia toimintojen tehostamista ja mahdollista resurssien lisäämistä. Asiakkaiden oma aktiivisuus olisi tässä hyvä apu, vertaistuki ja esimerkiksi joidenkin ryhmien toteuttaminen asiakasvoimin lisäisi toimintoja ja vapauttaisi henkilökunnan aikaa esimerkiksi henkilökohtaisiin keskusteluihin asiakkaiden kanssa. Vertaistuella on myös tutkimusten mukaan positiivinen merkitys asiakkaiden elämänhallinnan lisääntymisessä. Suhosen (2008, 70) mukaan vertaistuen hyödyntäminen asumispalvelutyössä yhdessä ammatillisen tuen kanssa syventää elämänhallinnan lisääntymistä.

Verkostotyö mainittiin molempien haastatteluiden tuloksissa merkittäväksi ja myös resurssija lisääväksi tekijäksi. Asiakkailta voi olla merkittäviä vaikeuksia asioida viranomaisten kanssa joko käytöshäiriön tai alentuneen suorituskyvyn takia. Toisaalta asumispalvelutyöntekijät eivät ole, eikä heidän tarvitse olla, substanssiosaajia kaikissa asiakkaita koskevissa asioissa. Verkostotyöllä asiakas saa tarvitsemansa avun ja tulee mahdollisesti paremmin kuulluksi viranomaisten kanssa asioidessaan kuin yksin. Monilla asiakkailla päihdeettömät ystävät ja sukulaiset ovat jääneet pois elämästä asiakkaan päihdekierteen takia. Asiakas voi itsenäisesti tai työntekijän avulla pyrkiä luomaan uudelleen näitä suhteita tai hän voi hakeutua sellaiseen sosiaaliseen toimintaympäristöön, missä päihdeiden käyttö ei ole tavanomaista.

Esimerkiksi monet vertaistukiryhmät tukevat päihteettömyyttä ja sosiaalista kanssakäyntiä. Sosiaalisia verkostoja voidaan tuoda esille esimerkiksi toiminnallisten ryhmien yhteydessä eli tehdä tutustumiskäyntejä verkoston tarjoamiin vaihtoehtoihin. Työntekijän tuki ja apu voi olla uuden toiminnan alkuvaiheessa merkittävä. ACT-mallissa, jota käytetään esimerkiksi Housing First -menetelmässä, tämänkaltaisen tuki on olennaista. ACT-mallin mukaisesti työntekijä jalkautuu asiakkaan kanssa todelliseen toimintaympäristöön ja on tukena, kunnes asiakkaan omat voimavarat ovat riittävät toiminnon suorittamiseksi. (Phillips ym. 2007,772. Stefanic & Tsemberis 2007, 267.) Myös Hämäläisen (2009) mukaan onnistunut verkostotyö on yksi asumisvalmennuksen tunnusmerkkejä, samoin kuin asiakkaan sosiaalisten taitojen harjoittaminen.

Yhteisölliset elementit, esimerkiksi asiakkaiden omatoimisuus ryhmien järjestämisessä, vahvistavat sosiaalisia taitoja ja toisaalta Lahden A-klinikkatoimen asumispalvelutyö on vahvasti verkostoitunut muiden asuttajatahojen ja viranomaistahojen kanssa. Sosiaalisten verkostojen luominen ei ole tällä hetkellä asumispalvelutyön vahvuus. Aika ajoin asiakkaat tiedustelevat mahdollisuutta käydä tutustumassa asiakkaitamme kiinnostaviin palveluihin ja ryhmiin. Ryhmätoiminnan vähäisyys, asiakkaiden ajoittainen passiivisuus ja työn riittämätön jäsenyys ovat mielestäni tällä hetkellä suurimmat esteet tällaisille tutustumiskäynneille. Toiminnan kehittäminen vahvemmin ACT-mallin suuntaiseksi helpottaisi tällaisia lähtöjä. Osan tutustumiskäynneistä voisivat asiakkaat organisoida itsenäisesti ja silti työntekijä voisi lähteä mukaan.

Asumispalvelutyössä on jo tällä hetkellä piirteitä ACT-mallista. Piirteitä voidaan vahvistaa toimintojen suuntaamisella ja tuen sisällön laajentamisella. Tämä ei välttämättä tarkoita työn määrällistä lisääntymistä, vaan nimenomaan sisällöllistä laajenemista. Tarkoitan tällä sitä, että asiakkaiden ongelmat eivät lisäänty, jos tarjotun palvelun sisältö laajenee. On mahdollista, että useammat asiakkaat tulisivat autetuiksi samanaikaisesti ja toisaalta heidät ongelmiinsa voitaisiin vastata paremmin heidän tarpeitaan vastaavasti. Muutos vaatii työskentelyä asennetasolla niin esimiesten kuin työntekijöidenkin kohdalla. Se vaatii myös konkreettista työn suunnittelua ja toimintamallia.

6.4 Toimintamallin luominen

Toimintamallin suunnittelu alkoi haastatteluaineistoon tutustumisella ja aineiston tulosten esittämisellä. Esitin muulle kehittämishankkeen ydintyöryhmälle haastatteluaineiston pelkistetyn version. Näin haastateltavien vastausten anonymiteetti säilyi, mutta toisaalta työryhmä pääsi tutustumaan ja kommentoimaan aineistoa ennen sen kategoriointia. Kategorioinnin ja abstrahoinnin jälkeen esitin aineistosta nousseet tulokset eli elämänhallintaa lisäävät tekijät (kuva 5, s. 54). Tulosten perusteella käydyn keskustelun seurauksena totesimme, että voimme alkaa työstää toimintamallia suoraan molemmista haastatteluaineistoista saatujen ja niistä abstrahoidun aineiston perusteella. Pyrkimyksenämme on saada kokemusasiantuntijuus ja toisaalta työntekijöiden ammatillinen näkemys vahvasti esille toimintamallissa.

Toimintatutkimukseen liittyy refleктоiva tutkimusote, mikä mahdollistaa vanhojen käytänteiden säilyttämisen, niiden kehittämisen ja toisaalta niistä luopumisen (Heikkinen 2007, 201 - 202). Haastatteluaineistosta nousi olemassa olevia, asiakkaita hyödyttäviä käytänteitä, jotka sekä asiakkaat, että työntekijät näkivät arvokkaina. Oli myös elementtejä, jotka joko eivät hyödyttäneet asiakkaita tai olivat jopa asumista hankaloittavia. Näiden lisäksi esille nousi asioita, jotka olivat periaatteessa hyviä, mutta vaativat kehittämistä tai uudistamista vastatakseen asiakkaiden tarpeita. Päädyimme luokittelemaan saadun aineiston luokkiin Säilytettävät, Poistettavat ja Kehitettävät/lisättävät osa-alueet. Luokkien sisällöt on saatu suoraan analysoidusta, abstrahoidusta aineistosta. Näin sekä kokemusasiantuntijoiden, että työntekijöiden ääni on saatu kuulumaan kehitystyössä ja toimintamallin luomisessa. Luokat on esitetty taulukossa neljä.

Taulukko 4. Haastatteluaineistosta nousseet luokat toimintamallin kehittämisen pohjaksi.

SÄILYTETTÄVÄT OSA-ALUEET	POISTETTAVAT OSA-ALUEET	KEHITETTÄVÄT/LISÄTTÄVÄT OSA-ALUEET
Päihteettömyys, sen tukeminen, siitä puhuminen, voimavarojen kasvattaminen, ajallinen toipuminen.	2 hengen huoneet. Tällä hetkellä ei resursseja niiden poistamiseen, mutta työskentely tilanteen parantamiseksi.	Arjen toiminnallisuuden hyödyntäminen -> talon yhteisiin toimintoihin osallistuminen.
Aamuhetki, yhteisten asioiden jakaminen ja ilmoittaminen.	Osa talon ruuista pois.	Lääkäriasiain tarkempi seulonta -> vain 2dg- ja päihdeasiointi osastolla.
Vastuualueet: siivous, isäntä/emäntäviikot, yhteisökokouksessa puheenjohtajuus ja/tai sihteerinä toimiminen.		Asiointi asiakkaiden kanssa: pankki, lääkäri yms.
Arjen rytmittäminen ja vuorokausirytmien.		Toiminnallisuus: retket, ruokaryhmät, liikunta. Kuntoilulaitteen hankkiminen ja/tai säännöllisen kuntosaliajan vараaminen.
Kaksoisdiagnoosiasiakkaiden molempien ja/tai kaikkien diagnoosien erityispiirteiden huomioiminen asumisvalmennuksessa. Integroidun hoidon ja/tai kohtaamisen malli.		Keskustelut: yksilö- ja ryhmäkeskustelut ennalta sovitusta ja spontaaneista aiheista, sovittuina ja spontaaneina aikoina.
Verkostotyö.		Tiedon välittäminen päihde- ja mielen-terveyden häiriöistä.
		Verkostotyön kehittäminen sosiaalisen verkostoitumisen tueksi.

Luokittelun jälkeen aloimme työstää aineistoa toimintamallin suuntaan. Reflektoimme löytämämme asiat vielä kertaalleen haastatteluaineistoon ja teoriaan nojaten. Päädyimme edelleen luokittelemaan löytämiämme asioita ja toisaalta lisäämään reflektion pohjalta nousseita, mielestämme kokonaisuutta täydentäviä toimintoja. Tässä vaiheessa pohdimme kehittyvää toimintamallia myös Pitkämäen kuntoutusyksikön, Lahden A-klinikkatoimen ja A-klinikkasäätiön kontekstissa. Uuden toimintamallin tulee soveltua jo olemassa oleviin lainalaisuuksiin sekä organisaation sisäisessä toiminnassa, että muussa toimintaympäristössä. Toimintaan vaikuttavat lainsäädännön ohella A-klinikkasäätiön strategia ja paikalliset toimintaperiaatteet. Toimintamallissa tulee näin ollen huomioida sen soveltuvuus A-klinikkasäätiöön ja Lahden A-klinikkatoimeen kokonaisuutena strategisesti ja

arvoperustaltaan ja toisaalta vuoden 2012 toimintasuunnitelmassa asetettuihin painopistealueisiin.

Tämän pohdintatyön perusteella nimesimme toimintamallin osa-alueet, jotka ovat *Päihdeettömyys, ADL-toiminnot, Toiminnallisuus* ja *Verkostotyö*. Näiden otsikoiden alle sijoittuvat säästettävät, uudet ja kehitetyt toiminnot. Toimintamallin viitekehysiksi valikoituivat ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys, yhteisöllisyys ja ACT-mallin soveltaminen. Ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys on yksi A-klinikkasäätiössä käytetty lähestymistapa ja se näkyy myös Pitkämäen kuntoutusyksikön toimintaa ohjaavana viitekehysenä. Lyhytterapeuttisena työmuotona sitä voidaan hyödyntää kestoaltaan erilaisissa asiakassuhteissa ja toisaalta työryhmämme jäsenillä on siitä käytännön työkokemusta. A-klinikkasäätiö (2009) määrittelee ratkaisu- ja voimavarakeskeisyyden seuraavalla tavalla:

Ajatellaan, että ongelmaa ei voi olla, ellei ole myös sen ratkaisua. Ongelmien sijaan keskitytään ratkaisuihin; ratkaisua pidetään kuvauksena siitä, miten asioiden pitäisi olla. Ratkaisu- ja voimavarakeskeisessä terapiassa etsitään asiakkaan voimavaroja ja vahvistetaan hänen onnistumisen kokemuksiaan sen sijaan että käytäisiin läpi ongelmia ja epäonnistumisia ja niiden syitä.

Yhteisöllinen lähestymistapa on ollut asuntolaosaston toimintaa ohjaava näkökulma toiminnan alusta asti. Sen on todettu olevan toimiva, asiakkaita ja työntekijöitä kunnioittava, tasa-arvoisuutta edistävä ja asiakkaiden tavoitteita korostava viitekehys. Yhteisöllisyyden kehittäminen on myös yksi Pitkämäen kuntoutusyksikön painopistealue vuodelle 2012. Yhteisökasvatus ja yhteisöllisyys perustuvat toiminnan yhteiseen suunnitteluun ja yhteiseen päätöksentekoon yhteisöä koskevissa asioissa. Yhteisöllisyyteen kuuluvat yhtä vahvasti oikeuksien kanssa vastuu yhteisön toiminnasta ja yksilön omasta osuudesta siihen omien velvollisuuksiensa täyttämisen kautta. Yhteisöllisyyden on todettu kehittävän itsetuntoa ja vastuuntuntoa. Positiivinen palaute ja toisaalta yhteisön kaikinpuolinen – siis myös työntekijöiden – vastuullisuus ovat tässä kehittymisessä avainasemassa. (Kaipio ja Murto 1988, 10 - 30, 59 - 62.) Päihdeongelmasta kärsivien henkilöiden kohdalla on todettu, että osa tämän ryhmän ongelmista johtuu siitä, että he eivät pidä huolta

velvollisuuksiensa suorittamisesta (esim. Tiitinen 2010, 7-13). Näitä ovat esimerkiksi vastuistaan, kuten vuokranmaksusta, huolehtiminen. Toisaalta syrjäytyneillä henkilöillä voi olla itsetunto-ongelmia. Näihin ja moniin arkisiin ongelmiin yhteisön toiminnassa olemme todenneet olevan hyötyä yhteisöllisestä lähestymistavasta ja sen kehittämisestä.

ACT-mallinen toiminta, johon liittyy integroidun hoidon malli, on todettu tehokkaaksi tavaksi kaksoisdiagnoosiasiakkaiden auttamistyössä asumisen kontekstissa. Teoriataustan mukaisesti ACT-malli on suunnattu lähinnä asiakkaiden omassa asunnossa tapahtuvaan tukityöhön (mm. Stefancic & Tsemberis). Indianapolisissa on käytetty ACT-mallia onnistuneesti kaksoisdiagnoosista kärsivien henkilöiden asumispalveluissa. Näissä asumispalveluissa itsenäisen asumisen tasot ovat vaihdelleet asiakkaiden tarpeiden mukaan. (Tsai ym. 2009.) Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluissa voimme hyödyntää ACT-mallin perusnäkökulmia eli moniammatillista, laaja-alaista, asiakkaan tarpeista lähtevää auttamistyötä A-klinikkasäätöstrategian mukaisesti. ACT-mallin mukaan asiakkaille tarjotaan sisällöltään optimaalista tukea kulloinkin tilanne huomioon ottaen. Asiakkaiden omaa toimintakykyä korostetaan, samoin heidän oma-aloitteisuuttaan. Aalto (2007) esittää hyvinä asiakastyön lähestymistapoina esimerkiksi retkahduksen ehkäisy, yhteisö vahvistusohjelman ja sosiaalisten taitojen harjoittelun. Asiakas irrottautuu tuen piiristä, kun hän ei sitä enää tarvitse, tai tuki muuttuu muotoaan asiakkaan tarpeiden muuttuessa. A-klinikkasäätö (2011) on linjannut strategiasaan palveluasenteeksi asiakaslähtöisyyden ja yhteistyön toimijoiden kesken ja ACT-mallin käyttöönotto on yksi muoto vahvistaa mainittua palveluasennetta.

Palveluvalikkomme tulee olemaan kohtalaisen laaja, eivätkä kaikki asiakkaat tule arviomme mukaan tarvitsemaan kaikkia sen osa-alueita. Jotta voisimme tarjota kullekin asiakkaalle hänen tarpeistaan ja tavoitteistaan lähtevää palvelua ja toisaalta voisimme käyttää olemassa olevia resursseja optimaalisella tavalla, tulemme tekemään toiminnan käyttöönoton alusta lähtien kaikille uusille asiakkaille toimintakyvyn arvon. Aran (2011) mukaan päihde- ja mielenterveyskuntoutujille tai pitkäaikaisasunnottomille ei ole olemassa erillisiä toimintakyvymittareita. Olemme selvittäneet eri arviointimenetelmien soveltuvuutta toimintaamme. Menetelmän tulee olla helppokäyttöinen, mielellään nopea ja asiakkaidemme tarpeet

selvittävä. Rava-indeksimittari ja MMSE-arviointi on kumpikin kehitetty kartoittamaan iäkkäiden henkilöiden toimintakykyä. Ne ovat Aran (2011) mukaan kuitenkin käyttökelpoisia myös tilanteissa, joissa raja aikuispalveluiden ja iäkkäille suunnattujen palveluiden välillä ei ole täysin selvä.

Asuntolaosaston asiakkaiden ikäjakauma on tällä hetkellä 40 - 70 vuotta. Nuoria on Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden piirissä aina vähän, samoin erityisen iäkkäitä henkilöitä. Tämä johtunee osittain siitä, että nuorille on suunnattu kohdennettua asumispalvelua esimerkiksi Nuorisoasuntoliiton toimesta. Alkoholinriippuvaisten keski-ikä puolestaan on yli kymmenen vuotta muuta väestöä alhaisempi (Aalto 2010, 12). Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden asiakkailla on kognitiivisia toimintoja alentavia sairauksia, kuten muistihäiriöitä ja muita neurologisia haittoja. Osa näistä on tullut runsaan päihteen käytön seurauksena ja osa on voitu diagnosoida jo varhaisemmassa vaiheessa. Tästä näkökulmasta käsin mainitut mittarit voisivat olla kokeiltavissa osastollamme. Rava-indeksimittari on laaja ja sisältää osioita, mitkä eivät anna relevanttia tietoa asiakkaistamme tässä kontekstissa. Tällaisia tietoja ovat esimerkiksi kehon toimintoja kartoittavat osiot. MMSE-mittarin hyöty nousee vahvasti kognitiivista kyvykkyyttä mittaavana ja koemme tarvitsevamme laaja-alaisemman mittarin. Eli toinen on liian laaja ja toinen ei riittävän. Pohdinnan jälkeen päädyimme etsimään jotakin käyttökelpoisempaa ja aikomuksenamme on tutustua KuiVis-toimintakykymittariin. Se on tietokonepohjainen ohjelma, joka on kehitetty mielen-terveys- ja päihdekuntoutujien toimintakyvyn arviointiin. Mittarin hankkiminen siirtyy vuodelle 2012, koska kuluvalle vuodelle ei ole varattu määrärahoja tätä varten. Päätökset mittarin valinnasta tehdään mahdollisesti vuoden 2012 tammi-kuussa.

Toiminnan arviointi tulee olemaan jatkuvaa. Toimintaa arvioidaan sekä asiakkaiden, että työntekijöiden toimesta. Arvioinnin tuloksia tullaan esittämään laajennetulle johtoryhmälle ja Pitkämäen ja Lahden A-klinikkatoimen työryhmille. Lisäksi arvioinnin tuloksia tullaan esittämään jossain vaiheessa myös palvelun ostajalle eli tässä tapauksessa Lahden kaupungin psykososiaalisesta tuesta vastaaville henkilöille. Elämänhallinnan lisääntymisen, asiakkaan hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kohenemisen seuranta tulee perustumaan asiakkaan subjektiiviseen kokemukseen

ja lääkärin ja muun työryhmän tekemään arviointiin. Arvioinnin perustana ovat asiakkaan tavoitteet ja hänen oma kokemuksensa, fyysinen ja psyykinen terveytensä ja ADL-taitojen kehittyminen. Arvioinnin apuna tulemme käyttämään ORS-mittaria, joka on käytössä ja hyväksi havaittu Pitkämäen kuntoutusosastolla. Asiakas arvioi oman hyvinvointinsa kehittymistä ORS-asteikkoon perustuvalla itsearviointimenetelmällä. Menetelmään kuuluu lomake, pisteytys ja arviointikeskustelu työntekijän kanssa. ORS perustuu visuaaliseen janaan, johon asiakas merkitsee kokemuksensa sen hetkisestä hyvinvoinnistaan. (Välittäjä 2009 -hanke.) ORS-mittarilla voidaan arvioida palvelun vaikuttavuutta. ORS on lyhennys sanoista Outcome Rating Scale. ORS-mittarilla pystytään seuraamaan asiakkaan hyvinvoinnin kehitystä ja reagoimaan asiakkaan tarvitseman tuen määrään sitä lisäävästi tai vähentävästi. (Miller, Duncan, Brown, Sparks, David & Claud 2003.) ORS-asteikon käyttöönotto on mielekästä myös siksi, että kyseinen asteikko on jo käytössä laitoksessa. Yhtenäiset toiminnot ja työkalut helpottavat työntekijöiden perehdyttämistä ja siirtymistä tarvittaessa osastolta toiselle. Tällä pyritään takaamaan osaltaan palvelun tasalaatuisuutta.

Palvelun kuvaus ja käytettäviksi suunnitellut menetelmät esiteltiin laajennetulle johtoryhmälle. Palautteita saimme seitsemästä pyydetystä neljä. Käsitelimme saadut kommentit työryhmässä. Kommenteissa ei esitetty muutosehdotuksia, vaan toimintamalli hyväksyttiin esitetyssä muodossa. Kommenttikierroksen jälkeen esittelimme toimintatutkimuksen tulokset eli asumisvalmennuksen toimintamallin ja palvelun kuvauksen Pitkämäen kuntoutusyksikön työryhmälle yksikön kehittämispäivässä ja tarkoituksena on esitellä se koko Lahden A-klinikkatoimen työryhmälle. Jälkimmäisen esittelyn foorumi on vielä sopimatta ja esittely tulee arviomme mukaan ajankohtaiseksi alkuvuodesta 2012. Laajennetulle johtoryhmälle suunnatun esittelyn kautta tiedot hankkeen etenemisestä kuitenkin pitäisi välittyä koko työryhmälle. Uusi toimintamalli ja palvelun kuvaus tullaan esittelemään myös yhteistyötahoille sopivissa yhteyksissä. Osan tästä esittelytyöstä tekevät johtoryhmän jäsenet omilla foorumeillaan ja osalle yhteistyötahoja esittelyn suorittavat asumispalveluiden työntekijät. Palvelun kuvauksen pohjalta kirjoitetaan lisäksi uusi esiteteksti ja internet-sivut päivitetään. Esitetekstin kirjoittavat asumispalvelutyöntekijät ja internet-sivut päivittää niiden vastuhenkilö.

Toimintatutkimuksen raportti liitetään myös A-klinikkasäätiön koulutusverkkoon sen valmistuttua.

Osaston asiakkaat ovat olleet tietoisia uudistamishankkeesta kesästä alkaen. Olemme keskustelleet siitä yhteisössä ja pyytäneet ehdotuksia toimintamallin luomista varten. Ehdotuksia ei ole tullut, eikä uudistamishanke ole herättänyt erityistä mielenkiintoa asiakkaiden keskuudessa. Osaston asiakkaat on tarkoitus osallistaa hankkeeseen viikko-, kuukausi- ja vuosiohjelman laatimisen yhteydessä.

Varsinaista vaikuttavuusseurantaamme emme tule toteuttamaan toimintamallin käyttöönoton alkuvaiheessa. Jos sellainen toteutetaan, se vaatii oman suunnittelunsa ja rahoituksensa eli on oma, tästä hankkeesta erillinen kokonaisuutensa. Tämän opinnäytetyön ulkopuolelle jäävät viikko- ja kuukausiohjelmien ja osaston vuosikellon tekeminen. Nämä on suunniteltu tehtäväksi yhdessä osaston asiakkaiden kanssa, jolloin osastolla sillä hetkellä olevat asiakkaat ja työntekijät saavat yhdessä suunnitella toistaiseksi voimassa olevan, kaikille yhteisen ohjelman. Tällä on tarkoitus saada osaston asiakkaiden ääni kuuluville ja vahvistaa yhteisöllistä näkemystä. Ohjelman yhteinen tekeminen tulee todennäköisesti myös sitouttamaan niin asiakkaiden kuin työntekijöidenkin ohjelmaan osallistumista enemmän, kuin jos ohjelma ja siihen tulevat muutokset annettaisiin työntekijöiltä ohjeistuksen kaltaisena toimenpiteenä. Viikko- ja kuukausiohjelmat ja vuosikello tulevat tehtäviksi vuoden 2011 lopussa, ennen kuin toimintamalli otetaan käyttöön.

7 TOIMINTATUTKIMUKSEN TULOS – TOIMINTAMALLI LAHDEN A-KLINIKKATOIMEN ASUMISPALVELUIDEN LAITOSYKSIKKÖÖN

Toimintatutkimuksen tuloksena voidaan Heikkisen ja Jyrkämän (1999, 45) mukaan pitää uutta toimintakäytäntöä, joka on edelleen sykleittäin etenevä reflektiivinen prosessi. Toisin sanoen tulos käsittää uuden toimintakäytännön ja toisaalta yhteisön oppiman uuden tavan reflektoida ja kehittää toimintaansa jatkuvasti. Tässä opinnäytetyössä toimintatutkimuksen tuloksena esittelen Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden uudistetun toimintamallin.

Kartoitettuamme haastatteluiden perusteella säilytettävät, poistettavat ja kehitettävät/lisättävät osa-alueet (taulukko 4, s. 60), ryhdyimme kartoittamaan uuden toimintamallin sisältöä, kuten olen edellä kuvannut. Uusi toimintamalli on esitetty toimintojen perusteella osa-alueiksi jaoteltuna taulukossa 5 ja osa-alueet ja toiminnan viitekehykset on esitetty toimintamallin pohjalta tehdyssä palvelunkuvauksessa. Palvelunkuvaus on tarkoitettu palvelun esittelyyn ja markkinointiin asiakkaille ja ostajataholle.

Taulukko 5. Toimintamallin versio, josta käyvät ilmi palvelun osa-alueet sisällöittään.

ASUMISVALMENNUS			
PÄIHTEETTÖMYYS	ADL-TOIMET	TOIMINNALLISUUS	VERKOSTOTYÖ
Päihteetön ympäristö	Ruokaryhmät	Aamuhetki arkaamuisin: yhteisten asioiden toteamista yhteisöllisellä tavalla	Viranomaisyhteistyö: sosiaalitoimi, muut asuttavat tahot, hoidolliset verkostot
Yksilö- ja ryhmäkeskustelut, asiakkaiden omat voimavarat käyttöön	Vuorokausirytmä	Yhteisökokous kerran viikossa, jossa sovitaan yhteisön asioista ja esimerkiksi viikon ryhmätoimintoista	Sosiaaliset verkostot: asiakkaiden omaiset ja muu sosiaalinen verkosto, harrasteryhmät, työtoiminta
Yhteisöllisyys	Vuoden kierto: juhlat osana elämää	Ryhmät: keskustelu-, musiikki-, elokuva-, asiointi- ja liikuntaryhmät.	Hoidolliset verkostot: psykiatria, perusterveydenhuolto, A-klinikka
Vertaistuki: vertaisryhmät, tutor-toiminta asumispalveluiden sisällä, osallisuus yhteisön jäsenenä	Asioiden hoitaminen itsenäisesti tai työntekijän kanssa: pankki, lääkärissä käynnit, vaateostokset -> asiakkaiden tarpeiden mukaan	Retket esimerkiksi laavuille, kalastamaan ym	
Tietoisuuden kasvattaminen, tiedon jakaminen päihteenkäytön haitoista. Hyödynämme ammatillista ja kokemusosaamista, samoin kuin mediaviestintää mahdollisuuksien mukaan.	Vastuualueiden huolehtiminen: siivous, isäntä/emäntäviikot, pihatyöt, liputuksesta huolehtiminen ja muut asumisyksikön yhteiset työt	Tutustumiskäynnit sosiaalisen toimintaympäristön laajentamiseksi. Harrastus- ja opintomahdollisuudet	
Arkirytmien tukeminen		Hyötyliikuntaan aktivoiminen	
Lääkärin ja sairaanhoitajan palvelut päihde- ja mielen-terveyshäiriöihin. Tarvittaessa hoitoon ohjaus A-klinikalle tai psykiatrian yksiköihin		Kuntosaliryhmä ja/tai kuntoilulaite	

Palvelunkuvaus

Asumisvalmennusyksikkö tarjoaa tuettua asumista lahtelaisille, päihde- ja mielen-terveysongelmista kärsiville naisille ja miehille. Asumisvalmennusyksikön tarkoituksena on tukea asiakkaan päihteetöntä asumista ja arjen hallintaa asiakkaan tavoitteista käsin sellaisilla keinoilla, mitä asiakas voi tulevaisuudessa hyödyntää itsenäisessä asumisessaan. Asuminen on tarkoitettu väliaikaiseksi ja asumisjakson pituus riippuu asiakkaan tavoitteista ja tilanteesta. Asumisen alussa teemme asiakkaan kanssa toimintakyvyn kartoituksen ja jatkossa seuraamme yhdessä asiakkaan kanssa hänen tavoitteidensa mukaisesti hyvinvoinnin lisääntymistä.

Tarjoamme päihteettömyyden tukemiseen päihteettömän yhteisön, jossa asiakkaan tarpeista lähtevillä toimilla tuetaan asiakkaan pyrkimystä päihteettömyyden ylläpitämiseen. Tarjoamme tukea arjen toimintojen harjoittamiseen, omien voimavarojen ja vahvuuksien löytämiseen ja sosiaalisen toimintaympäristön laajentamiseen. Työn viitekehyksinä ovat yhteisöllisyys, ratkaisu-voimavarakeskeisyys ja ACT-mallinen moniammatillinen tuki.

Yhteisön kuvaus

Asumisvalmennusyksikkö on 18-paikkainen ja asiakkaat majoittuvat kahden hengen huoneissa. Yhteisinä tiloina on kaksi tv-huonetta ja keittiö. Lisäksi Pitkämäen kuntoutusyksikköön kuuluvat kaikkien osastojen yhteisinä tiloina ruokasali, biljardihuone, takkahuone ja sauna. Kuntoutusyksikössä on laajat, kauniit pihalueet, jotka tarjoavat mahdollisuuden grillaukseen ja yhdessäoloon.

Vahvistamme yhteisön jäsenten *päivärytmiä* yhteisillä aikatauluilla. Arkiaamuisin kokoonnumme *aamuhetkeen*, jossa käymme läpi päivän ohjelman ja tiedotamme aikatauluihin liittyviä asioita. Maanantaisin on *yhteisökokous*, jossa sovitaan yhteisöä koskevista asioista ja johon kaikki yhteisön jäsenet voivat tuoda näkemyksensä ja ehdotuksensa. Yhteisön jäsenet huolehtivat sovitusti omien huoneidensa ja yhteisten tilojen *siivouksesta*. Viikoittain vaihtuvat *isäntä-/emäntävuorolaiset huolehtivat päivittäisistä siisteyteen* liittyvistä toimista. Lisäksi kullekin huonekunnalle on sovittu oma vastuutehtävänsä. Asiakkaat huolehtivat itsenäisesti ja

tarvittaessa opastetusti henkilökohtaisen *vaatehuoltonsa*. Ruokailut tapahtuvat yhteisessä ruokasalissa. Lisäksi osastolla on *ruokaryhmiä*, joissa asiakkaat voivat tehdä yhdessä työntekijän kanssa kotiruokaa tai leivonnaisia. *Vuoden kierto* ja siihen liittyvät juhlat näkyvät yhteisön toiminnassa ja toiminnallisten ryhmien suunnittelussa.

Päihteettömään elämäntapaan tukeminen

Asiakkailla on mahdollisuus osallistua *ryhmä- tai yksilökeskusteluihin* tarpeensa vaatimalla tavalla. Keskusteluissa ja toiminnoissa pyrimme nostamaan asiakkaiden omia voimavaroja esille. Toisaalta pyrimme tuomaan esille päihteenkäytön riskejä ja seurauksia. Informaation jakamisessa hyödynnämme ammatillista ja kokemusosaamista. *Vertaistukiryhmät* ovat asiakkaidemme käytettävissä useita kertoja viikossa Pitkämäen kuntoutusyksikössä. *Lääkärin ja sairaanhoitajan palvelut* päihde- ja mielenterveyden ongelmien hoitoon kuuluvat asumisvalmennukseen ja lisäksi ohjaamme asiakkaan tarvittaessa *hoitoon A-klinikalle tai psykiatriseen yksikköön*. Somaattiset vaivat asiakkaamme hoidattavat yleisen terveydenhuollon piirissä. Tämän hoidon järjestämisessä asiakas saa tarvittaessa tukea. Ohjaamme asiakkaitamme *erilaisten tukien hakemisessa ja tuemme asiakkaittemme taloudellista vakautta*. Tuemme asiakkaittemme *aktiivisuutta ja sosiaalisia kontakteja* kannustamalla heitä harrastusten ja liikunnan piiriin.

Toiminnallisuus

Tuemme asiakkaittemme toiminnallisuutta *arjen askareilla, liikuntaryhmillä ja retkillä*. *Asioiden hoitamisen* asiakkaat suorittavat pääasiassa itsenäisesti, mutta saavat asioidensa hoitamiseen tarvittaessa tukea. Pyrimme tukemaan asiakkaiden *sosiaalista verkostoitumista* tutustumiskäynneillä ja harrastuksiin aktivoimisella. Tuemme myös viranomaisyhteistyötä ja asiakkaidemme päihteettömien sosiaalisten verkostojen säilyttämistä ja kehittämistä *verkostotyöllä*.

Muut palvelut

- akupunktio
- fysio-akustinen tuoli
- tietokone ja laajakaistayhteys
- elokuvaryhmä
- musiikkiryhmä
- tietokilpailu
- laaja valikoima kirjallisuutta
- aikakauslehdet ja Etelä-Suomen sanomat
- hyötyliikuntaa piha-alueella ja asiointien yhteydessä
- pihapelejä
- biljardihuone, grillikatos
- veneily- ja kalastusmahdollisuus
- sauna lämpimää kuusi kertaa viikossa
- yhteistyössä Lahden seurakuntayhtymän diakonia-työn kanssa retket Siikaniemen kurssikeskukseen kaksi kertaa vuodessa ja pääsiäis- ja jouluhartaudet Pitkämäen kuntoutusyksikössä.

8 POHDINTA

8.1 Kehittämishankkeen arviointia

Tämän kehittämishankkeen tarve syntyi päihde- ja mielenterveyden häiriöistä kärsivien henkilöiden tarpeesta saada asunnottomuuskierte katkaistua ja kyetä asumaan omassa asunnossa. Kokemukseni mukaan päihteen asuinympäristö ja siihen liitetty elämänhallinnan tukeminen auttavat pitkäaikaisasunnottomia henkilöitä saamaan oman asunnon ja pitämään sen. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden työn sisältöä siten, että pystyisimme vastaamaan paremmin pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämiseen ja edistämään päihde- ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden itsenäistä asumista ja elämänhallintaa asiakaslähtöisesti. Hankkeen tavoitteena oli luoda uudistettu toimintamalli asuntolaosastolla tehtävälle työlle. Tutkimusstrategiseksi lähestymistavaksi valitsin toimintatutkimuksen ja haastatteluaineiston analysoin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä.

Kehittämishankkeen yksi lähtökohta oli saada sekä kokemusasiantuntijoiden, että työntekijöiden ääni kuuluville toimintamallin suunnittelussa. Tätä varten haastattelin viittä asuntolaosaston kautta Lahden A-klinikkatoimen tukiasunnon saanutta miestä ja kolmea Pitkämäen kuntoutusyksikön työntekijää. Haastattelut toivat esille asuntola-asumisen hyviä ja huonoja puolia. Hyvinä puolina nähtiin päihdetömyys ja sen tukeminen, toiminnallisuus ja verkostotyö. Huonoina puolina nähtiin toiminnallisuuden vähäisyys, osallistumisen vähäisyys ja yksityisyyden puuttuminen. Lisäksi koettiin, että henkilökuntaresurssit ovat vähäiset. Analysoin haastatteluaineiston induktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä. Analyysi säilyi aineistolähtöisenä, vaikka päädyin käyttämään analyysin alkuvaiheessa luokittelun lähtökohtana haastattelurungon teemoja. Käytin näitä teemoja, koska haastateltavat pysyttäytyivät vastauksissaan ja pohdinnoissaan annetuissa teemoissa ja teemojen käyttäminen lisäsi analyysin selkeyttä. Haastattelujen tulosten perusteella aloitettiin toimintamallin työstäminen työryhmässä.

Toimintamallin työstämisessä hyödynnettiin vahvasti haastatteluaineistoa. Empiirinen näkemys liitettiin valittuun teoriataustaan ja nivottiin tämän kanssa toimintatutkimuksen teorian mukaisesti uudistetuksi toimintamalliksi. Työskentely oli reflektiivistä, suhteutimme työskentelyssä olemassa olevaa palvelua haastatteluaineistoon ja teoriataustaan. Toimintamallin työstämisessä pyrimme säilyttämään sen, mikä on hyvää ja hyödyllistä, poistamaan heikot osa-alueet ja kehittämään ja lisäämään merkittäväksi havaittuja osa-alueita. Säilytettäviä osa-alueita ovat päiheteettävyys ja verkostotyö, poistettavia kahden hengen huoneet ja kehitettäviä/lisättäviä toiminnallisuuteen, verkostotyöhön ja resurssointiin liittyvät tekijät. Poistettavien osa-alueiden kohdalla emme pystyneet vaikuttamaan kahden hengen huoneista luopumiseen, mutta pyrimme vaikuttamaan asian käsittelyyn tulevaisuudessa omassa organisaatiossa ja kuntaostajan kanssa. Kahden hengen huoneista luopuminen aiheuttaa mittavat remontointikulut ja toisaalta asiakaspaikat vähenevät. Asiakaspaikkojen väheneminen vaikuttaa sekä organisaation tuottoihin, että pidentää asiakkaiden jonotusaikaa osastolle.

Toimintatutkimuksen tuloksena syntyi Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden osaston uusi toimintamalli. Tavoitteenani oli sitoa toimintamallin osa-alueet teorian kautta käytännön työssä toteutettaviksi. Tästä teorian ja käytännön välisestä vuoropuhelusta muodostui asumisvalmennustyön struktuuri ja vuoropuhelu nivoi myös toimintamallin eri osa-alueet perustellusti toisiinsa. Toimintatutkimusmenetelmänä antoi mahdollisuuden käytännön ja teorian vuoropuhelulle. Sen avulla voidaan kehittää toimintoja työryhmätyöskentelynä ja saada empiirisen tutkimuksen kautta mukaan myös muita sidosryhmiä (Metsämuuronen 2006, 222). Asumisvalmennustyö on arkista ja käytännönläheistä. Onnistuneen ja asiakasta hyödyttävän toiminnan edellytyksenä on mielestäni se, että toiminnot perustuvat tutkittuun tietoon ja että työntekijöillä on yhtenäinen toimintamalli. Tällä taataan osaltaan asiakkaiden tasavertainen kohtaaminen ja tuotetun palvelun laatua ja vaikuttavuutta. Toimintamalli ei mielestäni sido yksittäistä asiakasta tai työntekijää liikaa, vaan palvelun osa-alueiden sisällä voi käyttää luovuutta ja kunkin työntekijän erityisosaamista.

Heikkisen ja Jyrkämän (1999, 46 - 48) mukaan toimintatutkimuksessa tutkija on osana tutkittavaa ja kehitettävää yhteisöä, toimijana ja arvioitsijana. Tästä johtuen

toimintatutkimukselle on ominaista tuotettavan tiedon subjektiivisuus. Olemassa oleva tieto kuuluu tutkijan kokemusmaailmaan ja toimintaympäristöön. Näin ollen myös toimintatutkimuksen kautta saatava uusi tieto suodattuu tämän kokemusmaailman kautta. Eli tutkija yhdessä muun yhteisön kanssa kehittää tuntemaansa, olemassa olevaa toimintaa tutkimuksella hankitun uuden tiedon avulla. Tässä toimintatutkimuksessa näkyi epäilemättä vahvana tutkijan oma työhistoria eli oma pitkäaikainen työskentelyni kehitettävänä olevan palvelun piirissä. Toisaalta tutkimuksen tuloksissa tuli esiin vahvasti kokemusasiantuntijoiden ja erilaisen työhistorian omaavien työntekijöiden näkemykset. Toimintatutkijana tavoitteenani oli saada nämä näkemykset esille aineiston hankinnan, analysoinnin ja toimintamallin luomisen vaiheissa. Tästä tutkimuspolusta tein johdonmukaisen ja raportoin sen rehellisesti. Aineiston analysoinnin luotettavuutta lisäsin face-validiteetilla (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10) eli esitin analyysin tulokset kahdelle henkilölle, jotka tuntevat tutkittavan ilmiön ja pyysin heitä arvioimaan vastasivatko analyysin tulokset heidän näkemystään todellisuudesta. Lukijat eivät esittäneet eriäviä mielipiteitä, vaan heidän näkemyksensä ja kokemuksensa tutkittavasta ilmiöstä tukivat näkemystäni analyysin tuloksista.

Empiiristä tutkimusosiota olisi ollut mahdollista laajentaa koskemaan myös sellaisia asiakkaita, joiden elämänhallinta ei objektiivisesti arvioiden ole säilynyt tavanomaisena. On mahdollista, että olisimme saaneet toimintamallin luomiseen hyödyllisiä ja tämän toimintatutkimuksen tuloksista poikkeavia tietoja laajentamalla haastateltavien asiakkaiden määrää ja elämänhallintaa määrittäviä ominaisuuksia. Päädyimme kuitenkin työryhmässä rajaamaan haastateltujen kohderyhmän kuten raportissa on kuvattu. Tähän vaikuttivat ajalliset ja taloudelliset resurssit. Hankkeelle ei osoitettu erillisiä resursseja organisaation taholta. Tein haastattelut työaikana ja tämä osaltaan määritteli haastateltavien määrää. Toisaalta merkittävää kohderyhmän valinnassa oli se, että he olivat saaneet tukiasunnon asuntola-asumisen jälkeen. Tämä antoi heidän vastauksissaan sitä näkemystä, minkä katsoimme merkittäväksi eli kokemusasiantuntijuus asuntola-asumisen jälkeen itseensä asumiseen siirtymisessä.

Toimintamallin prosessityöskentely oli mielenkiintoista ja työryhmätyöskentely antoisaa. Ongelmia aiheutti aika ajoin yhteisen ajan löytäminen perustehtävän

suorittamisen ohella. Toimintamallia työstettiin kuitenkin sitkeästi ja pääsimme mielestäni kunnialla maaliin asti – ennen uuden rupeaman eli toimintatutkimuksen toisen syklin alkamista. Toimintamalli poikkeaa entisestä työmuodosta selkeyden, laajuuden ja lisääntyneen asiakaslähtöisyyden takia. Näiden lisäksi työn viitekehysiin on tullut uusi näkökulma, ACT-malli. Olemassa olleista viitekehysistä, ratkaisu- ja voimavarakeskeisyys ja yhteisöllisyys, uudistetussa toimintamallissa on terävöitetty yhteisöllistä näkökulmaa. Tämä on merkittävää paitsi asiakkaiden näkökulmasta, myös siksi, että yhteisöllisyyden kehittäminen on yksi Pitkämäen kuntoutusyksikön painopistealue vuonna 2012. ACT-malli lisää asiakaslähtöisyyttä ja samalla meillä on käytössämme yhteinen kieli kansallisten ja kansainvälisten päihde- ja kaksoisdiagnoosihäiriöstä kärsivien asunnottomuuden vähentämiseen tähtäävien hankkeiden kanssa tämän mallin kautta.

Näissä viittaamissani hankkeissa päihdeettömyysnäkökulma ei kuitenkaan ole ensisijaisena, kuten tämän kehittämishankkeen tuloksissa. Teoriaosuudessa tuli osittain vahvasti esille asuttamisen ensisijaisuus ja päihdeettömyyttä korostettiin sekundaari-ilmionä. Tätä olen joutunut pohtimaan työskennellessäni Pitkääkai-
sasunnottomuuden vähentämishankkeen alaisissa työryhmissä ja perehtymään tarkasti asumisen ensisijaisuuden perusteisiin. Jouduimme pohtimaan tätä asiaa myös työryhmässä useaan otteeseen ja etsimään teorian, kansallisten ja kansainvälisten hankkeiden, sekä Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluissa tekemämme työn yhteistä kohtaamis pintaa. Reflektoimme työmme arvopohjaa ja tarpeellisuutta asiakasnäkökulmasta. Näemme työryhmän kanssa asian siten, että lahtelaisittain pienenä asumispalveluiden tuottajana olemme päihdeettömän vaihtoehto. Haastatteluiden tuloksissa kävi selkeästi ilmi päihdeettömän vaihtoehdon tarve asiakaslähtöisenä näkökulmana. Osa vaikeasti päihdeongelmaisista tai kaksoisdiagnoosihäiriöstä kärsivistä henkilöistä haluaa ja kokee tarvitsevansa tukea päihdeettömyytensä ylläpitämiseen. Tämä toimintamalli toimii yhtenä vastauksena tämän asiakasryhmän tarpeisiin. Toisaalta olemme todenneet tätä työtä tehdessämme päihdeettömyyden olevan elämänhallintaa lisäävä tekijä, samoin kuin sen, että vaikeasti päihdehäiriöisen henkilön on helpompi pysyä raittiina päihdeettömässä ympäristössä. A-klinikkasäätiön perustehtävä on vähentää ja ennaltaehkäistä päihdeiden käytöstä aiheutuvia haittoja ja toimintamallimme tukee tätä näkemystä toiminnan sisällöstä (A-klinikkasäätiö 2011).

8.2 Haastattelututkimuksen eettisyys

Hain tutkimusluvan A-klinikkasäätiön tutkimus- ja kehittämissyksiköltä elokuussa 2011. Ensimmäisen yhteydenoton tutkimusyksikköön teki Lahden A-klinikkatoimen aluejohtaja, joka ilmoitti tutkimuslupakäsittelijälle puoltavansa hankettani ja siihen liittyvää haastattelua. Tutkimusluvan tultua otin yhteyttä haastateltaviin asiakkaisiin. Soitin ensin jokaiselle ja kerroin opinnoistani, hankkeesta ja siihen liittyvästä haastattelusta. Kerroin tarkasti haastattelunaineiston keruu- ja analysointimenetelmän ja sen, mihin haastatteluilla saatavaa aineistoa tulen käyttämään. Kerroin myös sen, että heidän päätöksensä haastatteluun suostumisesta ei muuta heidän tilannettaan Lahden A-klinikkatoimen asiakkuudessa millään tavalla, vaan osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Kaikki pyytämäni henkilöt suostuivat mielellään haastateltaviksi ja ilmaisivat myös tyytyväisyyttä hanketta kohtaan. Haastattelutilanteessa haastateltavat saivat tiedot kirjallisena ja samalla pyysin heiltä allekirjoituksen sitoumukseen (liite 3), jossa he vakuuttivat saaneensa edellä mainitut tiedot. Tiedotin haastateltavia samansisältöisesti ja selkeästi. Varmistin jokaisen kohdalla, että he tiesivät, mihin ovat osallistumassa, mitä haastattelu koskee ja että osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Lisäksi ilmaisin selkeästi, että osallistumisella ei ole vaikutusta heidän asumiseensa. Näillä keinoilla varmistin, että tutkimus noudatti hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluu haastateltavien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, haastateltavien perehdyttäminen aiheeseen ja haastateltavien vapaaehtoinen suostumus. Analysointi- ja tulkintavaiheessa käsittelin aineistoa rehellisesti ja haastateltavien näkemyksiä kunnioittaen, kuten niin ikään hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu. (Hirsjärvi ym. 1997, 23 - 25.)

8.3 Tuloksen sovellettavuus ja hyödynnettävyys

Koska tämän toimintatutkimuksen tarkoituksena oli kehittää Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden asuntolaosaston toimintaa toimintaympäristön tarpeita vastaavaksi, tämän toimintatutkimuksen ensisijaisena tarkoituksena ei

ollut tuottaa yleistettävää tietoa asumisvalmennuksesta. Tutkimustulokset niin empiirisen osion kuin uuden toimintamallin osalta ovat kuitenkin hyödynnettävissä niiltä osin, missä selvitetään päihdeongelmaisten ja kaksoisdiagnoosihäiriöisten henkilöiden asumisen karikoita. Ne ovat hyödynnettävissä myös muissa organisaatioissa kuin Lahden A-klinikkatoimessa, koska viitekehykset ja toiminnan sisällöt on nostettu haastatteluaineiston ohella kansallisesta ja kansainvälisestä tuetua asumista ja asumisvalmennusta koskevasta tutkimustiedosta. Seurannan kautta saadaan tietoa toimintamallin päihde- ja mielenterveyden ongelmista kärsivien ihmisten asumiselle tuomista hyödyistä. Eli minkälaista hyötyä asumisvalmennuksesta on päihde- ja kaksoisdiagnoosihäiriöstä kärsiville ihmisille ja toisaalta minkälaisesta asumisvalmennuksesta he voivat hyötyä?

Tutkimuksen teoriaosuudessa selvitin ARA:n, Valviran ja THL:n palveluasumisen kriteerit Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishojelman näkökulmasta. Selvitys on tältä osin hyödynnettävissä samankaltaisen palvelurakenteen omaavien asunto-
loiden ja asumispalveluyksiköiden kehitystyössä. Tämä toimintatutkimus ei pyri kertomaan yhtä totuutta päihde- ja kaksoisdiagnoosihäiriöistä kärsivien henkilöiden asumisvalmennuksesta, vaan on valikoidun joukon näkemys elämänhallintaa lisäävistä tekijöistä tuetun asumisen kontekstissa. Kuitenkin mielestäni sain haastatteluiden perusteella hyvin materiaalia asumisvalmennuksen suunnitteluun. Haastatelluissa asiakkaissa tavoitin kaksi raitistunutta ja kolme, joilla juominen on hallinnassa. Empiirisen osion tavoitteena ei ollut etsiä raitistuneita tukiasukkaita, vaan henkilöitä, jotka olivat kehittäneet elämänhallintaansa riittävästi pystyäkseen asumaan itsenäisesti.

Kehittämishankkeen tuloksena esitettyä toimintamallia tullaan hyödyntämään Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden asiakastyössä ja palvelun markkinoinnissa. Toimintamallia tullaan hyödyntämään myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Taulukkomallisena se toimii asiakkaiden ja työntekijöiden päivittäisenä työkaluna ja esimerkiksi palvelun esittelyssä sidosryhmille ja vierailijoille. Palvelunkuvaus sopii markkinointiin kattavampana toimintamallin esittelynä.

8.4 Jatkoimenpiteitä ja tutkimusaiheita

Toimintatutkimuksen strategian mukaisesti toiminnan kehittämisen tulisi olla jatkuva prosessi, mikä jatkuu reflektion, toiminnan ja arvioinnin kautta uusina sykleinä, kuten mm. Heikkinen ja Jyrkämä (1999, 45) ovat todenneet. Toiminnan kehittämistä on tarkoitus jatkaa toimintatutkimuksen toisessa ja kolmannessa syklissä toimintamallin käyttöönoton, arvioinnin, korjausten ja toimintamallin juurruttamisen yhteydessä. Tässä vaiheessa on jo nähtävissä esimerkiksi yhteisöhoitollisen täydennyskoulutuksen mukanaan tuomia lisäetuja toimintamallin toteuttamisessa. Täydennyskoulutus avaa mahdollisesti uusia näköaloja toiminnan toteuttamiseen ja sitä kautta antaa lisäarvoa asiakastyön vaikuttavuudelle. Samoin toimintamallin määräämää toteuttamista seuraava oman organisaation ja yhteistyötahojen antama palaute tulee kehittämään toimintamallia edelleen. Asiakaspaalutteen saamiseksi on kehitettävä riittävän yksinkertainen, mutta luotettava menetelmä, jotta toiminnan kohderyhmän eli asiakkaidemme ääni saadaan myös jatkossa esille toiminnan kehittämisessä.

Toimintamallin toimivuuden arvioinnin jälkeen on mahdollista jatkaa tätä hanke-työskentelyä myös empiirisellä tasolla. Arvioinnin jälkeen voisi olla toimintamallin kehittämisen kannalta hyödyllistä selvittää, mitä ajattelevat asuntolaosastolta omaan asuntoon siirtyneet asiakkaat, joiden elämänhallinta ei ole säilynyt objektiivisesti arvioiden riittävän hyvänä. Näillä tuloksilla voisi olla jatkotyöskentelylle hyötyä siinä suhteessa, että tietäisimme mahdollisesti laitosasumisen ja tukiasumisen karikoista enemmän. Saisimme myös tietoa siitä, miten toimintamallia pitäisi kehittää edelleen.

Vaikuttavuuden arvioinnin suorittaminen antaisi tieteellistä arvoa ja mahdollisesti lisäisi toimintamallin yleistettävyyttä. Tämä olisi mahdollista tehdä toimintamallin käyttöönoton jälkeen. Vaikuttavuustutkimus olisi suora jatkumo tälle toimintatutkimukselle ja ohjaisi kehittämistyötä asiakkaita hyödyttävään suuntaan.

LÄHTEET

Kirjalliset:

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 11, 1293-8.

Aalto, M. 2010. Alkoholien ongelmakäyttö. Teoksessa K. Seppä, H. Alho & K. Kiianmaa, (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 8-15.

Eskola, J. ja Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Tampere: Vastapaino.

Alasuutari, P. 1992. *Desire and craving: a cultural theory of alcoholism*. New York: State University of New York Press.

Eskola, J. ja Välimäki J. 2007. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. 2. korj. painos. Jyväskylä: PS -kustannus, 25 - 43.

Grönfors, M. 1985. *Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät*. 2. painos. Helsinki: Juva.

Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimus – enemmän kuin tutkimusta? Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. 2. korj. painos. Jyväskylä: PS -kustannus, 196 - 211.

Heikkinen, H.L.T & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) *Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja*. Jyväskylä: Atena kustannus, 25 - 62.

Hillbom, M. 2003. Aivot ja alkoholi. Teoksessa M. Salaspuro, K. Kiianmaa & K. Seppä (toim.) *Päihdelääketiede*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 315 - 329.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Itäpuisto, M. & Grönfors, M. 2004. Isä, poika ja pullon henki - Juoppo isä pojan ongelmana. Teoksessa V. Hänninen ja O. Ylijoki (toim.) Muuttuuko ihminen? Tampere: Tampere University, 139 – 154.

Kaipio, K. Murto, K. 1988. Toimiva yhteisö. 3. painos. Jyväskylä: Jyväskylän Koulutuskeskus Oy.

Kaukonen, O. 2005. Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen. Yhteiskuntapolitiikka 70 (3), 311 - 322.

Kiianmaa, K. 2010. Alkoholien vaikutusmekanismit, riippuvuuden syntyminen ja perinnöllisyys. Teoksessa K. Seppä, H. Alho & K. Kiianmaa, (toim.) Alkoholiriippuvuus. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 18 - 30.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena kustannus, 25 - 62.

Knuuti, U. 2007. Matkalla marginaalista valtavirtaan? Huumeiden käytön lopettaneiden elämäntapa ja toipuminen. Helsinki: Yliopistopaino.

Kumppanuuksia syventämässä – A-klinikkasäätiö vuoteen 2015. 2011. A-klinikkasäätiö (julkaisematon).

Lahtinen-Antonakis, S. 2009. Päihderiippuvuudesta toipumisen kokemuksia: Miehet kertovat toipumisestaan ja sen ylläpidosta. Suomen Settlementiliitto. Settlementtijulkaisuja 21.

- Latvala, A. 2011. Cognitive Functioning in Alcohol and Other Substance Use Disorders in Young Adulthood. A Genetic Epidemiological Study. University of Helsinki, National Institute for Health and Welfare.
- Manninen, M., Sippu, P., Tuori, T. 2005. Tuettu asuminen A-klinikkasäätiöllä. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 52. Helsinki: A-klinikkasäätiö.
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. painos. Helsinki: International Methelp Ky.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sparks, J.A., David A. & Claud, D.A. 2003. The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the Reliability, Validity, and Feasibility of a Brief Visual Analog Measure. *Journal of Brief Therapy*. Vol 2. Number 2. 91 - 100
- Phillips, S., Burns, B., Edgar, E., Mueser, K., Linkins, K., Rosenheck, R., Drake, R. & McDonel, E. 2001. Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice. *Psychiatric Services* 52 (6), 771 - 779.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. Alkoholi ja huumeet. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saari, E. 2007. Mitä – pitääkö tutkijan olla myös käytännön toimija? Teoksessa L. Viinamäki & E. Saari (toim) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Tammi.
- Stefancic, A. & Tsemberis, S. 2007. Housing First for Long-Term Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four-Year Study of Housing Access and Retention.
- Tainio, H. ja Fredriksson, P. 2009. The Finnish Homelessness Strategy: From a "Staircase" Model to a "Housing First" Approach to Tackling Long-Term Homelessness. *European Journal of Homelessness* 3, 181 - 199.

Tsemberis, S. & Eisenberg, R. 2000. Pathways to Housing: Supported Housing for Street-Dwelling Homeless Individuals With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services* 51 (4), 487 - 493.

Suhonen, H. 2008. ”Takalaittoman puolella eli pelissä, mutta ei pelattavissa”. Raportti Salon A-klinikan asumispalveluista ja niiden asiakkaista. A-klinikkasäätiön monistesarja 61. Helsinki: A-klinikkasäätiö.

Tsai, J., Salyers, P., Rollins, A., McKasson, M. & Litmer, M. 2009. Integrated dual disorders treatment. *Journal of Community Psychology* 37 (6), 781 - 788.

Elektroniset lähteet:

Ahonen, H. 2011. Valvontaohjelman asettamat kriteerit päihde- ja mielenterveyskuntoutujien asumiselle. [Viitattu 15.10.2011]. Saatavissa: http://www.tekry.fi/web/pdf/pmp_2011/5_Ahonen.pdf.

A-klinikkasäätiö. 2009. Hoitopalvelut. [Viitattu 07.8.2010]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a-klinikkatyon-arvot>.

A-klinikkasäätiö. 2009. Hoitopalvelut. [Viitattu 28.10.2011]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/lahestymistavat/ratkaisu-ja-voimavarakeskeinen-ajattelutapa>.

Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA. 2011. Palveluasumisen opas. [Viitattu 15.10.2011]. Saatavissa: <http://www.ara.fi/download.asp?contentid=25003&lan=fi>.

Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA. 2011. [Viitattu 16.10.2011]. Saatavissa: <http://www.ara.fi/download.asp?contentid=25003&lan=fi>

Asunto ensin. 2011. Asunnottomuus-ilmio. [Tulostettu 10.10.2011]. Saatavissa: www.asuntoensin.fi/asunto_ensin/asunnottomuus-ilmio.

Hämäläinen, R. 2009. MINÄ MUUTAN – asumisvalmennusprojekti. Kuopio: Savon vammaisasuntosäätiö. [Tulostettu 23.6.2011]. Saatavissa: http://www.savas.fi/tiedostot/File/Materiaalipankkiin/MIMU_LOPPURAPORTTI_2009_yhd.pdf.

Kalliolan settlementti. 2011. Päihdepalvelut. [Viitattu 20.10.2011]. Saatavissa: <http://www.kalliola.fi/Paihdepalvelut/myllyhoito/Sivut/default.aspx>.

Kan ry. 2011. Visio- ja toimintaperiaate. [Viitattu 20.10.2011]. Saatavissa: http://www.kan.fi/visio_2/toimintaperiaate.

Lahden kaupunki. 2010. Ovessa oma nimi -hanke. [Viitattu 27.4.2010]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/9AC7A67D3B234076C2256F0F003BA1E4>.

Länsi-Suomen lääninhallitus. 2011. Aluehallintovirasto. [Viitattu 19.10.2011]. Saatavissa: <http://www.intermin.fi/lh/lansi/sto/home.nsf/pages/C1D87E53B2EC0923C2256C0E004759BE>.

Lönnqwist, A., Sillanpää, V., Laakso, S., Kostiainen, E. & Storhammar, E. 2010. Asumisneuvonnan ja asunnottomuuden vähentämistoimien kustannusvaikutusten mittaaminen. Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu, Tampereen teknillinen yliopisto, Kaupunkitutkimus TA Oy. [Tulostettu 20.6.2011]. Saatavissa: http://www.kaupunkitutkimusta.fi/_shared/_files/84943522258423232/default/ASUNNOTTOMUUSRAPORTTI.pdf.

Marshall, M. 2007. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. [Tulostettu 15.6.2011]. Saatavissa: <http://www.medscape.com/viewarticle/485488>.

Nimi ovessa mietintö. 2007. Helsinki. [Viitattu 19.11.2010]. Saatavissa: <http://www.ara.fi/download.asp?contentid=22339&lan=fi>

Ohjelmatyöryhmä Ahkerat. 2008. Helsinki. [Viitattu 19.11.2010]. Saatavissa:
<http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=79084&lan=fi>

Oma koti -hanke. [Viitattu 27.4.2010].

Saatavissa: <http://www.ara.fi/download.asp?contentid=22822&lan=fi>.
(<http://www.ara.fi/default.asp?contentid=11648&lan=fi>.)

Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma. 2008. [Viitattu 27.4.2010]. Saatavissa:

<http://www.ara.fi/download.asp?contentid=22343&lan=fi>.

Päihdeasiamies. 2010. Päihdehuoltolaki. [Viitattu 19.10.2011]. Saatavissa:

<http://www.paihdeasiamies.fi/LAIT/paihdehuoltolaki.htm>.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. [Viitattu 19.10.2011]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>.

Sininauhaliitto. 2009. Kokonaisstrategia. [Viitattu 20.10.2011]. Saatavissa:

<http://www.sininauhaliitto.fi/sininauhaliitto/sininauhakonserni/hallinto/kokonaisstrategia>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Sosiaali- ja terveyspalvelut. [Viitattu 9.10.2011]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut.

Sosiaaliportti. 2010. Konsultointi. [Viitattu 19.5.2010]. Saatavissa:

<http://www.sosiaaliportti.fi/fi->

[FI/konsultointi/kysymykset_ja_vastaukset/kysymysarkisto/kysymyksia-ja-vastauksia-konsultointipalvelu/asumisvalmennus](http://www.sosiaaliportti.fi/fi-).

<http://www.sosiaaliportti.fi/File/26d1938d-5978-4a96-ae3e->

[8cf45c4371e5/ASPA_Arvioivien_ja_valmentavien_asumispalveluiden_kuvaaminen.pdf](http://www.sosiaaliportti.fi/File/26d1938d-5978-4a96-ae3e-8cf45c4371e5/ASPA_Arvioivien_ja_valmentavien_asumispalveluiden_kuvaaminen.pdf)

Sosiaaliportti. 2011. Toimijat. [Viitattu 19.10.2011]. Saatavissa:

<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/toimijat/kunnanomattoimijat/paihdehuolto/>.

Tiitinen, V. 2010. Asunnottomat 2009. Selvitys 5/2010. [Tulostettu 5.10.2011].
Saatavissa: <http://www.ara.fi/download.asp?contentid=23757&lan=sv>

Tohtori.fi. 2010. Lääkärikirja. [Viitattu 20.5.2010]. Saatavissa:
<http://www.tohtori.fi/?page=4069997&search=activities%20of%20daily%20living>.

Välittäjä 2009 -hanke. 2011. Hämeen osahanke. [Viitattu 20.4.2010]. Saatavissa:
<http://www.valittajahanke.fi/fi/haemeen-osahanke>.

Muut lähteet:

Granfelt, R. 2010. Nimi ovesa – hankkeen esittely. Kansallinen asunnottomuus-seminaari 15.10.2010. Lahti. Oma koti –hankkeen seminaari 30.11-1.12.2010. Vantaa.

LIITTEET

Liite 1

Asiakashaastattelun teema-alueet

Henkilötiedot:

- syntymävuosi
- pääasiallinen riippuvuutta aiheuttava aine
- mahdollinen psykiatrinen diagnoosi
- asumispalveluiden piiriin tuloajankohta
- tukiasuntoon siirtymisajankohta

Muut kysymykset:

- Miten ja miksi hakeuduit Pitkämäen kuntoutusyksikön asuntolaosastolle?
- Miten koit asumisen siellä? Hyvät ja huonot puolet, mitä odotuksia sinulla oli tullessasi ja mitkä olivat ajatuksesi asuntolaosastolta lähtiessäsi?
- Miksi hakeuduit edelleen asuntolajakson jälkeen päihteettömään asumismuotoon eli tukiasuntoon? Oliko asuntolajaksolla vaikutusta päätökseesi?
- Miten selviät arjesta ja arkeen liittyvistä vastuistasi, esimerkiksi vuokramaksusta, lääkitysten hoitamisesta, kodinhoidosta? Mitä teet päivisin?
- Mikä asuntolajaksolla oli sellaista, mikä auttaa sinua tämänhetkisessä asumisessasi ja elämänhallinnassasi (esimerkiksi lääkitys, päihteen ympäristö, hoitokontaktin luominen, ryhmätoiminta, taloudellisten asioiden selvittely ja siihen saatu tuki, keskustelu...)?
- Mitä ja minkälaista tukea olisit tarvinnut lisää tai enemmän (esimerkiksi tukea asiointiin, lääkäripalvelut, hoitokontaktin luominen esimerkiksi psykiatrian puolelle, ryhmätoiminnan sisältö, henkilökohtaiset keskustelut, muuttoapu...)?

Liite 2

Työntekijöiden haastattelun teema-alueet

- Kuntoutumista ja elämänhallintaa tukevat elementit asuntolaosastolla?
- Asiakkaiden arjen hallinnan taidot asuntolaosastolle tullessa ja sieltä lähtiessä?
- Asuntolaosastotyön ongelmakohdat?
- Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishankkeen vaikutukset asuntolaosastotyöhön tulevaisuudessa (esimerkiksi päihteettömyys)?
- Kaksoisdiagnoosiin asetettavat erityishaasteet, onko niitä? Vankilasta vapautuvien asetettavat erityishaasteet, onko niitä?

SUOSTUMUS

Haastattelussa saatuja tietoja käytetään Maria Viljamaan kehittämishankkeessa Lahden A-klinikkatoimen asumispalveluiden asuntolaosaston palvelun kehittämiseksi. Kehittämishanke kuuluu ylemmän ammattikorkeakoulun tutkintoon ja opinnäytetyö tullaan julkaisemaan sen valmistuttua.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltava voi keskeyttää haastattelun missä vaiheessa tahansa. Haastattelut nauhoitetaan ja haastattelujen analysoinnin jälkeen kaikki haastatteluissa tuotettu materiaali tuhoetaan. Valmiista opinnäytetyöstä ei voida tunnistaa yksittäistä haastateltavaa, eikä haastateltavien henkilö- tai muita tunnistetietoja tule missään vaiheessa esille. Haastatteluissa esille tulevilla asioilla, haastatteluun osallistumisella, siitä kieltäytymisellä tai sen keskeyttämisellä ei ole vaikutusta asumiseen Lahden A-klinikkatoimen tukiasunnossa.

Ennen haastattelun aloittamista haastateltavalta pyydetään tällä lomakkeella kirjallinen suostumus haastatteluun, jonka allekirjoittamalla haastateltava vahvistaa osallistumisensa ja haastattelusta etukäteen saamansa informaation.

Paikka ja aika

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys