

Päivätoimintakeskuksen rentoutusryhmän merkitys mielenterveyskuntoutujan tukena



Sandovskaja, Irina

Laura-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

**PÄIVÄTOIMINTAKESKUKSEN RENTOUTUSRYHMÄN
MERKITYS MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN TUKENA**

Irina Sandovskaja
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2009

Tekijä: Irina Sandovskaja

Päivätoimintakeskuksen rentoutusryhmän merkitys mielenterveyskuntoutujan tukena

Vuosi 2009 Sivumäärä 27

Opinnäytetyöni tavoitteena oli kehittää päivätoimintakeskuksen rentoutusryhmän merkitystä mielenterveyskuntoutujan jaksamisessa ja pärjäämisessä. Työssä haluttiin selvittää, miten säännöllinen osallistuminen toimintaryhmissä vaikuttaa kuntoutujan arkielämään.

Teoriaosassa käsiteltiin mielenterveyttä, mielenterveystyötä, mielenterveyspalveluiden järjestämistä avohoidossa, kuntoutus-käsitteen historiaa ja mielenterveysasiakkaan kuntoutusta.

Tämän opinnäytetyöni käytännön sovelluksessa keskityttiin rentoutusryhmän toimintaan ja merkitykseen. Rentoutusryhmä kokoontui tiistaisin sille varatussa huoneessa. Ryhmään osallistui 3-6 kuntoutujaa ohjaajan kanssa. Tarkoituksena oli antaa kuntoutujille erilaisia välineitä työskennellä itsensä kanssa toimintaryhmän ja ammattihenkilöstön avulla. Rentoutusryhmä edesauttoi voimaantumista ja arjessa jaksamista.

Kuntoutujan ja omahoitajan väliset keskustelut tukivat ja auttoivat asiakasta itsetuntemuksessa ja elämänhallinnassa. Kuntoutuja koki tulleen kuulluksi, häntä oli ymmärretty ja hänestä oli välitetty. Arviointi toiminnasta tehtiin kuntoutujien ja henkilökunnan palautteen avulla.

Opinnäytetyö tuki Karkkilan päivätoimintakeskuksen toimintaa, koska keskuksen hoidon tavoitteena on asiakkaan itsetuntemuksen ja oman elämänhallinnan lisääntyminen.

Asiasanat: mielenterveystyö, kuntoutus mielenterveystyössä, kuntoutuja, rentoutuminen.

Irina Sandovskaja

The importance of the relaxation group as a means of support to the mental health rehabilitator

Year	2009	Pages	27
------	------	-------	----

The object of my thesis was to develop the importance of the relaxation group of the day activity center for the coping of the mental health rehabilitator. The aim was to find out how participating on a regular basis in the activity groups affects the everyday life of the rehabilitator.

The theory section of the study treated mental health and mental health work, providing non-institutional care mental health services, the history of the concept of rehabilitation and the rehabilitation of the mental health patient.

The practical application of my thesis was centered on the activities of the relaxation group and its meaning. The group got together on Tuesdays in a room reserved for this purpose. The group consisted of 3 to 6 rehabilitators and a tutor. The aim was to give the rehabilitators different instruments to work on themselves with the help of the group and professional staff. The relaxation group helped the rehabilitators' empowerment process and coping in everyday life.

The discussions with the personal nurse gave support to the rehabilitator and helped him/her to improve self-knowledge and life management. The rehabilitator felt that he/she was heard, understood and cared for. The evaluation of the group's activity was carried out through feedback from the rehabilitators and the staff.

This thesis helped to support the functions of the Day activity center of Karkkila, since the aim of the care given in this center is to improve the patient's self-knowledge and life management.

Keywords: sanity work, rehabilitation of the mental patient, rehabilitator, relaxation

SISÄLLYS:

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
	2.1 Mielensterveys	6
	2.2 Mielensterveystyö	7
3	KUNTOOUTUS-KÄSITTEEN HISTORIAA.....	8
4	KUNTOOUTUS MIELENSTERVEYSTYÖSSÄ	9
	4.1 Mielensterveyspalvelujen järjestäminen.....	11
	4.2 Mielensterveyspalvelut avohoidossa	14
5	KARKKILAN PÄIVÄTOIMINTAKESKUKSEN TOIMINNAN KUVAUS	15
6	PÄIVÄTOIMINTAKESKUKSEN TOIMINTARYHMÄT	17
7	RENTOUTUMINEN.....	19
	7.1 Rentouttamisen viestintätapoja	19
	7.2 Rentoutumisen aiheuttamat fysiologiset muutokset.....	20
8	KARKKILAN RENTOUTUSRYHMÄ	20
9	ARVIOINTI.....	22
	LÄHTEET	24
	LIITTEET	27

1 JOHDANTO

Mielenterveystyö on hoitavaa ja kuntouttavaa toimintaa. Mielenterveyskuntoutujalle päivätoimintakeskus tarjoaa monenlaisia palveluja, joista merkityksellisiä ovat esimerkiksi erilaiset ryhmät ja keskustelut omahoitajan kanssa. Ryhmät tarjoavat vertaistukea, päivät täyttyvät mielekkästä tekemisestä ja elämään tulee rytmiä. Ryhmissä voidaan harjoitella jo unohtuneita taitoja ja opetella uusia. Turvallisessa ilmapiirissä tapahtuva vuorovaikutus auttaa asiakasta tuntemaan itsensä hyväksytyksi, ymmärretyksi ja kuulluksi.

Kiikkala (2002) käyttää käsitettä voimaantuminen tarkoittamaan asiakaslähtöistä, vuorovaikutteista toimintaa. Silloin asiakas on itse mukana päättämässä hoidostaan ja sen toteuttamisesta. Hän ei ole enää passiivinen sivullinen, vaan itsenäinen toimija, oman elämänsä subjekti.

Mattilan (2008) mukaan voimaantuminen on lähimmäisenrakkauden ravitsemaa molemminpuolista silleen jättämistä, jonka ydin on olla pakottamatta tai estämättä toista ihmistä tai olla itse lannistumatta ja alistumatta toisen ihmisen tahtoon. Välinpitämättömyys, väheksyminen, pakottaminen, kiusaaminen, kylmyys ja kuuntelemattomuus verottavat ihmisen voimia. Toisaalta aito läsnäolo yhteisössä, keskinäinen kunnioitus, toinen toisensa kuunteleminen, hyväksyminen, turvallisuuden tunne, välittäminen ja rakkaus tukevat ihmistä ja voimaannuttavat häntä (Mattila 2008).

Olin työskentelemässä heinäkuusta joulukuuhun 2007 Karkkilan päivätoimintakeskuksessa vastaavana sairaanhoitajana, ja olin siellä eri ryhmissä mukana. Olen toiminut rentoutusryhmän ohjaajana. Tavoitteena oli kehittää rentoutusryhmän vaikutusta mielenterveyskuntoutujille. Säännöllinen rentoutus ohjautettuna on hyvä keino koota voimia arkea varten. Mielikuvamatkalle lähtevä rentoutuva ihminen pääsee keskelle yltäkyläistä ja miellyttävää äänien, näkymien, tuntemusten, tuoksujen ja makujen maisemaa. Hän lepää ja hänen tekisi mielensä viipyä mahdollisimman kauan paineita paossa. Palattuaan todellisuuteen hän huomaa mielensä keventyneen ja aistiensa herkistyneen. (Katanen, Lipponen & Litovaara 2003.)

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Mielenterveys

Mielenterveyden, kuten terveyden ja sairaudenkin määrittely on pulmallista, koska mitään ehdotonta tai objektiivista määritelmää ei ole olemassa. Mielenterveys käsitetään tavallisimmin sekä voimavaraksi että ihmisen ja ympäristön vuorovaikutukseen liittyväksi kehitysprosesiksi, jossa koettu psyykinen hyvinvointi vaihtelee ajan ja elämäntilanteen mukaan. Mielenterveyteen ja sen rakentumiseen vaikuttavat fyysiset ja perinnölliset tekijät sekä ympäristötekijät. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2000, 13.)

Mielenterveyttä ja sen häiriöitä voidaan tarkastella eri näkökulmista. Luonnontieteellisen näkemyksen mukaan mielen terveyden häiriöillä on biologinen perusta. Yksilöpsykologinen suuntaus keskittyy etsimään häiriintymisen taustoja yksilön kehityksen eri vaiheista ja vuorovaikutussuhteista toisten ihmisten kanssa. Sosiaalinen lähestymistapa korostaa yksilöiden muodostamaa systeemiä, jolloin mielen terveyttä pidetään yhteisöllisenä ominaisuutena. Mielenterveyshäiriöt nähdään monitasoisena viestinnän ja vuorovaikutuksen kriisinä (Lähtenlahti 2001).

Mieleltään terveen ihmisen ominaisuudet ovat lähes universaalisia ja ajattomia. Niitä ovat luja todellisuudentaju, selkeä arvojärjestelmä, itsetunto, kyky pitää huolta muista, kyky tuottaa työskenntelyyn ja stressin sietokyky (Lija, Almgvist & Kiviharju-Rissanen). Terveysteen kuuluu kyky rakastaa muita ja myös itseään. Siihen liittyy kyky kohdata elämän todellisuus ja löytää merkityksellisyys. Mielenterveys on ajassa muuttuva yksilöllinen ja ainutkertainen prosessi, johon kuuluu voimavarojen vaihtelu eri aikoina (Pasguali 1989).

Mielenterveys on mielen ja ruumiin tasapainoa ja hyvinvointia. Se ei ole pysyvä tila, vaan muuttuu ihmisen eri elämäntilanteiden myötä. Tähän vaikuttavat olosuhteet, muut ihmiset ja ihminen itse (Heiskanen ym. 2006; Butler & Pritchard 1983, 17 - 8). Näiden tekijöiden vuorovaikutuksessa syntyy uusia voimavaroja ja vanhoja kuluu (Heiskanen ym. 2006, 17). Mielenterveys on voimavara, jota kannattaa vaalia. Mielenterveys järkkyy, kun yksilön sisäiset tai ulkoiset paineet kasvavat suuremmiksi kuin hänen sopeutumiskeinonsa (Luomahaara ym. 2000, 7).

2.2 Mielenterveystyö

Mielenterveystyö on laaja käsite, johon sisältyy mielenterveyden edistäminen sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus (Lehtinen & Taipale 2000, 100). Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä (Mielenterveyslaki 1160M/90). Mielenterveystyön organisoimista ja toteutusta säätelevät mielenterveyslaki (116/90), mielenterveysasetus (1247/90) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92). Mielenterveyslaissa on mainittu, että yksilöiden, perheiden ja ryhmien ohella mielenterveystyön kohteina ovat myös sosiaalinen ja fyysinen ympäristö. Erityisesti perheet nähdään tärkeinä kohderyhminä, joita yhteiskunnan tulisi tukea. Laki kehottaa kehittämään väestön elinoloja sellaisiksi, että ne ehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalveluiden järjestämistä. Laissa korostetaan avohoidon merkitystä ja ensisijaisuutta (Saarelainen, Stengård & Vuori - Kemilä 2000, 26). Mielenterveyslaki säättää kunnan velvollisuudeksi huolehtia alueellaan mielenterveyspalveluiden järjestäminen sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa tai kuntainliiton alueella tarvitaan. Laki velvoittaa myös mielenterveyspalvelujen yhteensovittamiseen. Mielenterveyslaissa säädetään lisäksi yhteistyövelvoite kunnan kansanterveystyön ja sosiaalihuollon välillä sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken. Käytännössä mielenterveystyön toteuttamiseen osallistuvat monet tahot (Lehtinen & Taipale 2000, 101).

Mielenterveystyö voidaan jäsentää primaari-, sekundaari ja tertiaaripreventioksi. Primaaripreventio pyrkii vahvistamaan yksilöiden ja perheiden selviytymiskeinoja ja voimavaroja. Työmuotoina ovat yksilöihin ja ryhmiin kohdistettu ohjaus, neuvonta ja eri viranomaisten välinen yhteistyö. Sekundaaripreventio tähtää mahdollisimman varhaiseen mielenterveysriskien tai niiden alaisena olevien henkilöiden tunnistamiseen ja välittömään apuun. Siinä on keskeistä nopean ja joustavan kriisipalvelun kehittäminen ja moniammatillisen asiantuntemuksen hyödyntäminen peruspalveluissa. Tertiaaripreventiolla pyritään jo todettujen mielenterveysongelmien ja mielisairauksien hoitoon ja kuntoutukseen, jotta potilas kykenisi mahdollisimman pian saavuttamaan optimaalisen toimintakyvynsä. Palvelujärjestelmässä mielenterveystoimistot, psykiatriset poliklinikat ja sairaalaosastot vastaavat hoidon ja kokonaiskuntoutuksen suunnittelusta sekä pitkälle sen toteutuksesta (Saarelainen, Stengård & Vuori 2000, 26 - 27).

3 KUNTOUTUS-KÄSITTEEN HISTORIAA

Kuntoutusta on eri aikoina määritelty monin tavoin ja eri järjestöjen, kansainvälisten organisaatioiden, asiantuntijoiden ja tutkijoiden toimesta (Järvikoski & Härkäpää 2001, Rissanen 2000, Valkonen 2002). Kansainvälisestä ilmaisusta rehabilitation on käytetty suomenkielistä käännöstä kuntoutus noin 50 vuoden ajan. Passiiviselta ja autoritaariselta kuulostava kuntouttaminen on muuttunut kuntoutukseksi ja kuntoutettava kuntoutujaksi (Kallanranta 2001). Termien muutos ilmentää ajattelutavan ja ideologian muutosta, mikä on saattanut aiheuttaa yksipuolisiakin painotuksia (Talo 2001). Nojonen (1990) kuvaa kuntoutusta työntekijän näkökulmana ja kuntoutumista kuntoutujan henkilökohtaisena prosessina. Edelleen Nojonen (1990) analysoi aikaisempien tutkimusten perusteella hoidon ja kuntoutuksen eroa kahden koulukunnan välillä. Yhtäältä kuntoutus ja hoito nähdään erillisinä toimintoina. Toisaalta kuntoutus ja hoito ymmärretään toisiaan täydentävinä, jolloin niiden erottamista ei pidetä tarpeellisena. Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa eduskunnalle todetaan, että kuntoutus eroaa hoidosta monialaisuutensa ja menetelmiensä perusteella. Hoidon ja kuntoutuksen raja ei kuitenkaan ole aina selvä eikä niiden erottaminen toisistaan ole silloin tarpeellista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002a). Talon (2001) mukaan kuntoutumiseen kuuluu kuntoutujan oma aktiivisuus toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämisessä. Kuntoutumiseen vaikuttavat kuntoutuksen lisäksi myös kuntoutujan voimavarat ja ulkopuoliset tekijät. Kuntoutus voi tarkoittaa tavoitetta, prosessia, menetelmää, toimintamallia, järjestelmää ja sen osia sekä oppialaa.

Perinteisesti kuntoutus on jaettu lääkinälliseen, sosiaaliseen, ammatilliseen ja kasvatukselliseen kuntoutukseen (Rissanen 2000). Toisen maailmansodan jälkeen kuntoutusta pidettiin terveydenhuollon kolmantena vaiheena, joka täydensi ehkäisevää terveydenhuoltoa ja varsinaista sairaanhoitoa (Järvikoski & Härkäpää 2001). 1980-luvulla kuntoutusmääritelmässä siirryttiin yhteisöllisestä painotuksesta yksilön autonomian ja itsenäisyyden korostamiseen, mikä ilmenee edelleen vuosituhannen vaihteen määritelmässä (Järvikoski & Härkäpää 2001). Järvikosken ja Härkäpään (2001) kuntoutuksen määritelmässä lähtökohtana ovat kuntoutujan henkilökohtaisten elämänprojektien toteuttamisessa ilmenevät ongelmat ja sosiaalinen integraatio. Tämä tarkoittaa kuntoutusta suunnitelmallisena ja monialaisena toimintana. Sen yleistavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämäntähtänsä sosiaalisen selviytymisen ja integraation ollessa uhattuna tai heikentyessä. Kuntoutus perustuu yhdessä kuntoutujan kanssa laadittuun suunnitelmaan ja sen jatkuvaan arviointiin. Kuntoutus sisältää sekä yksilöä tukevia että ympäristöön kohdistuvia toimenpiteitä. Keinoina ovat yksilö-, ryhmä- ja verkostotyöskentely.

Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa eduskunnalle kuntoutuksen tavoitteeksi määritellään yksilön kuntoutuminen. Tällöin kuntoutus määritellään ihmisen ja ympäristön muutosprosessina. Prosessin tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen elämän, hyvinvoinnin ja työllistymisen edistäminen. Lähtökohtana on suunnitelmallisuus, monialaisuus ja pitkäjänteinen toiminta. Tavoitteena on tukea kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa (STM 2002a). Talon (2001) mukaan kuntoutuminen voidaan määritellä toimintakykyä, elämänlaatua ja hyvinvointia säätelevänä yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksena. Sen lopputulosta hiovat toistensa toimintoihin vaikuttavat yksilöt, yhteisöt ja vallitseva sosiaalipolitiikka. Niiden vaikutus ilmenee toimintakyvyn ja hyvinvoinnin muutoksina jonkin tietyn ajankohdan huonosta tilasta myöhemmän ajankohdan parempaan tilaan. Kuntoutumisessa on kysymys lähtötasoa laaja-alaisemmasta toimintakyvystä (Heikkilä 1999).

4 KUNTOUTUS MIELENTERVEYSTYÖSSÄ

Riikosen ja Järvisalon (2001) mukaan kuntoutusta on kuvattu mielenterveyden yhteydessä esimerkiksi psykiatrisen, psykososiaalisen ja mielenterveyskuntoutuksen käsitteillä, joista mielenterveyskuntoutus on käsitteenä laajin. Se ulottuu yksilön psyykkistä toimintakykyä heikentävien olosuhteiden ja kokemusten ennaltaehkäisystä hänen toimintakykynsä tukemiseen. Toisaalta kuntoutus voi olla myös toimintaa, jonka lähtökohtana ei ole sairaus. Käsitteillä mielenterveyskuntoutus ja hyvinvointityö tarkoitetaan terveyttä, hyvinvointia ja sosiaalista osallistumista edistävää toimintaa mielenterveystyössä. (Riikonen & Järvisalo 2001). Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteena on edistää kuntoutujan mahdollisimman itsenäistä selviytymistä elämän eri osa-alueilla, kuten työssä ja toiminnassa, omaehtoisessa tavoitteiden löytämisessä ja toteuttamisessa sekä yhteiskunnan toimintaan osallistumisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Kuntoutujalähtöisyys on tärkeää tavoitteiden saavuttamiseksi. Yksilöllisesti suunniteltuun kuntoutukseen kuuluu tarpeenmukaisten toimintamuotojen ja palveluiden valinta. Palvelut voidaan valita hyviksi, vaikuttaviksi ja tulokselliseksi arvioituista kuntoutusmuodoista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002b.). Lähteenlahden (2001) mukaan psykiatrinen kuntoutus kohdistuu eniten kahteen mielisairausryhmään, joita ovat kognitiivinen psykoosi eli skitsofrenia ja affektihäiriö eli psykoottinen pitkäkestoinen masennus ja mania. Mahdollisimman varhaisen ja tarkoituksenmukaisen akuuttihoidon tärkeänä tavoitteena on vähentää sairauteen kuuluvaa toimintakyvyn heikkenemistä. Tällöin psykiatrisen kuntoutuksen erityisalueena on tukea asiakasta mahdollisesti elämän mittaisen sairauden kanssa pärjäämisessä. Keinoja ovat sairauden

oireiden hallinta ja uusiutumisen ehkäisy sekä asiakkaiden autonomian lisääminen päivittäisessä elämässä, sosiaalisissa tilanteissa, kouluttautumisessa ja työtoiminnoissa (Lähteenlahti 2001).

Kuntoutumisprosessissa tapahtuvat muutokset ilmenevät kuntoutujan toimintatavoissa ja siinä, miten hänen asenteensa, tunteensa ja ajatuksensa alkavat eheytyä. Mielenterveyskuntoutuksen, kuten yleensäkin kuntoutuksen ydinkysymys on kuntoutujan oma osallisuus kuntoutumisprosessissa sekä vaikuttaminen ympäristöön (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002b). Latvala (1998) kuvaa potilaslähtöisyyden ja potilaskeskeisyyden eroja. Käsitteitä käytetään usein synonyymeinä, vaikka niiden lähtökohdat poikkeavat toisistaan. Potilaskeskeisyys tarkoittaa ammatillista potilaan tarpeisiin vastaamista, jolloin hoitajat ovat toimijoita eli subjekteja, jotka vastaavat niihin potilaan tarpeisiin, joita pitävät hänen kannaltaan tärkeinä. Potilaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että potilas osallistuu hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Näin potilaan todellisuus mahdollisuuksineen ja rajoituksineen on läsnä. Tämän käsitteen keskeinen ajatus on, että potilas on toimija eli subjekti (Latvala 1998).

Järvikosken ja Härkäpään (2001) mukaan kuntoutujalähtöisyys / asiakaslähtöisyys tarkoittaa kuntoutuksen yksilöllisten tavoitteiden ja toimenpidekokonaisuuden määrittelyä kuntoutujan / asiakkaan lähtökohdista siten, että korostetaan hänen autonomiaansa ja aktiivista osallistumistaan kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen (Järvikoski ja Härkäpää 2001).

Kiikkala et al. (2002) ovat kehittäneet ihmissuhdetyön asiakaslähtöisen toimintamallin. Siinä lähtökohtina ovat asiakkaan mielenterveyden edistäminen, mielenterveyshäiriöiden ehkäisy, asiakkaan auttaminen, tukeminen, ja kärsimyksen lievittäminen sekä asiakkaan psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakykyisyyden ja persoonallisen kasvun tukeminen. Mielenterveyttä edistävä toiminta on ytimeltään syvästi eettistä. Toiminnan perustana ovat arvot konkretisoituvat käytännön asiakastyössä. Asiakaslähtöinen työntekijä on tietoinen omasta osaamisestaan ja hyväksyy keskeneräisyytensä. Hän luopuu asiantuntijavallasta ja mahdollistaa asiakkaan voimaantumista eli oman elämänsä päähenkilönä ja toimijana olemista. Asiakaslähtöisessä toiminnassa tulevaisuuteen suuntautuvan yhteistyön lähtökohta on inhimillinen välittäminen ja asiakkaan tilanteen näkeminen (Kiikkala 2002, Kokkola 2002).

4.1 Mielenterveyspalvelujen järjestäminen

Mielenterveystyöhön kuuluu myös elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyshäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielensairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Mielenterveyspalveluiden saaminen edellyttää lääketieteellistä sairauden tai häiriön arvioimista (Mielenterveyslaki 1990, 1§). Mielenterveyspalveluiden laatusuositus vuodelta 2001 perustuu mielenterveyslakiin, jonka mukaan kuntien on järjestettävä mielenterveyspalvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntainliiton alueella on niihin tarvetta (Mielenterveyslaki 1990, 4§). Palvelujen on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus (Mielenterveyslaki 6 d §). Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa (2001) on jäsenetty ne keskeisimmät rakenteelliset ja toiminnalliset seikat, joista laadukas mielenterveystyö käytännön kokemuksen mukaan muodostuu.

Laatusuosituksessa todetaan, että mielenterveys on hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn ja selviytymisen edellytys ja osatekijä. Suosituksen taustalla on ajatus mielenterveysongelmien kehittymisestä prosessina, jolloin mielenterveystyön palveluja tulisi olla saatavilla prosessin kaikissa vaiheissa. Resursseja ja osaamista tulisi suunnata elämisen ja selviytymisen voimavarojen vahvistamiseen, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja ratkaisukeinoihin, mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen sekä tehokkaaseen hoitoon ja monipuoliseen kuntoutukseen. Laatusuosituksessa todetaan myös, että mielenterveystyön haasteet koskevat monia elämänoja ja ovat siten terveydenhuollon lisäksi monien muidenkin alojen toimintaa (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001). Matti Rimpelän (2004) mukaan mielenterveyslain määritelmiä ei ole helppo soveltaa käytäntöön. Mielenterveyslain mukaan mielenterveyspalvelut perustuvat lääketieteellisiin perusteisiin arvioitavanaan sairauteen tai häiriöön, mikä rajaa mielenterveyspalvelujen ulkopuolelle esimerkiksi osan perhe- ja kasvatusneuvoloista sekä koulupsykologeista. Mielenterveyspalveluna on perinteisesti pidetty erikoissairaanhoidon, johon sisältyvät sairaanhoitopiirien ja kuntien tuottamat erikoislääkärijohtoiset sairaala- ja avohoitopalvelut (Rimpelä 2004, 10 -12).

Mielenterveystyön sisällön olennaisia kokonaisuuksia ovat mielenterveyden edistäminen, mielenterveysongelmien ehkäisy, mielenterveystyö peruspalveluissa, mielenterveystyöhön erikoistuneet palvelut, psykiatrinen erikoissairaanhoidon ja kuntoutus. Tärkeimpiä toimijoita mielenterveystyön kentällä ovat kunnat ja kuntaryhmät, sairaanhoitopiirit, valtion laitokset, yksityiset palvelujen tuottajat ja kansalaisjärjestöt. Yhteenvetona Rimpelä toteaa, ettei mielen-

terveystyölle ja palveluille ole olemassa hallinnollisesti toimivaa ja yleisesti hyväksyttyä määrittelyä, joka voitaisiin kunnissa sellaisenaan ottaa käyttöön (Rimpelä 2004, 10-12).

Mielenterveyspalvelujen järjestäminen on laissa määritelty kuntien vastuulle, ja kunnat järjestävät mielenterveyspalveluja asukkailleen hyvin eri tavoin. Kuntien on mahdollista tuottaa mielenterveyspalveluja omana perusterveydenhuollon toimintanaan ja järjestää myös psykiatrista erikoissairaanhoidon. Kunnat voivat ostaa palveluja joko alueensa sairaanhoitopiiriltä tai esimerkiksi yksityisiltä palveluntuottajilta (Rimpelä 2004, 10 -12) Yksityiset asumispalvelut ovat nykyään keskeinen osa vaikeasti mielenterveyshäiriöisten kuntoutus- ja palveluketjua, sillä mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ovat yhä harvemmin kuntien sosiaali- tai terveystoimen tuottamia. Vuoden 2004 lopussa 88 prosenttia asukkaista asui yksityisten palveluntuottajien ylläpitämissä psykiatrisissa asumisyksiköissä (Stakes, Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri). Palvelujen tarjonta ja niiden kysyntä vaikuttavat toisiinsa varsin monimutkaisin tavoin. Palvelujen kysynnässä tapahtuneiden muutosten perusteella ei juurikaan voida tehdä päätelmiä tarpeiden tai erityisesti niiden taustalla mahdollisesti olevien ongelmien tai häiriöiden esiintyvyydestä. Palvelujen kysyntä on monien tekijöiden summa sen sijaan, että se olisi esimerkiksi suorassa yhteydessä häiriöiden esiintyvyyteen. Suomen kaltaisessa maantieteellisesti laajassa ja asumistiheydeltään vaihtelevassa maassa voi maan eri osissa olla suuria eroja palvelujen saatavuudessa (Pirkola & Sohlman 2005, 9).

Psykiatriseen hoitojärjestelmään kuuluvat sairaalahoito ja avohoito. Sairaalahoito voi olla ympärivuorokautista tai rajoitetumpaa toimintaa. Psykiatrisen potilaan hoito voi tiettyjen edellytysten täytyessä ja hoidon sitä vaatiessa tapahtua potilaan tahdosta riippumatta. Tahdosta riippumatonta hoitoa voidaan antaa ainoastaan psykiatrisessa sairaalahoidossa. Psykiatrisesta avohoidosta vastaavat mielenterveystoimistot ja mielenterveyskeskusten poliklinikat. Mielenterveystoimiston tulee muun muassa järjestää ja johtaa mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisyä ja pitää vastaanottoa tutkimusta ja psykiatrista avohoidon varten (Mielenterveyslaki 1116/90 § 4). Mielenterveyspalvelujen yhteensovittaminen edellyttää potilaiden, omaisten ja päättäjien esittämien näkökohtien tasapuolista punnitsemista. Mielenterveyspalvelut on selkeästi määriteltävä, jotta niitä voidaan seurata, ja asiakkaan on voitava arvioida niitä (Sairaalaliitto 1992, 20). Kunta on mielenterveyslain (1116/90) ja siihen liittyvän kansanterveyslain (117/90) muutoksen perusteella velvoitettu järjestämään yhdessä erikoissairaanhoidon kanssa sellaiset mielenterveyspalvelut kuin väestö tarvitsee. Laki määrittelee mielenterveyspalvelut hyvin laajasti ja ohjaa järjestämään mielenterveyspalvelut ensisijaisesti avopalveluina siten, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan.

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) kokosi somaattisten ja psyykkisten sairauksien hoidon yhdeksi kokonaisuudeksi. Yhteisellä rakenteella haluttiin madaltaa asiakkaiden kynnystä hoitoon. Erikoissairaanhoidon tulee antaa konsultaatio- ja muuta apua perusterveydenhuollolle (Sairaalaliitto 1992, 19). Nykyinen väestöperusteinen valtiosuusjärjestelmä vuodelta 1993 antaa kunnille mahdollisuuden tuottaa palvelut monin eri tavoin ja järjestää ne alueellisesti tarkoituksenmukaisesti (Isohanni, Larivaara & Winbland 1996, 30; Tuori 1998, 126). Aluepsykiatrisella toimintamallilla pyritään avohoidon, sairaala- ja laitoshoidon sekä kuntoutuksen järjestämistä vastuun jakamiseen väestövastuullisesti alueiden kesken. Kyseisen toimintamallin keskeisinä periaatteina ovat avohoidon kehittäminen, väestövastuun ja hoidon kokonaisvastuun toteuttaminen ja palvelujen tuominen lähemmäksi käyttäjiä. Aluepsykiatria korvautui uudessa lainsäädännössä alueellisella väestövastuulla. Väestövastuuvälvoituksen mukaan palvelujen tulee vastata sisällöltään ja laadultaan esiintyvää tarvetta. Väestövastuullisesti toimivassa psykiatrisessa palveluyksikössä hoitoperiaatteena on kokonaisvaltaisuus ja pyrkiminen väestön mielenterveysongelmien ehkäisyyn ja hoitoon (STM 1991/34, 16-17; STM 1993, 19-22; Pylkkänen 1999, 680-681). Riittävät resurssit tarvitaan, jotta mielenterveyspalveluja tarjoavat toimipisteet kykenevät selviytymään moninaisista tehtävistään. Kuntien mielenterveyspalveluiden kokonaissuunnitelman laatimiseksi, käynnistämiseksi, seuraamiseksi ja työnjaon kehittämiseksi tarvitaan hallintorajat ylittävä mielenterveystyön yhteinen foorumi. Siinä tulee olla mukana julkisen palvelujärjestelmän edustajat, mielenterveyspalveluiden tuottajien edustajat ja palveluita käyttävät ihmiset. Foorumien tehtävänä on myös tiedottaa kuntalaisille käytettävissä olevista mielenterveyspalveluista (STM 2000, 4, 6-8).

Mielenterveyslaissa korostetaan, että mielenterveyspalvelut tulee järjestää mahdollisuuksien mukaan avopalveluina ja sovittaa ne yhteen toiminnalliseksi kokonaisuudeksi eri sektoreiden kanssa. Näitä tahoja ovat esimerkiksi sairaanhoitopiiri, terveyskeskus ja sosiaalihuolto. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien auttaminen ja hoitaminen siirtyy yhä enemmän sinne, missä ihmiset elävät ja asuvat. Avohoitoa pidetään nykyään tehokkaampana, taloudellisempänä ja parempana hoitona kuin laitoshoidon. Siksi avohoitoon tarvitaan enemmän voimavaroja (STAKES 1993, 13-22; Pylkkänen 1999, 681). Avohoidon tulee olla monipuolista, kuntouttavaa ja sosiaalisia taitoja ylläpitävää toimintaa. Pitkäaikaispotilaat tulee hoitaa avohoidossa hyvin ja estää siten laitokseen joutuminen ja sairauden pitkittyminen (Luomahaara, Vuorinen & Naarala 2000, 3). Terveyttä kaikille vuoteen 2000-, Mielekäs Elämä- ja Pääskyohjelmat ovat uusia kehittämis-, koulutus- ja tukiohjelmia. Nämä ohjelmat ovat olleet osaltaan kehittämässä ja vaikuttamassa mielenterveyspalveluiden laatuun ja sisältöön. Psykiatriset potilaat ja heidän omaisensa ovat pitäneet hyvin toimivaa avohoitoa parempana kuin laitoshoidon. Avohoito on nähty kunnissa myös taloudellisesti edullisempänä kuin raskas laitoshoidon (Yhteiskuntapolitiikka 68, 2003, 379-389).

4.2 Mielenterveyspalvelut avohoidossa

Avohoidon ja sairaalahoidon raja ei ole yksiselitteinen. Psykiatrinen avohoito voi vastata potilaan hoidosta hänen ollessaan hoidettavana psykiatrisessa sairaalassa. Vastaavasti psykiatrinen sairaala voi tarjota psykiatrisen avohoidon palveluja (STM 2000, 12 - 13).

Aluepsykiatrisessa toimintamallissa on pyritty uudistamaan palvelujärjestelmää muuttamalla organisaatiota, kehittämällä palveluja ja lisäämällä resursseja (STM 2000,17).

Avohoidon onnistumisen edellytys on se, että mielenterveyshäiriöistä kärsivän ihmisen elämän perusasiat ovat kunnossa. Toimeentulo on turvattu, asumisolosuhteet ovat tyydyttävät ja arjessa on mielekästä tekemistä. Hyvä avohoito sisältää monia auttamiskeinoja. Niitä ovat kriisihoidot, pitkäaikaiset tukea antavat hoitosuhteet, päiväosastot, päivätoimintakeskukset, kuntoutuskodit, pienkodit, palveluasunnot ja muut asumisyksiköt, työ- ja askartelutoiminta, sosiaaliset kerhot ja ryhmätoiminnat, mielenterveystoimistot, poliklinikat, kotisairaanhoido ja perhehoito. Mielenterveyskuntoutujilla on mahdollisuus käydä tarvittaessa intervallijaksolla. Tarjolla on myös virkistyspalveluja, kuten erilaisia kerhoja ja yhdistystoimintaa. Käytössä on myös kuntouttavia terapiapalveluja (STM 2000, 22). Mielenterveyspalveluiden toimivuus perustuu eri hallinnonalojen yhteistyöhön. Kun mielenterveystoimistot ja psykogeriatrinen laitoshoido siirtyvät monissa kunnissa niiden omiksi toiminnoiksi, on tärkeää turvata avohoidolle riittävät voimavarat. Mielenterveyspalveluiden tulee olla yhtenevät sekä alueellisesti että paikallisesti (STM 1998,5). Psykiatristen peruspalvelujen järjestäminen on ollut hankalaa terveyspalvelujärjestelmässä. Kansanterveyslain (1972) tavoitteena oli järjestää tavallisimpien kansansairauksien hoitaminen. Psykiatria jäi tämän lain ulkopuolille, eikä terveyskeskusten perustehtäviin sisällytetty psykiatristen sairauksien hoitoa. Vasta vuonna 1991 kansanterveyslakiin otettiin määräys tuottaa tarkoituksenmukaiset psykiatriset peruspalvelut osana terveyskeskusten toimintaa.

Palvelujärjestelmät ovat kehittyneet hyvin eri tavoin eri puolilla Suomea (Pylkkänen 1999, 686). Terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon yhteistyöstä on syntynyt erilaisia malleja. Yhtenä tavoitteena on ollut muodostaa riittävän suuri moniammatillinen työryhmä, jossa korostuvat monipuolinen osaaminen sekä keskinäinen konsultaatio ja tuki (Pylkkänen 1999,686). Organisaatiomallista riippuen on tärkeää, että perusterveydenhuollon, psykiatrisen avohoidon ja psykiatristen sairaaloiden toiminta muodostavat palvelukokonaisuuden vastamaan väestön tarpeisiin (Larivaara, Windblad 1996, 30-31). Hyvä mielenterveystyön palvelujärjestelmä on avohoitopainotteinen ja porrasteinen. Avohoidon tulee myös tarjota monipuolisia vastaanotto-, asumis-, vapaa-aika- ja kuntoutumispalveluita (Korkeila 1998, 101-104). Piirtola puolestaan korostaa palvelujen tarjoamista mahdollisimman lähellä käyttäjiä sekä yhteistyötä omaisten kanssa (Piirtola 1995, 168 -169). Kuntoutuskodit on tarkoitettu niille

asiakkaille, jotka tarvitsevat tukea, pitkäjännitteistä ohjausta ja harjaantumista sosiaalisissa taidoissa. Kuntoutuskodit toimivat suurperheen tavoin yhteisönä, joka pyrkii antamaan turvallisen kasvualustan jokaiselle sen jäsenelle. Tavoitteena on kehittää asiakkaan tavallisessa arkielämässä tarvitsemia taitoja ja tietoja. Kuntoutumista toteutetaan kirjallisen kuntoutu-
missuunnitelman mukaan (Juslin 1995, 111; Salmijärvi 1995, 99). Asumispalvelu- käsite on laaja yleiskäsite, jolla tarkoitetaan kaikkea eri vammaisryhmien asumista kodin ja laitosten ulkopuolella. Suppeammin määriteltynä se tarkoittaa asumista tukiasunnoissa, kuntoutusko-
deissa, asuntoloissa tai hoitokodeissa. Pienasunnot ovat yksiöitä, kaksioita tai kolmioita, jois-
sa asukkaat asuvat itseksensä saaden tarvittavan tuen selviytymiselleen. Tukiasunnoksi sano-
taan yksilöllistä päävuokralaisasuntoa, jossa asuvalla on joko ammatillinen tai vapaaehtoinen
tukihenkilö. Tukiasuminen on palveluasumista. Erilaisissa tilastoissa palvelu- ja tukiasunnot,
asuntolat, kuntoutuskodit ja hoitokodit on usein yhdistetty, mikä ei anna oikeaa kuvaa palve-
luasuntojen ja asumisen määrästä (STM 1998:32, 19-20). Päivätoimintakeskuksen hoidon ta-
voitteena on asiakkaan itsetuntemuksen oman elämänhallinnan lisääntyminen. Tarkoituksena
on antaa kuntoutujille erilaisia välineitä työskennellä itsensä kanssa toimintaryhmän ja am-
mattihenkilökunnan avulla.

5 KARKKILAN PÄIVÄTOIMINTAKESKUKSEN TOIMINNAN KUVAUS

Päivätoimintakeskusten toiminta pohjautuu Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiriin (HUS:n) määrittämiin arvoihin. Niihin sisältyy kahdeksan teesiä. Ihmisarvon kunnioittaminen on yhteisotsikko kahdelle ensimmäiselle teesille. Jokainen työryhmän jäsen on yhtä arvokas hoitotyön ammattilainen. Jokaista tulee kunnioittaa itsenään, omana persoonana. Kolmas ja neljäs teesi puhuvat oikeudenmukaisuudesta. Työryhmän ilmapiiri pidetään avoimena ja kes-
kusteltavana. Jokaista kuunnellaan ja jokainen voi tuntea tulleensa kuulluksi. Vastuullisuus sisältää viidennen ja kuudennen teesin. Kaikki ovat vastuullisia toiminnan sujuvuudesta. Työ-
ryhmän jäsenet ovat sitoutuneita vastuulliseen ja oikeudenmukaiseen yhteistyöhön. Seitse-
männeksi: toiminta on suunnitelmallista. Ja kahdeksanneksi: työnjako ja päätöksenteko ovat demokraattisia.

Psykiatristen asiakkaiden kuntoutus tulee mieltää ensisijaisesti psykososiaaliseksi kuntoutuk-
seksi niissä tilanteissa, joita edeltää pitkäaikainen sairaalahoito. Kuntoutuja tarvitsee tietoja
ja taitoja arjessa selviytymiseen ja ryhmässä mukana olemiseen. Psykososiaalinen toiminta
sisältää erilaista oppimista, taitojen jäljittelyä ja mallien kautta terveiden toimintojen saa-
vuttamista (Lähteenlahti 2001, 173).

Päiväkeskustoiminnan tavoitteena on ylläpitää pitkäaikaissairaiden ihmisten toiminta- ja työkykyä sekä rytmittää hoitoa. Päivätoimintakeskuksen toimintamuotoja ovat erilaiset ryhmät, retket, yhteiset juhlat ja erilaisiin tapahtumiin osallistuminen. Asiakkaille on paikka, minne mennä ja missä tavata toisia ja toimia yhdessä (Pylkkänen 1999, 688). Virkistystoiminta on oleellinen osa yhteisöllistä toimintaa, johon asiakkaat voivat osallistua aktiivisesti (Isohanni ym. 1996, 177). Päivätoimintakeskuksen toiminta on suunniteltu asiakkaiden kanssa heidän tarpeitaan ja toiveitaan vastaavaksi. Yhteisöllisyyden ja toiminnallisuuden avulla tuetaan vastuunottamista itsestä ja muista ja sitoudutaan yhteisiin tavoitteisiin (Heikkilä 1999, 10). Päivätoimintakeskuksen toiminnan tarkoitus on täydentää asiakkaan saamaa muuta psykiatrista avohoitoa. Kuntoutusta tukeva ja psyykkistä hyvinvointia lisäävä toiminta tapahtuu yhteisöllisin ja ryhmämuotoisin menetelmin, joissa vuorovaikutus on tärkeää. Kunkin kuntoutujan yksilölliset tarpeet ja voimavarat pyritään ottamaan huomioon. Avohoitoyksikön selkeä struktuuri ja aikataulu luovat turvallisuutta ja ohjaavat säännölliseen päivärytmiin. Kuntouttava päivätoiminta on sisällöltään tavoitteellista toimintaa, jossa asiakkaan kuntoutussuunnitelman pohjalta kuntoutuja ja hoitaja yhdessä pyrkivät löytämään menetelmät, jotka pitävät yllä ja edistävät asiakkaan avohoidossa selviämistä. Omahoitajasuhde on tärkeä koko hoitajakson ajan, koska se muun muassa tukee kuntoutujaa ottamaan esille mieltä askarruttavia kysymyksiä ryhmissä (Räsänen 2000). Päivätoimintakeskukseen hakeudutaan lähetteellä hoitavan tahon ohjaamana. Tällä hetkellä asiakkaat ovat iältään 25 - 60-vuotiaita. Miehet ovat enemmistönä. Kuukaudessa käyntejä on noin 200, jotka koostuvat suunnilleen 25 potilaan käynneistä. Sairauden aste ja laatu vaihtelevat. Kuntoutujat sairastavat skitsofreniaa, eriasteista masennusta, harhaluuloisuutta ja monenlaisia persoonallisuushäiriöitä. He ovat pääasiassa yksineläjiä, jotka asuvat kotonaan tai palvelukeskuksessa. Monet heistä käyvät intervallijaksoilla Paloniemen sairaalassa ja psykiatrian poliklinikan vastaanotolla. Joillekin päivätoimintakeskus on ainoa psykiatrian hoitokonttipaikka. Henkilökuntaa on tällä hetkellä kaksi sairaanhoitajaa ja yksi perushoitaja. He tekevät yhteistyötä Paloniemen sairaalan, Vihdin psykiatrian poliklinikan, perusterveydenhuollon sosiaalitoimen ja Karkkilan päihdepysäkin kanssa. Yhteistyö on aktiivisinta kotisairaanhoidon, kotihoidon ja sosiaalitoimen kanssa. Jokaiselle asiakkaalle on nimetty omahoitaja. Hän toimii ammattihenkilönä yhdessä kuntoutujan kanssa. Tarkoituksena on tutustua oman asiakkaan tilanteeseen ja hänen nykyiseen hoitoonsa. Omahoitaja varaa keskusteluajat säännöllisin väliajoin omien hoidettaviensa kanssa. Kahdenkeskisen vuorovaikutuksen syntyminen ja toteutuminen tapahtuu yhteisesti sovitun aikataulun puitteissa. Keskustelu on luonteeltaan supportiivista, tukea antavaa. Omahoitaja huolehtii kuntoutujan sairauskertomustietojen ajan tasalla pitämisestä. Asiakkaasta tehdään kirjaukset Miranda-ohjelmalla vähintään kerran kuukaudessa. Kirjaukset pohjautuvat kuntoutujan ja omahoitajan välisiin keskusteluihin. Aina kun asiakkaan voinnissa tapahtuu muutoksia, ne kirjataan. Asiakkaan kanssa tehtyä suunnitelmaa arvioidaan yhdessä hänen kanssaan puolen vuoden välein. Kirjaamisen yhteydessä tarkistetaan tietokoneen psykiatrin lehdeltä (psy-lehti) ja hoitohenki-

lökunnan lehdeltä (psyp-lehti) asiakkaan viimeisin lääkäriissä käynti, hänen voimassaolevat, viimeisimmät diagnoosinumeronsa ja lääkityksensä.

6 PÄIVÄTOIMINTAKESKUKSEN TOIMINTARYHMÄT

Toimintakeskuksen hoidon tavoitteena on asiakkaan itsetuntemuksen ja oman elämänhallinnan lisääntyminen. Tarkoituksena on antaa kuntoutujille erilaisia välineitä työskennellä itsensä kanssa toimintaryhmän ja ammattihenkilöstön avulla. Ryhmässä toimiminen antaa kokemuksen yhteisöön/ryhmään kuulumisesta ja siinä voi harjoitella sosiaalista kanssakäymistä. Tavoitteena toiminnallisissa ryhmissä on auttaa osallistujaa muuttamaan toimintaansa tarkoituksenmukaiseksi ja saavuttamaan hallinnan ja selviytymisen tunteen. Yhteisöön/ryhmään kuuluminen poistaa myös yksinäisyyden tunnetta ja antaa kokemuksen kanssaihmisestä olosta. Ryhmissä toimitaan yksilöinä yhdessä ja siinä harjaannutetaan myös keskittymiskykyä. Ryhmiin osallistuminen tapahtuu yksilöllisten hoitosuunnitelmien pohjalta. Ryhmätoimintojen ohjaajina toimivat päivätoimintakeskuksen työntekijät.

Toimintaryhmät ovat ruokaryhmä, keskusteluryhmä, rentoutusryhmä, leivontaryhmä, askarteluryhmä, musiikkiryhmä, liikuntaryhmä, peliryhmä, saunapäivä, retkipäivä/liikuntaryhmä ja viikkosuunnitteluryhmä (Liite 1). Ruokaryhmä toimii neljänä päivänä viikossa. Sen tavoitteena on harjaannuttaa osallistujia ostosten tekemiseen, edullisten ja terveellisten tuotteiden valitsemiseen, ruoan valmistamiseen, hygieniaan, siivoamiseen ja jälkien korjaamiseen, hyvien pöytätapojen noudattamiseen ja toisten huomioimiseen ryhmässä/ruokapöydässä. Ateriat kootaan lautasmallin mukaan, mikä tarkoittaa sitä, että puolet lautasesta täytetään salaattilla ja vihanneksilla. Yksi neljäsosa sisältää perunaa, riisiä tai pastaa. Viimeinen neljännes on varattu lihalle, kalalle tai muulle valkuaispitoiselle ravinnolle. Ruokaryhmään osallistujien tehtäviä vaihdellaan eri kerroilla. Perjantaisin kokoontuu puuroryhmä, jonka tavoitteena on opetella valmistamaan terveellinen ja kuitupitoinen peruspuuro. Ruokaryhmässä korostuu tavoitteellisuus, keskittymiskyvyn harjaannuttaminen, ryhmässä oleminen ja ennen kaikkea ilo oppimisesta ja onnistumisesta. Leivontaryhmä pidetään keskiviikkoisin, jolloin harjoitellaan kädentaitoja tekemällä erilaisia leivonnaisia. Keskiviikkoisin asiakkailla on myös omat eväät mukana, ja he lämmittävät ruoan mikrossa. Musiikkiryhmä pidetään torstaisin klo 13 - 14. Ryhmä on avoin kaikille. Tavoitteena on oppia kuuntelemaan erilaista musiikkia, keskustelemaan kuullusta ja kertomaan omia mielipiteitään ryhmässä. Karkkilan päivätoimintakeskuksessa on sekä sähkökitara että tavallinen kitara. Ne ovat asiakkaiden käytettävissä. Musiikkiryhmä pidetään siihen varatussa huoneessa, jossa on radio, cd-soitin, kasettisoitin, levysoitin

ja karaoke- VMS-nauhoja. Musiikkihuoneessa on myös melko suuri valikoima erilaista musiikkia. Myös kirjastosta voidaan lainata levyjä. Levyraatiryhmässä jokainen voi tuoda omat mielipiteensä esille. Ryhmäläiset harjoittelevat keskittymistä musiikin kuuntelemiseen ja ottamaan huomioon myös toinen toisensa. Tavoitteena on parantaa keskittymiskykyä ja poistaa yksinäisyyden tunnetta. Samalla ryhmäläiset saattavat kannustaa toinen toistaan avoimeen vuorovaikutukseen. Musiikin avulla tutustutaan myös tunneskaalaan ilosta suruun ja rauhallisuudesta ärsyttävään meluun. Toisinaan sovitaan, että kukin tuo muassaan oman lempikappaleensa ja soittaa sen muille. Oman lempilaulunsa voi myös itse esittää toisille, jos rohkeus riittää. Askarteluryhmä toimii tiistaisin aamu- ja iltapäivällä. Tarkoituksena on kädentaitojen harjaannuttaminen tekemällä erilaisia tuotteita itselle tai myyjäisiin. Tavoitteena on myös ryhmätyötaitojen kehittäminen. Liikuntaryhmää suunniteltaessa on hyvä muistaa, että liikunta on hyväksi silloin, kun siitä saadaan iloa. Liikuntaryhmä pidetään keskiviikkoisin. Liikunta on tärkeä osa tasapainoisen ja hyvinvoivan ihmisen elämää. Se on helppo keino olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa ja harjoitella turvallisesti omia sosiaalisia taitoja ja valmiuksia. Kokemuksen, tiedon ja taidon karttumisen myötä opimme hallitsemaan omaa kehoamme ja saamme myös kokemuksia oman elämämme hallitsemisesta. Liikunta on edullinen ja tehokas tapa hoitaa itseään niin psyykkisesti kuin fyysisestikin. Viikkosuunnittelukokous pidetään asiakkaiden kanssa säännöllisesti maanantai- iltapäivisin. Sen päätteeksi juodaan yhdessä kahvit. Kahvin kanssa on tarjolla jotakin pientä suussa sulavaa. Viikkosuunnittelukokouksessa käydään läpi päiväohjelmat maanantaista maanantaihin. Samalla huomioidaan erityisohjelmat ja mahdolliset muutokset normaaliin päiväjärjestykseen. Kaikilta kokoukseen osallistujilta kysytään toiveita, tarpeita ja ehdotuksia ryhmien toimintaan. Päätökset tehdään yhdessä ja yhteisesti sovitut asiat kirjataan Info-vihkoon niitä varten, jotka eivät olleet paikalla. Suunnittelupalaverista laaditaan pöytäkirja, johon kirjataan läsnäolijat ja käsitellyt asiat. Yhteisöfoorumi kokoontuu joka kuukauden ensimmäisenä keskiviikkona. Foorumissa keskustellaan, suunnitellaan ja arvioidaan päivätoimintakeskuksen toimintaa yhdessä asiakkaiden kanssa pitkällä aikavälillä. Ryhmissä ja yhteisöfoorumissa pyritään siihen, että kuntoutujat ja hoitajat ovat turvallisessa ympäristössä positiivisessa vuorovaikutuksessa keskenään. He saavat hyviä kokemuksia toinen toisensa huomioonottamisesta, ymmärtämisestä ja kuuntelemisesta. Tunteiden ja mielipiteiden ilmaisu helpottuu turvallisessa ilmapiirissä ja samalla ihminen kokee tulevaisuutta hyväksytyksi. Kokemus ryhmään kuulumisesta ja vuorovaikutustaitojen kehittyminen helpottavat sairauden painoa. Kuntoutujan elinpiiri laajenee ja elämää saattaa löytyä uutta mielekkyyttä.

7 RENTOUTUMINEN

Yleisimpiä kielellisen rentoutumisen muotoja ovat mielikuvarentoutuminen eli mielikuvamatka, keho-mieli-rentoutuminen eli perinteinen rentoutuminen ja nopea rentoutuminen eli pika-rentoutuminen. Rentoutumislueteloa voidaan jatkaa hengitysrentoutumisella ja tarina- eli metaforarentoutumisella. Jälkimmäisestä rentoutumismenetelmästä on olemassa useita eri sovellutuksia. Mielikuvarentoutumisessa eli mielikuvamatkassa on muutamia periaatteita, joihin sen käyttö perustuu. Mielikuvarentoutumisessa käytetään aina symbolista eli vertauskuvallista kieltä. Tarinassa edetään paikasta toiseen ja tarinat ovat tavoitteellisia. Niissä nähdään, kuunnellaan, tunnetaan, maistetaan ja haistetaan. Kolmanneksi: alitajunta kääntää tarinan rentoutujalle juuri sopivaksi. Luotu mielikuva esimerkiksi toiminnasta tai tekemisestä synnyttää samassa hermoverkossa ärsykkeen niin kuin se tekisi todellisuudessaakin (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2003, 61). Mielessä kuvittelu mahdollistaa selkeät aistimukset varsinkin rentoutumiseen yhdistettynä. Aivot eivät erottele, onko kuviteltu asia totta vai tarua. Tähän perustuu mielikuvaharjoittelun käyttäminen esimerkiksi urheilussa, taiteissa, esiintymisvalmennuksessa, hammaslääkäri-, lento- ja korkeanpaikan pelon poistamisessa (Vainio 2009). Rentoutumisen tila on meille jokaiselle hyvin tuttu ja sen tuottaminen tietoisesti on melko helppoa. Meillä jokaisella on rentoutumisen taito. Kenties se on kuitenkin päässyt unohtumaan. Monesti saattaa olla hyväksi nollata mieli, jotteivät vanhat asiat ole liikaa viitoittamassa uuden asian prosessointia (Katainen, Lipponen & Litovaara 2003, 52).

7.1 Rentouttamisen viestintätapoja

Rentouttamisessa voidaan käyttää suoria tai epäsuoria indusointiviestejä. Niillä tarkoitetaan lauseita, joilla rentoutettavaa johdatellaan aiheeseen. Käytössä voi olla myös suoria tai epäsuoria syventäviä viestejä. Rentouttamiseen tähtäävät terapiaviestit voivat myös olla joko suoria tai epäsuoria. Suorat ja epäsuorat virkistävät viestit ovat myös eräs rentouttamisessa käytetty viestintätapa (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2003, 57). Rentoutumisen tilaa kutsutaan muuttuneeksi tietoisuuden tilaksi. Ihminen vaipuu itseensä eli keskittää ajatuksensa oikeaan aivopuoliskoon. Oikea aivopuolisko hallitsee tunne-elämää, ei puhekeskusta. Tunne täytyy siirtää vasempaan aivopuoliskoon, joka voi nimetä sen. Rentoutuessa ajatuksien on hyvä pysyä oikeassa aivopuoliskossa, jossa ei ole sanoja (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2003, 53). Rentoutumista ja liikkumista ohjaa oikea aivopuolisko. Liikunta on varma tapa purkaa henkistä kuormitusta. Säännöllinen liikunta vapauttaa aivoista endorfiineja, jotka ovat elimistön omia morfiineja. Myös psyykkiset rentousmenetelmät, kuten mietiskely, jooga ja mielikuvarentous siirtävät ajatustoiminnan oikeaan aivopuoliskoon. Suurimman mielihyvän ja rentoutumisen saavutamme yhdistämällä liikuntaan miellyttäviä ajatuksia (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2003, 53).

7.2 Rentoutumisen aiheuttamat fysiologiset muutokset

Rentoutumisen aikana aivokuoreen leviää rauhallista alfa-aaltoa. Samalla parasympaattinen hermosto aktivoituu. Tällöin syke hidastuu, hengitystiheys pienenee, ihon lämpötila laskee ja suolahapon erityös mahalaukussa vähenee. Rentoutuminen vaimentaa syvät jännerefleksit ja lihasten hapensaanti ja verenkierto menevät lepotilaan. Lihaksiston maitohappopitoisuus pienenee huomattavasti. Rentoutumisen tila poikkeaa täysin unitilasta ja valveilla olon aikaisesta lepotilasta (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2003, 53).

Yhteenvedon voidaan sanoa, että rentoutuminen aktivoi ja lisää luovuutta. Se tehostaa mielikuvaharjoittelua ja aktivoi muistia. Rentoutuminen parantaa keskittymis- ja oppimiskykyä. Stressin sietokyky kasvaa ja kehon fysiologiset toiminnot rauhoittuvat ja tasapainottuvat. Rentoutuminen myös rauhoittaa unta ja vähentää unen tarvetta (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2003, 58).

8 KARKKILAN RENTOUTUSRYHMÄ

Karkkilan päivätoimintakeskuksen rentoutusryhmä kokoontui tiistaisin sille varatussa huoneessa. Olin ryhmän ohjaajana heinäkuusta joulukuuhun 2007. Ryhmään osallistui 3- 6 kuntoutujaa ohjaajan kanssa. Hyvään rentoutusryhmään voi kuulua korkeintaan 6 osallistujaa kerrallaan. Silloin hoitaja pystyy hallitsemaan tilanteen ja antamaan huomiota jokaiselle tasapuolisesti. Rentoutuminen on kokonaisvaltainen mielihyvän tunteeseen liittyvä tapahtuma, prosessi. Jokainen meistä rentoutuu yksilöllisesti, ainutkertaisesti ja jokainen rentoutumiskerta on erilainen. Kielellisten rentouttamisien ohella myös lihasrentoutukset (jännitys/rentoutus), hieronnat, liikunta ja harrastukset ovat hyviä ja tehokkaita rentoutumisen keinoja (Katajainen, Lipponen & Litovaara 2003, 53). Karkkilassa käytettiin useimmiten kielellisiä rentoutuskeinoja. Paljon käytetty ja tehokkaaksi koettu muutosmetafora on TUULIMYLLY- kertomus: ”Kun katselet ja kuuntelet ympärillesi juuri nyt, voit antaa ajatustesi luoda mielikuvaa siitä, miten tulet nauttimaan uusien virkistävien mahdollisuuksien kiehtovasta kertomuksesta. Muuttaessasi asentoa mukavammaksi, tasapainoisemmaksi ja miellyttävämmäksi, saat huomata oman kehosi olemassaolon. Voit keskittyä tarinaan vieläkin nautinnollisemmin, kun annat silmiesi sulkeutua kevyesti. Kun kulkee kiemurtelevaa, kumpuilevaa tietä pitkin, läpi vaihtelevien maisemien, auringonkeltaisten peltojen halki, hälisten virtaavien jokien yli, voi nähdä jo kaukaa lähes horisontin takaa tuulimyllyn. Tuulimyllyn, joka taivaan sinistä vasten kauhuo maailman tuulia. Katsellessaan ja lähestyessään tätä vanhaa jollakin tavalla jännittävän ja hieman pelokkaan tuntuista tuulten halkojaa voi kuvitella, kuinka se on tarkkaillut, kuunnell-

lut, kokenut erilaisia vuosia, erilaisia tuulia, ja miten se on jauhanut siemenistä luntakin valkeampaa. Kuinka se on vankasti, tukevasti seissyt paikallaan ollen varma tehtävästään ja arvostaen omaa ainutkertaisuuttaan. Jatkaessaan tietä pitkin, joka saapuu myllyn portaille, kuin elämän riemukas matto, tuo tie, joka näkyy portailta, kuin maalattuna hehkuvaan maisemaan. Tuo tie, jonka muistaa kuin lapsuutensa hauskat tarinat. Katsoessaan, kuunnellesaan, ihailen, kuinka vuosien virrassa myllyn tienoo on muuttunut, muovautunut erilaiseksi. Kaikki tapahtumat ikään kuin mukautuen aikaan ainakin myllyn itsensä mielestä. Myllynkivetkin, nuo suuret, raskaat tahkoavat hieman eri tavalla. Ja tuo ääni on erilainen, vieras. Kun kohtaa tämän uljaasti, satoja vuosia rohkeasti ja kauniisti paikkansa, ulkomuotonsa ja tehtävänsä pitäneen myllyn, voi antaa ajatustensa viipyä päivissä, jolloin pääskyt lentävät korkealla vieläkin kirkkaamman äärettömyyden alla. Kun antaa vaihtuvien raikkaiden tuulien puhalttaa, saa huomata, saa tarkkailla muutosta lähempää. Ja kun näkee kaukaisten puiden läpi pehmeästi hiipivän vaalean usvan, kuin aavistuksen tuulesta iholla. Ja kun kuulee sateen ropinan, mikä iloiten tai itkien pinnallisuuttaan, tietämättään kyvystä haihtua, olla hengitettävissä hetkeä myöhemmin. Hetkeä ennen haihtumista, hetkeä ennen hengitystä, hetkeä ennen oivallusta tapahtuu muutos, joka on odotettu ja aina yllätys. Kun hengittää, kun oivaltaa, yllätys tapahtuu. Oleminen, kyky, arvostus on silloin totuus, joka vielä hetki sitten oli kaukainen haave, pelkkä usva ja oletettu mahdottomuus, ei edes mahdollisuus. Kuunnellessani myllyn ajatuksia voin antaa itselleni luvan tarkkailla mahdollisuksiani, ajatuksiani ja sitä loputonta maisemaa ja saan olla oma itseni. Löydän itsestäni mahdollisuuksia. Olen joustavasti joustava, toteutan itseäni monipuolisesti. Tuntuu hyvältä elää, löydän mitä haluan, elän sopusoinnussa, kuuntelen itseäni, saan uusia ideoita. Opin jakamaan voimavarani oikein. Saan uusia ideoita, elän sopusoinnussa itseni kanssa, tuntuu hyvältä elää. Toteutan itseäni monipuolisesti, olen joustavasti joustava. Nautin elämästä, löydän itsestäni uusia mahdollisuuksia. Saan olla oma itseni. Kuljen jälleen omaa tietäni pitkin, ja myllyn kiintoiset kertomukset jäävät kuitenkin kaikki kokemuksiksi muistini lokeroihin. Henkäisen syvään ja annan itseni virkistyä. Kuuntelen ympäristön tapahtumia. Avaan hetken kuluttua silmäni rentoutuneena ja virkistyneenä. Avaa silmäsi. Olet täysin valmis jatkamaan päivääsi (Ranta 2004).

Rentoutuminen voi edetä esimerkiksi seuraavien kehotusten, kuvausten ja kysymysten myötä: ”Istahda selkänojalliseen tuoliin ja henkäise muutama kerta syvään. Katsele ympärilläsi olevia asioita, valoja, varjoja ja värejä. Ehkä kiinnität huomiosi johonkin yksityiskohtaan. Anna silmiesi sulkeutua, jolloin voit keskittyä paremmin ympäristösi ääniin. Kuuntele kaikkia ääniä, joita nyt kuulet. Tunnustele, miltä kehosi ja miltä asentosi tuntuu. Juuri nyt kuvittele tätä hetkeä. Miten suureksi NYT -hetken kuvittelet? Miten suurena NYT -hetken kuulet? Kuinka suureksi NYT -hetken tunnet? Kuvittele miten NYT -hetki laajentuu, sen verran kuin se haluaa laajentua. Anna NYT -hetkelle vähitellen aikaa ja tilaa. Tarkista nyt tuntemuksesi. Millainen on olosi nyt, kun tällä hetkellä on tilaa olla? Nauti olostasi ja anna ajan virrata. Hengitä muutama kerta voimakkaammin sisään, venyttele. Avaa silmäsi. Olet hetkeä rikkaampi.” (Ranta 2004. Maailman tuulia.)

9 ARVIOINTI

Olin Karkkilan Päivätoimintakeskuksen vastaavana sairaanhoitajana heinäkuusta joulukuuhun vuonna 2007. Olin päivittäin tekemisissä psykiatristen potilaiden kanssa ja osallistuin kaikkiin työyksikön tehtäviin. Minun mielestäni vuorovaikutus potilaiden kanssa sujui hyvin. Tunsin potilaiden luottavan minuun, ja he ottivat meli hyvin vastaan ohjausta ja tukea minulta. Omat potilaani ovat ottaneet minuun yhteyttä puhelimitse, jos he eivät ole päässeet jostakin syystä tulemaan ryhmään. Keskustellessani omien potilaideni kanssa he kertoivat avoimesti omasta elämästään. Ja panin merkille, että keskustelut auttoivat ja tukivat monia niin, että se näkyi myönteisesti heidän käyttäytymisessään toimintaryhmissä. Potilaat kokivat erilaiset harrastukset ja ihmissuhteet tärkeäksi elämän sisällöksi. Joku kertoi saavansa harrastuksista mielenrauhaa ja eräs kertoi unohtavansa kaiken muun. ”Olen jossain ihan muussa maailmassa. Sanoisinko, että olen lomalla itsestäni.” Ja hän jatkoi: ”... on ihanaa, kun saa käsillään jotain näkyvää aikaiseksi.” Toinen kuntouttaja kertoi, että säännöllinen rentoutuminen ryhmässä auttanut häntä helpottamaan ahdistuksen hengitys oireita. Nyt hän kokee tämän hyvänä avuna hengityksessä ja jokapäiväisessä toiminnassa. Eräs ryhmän osallistuja totesi, että hänen uni on parantunut huomattavasti. Viikon suunnittelupalaverissa potilaille oli mahdollisuus kertoa omista mielipiteistään ja toiveistaan. Työyhteisössä on vuorovaikutus toiminut hyvin ja työilmapiiri oli ystävällinen ja luotettava. Ryhmääni osallistuneet ovat antaneet minulle myönteistä palautetta esimerkiksi yhteisöfoorumissa. Työtoveri kertoi: ”Irina on toiminut vastaavana sairaanhoitajana Karkkilan päivätoimintakeskuksessa. Työkaverina hän on ollut luotettava. Hän on tullut hyvin toimeen psykiatristen potilaiden kanssa. Potilailta on tullut positiivista palautetta. Työasenne on ollut ystävällinen, valoisa ja ammatillinen. Irina on osallistunut kaikkeen tässä työpisteessä olevaan työhön. Avopsykiatria sisältää paljon vuorovaikutusta ja aktiivista läsnäoloa. Suomen kielen ymmärtäminen ja puhuminen on kehittännyt nopeasti. Innostuneisuus kuntoutustyötä kohtaan on näkynyt päivittäin. Työkaverina ja ns. vanhana työntekijänä (harjoittelu Lohjan Päivätoimintakeskuksessa 5.2007) voin avoimesti suositella Irinaa psykiatriseen hoitotyöhön. Työtunnollisuus ja innovatiivisuus ovat olleet kiitettävää luokkaa.”

Karkkilan toimintakeskuksen rentoutusryhmä on tämän opinnäytetyöni käytännön sovellus. Kokemukseni mukaan rentoutusryhmä on lepo hetki arjessa, aika kuunnella omaa kehoa. Voi puhua voimaantumisesta, eheytyemisestä ja luovuuden vapauttamisesta. Jännitystä, ahdistusta puretaan luonnollisella liikkeellä ja erilaisilla rentoutusharjoituksilla. Rentoutusryhmän myötä

kehotietoisuus lisääntyy sekä tasapainottuu. Paransympaattinen hermosto aktivoituu, lihaskäynnitys, stressi ja uupumus helpottavat sekä unen laatu paranee.

Järvikosken ja Härkäpään (2001) mukaan kuntoutujalähtöisyys / asiakaslähtöisyys tarkoittaa kuntoutuksen yksilöllisten tavoitteiden ja toimenpidekokonaisuuden määrittelyä kuntoutujan / asiakkaan lähtökohdista siten, että korostetaan hänen autonomiaansa ja aktiivista osallistumistaan kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen (Järvikoski & Härkäpää 2001). Kiikkala et al. (2002) ovat kehittäneet ihmissuhdetyön asiakaslähtöisen toimintamallin. Siinä lähtökohdina ovat asiakkaan mielenterveyden edistäminen, mielenterveyshäiriöiden ehkäisy, asiakkaan auttaminen, tukeminen, ja kärsimyksen lievittäminen sekä asiakkaan psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakykyisyyden ja persoonallisen kasvun tukeminen.

Meidän ammattiryhmä avoinhoitoyksikössä, Karkkilan päivätoimintakeskuksessa toimii näiden vaatimusten mukaisesti ja omalla ammattitaidolla hoitaa kuntouttajan joka arkipäiväelämästä sekä mielenterveydestä. Ihmistä autetaan elämän ilon etsimisessä, ohjataan häntä perheen ja läheisten tuen piiriin, tuetaan syyllisyydestä vapautumista ja autetaan hengellisten ja henkisten kysymysten käsittelyssä (Kiikkala et al. 2002)

Mielenterveyden edistäminen kuuluu sen luonteesta johtuen jokaiselle meistä. Kaikki me vaikuttamme omassa ympäristössämme toisiin ihmisiin. Merkittävää on se tahdommeko me toisille hyvää vai olemmeko välinpitämättömiä.

LÄHTEET

Heikkilä, A. 1999. Timin vuorovaikutus tutkimus kehittävän työntutkimuksen näkökulmasta mielenterveystyössä. Vantaa.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. Mielenterveyden ensiapukirja. 2006. Helsinki.

Huhtanen, P., Rintala, T. & Karvonen, S. 2005. Sosiaali- ja terveystenonjen aluselliset erot ja hyvinvointi kunnassa. Yhteiskuntapolitiikka 70. 2005. Helsinki.

Isophanni, M., Larivaara, P. & Winbland, I. 1996. Perusterveydenhuollon psykiatria. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Järvikoski A & Härkäpää K. 2001. Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve - kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Teoksessa: Kallanranta T, Rissanen P & Vilkkumaa Ilpo (toim.) Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 30-41.

Kallanranta, T., Rissanen, P & Vilkkumaa, I. 2001. Lukijalle. Teoksessa: Kallanranta T., Rissanen P & Vilkkumaa I. (toim) Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Karila, A. 1994 Mielenterveyspotilaiden psykososiaalinen selvittäminen ja mielenterveyspalvelujen käyttö. Tampereen yliopisto. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala
 Korkeila, I. 1996. Julkiset mielenterveyspalvelut luottamus kriisissä? STAKES. Aiheita 17/1996. Stakesin monistamo. Helsinki.

Katajainen, A., Lipponen, K. & Litovaara, A. 2003. Voimavarat käyttöön. Gummerus Kirjapaino Oy Helsinki.

Kiikkala, I., Kokkola, A., Immonen T & Ahonen, J. 2002. Hoitotyö asiakaslähtöisenä mielen-terveyttä edistävänä toimintana - malli ihmissuhdetyön lähtökohdaksi. Teoksessa: Kanste, O., Kyngäs, H., Lukkarinen H & Utriainen K (toim.) Yksilöiden terveyden ja hyvinvoinnin vahvistaminen eri ympäristöissä elämänkulun kaikissa vaiheissa VII kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja 4. Oulun yliopistopaino, s 91-96.

Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. & Sorsa, M. 2002. Mitä Sinä elämältä haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen Kuntaliitto & Stakes, Helsinki.

Korkeila, I., Tuori, T. 1996. Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos. Teoksessa Viialainen, R. Lehto, I. (toim.). Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. STAKES. Raportteja 192. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kumpulainen, A., Ruonala, K. 1996. Psykoosiryöryhmän toiminta osana nykyaikaista hoitoa. kirjassa (toim.) Isophanni, M., Larivaara, P. & Winbland, I. Perusterveydenhuollon psykiatria. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulun yliopisto.

Larivaara, P., Winblad, I. 1996. Perusterveydenhuollonpsykiatria. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Lehtinen, V., Taipale, V. 2000. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, M., Parpo, A. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes, Raportteja 250. Jyväskylä.
 Lehtonen, J., Lönnqvist, J. Mielenterveys ja psykiatria. Kirjassa: Jouko Lönnqvist ym. Psykiatria. 2001. 13-20. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim.

Lija, A., Almgvist, S. & Kiviharju-Rissanen, U. 1996. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Helsinki.

Luomahaara, J., Vuorinen, M., Naaralla, M. 2000 Puhkisäätelyt mielenterveyspalvelut. STA KES. Aiheita. Stakesin monistama. Helsinki.

Lähteenlahti, Y. 2001. Vaikeat mielenterveyshäiriöt. Teoksessa: Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, s 173-185.

Lönnqvist, I., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. Teoksessa psykiatria. (toim.) Pylkkänen, K. 1999. Kustannus Oy. Duodecim. Helsinki.

Mattila, H. 2008. Voimaantumisen ydin. Sosiaali- ja terveysalalla toimivien ihmisten mahdollisuuksia voimaantua työssään. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/116

Mielenterveystyön porrastustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio. 1998:10. Helsinki.

Nojonen, K. 1990. Psykiatrisen pitkäaikaispotilaan kuntoutuminen. Tampereen yliopisto.

Pirkola, S., Sohlman, B. 2005. Mielenterveysatlas. Helsinki. Stakes.

Piirtola, O. 1995. An evaluative description of changes in a comprehensive psychiatric treatment system. Helsinki. Stakes.

Isohanni, M., Pirkola, S., Lönnqvist, J. 2002. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Aromaa, A., Koskinen, S. (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki. 51-54

Psykiatrian erikoisalan laitoshoido 2004, 2005. Tilastotiedote 29/2005. Stakes. Helsinki.
http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt29_05.pdf

Pylkkänen, K. 1999. Psykiatrisen palvelujärjestelmä Suomessa. Kirjassa (toim.) Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M., Panhonen, T. Psykiatria. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Ranta, R. 2004. Maailman tuulia. Topos Oy

Riikonen, E. & Järvisalo, A. 2001. Mielenterveysongelmat. Teoksessa: Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, s 162-172.

Rimpelä, M. 2004. Näkökulmia 2000-luvun terveyspolitiikan: Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Helsinki.

Rissanen, P., 2000. Miten kuntoutuksen tulosta ja laatua ohjataan? Kuntoutus 2: 20-25.
Lahti, P. 1995. Psykiatrisen kuntoutuksen ja työtoiminnan haasteet. Teoksessa Fountain House. Vaajakuntoisten työllistämiseen edistämistäitiö. SP-paino KY.

Räsänen, P. 2000. Kuntoutuslaitoksesta kylille ja korteleihin. Helsinki: Kuntoutuksen edistämisyhdistys.

Saarelainen, R., Stengård, E., Vuori- Kemilä, A. 2000. Mieliterveys ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. WSOY- kirjapainoyksikkö. Porvoo.

Sairaalaliitto. 2002. Mielenterveys ja avautuvat terveystarkkain. Helsinki.

Sohlman, B., Kiikkala, I. & Immonen, T.& Ahonen, J.& Saalasti-Koskinen, U. 2003. Mielenterveystyö kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 68, 4/2003. Helsinki. 379- 386.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Stakes, Raportteja 268. Saarijärvi. 106-128.

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20/2003. Helsinki.

Stengård, E. 1997. Omaishoidon tuki ei yksin riittää. Teoksessa: mielen sairast samalle viivalle vammaisuuksien soveltaminen. (toim.) Ilkka Taipale. Mielenterveysalan keskusliitto. Ry. Printway Oy. Vantaa.

Työnjakoa ja työnrasitusta mielenterveyspalveluissa selvittäneen työryhmän muistio. 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:5. Helsinki.

Vainio, Anneli 22.1.2009 Duodecim: Kivunhallinta

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. 2000. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2002:6. Helsinki. <http://www.terveyshanke.fi/fin.pdf>

LIITTEET

KARKKILAN PÄIVÄTOIMINTAKESKUKSEN VIIKKO- OHJELMA

MAANANTAI	TIISTAI	KESKIVIIKKO	TORSTAI	PERJANTAI
RUOKARYHMÄ KLO 10.00	RUOKARYHMÄ KLO 10.00	LIIKUNTARYHMÄ KLO 10.00	RUOKARYHMÄ KLO 10.00	ULKOILUA KLO 9.05
SUUNNITTELU- PALAVERI KLO 13.00	RENTOUTUS- RYHMÄ KLO 13.00	LEIVONTA- RYHMÄ KLO 10.00	MUSIIKKI- RYHMÄ KLO 13.00	PUUROPÄIVÄ KLO 10.00
KESKUSTELU- RYHMÄ KLO 14.00		ASKARTELURYHMÄ KLO 13.00		PELI- RYHMÄ KLO 12.30