

Mervi Kontoniemi

**KOTIIN PÄIN**  
Kuvausta mielenterveyskuntoutujien asumisesta


Opinnäytetyö  
Hoitotyön koulutusohjelma

Joulukuu 2015




**MAMK**  
University of Applied Sciences

## KUVAILULEHTI

	<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b> 1.12.2015
<b>Tekijä(t)</b> Kontoniemi, Mervi	<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja AMK
<b>Nimeke</b> Kotiin päin – Kuvausta mielenterveyskuntoutujien asumisesta	
<b>Tiivistelmä</b> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla olemassa olevia, toimivia käytänteitä mielenterveyskuntoutujien asumisessa. Tavoitteena oli esittää hyviä käytäntöjä mielenterveyskuntoutujien itsenäisen asumisen kehittämiseen. Aihetta pohjustetaan kuvailemalla mielenterveyden ja hyvinvoinnin olemusta, mielenterveyteen ja sen häiriöiden syntymiseen vaikuttavia tekijöitä, kuvataan ja määritellään lyhyesti myös mielenterveyskuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumista ja sen käytänteitä kuvataan malliesimerkkien avulla.</p> <p>Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Mikkelin kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut. Opinnäytetyö liittyy kansalliseen mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishankkeeseen. Raporttia ja sen tuloksia voidaan hyödyntää mielenterveyskuntoutujien asumiseen ja kuntoutumiseen liittyvässä kehittämistyössä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena ja sen sisällönanalyysinä. Tutkimuskysymyksiksi muodostui: 1) Mitä taitoja mielenterveyskuntoutuja tarvitsee omassa asumisessaan? 2) Miten voidaan auttaa? 3. Mikä motivoi ja kannustaa mielenterveyskuntoutujaa? Lisäksi haastateltiin neljää asumispalvelua käyttävää mielenterveyskuntoutujaa.</p> <p>Opinnäytetyön tuotoksena saatiin tietoa mielenterveyskuntoutujien tarpeista omassa asumisessaan, asumiseen ja kuntoutumiseen liittyvistä auttamiskeinoista ja ajatusta siitä, mikä voisi mielenterveyskuntoutujia motivoida ja kannustaa kuntoutumisen tiellä heidän omassa elämässään. Tulee kunnioittaa ja uskoa kuntoutujan asiantuntijuuteen omassa elämässään. Asuminen ja siihen liitettävä tuki tulee olla suunnitelmallista ja tavoitteellista kuntouttavaa toimintaa. Tarvitaan enemmän sosiaalista tukea, esim. tukihenkilöä, ystäviä jne. Kuntoutujia tulee tukea suuntautumaan asumisyhteisön ulkopuolelle osallistumaan kaikille kansalaisille tarkoitettuihin toimintoihin.</p> <p>Jatkotutkimuksena ehdotetaan paikallisten muodollisten ja epämuodollisten mahdollisten yhteistyötahojen ja niiden hyödyntämisen keinojen kartoittamista mielenterveystyössä.</p>	
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> mielenterveyskuntoutujat, mielenterveyskuntoutus, asumispalvelut, yhteisöasuminen, kuntoutumisvalmius	
<b>Sivumäärä</b> 57 + 7	<b>Kieli</b> suomi
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>	
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b> Anne Ulmanen	<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b> Mikkelin kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimi, Mielenterveys- ja päihdetyö

## DESCRIPTION

 <p style="font-size: 24pt; font-weight: bold; margin: 0;">MAMK</p> <p style="margin: 0;">University of Applied Sciences</p>	<p><b>Date of the bachelor's thesis</b></p> <p>1.12.2015</p>
<p><b>Author(s)</b> Kontoniemi, Mervi</p>	<p><b>Degree programme and option</b> Nursing Degree Programme</p>
<p><b>Name of the bachelor's thesis</b> The way back home – Housing of the mental health rehabilitees</p>	
<p><b>Abstract</b></p> <p>The purpose of this thesis was to describe different practical policies in the field of mental health rehabilitees housing. The mental health rehabilitation and housing services are on developing stage – from institutional care to independent or supported housing. It is recommended that most people with mental health conditions should have possibilities to live their own home. Rehabilitees are supported towards independent life. In Finland there are eg. supported housing, community-based housing and two levels of service housing.</p> <p>The goal of the thesis was to perform good practises in housing and rehabilitation of people with mental health conditions. The results can be utilized when developing housing services and rehabilitation methods.</p> <p>The thesis consists of two different parts. First part creates a theoretical ground to the subject. The second part is a systematic literature review and its analysis. The literature material was limited into six different studies. Questions for the thesis were: 1<sup>st</sup>, What kind of skills and ability does the rehabilitee need in his/her living and housing? 2<sup>nd</sup>, How can we help? 3<sup>rd</sup>, What are the factors that motivate and encourage the rehabilitees in their lives? In addition to literature review there was made a half-structured interview for four mental health rehabilitees living in community-based housing.</p> <p>As results of the thesis we gained information for the needs of the mental health rehabilitees in their own housing. We also gained knowledge on how to help people with housing and rehabilitation. Perhaps we had a slight idea on the meaning of the readiness to rehabilitate. One must honour and believe that the rehabilitee is the best expert in his/her own life. Housing and related services must be methodical and with goals. Many rehabilitees need simply social support: someone who listens and can talk to, with whom to go outside and spend some time. Mental health field needs more people: support persons, volunteers, peer supporters and friends.</p> <p>In the future, it would be interesting to study and build local associations with different formal and informal activities and services.</p>	
<p><b>Subject headings, (keywords)</b> mental health rehabilitees, mental health rehabilitation, housing services, community-based housing, readiness for rehabilitation</p>	
<p><b>Pages</b> 57 + 7</p>	<p><b>Language</b> Finnish</p>
<p><b>Remarks, notes on appendices</b></p>	
<p><b>Tutor</b> Anne Ulmanen</p>	<p><b>Bachelor's thesis assigned by</b> Mikkeli district social- and healthcare, mental health and substance abuse care</p>

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	2
2	TIE MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAKSI .....	3
	2.1 Mielenterveys ja hyvinvointi .....	3
	2.2 Mielenterveyskuntoutuja .....	5
	2.3 Mielenterveyskuntoutus.....	6
3	MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIEN ASUMISESTA .....	10
	3.1 Asumisen järjestäminen ja kehittäminen .....	10
	3.2 Asumisratkaisuja .....	12
4	TOIMEKSIANTO.....	19
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSET .....	22
6	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	22
7	TULOKSET .....	28
	7.1 Mitä taitoja tarvitaan omassa asumisessa?.....	29
	7.2 Asuminen ja sen tuki, miten voidaan auttaa?.....	36
	7.3 Mikä motivoi ja kannustaa mielenterveyskuntoutujaa? .....	44
8	LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	49
9	POHDINTA .....	51
	LÄHTEET .....	54
	LIITTEET	
	1 Haastattelukysymykset	
	2 Kirjallisuuskatsaus	
	3 Analyysi	

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla jo olemassa olevia toimivia käytänteitä mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyen ja tavoitteena on esittää hyviä käytäntöjä asumisen kehittämiseen. Opinnäytetyön tilaaja on Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen mielenterveys- ja päihdepalvelut. Se liittyy Suomessa toteutettuun mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishankkeeseen. Aihe on juuri nyt ajankohtainen ja tärkeä, kun mielenterveyspalveluja ollaan kehittämässä perus- ja avohoitopainotteiseksi, erikoissairaanhoidon ja laitoshoidon vähentämiseksi.

Toisessa luvussa aihetta alustetaan kuvaamalla mielenterveyden ja hyvinvoinnin olemusta ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Seuraavaksi perustellaan henkilöiden psyykkisten häiriöiden, mielenterveysongelmien syntymistä erilaisten kuormittavien, altistavien ja laukaisevien tekijöiden yhteisvaikutuksena. Edelleen pyritään kuvaamaan mielenterveyskuntoutujaa kuntouttavien ja asumispalvelujen tarvitsijana sekä hänen rooliaan omassa kuntoutumisprosessissaan. Mielenterveyskuntoutuksen määritelmää ja merkitystä pyritään selittämään, käydään lyhyesti läpi kuntoutumisvalmiuden ja psyykoedukaation käsitteitä ja merkityksiä.

Kolmannessa luvussa kiinnitetään huomio mielenterveyskuntoutujien asumiseen. Mielenterveyslaki (1116/1990) ja sosiaalihuoltolaki (1301/2014) velvoittavat järjestämään mielenterveyskuntoutujille asianmukaista asumispalvelua ja sen yhteyteen tarvittavaa kuntouttavaa toimintaa. Esitellään tiivistetysti asumiseen liittyviä ohjeistuksia ja suosituksia. Seuraavaksi kuvaillaan lyhyesti joitain opiskelijan poimimia asumisratkaisuja Suomessa: Tampereen mallia, Sopimusvuoren terapeutista yhteisöä, Iideshovia, hajautetun asumispalvelun mallia, Matti-kuntoutusmallia sekä Imatran ja Joensuun seudun (Salo & Kallinen 2007) asumispalveluja. Samassa luvussa kuvataan myös klubitalotoimintaa, jonka merkitys mielenterveyspalveluissa on kunnissa koettu myönteiseksi.

Opinnäytetyö on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena, ja sen aineisto on analysoitu laadullisella analyysillä. Aineiston analyysiä täydentää tehdyt mielenterveyskuntoutujien haastattelut.

## 2 TIE MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAKSI

### 2.1 Mielenterveys ja hyvinvointi

WHO:ssa määritellään mielenterveyttä hyvinvoinnin tilana. Mielenterveys on keskeinen kokonaisterveyden osatekijä; siihen liittyy niin fyysinen, henkinen kuin sosiaalinenkin hyvinvointi. Mielenterveys on muutakin kuin mielenterveyshäiriöiden ja vaja-uuksien poissaolemista. Mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa henkilö pystyy tiedostamaan omat kykynsä ja selviytyy elämänsä arjessa ja sen normaalissa stressissä, pystyy työskentelemään ja olemaan osallisena häntä ympäröivässä yhteisössä. Mielenterveys ja henkilön hyvinvointi ovat keskeisiä tekijöitä inhimillisenä olentona olemisessa, siihen kuuluu niin kollektiivisuus kuin yksilönä oleminen, kyky ajatella, tuntea, olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa, oman eläntönsä ansaitseminen ja elämästä nauttiminen. (WHO 2014.)

Mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä on jaettu (STM 2004) neljään ryhmään:

1. Yksilölliset tekijät ja kokemukset, mm. biologiset tekijät, kokemukset, tunteet, omat voimavarat, käsitys itsestä, itseluottamus, stressinsieto- ja sopeutumiskyky, fyysinen terveys jne.
2. Sosiaalinen tuki ja vuorovaikutus: varhaisesta vuorovaikutuksesta omiin vanhempiin, laajentuen perheeseen ja elinympäristöön (esim. päiväkot-, koulu-, työ- ja harrastusympäristöt ja -yhteisöt).
3. Yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit, esim. toimeentulo, mahdollisuudet tehdä työtä, asumisolot, mahdollisuudet kouluttautua jne.
4. Kulttuuriset arvot, mm. tasa-arvoisuus ja ihmisoikeudet, turvallisuus ja erilaisuuteen suhtautuminen.

(Kuhanen ym. 2013, 19 - 20.)

Mielenterveyteen vaikuttavissa tekijöissä on jokaisella henkilöllä sekä mielenterveysongelmille altistavia ja laukaisevia tekijöitä että mielenterveyttä uhkaavia ja toisaalta suojaavia tekijöitä. Kyse on tavallaan tasapainoilusta kantavien ja kuormittavien tekijöiden välillä. (Kuhanen ym. 2013, 21 - 22; Lönnqvist ym. 2013, 13 - 14; Rissanen 2007, 26 - 30.)

Mielenterveyttä suojaavia henkilöön itseensä liittyviä sisäisiä tekijöitä voi olla esim. hyvä fyysinen terveys ja itsetunto, hyväksytyksi tuleminen tunne, kyky ratkaista ongelmia ja solmia ihmissuhteita. Ulkoisia suojaavia tekijöitä henkilöllä voi olla esim. turvattu toimeentulo ja työpaikka, turvallinen elinympäristö ja kouluttautumismahdollisuudet. (Lönnqvist ym. 2013, 28.)

Henkilön psyykkisen häiriön syntymistä voidaan selittää esim. erilaisten laukaisevien ja/tai altistavien tekijöiden yhteisvaikutuksena, niitä voi olla mm. suuri stressi, perimä, oman minän ja persoonallisuuden kehitys ja ympäristötekijät (Lönnqvist ym. 2013, 13 - 14). Samaa tarkoittaen puhutaan nk. stressi-haavoittuvuusmallista. Mallin mukaan mielenterveysongelmien kehkeytymiseen tai kehkeytymättömyyteen henkilöllä vaikuttaa yhtäältä suojaavia tekijöitä ja toisaalta altistavia/haavoittavia tekijöitä ja kuormittavaa stressiä. Näiden yhteisvaikutuksesta henkilö voi sairastua psyykkisesti. Mallissa kuvataan nk. haavoittuvuusraja, joka on jokaisella henkilöllä yksilöllinen. Rajan yli mentäessä alkaa henkilö oirehtia tai oireet paheta. Ihmisen stressin ja haavoittavien tekijöiden sietokyky vaihtelee, samoin kuin tapa reagoida. (Kuhanen ym. 2013, 23 - 25.) Haavoittuvuus-stressimalli voi auttaa kuntoutujaa ymmärtämään sairastumisen syntymistä ja siten pyrkiä kohti vähemmän haavoittava elämänhallintaa (Mielenterveystalo 2015).

Ketään ei voida määritellä mielenterveyshäiriöiden suhteen täysin terveeksi tai sairastuneeksi. Vaikeistakin mielenterveyden häiriöistä kärsivä kykenee toimimaan ainakin jollain tasolla tai elämän alueella. (Lönnqvist ym. 2013, 16; Rissanen 2007, 23.) Mielenterveys tai sen häiriintyminen ei ole pysyvää vaan ajassa muuttuvaa. Jokaisella henkilöllä on hyviä ja huonoja kausia, mielenterveydessä voi olla pienempiä tai suurempia säröjä, voimavarat ja toimintakyky ovat yksilöllisiä ja vaihtelevia ajassa. (Rissanen 2007, 23.)

Mielenterveyden häiriöihin kuuluu toimintakyvyn laskua ja joskus myös menettämistä joillain elämän alueilla (esim. työkyvyn tai sosiaalisten taitojen menetystä), kärsimyksen kokemuksia ja siten elämänlaadun huonontumista (Lönnqvist ym. 2013, 13).

Mielenterveyshäiriön vuoksi työkyvyttömyyseläkepäätöstä haki Suomessa vuonna 2011 yhteensä 7915 henkilöä, myöntävän päätöksen sai 5619 henkilöä. Masennuksen vuoksi myönteisen päätöksen sai 3129 ja skitsofrenian vuoksi 872 henkilöä. (Tauluk-

ko 1.) Mielenterveyshäiriö on toiseksi yleisin syy hakea työkyvyttömyyseläkepäätöstä. (Gould & Nyman 2012, 14 - 15.)

**TAULUKKO 1. Yleisimpien mielenterveyshäiriöiden vuoksi haetut ja myönteiset työkyvyttömyyseläkepäätökset Suomessa vuonna 2011 (mukailtu Gold & Nyman 2012, 15)**

Mielenterveyshäiriö	Haetut päätökset	Myönteiset päätökset	Myönteiset päätökset % hake- muksista
<b>lääkkeiden ja päih- teiden aiheuttamat</b>	393	189	48 %
<b>skitsofrenia ym.</b>	959	872	91 %
<b>kaksisuuntainen mielialahäiriö</b>	774	642	83 %
<b>masennus</b>	4173	3129	75 %
<b>neuroottiset häiriöt</b>	699	321	46 %
<b>älyllinen kehitys- vammaisuus</b>	276	108	39 %
<b>yhteensä</b>	7274 (n=7915)	5261 (n=5619)	

## 2.2 Mielenterveyskuntoutuja

Mielenterveystyön perustaksi on määritelty ”*ihmisen terveys, ihmisarvo ja voimavarat*”. Tällä tähdennetään nimenomaan henkilön mahdollisuuksia, ei sairauksia ja niiden diagnooseja. (Etene-julkaisuja 2011, 7.)

Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitetaan tässä yhteydessä työikäistä henkilöä, joka tarvitsee kuntouttavia palveluja ja omaan asumiseensa liittyviä palveluja tai apua ja jolla on toimintakykyä heikentävä mielenterveyden häiriö (Asumista ja kuntoutusta 2007, 13).

Mielenterveyskuntoutuja on aiemmin ymmärretty erilaisten kuntoutus- ja asiantuntijapalveluiden kohteena, kuntoutujan roolin muuttuessa vähitellen aktiiviseksi omaa toimijuutta korostavaksi (Lönnqvist ym. 2013, 16; Koskisuu 2004, 13). Mielenterveysongelmista kärsiviä on pidetty hoidosta riippuvaisina, kyvyttöminä, avuttomina ja



harkintakyvyttöminä (Koskisuus 2004, 13). Lönnqvistin ym. (2013, 16) mukaan aktiivista toimijuutta voi estää kuntoutujan vaikeudet sisäistää itseään ja omia asioitaan sekä vuorovaikutukselliset vaikeudet ja leimautuminen ympäristössä.

Erilaisia kuntoutustarpeita aiheuttavia mielenterveyden häiriöitä voi olla kaikissa psykiatrisen tautiluokituksen ryhmissä (ICD-10, F00-F99), riippuen oireilun voimakkuudesta ja toimintakyvyn laskemisen tasosta. Näitä häiriöitä voi olla esim. elimelliset aivosairaudet ja oireyhtymät, kemiallisten aiheiden käytöstä johtuvat aivojen toimintakyvyn ja käyttäytymisen häiriöt ja päihdehäiriöt, psykoosit, mielialahäiriöt, neuroottiset häiriöt ja pelkotilat sekä syömishäiriöt. (Lönnqvist ym. 2013, 13.)

Mielenterveyshäiriönsä diagnoosin saaminen voi helpottaa henkilön oireiden ja toimintakyvyn laskun ymmärtämistä ja sairauden mahdollista kulkua ja siten auttaa suunnittelemaan ja toteuttamaan hoitoa ja kuntoutusta. Tutkimuksellisesta näkökulmasta diagnostiikan käytölle on perusteita, kun arvioidaan ja vertaillaan eri toimijoiden toimintatapoja ja tuloksellisuutta. (Rissanen 2007, 24; Lönnqvist 2013, 47 - 49.) Kuntoutuksessa tulisi pyrkiä ymmärtämään sairastuneen minän kehitystä, omaa yksilöllistä elämänkulkua ja -tapoja sekä ihmissuhteita (Rissanen 2007, 23).

### **2.3 Mielenterveyskuntoutus**

Kuntoutus ja edelleen mielenterveyskuntoutus on käsitteenä hyvin laaja, moniselitteinen ja ajan kuluessa muuttuva (Koskisuus 2004, 10). Kuntoutuksena voidaan käsittää kaikkea toimintaa, joka tähtää sairaudesta tai vammautumisesta aiheutuvista toiminnanvajavuuksista ja rajoituksista parantumiseen ja toimintakyvyn palautumiseen sairastumista tai vammautumista edeltävälle tasolle. Pelkän diagnoosinäkökulman lisäksi kuntoutumista tulee tarkastella ja toteuttaa myös kuntoutujan resursseista ja voimavaroista käsin. Vielä laajemmin ymmärrettynä kuntoutus voi liittyä henkilön itse sairaudesta toipumiseen ja hänen mielenterveyttä uhkaaviin ja suojaaviin tekijöihin sekä ympäristöön vaikuttamiseen. Mitään näistä kolmesta näkökulmasta ei voida yksinään hyödyntää kuntoutustoiminnassa (diagnoosilähtöisyys, voimavaralähtöisyys ja ympäristöön vaikuttaminen); niiden tulisi liittyä saumattomasti toinen toisiinsa. (Koskisuus 2004, 11 - 12.)

Järvikoski (1995; 1998) on määritellyt mielenterveyskuntoutusta kuntoutujan ”*elämänhallinnan suunnitelmallisena ja monialaisena toimintana ja yhteiskunnan muutoksiin sopeutuvana ja reagoivana toimintana*”. Mielenterveyskuntoutuksen keskiössä on kuntoutuja itse: hänen elämänhallintansa, projektinsa ja osallisuutensa ja jäsenyytensä ympäröivässä yhteisössä. (Koskisuus 2004, 12 - 13.)

Kuntoutumiseen kuuluu hyvä asuminen ja siihen liitettävä tarvittava tuki ja apu, taloudellinen turva sekä mahdollisuus itsensä toteuttamiseen (työ, opiskelu, harrastukset, ihmissuhteet). (Etene-julkaisuja 2011, 7.) Asumispalvelujen kehittämissuosituksessa mielenterveyskuntoutusta on määritelty kuntouttajan itsensä kanssa tehdyllä palvelujen kokonaisuudella, jota kuvaa kuntouttavuus, yksilöllisyys, monialaisuus ja tarpeiden mukaisuus (Asumista ja kuntoutusta 2007, 13).

Peltomaan (2005, 4) mukaan kuntoutuksen tehtäviä ovat toivon luominen paremmasta, tiedon antaminen sairaudesta, kuntoutumisesta ja kuntoutuksen erilaisista toteutustavoista sekä kuntoutujan omien taitojen ja resurssien kokeilemisen mahdollistaminen. Perhon (2001) mukaan kuntoutuksen viitekehys on muutoksessa; ehkäisevät toimet, hoito ja kuntoutus lähenevät toisiaan ja ovat kiinteässä suhteessa toisiinsa. Esim. skitsofreniassa tulee hoidossa ottaa huomioon koko ajan sekä hoidollinen että kuntouttava näkökulma. (Rissanen 2007, 11.)

Kuntoutuksen tulee aina olla tavoitteellista ja suunnitelmallista. Kuntoutumisen alussa, kun kuntoutuja ei itse vielä pysty tai tahdo tavoitteita määrittellä, lähdetään tavoittelemaan kuntoutumisvalmiuden kehittymistä. Tavoitteeksi asetetaan siten omien tavoitteiden löytyminen. (Koskisuus 2004, 19, 127.) Kuntoutussuunnitelma tulee tehdä siinä paikassa, missä kuntoutuja kulloinkin on, kirjallisena ja kuntoutujalähtöisesti hänen kanssaan. Tulee pitää huolta siitä, että kuntoutussuunnitelma on aidosti kuntoutustyötä ohjeistava työväline eikä vain arkistoitava, esim. kuntoutustukien saamiseksi tehtävä asiakirja. Kuntoutumiseen sitoutumisen edellytyksenä on, että sekä kuntoutujan sekä auttajatahon tulee olla perillä kuntoutussuunnitelman sisällöstä ja kuntoutumisen tavoitteista. Kuntoutujan tulee itse määrittää omat tavoitteensa, jotta hänen osallisuutensa kuntoutumisen prosessissa toteutuu. (Koskisuus 2004, 19 - 20.)

Suunnitelmaan kirjattujen keinojen avulla kuntoutuja pyrkii asettamiinsa tavoitteisiin, esim. lisäämään elämänhallintaa, voimavaroja ja toimintakykyä. Kuntoutuja itse on

aktiivinen oman elämänsä asiantuntija, ymmärtäjä, suunnittelija, rakentaja – toimija. Työntekijä antaa ammattitaitonsa ja tietonsa kuntoutujan käyttöön: kuuntelee, ymmärtää, selventää ja auttaa kuntoutujaa löytämään oma tahtonsa, tavoitteensa ja omat keinot niiden toteuttamiseksi. (Koskisuu 2004, 22.)

Yksilön näkökulmasta kuntoutuksella voidaan tavoitella esim. toimintakyvyn palautumista, sairaudesta koituneiden haittojen minimoimista, hyvinvointia, onnellisuutta yleensä, itsenäisyyttä ja osallisuutta ympäröivään yhteisöön ja tämän päivän yhteiskuntaan. Yhteiskunnallisen näkökulman mukaan kuntoutuksessa tähdätään yksilön tuottamiskyvyn ja työvoimana olemisen palautumiseen ja toisaalta menojen säästämiseen. Edellä mainittujen tavoitteiden yhteensovittamisessa voi olla haastetta, ne eivät ristiriidattomasti aina täydennä ja tue toisiaan. Tarjottavissa ja tuotettavissa kuntoutuspalveluissa tulee eettisyyden, korkeatasoisuuden ja tuottavuuden kohdata, yhtäältä palvelulla kuntoutujan hyvää ja toisaalta yhteiskunnan hyötyä. (Koskisuu 2004, 10 - 11.)

### **Kuntoutumisvalmiudesta**

Mielenterveysongelmien kanssa painiva henkilö ei aina itse ole orientoinut kuntoutumaan. Kuntouttamista ei voida vain alkaa työstämään ja toteuttamaan henkilön ulkopuolelta käsin. Kuntoutujan on tarpeen itse kokea halua muutokseen ja kuntoutumiseen ja sitoutua omaan kuntoutumiseensa; vasta silloin voidaan odottaa kuntoutukselle tuloksia. (Koskisuu 2004, 92 - 118)

Peltomaa (2005, 4) on lisensiaattitutkimuksessaan tutkinut kuntoutusvalmiuden käsitettä ja sen muodostumiseen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen tuotoksena syntyi kyselylomake kuntoutujalle hänen kuntoutumisvalmiutensa selvittämiseksi. Kyselylomaketta voidaan käyttää työvälineenä, kun suunnitellaan kuntoutujalle tarkoituksenmukaista mielenterveyskuntoutusta.

Kuntoutumisvalmius -käsitettä olivat alkujaan kehittäneet yhdysvaltalaisen kuntoutuskeskuksen tutkijat (Center for Psychiatric Rehabilitation) yhteistyössä Bostonin yliopiston kanssa ja Suomeen on käsitteen tuonut Jari Koskisuu (Peltomaa 2005, 6). ”Kuntoutumisvalmiudella tarkoitetaan kuntoutujan kykyä asettaa omaa elämäänsä koskevia kuntoutustavoitteita” (Koskisuu 2004, 93). Siihen liittyy pyrkimys havaita,

milloin kuntoutuja on valmis muutokseen, asettamaan tavoitteita ja sitoutumaan niihin (Koskisuus 2004, 92). Nämä asiat ovat tarpeen todellisen kuntoutumisen prosessin liikkeelle lähtemiseen.

Kuntoutumisvalmiuden kehkeytymisen kannalta on tärkeää tunnustaa kuntoutujan asiantuntijuus hänen omassa kuntoutumisprosessissaan, kannustaa positiiviseen muutokseen ja toimia vuorovaikutuksessa voimavarakeskeisesti ja kulloisenkin tilanteen mukaan joustuen (Peltomaa 2005, 4). Kuntoutumisvalmius syntyy ja kehittyy vuorovaikutuksessa ja on suhteessa johonkin tiettyyn asiaan tai asiakokonaisuuteen ja sen muutostarpeeseen (Koskisuus 2004, 94). Esimerkkinä tästä voisi olla kuntoutujan halu tulla toimeen itsenäisesti tai tuen avulla omassa asumisessaan.

Kuntoutumisvalmiuden syntymisessä on merkityksellistä myös kuntoutujan ja elinympäristön vuorovaikutus. Kuntoutumisvalmiutta ja kuntoutumista voi tukea ja mahdollistaa turvallinen, yhteisöllinen ja suvaitsevainen elinympäristö, kun päinvas-taiset puitteet voivat olla niiden esteenä. (Peltomaa 2005, 4.) Turvaton, välinpitämätön, sulkeutunut ja erilaisuutta vieroksuva elinympäristö voi olla kuntoutumisvalmiuden ja kuntoutumisen esteenä.

### **Psykoedukaatiosta**

Psykoedukaatiota nimitetään myös koulutukselliseksi terapiaksi. Se on alun perin kehitetty psykoosiin sairastuneiden ja heidän läheistensä auttamiseksi, toimintatapaa voidaan hyödyntää muussakin mielenterveyshäiriöiden kuntoutustyössä. Psykoedukaatiota voi hyödyntää ryhmissä, yksilötyössä tai omahoidossa. (Mielenterveystalo 2015.)

Psykoedukaatio auttaa elämään sairauden ja pitkäaikaisoireiden kanssa ja löytämään omia hallintakeinoja oireille. Erityisesti psykoosisairaudella on oireiden vaikeuduttua todellisuudentajua heikentävä vaikutus, ja tällöin avun hakemisessa voi olla häiritseviä tekijöitä. Siksi tärkeää on hakea apua hyvissä ajoin oireiden ilmaannuttua. Omien ennakko-oireiden ja stressitekijöiden tunnistaminen on tärkeää, kun halutaan välttää oireiden ja sairauden pahentumisvaihe. Psykoedukaatiossa ohjataan kuntoutujaa laatimaan henkilökohtainen oireidenhallinta- ja kriittisiä tilanteita varten hätäsuunnitelma.

Tavanomaisia oireidenhallintakeinoja on stressin vähentäminen sekä lääkityksestä ja perustarpeista huolehtiminen (ravinto ja lepo). (Mielenterveystalo 2015.)

Kuntoutujan ja hänen perheensä tai läheisensä opettamisen ja ohjaamisen tavoitteina on psykoedukaatiossa (Rissanen 2007, 68)

- tuoda tietoa sairaudesta, oireista ja hoitomuodoista
- antaa selviytymiskeinoja: ongelmanratkaisutaitoja, stressinhallintaa ja sosiaalista tukea
- yleisiin asenteisiin vaikuttaminen, sairauden normalisoiminen ja häpeän leiman hälventäminen

Kieseppän ja Oksasen mukaan (2013) psykoedukaatio on perhetyöhön yhdistettynä yksi vaikuttavimmista psykoosien hoitomuodoista. Se lisää hoitomyönteisyyttä ja vähentää uusien sairaalajaksojen tarvetta. Psykoedukaatio tulee sisällyttää psykoosien hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuuteen. (Kieseppä & Oksanen 2013.) Tarkoituksena ei ole pelkästään tiedon antaminen vaan vuorovaikutuksellisen suhteen luominen hoitavan ja kuntouttavan tahon ja potilaan ja omaisten kanssa, ei vain periaatteella asiantuntija - kuulija (Rissanen 2007, 66 – 67; Kieseppä & Oksanen 2013). Hoitavan ja/tai kuntouttavan tahon ja kuntoutujan ja hänen läheistensä kesken käydään tasavertaista vuoropuhelua psykiatrisen hoitoajattelun ja maallikkoajattelun välillä (Rissanen 2007, 67).

Psykoedukaatiolla on seuraavia sisältöjä: (Mielenterveystalo 2015; Kieseppä & Oksanen 2013)

- perustietoa sairaudesta, sairastumisen syistä
- Tietoa hoidosta, kuntoutuksesta ja toipumisesta
- haavoittuvuus-stressimalliin tutustuminen
- omien pitkäaikaisoireiden tunnistaminen ja hallitseminen
- pahenemisvaiheen (varomerkkien) oireiden tunnistaminen ajoissa

### **3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN ASUMISESTA**

#### **3.1 Asumisen järjestäminen ja kehittäminen**

Mielenterveyslaki määrittää mielenterveyskuntoutujan asumista. Mielenterveyskuntoutujalle veloitetaan järjestämään hänen tarvitsemansa tuki- tai palveluasuminen. Asumiseen tulee liittää kuntouttava toiminta - lääkinnällinen ja/tai sosiaalinen kuntoutus. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 5 §.) Hyvän mielenterveystyön periaatteissa korostuu tässä yhteydessä turvallisen ja terveellisen elinympäristön luominen sekä kuntoutujan auttaminen selviytymään omassa elämässään mahdollisimman omatoimisesti ja itsenäisesti, luottamuksellisessa ja pysyvässä hoitosuhteessa. (Etene-julkaisuja 2011, 5.)

Sosiaalihuoltolain mukaan kunnan on järjestettävä asumispalveluja (tuettu asuminen tai palveluasuminen tai tehostettu palveluasuminen) niille henkilöille, jotka tarvitsevat asumisessa ja asumisen järjestämisessä erityisesti apua (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 14, 21 §). Sosiaaliasetuksen mukaan itsenäistä asumista tai siihen siirtymistä tulee tukea sosiaalityöllä ja muilla sosiaalipalveluilla (Sosiaaliasetus 1983, 10 §).

Hallituksen asuntopoliittisen toimenpideohjelman yhdeksi painopistealueeksi vuonna 2012 on määritelty niiden henkilöiden asuminen, jotka tarvitsevat siinä erityistä tukea. Heitä ovat esim. pitkäaikaisesti asunnottomana olleet, kehitysvammaiset, ikääntyneet sekä mielenterveyskuntoutujat ja päihdeongelmaiset. (Asuntopoliittinen toimenpideohjelma 2012.)

Mielenterveyspalveluja ollaan kehittämässä perus- ja avohoito painotteisiksi, entisen erikoissairaanhoidon ja laitoshoitopainotteisuuden vähentämiseksi. Avopalveluja painotetaan taloudellisista, inhimillisistä ja hoidollisista syistä. Taloudellisilla syillä tarkoitetaan erikoissairaanhoidon korkeampia kustannuksia ja hoidon tarpeen lisääntymistä (mielenterveysongelmien lisääntymistä väestössä). Inhimillisestä ja hoidollisesta näkökulmasta katsottuna avohoito on lähempänä ihmisen tavallista arkea, palvelumuodot ovat moninaisempia ja vaikuttavampia. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012, 42 - 43.)

Mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyviä yhteneväisiä ohjeistuksia ja suosituksia on antanut ainakin STM, ARA ja Valvira (Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen 2012, 12). Suositukset koskevat asumisyksiköiden kokoa, sijaintia ja yhteisessä käytössä olevia tiloja sekä yksittäisen asukkaan huoneen /asunnon kokoa ja varustusta (taulukko 2) (esim. Valviran valvontaohjelma 2012, 20 - 21).

**TAULUKKO 2. Mielenterveyskuntoutujien asumisen suositukset (mukailtu Asumista ja kuntoutusta 2007, 24 - 26 ja Valviran valvontaohjelma 2012, 20 – 21)**

<b>asumisyksikkö</b>	<b>enintään 15 asukasta</b>
<b>sijainti</b>	lähellä palveluja taajamassa, kuntoutujan kotikunnassa; ei erityisryhmien keskittyminä alueella, ei kuntoutujan lähettämistä vieraalle paikkakunnalle (vain toiveestaan)
<b>yhteiset tilat</b>	turvallisuus ja esteettömyys, asukasta kohti (henkilökohittaiset tilat mukaan lukien) n. 40 m <sup>2</sup>
<b>asukkaan huone</b>	yhdelle henkilölle vähintään 15 m <sup>2</sup> vanhat, 20 m <sup>2</sup> uudet rakennettavat kahdelle henkilölle vähintään 30 m <sup>2</sup>
<b>asukkaan erillinen asunto</b>	35 – 40 m <sup>2</sup>
<b>varustus</b>	kuten tavanomaisessa asuntokannassa: sisältyy wc, peseytymistilat ja ruuanvalmistustila

ARA:lta voidaan hakea vuokrataloille investointiavustusta, kun tarkoituksena on erityisryhmien asuinolojen parantaminen vanhoja saneeraamalla tai uudisrakentamalla. Avustusten myöntämisen tarkoituksena on lisätä vuokra-asuntokantaa, joka soveltuu erityisryhmien käyttöön ja joissa asuminen on kohtuullisen hintaista. Valituksi tulevien avustettavien kohteiden tulee täyttää määritetyt arviointikriteerit, jotka liittyvät mm. erityisryhmien kunnissa todennettuun tarpeeseen asunnoista, asumisratkaisujen erilaisiin laatukriteereihin sekä taloudellisuuteen. (ARA 2012, 9, 14 - 17.)

Mielenterveyskuntoutujan asumisessa tavoitteena on, että kuntoutuja pystyy asumaan omassa kodissaan ja palaamaan sinne mahdollisen hoitojakson jälkeen. Kotona asuminen parantaa kuntoutujan elämänlaatua ja on muita asumisratkaisuja taloudellisempaa. (Asumista ja kuntoutusta 2007, 18.)

### **3.2 Asumisratkaisuja**

Asumisen malleja on kehitelty eri puolilla Suomea yhteistyössä kuntien, kaupunkien ja palveluntuottajien kanssa. Seuraavassa esitetään muutamia poimintoja erilaisista asumispalveluratkaisuista mielenterveyskuntoutujille.

### **Tampereen malli**

Tampereella on kehitetty tuetun asumisen mallia (aiemmin psykiatrinen kotikuntoutus) kokeilussa vuosina 2013 - 2015 ja malli koskee mm. mielenterveyskuntoutujien (sekä muiden erityisryhmien) vuokra-asumista ja siihen liitettävää tarvittavaa tukea. Mallia on kehitetty yhteistyössä mm. Tampereen kaupungin ja Sopimusvuori ry:n kanssa aikaisempina hankkeena 2010 - 2012 (Nyberg 2015, 2). Kaupungin omistuksessa olevat kaksi vuokrataloyhtiötä vuokraa osan tavanomaisesta asuntokannasta mielenterveyskuntoutujille ja heille järjestetään tarvittava tuetun asumisen palvelu. Tuettu palvelu järjestetään sillä ajatuksella, että se on määräaikainen, asuminen tuen loputtua voi jatkua samaisessa asunnossa. Tuen intensiteettiä lisätään tai vähennetään asiakkaan avuntarpeiden mukaan (perus-, vahva- tai intensiivinen tuki). Prosessissa on mukana useita eri toimijoita: vuokrataloyhtiöt, tuleva asukas, asiakasohjausorganisaatio (suosittelee asunnon vuokraamista tietyille asiakkaalle), aikuissosiaalityö sekä tuetun asumisen yksityiset palveluntuottajat. (Törmä ym. 2014, 55 - 56.)

Toimintamallissa on hyödynnetty pykoedukaatiota työkeinona – asiakas osallistuu ja on aktiivinen omassa asumisessaan ja kuntoutumisessaan. Hän saa tietoa psyykkisestä oireilusta ja oireiden hallinnasta. Kuntoutujaa on ohjattu selviytymään arjessa ja myös vointinsa heikentyessä. Asiakastyössä on hyödynnetty myös nk. vuorovaikutteista teknologiaa, kotikäyntien ja muiden tapaamisten lisäksi yhteyttä on pidetty kuvapuhelun – Kotiruudun – avulla. (Nyberg 2015, 2 – 3; Ruuth ym. 2013, 2.) Asumispalveluja on hankittu Tampereen seudulla seitsemältä yksityiseltä palveluntuottajalta (Nyberg 2015, 3).

On arvioitu, että tämä tuetun asumisen malli on laadukasta, vaikuttavaa ja kustannustehokasta – verrattuna aiempiin palveluihin. Toiminnassa on toteutunut asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden tarpeiden yksilöllinen huomiointi. Hankkeessa olevien aktiivisuus ja sosiaalinen kanssakäyminen oli lisääntynyt. Asiakasmäärien noustessa yli puolella (2012) kustannukset ovat nousseet noin kymmenyksen. (Nyberg 2015, 2.) Tampereella oli vuonna 2013 yhteensä 624 mielenterveyskuntoutujaa erilaisissa asumispal-



veluissa. Heistä 60 % asui tuetussa tai tukiasumisessa ja 40 % palveluasumisessa. (Nyberg 2015, 3; Vartiainen 2014, 18.)

### **Sopimusvuoren terapeutit yhteisöt**

Sopimusvuori on aloittanut toimintansa vuonna 1970 yhdistysmuotoisena. Toiminnassa tärkeänä on kirjattu mielenterveyskuntoutus ja sairaalakeskeisyyden purkaminen. Se on tullut tunnetuksi Suomessa ensimmäisenä terapeuttisena yhteisönä. (Sopimusvuori 2015.) Tampereen seudulla toimiva Sopimusvuori kuvaa tuettua asumistoimintaansa psykiatrisena kotikuntoutuksena. Kuntouttavana muotona toiminnassa on nk. terapeutit yhteisöt, joiden toimintaan kuuluu mm. henkilökunnan ja asukkaiden yhdessä työskentely, tasa-arvoisuus ja yhteinen päätöksenteko, vuorovaikutus, avoimuus ja sallivuus. (Sopimusvuori 2015.) Salo (2010, 40) tuo esiin myös mahdollisia varjopuolia: *”Suljettua yhteisöelämää ja pakotettua yhteisöllisyyttä suositaan yksilöllisyyden ja yksilöllisten tarpeiden kustannuksella”*.

### **Iideshovi**

Iideshovi (omistaja Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry.) Tampereella on tukiasumisyksikkö mielenterveyskuntoutujille, yksikössä on 16 erillistä vuokra-asuntoa ja samassa rakennuksessa toimintakeskus. Uusi asukas tekee tukiasuntoon muuttaessaan vuokrasopimuksen porrastaen, ensin 3 kuukaudeksi, sitten ½ vuodeksi ja sen jälkeen toistaiseksi voimassaolevana. Asumisessa tulee noudattaa normaaleja vuokra-asumisen sääntöjä, muita rajoitteita ei ole. Asumisen tuki on säännöllisiä kotikäyntejä, tukea ja apua kodinhoitoon ja arjen pyörittämiseen ja asiointiapua kodin ulkopuolelle. Toimintakeskuksessa voi osallistua ryhmätoimintaan arkisin klo 9 - 16. Tavoitteena on, että asukkaat siirtyvät yksiköstä vähemmän tuettuun itsenäisempään asumiseen. (Törmä ym. 2014, 49.)

### **Hajautetun asumispalvelun malli**

Aspa-palvelut Oy (omistaja Aspa-säätiö) on kehittänyt nk. hajautetun asumispalvelun mallin. Avainsanoja mallissa voisi olla esim. ympäristöön sulautuminen, pysyvä asuminen ja rauhallinen asuinseutu. Asukkailla on tavallisia asuntoja tavanomaisessa asuinympäristössä. Asuntoryhmät pidetään pieninä, ja ne sulautuvat muuhun asutuk-

seen. Palvelu muodostuu asiakkaan kulloisenkin tarpeen mukaan, kotikäyntikertoja sovitaan tarpeiden mukaan. Asuminen on pysyvää. Asumispalvelujen kokonaisuus muodostuu palveluasumisesta, tuetusta asumisesta, kotiin vietävästä avusta ja tuesta, ryhmätoiminnasta, 24/7 puhelinpäivystyksestä ja tarvittaessa psykiatrin palveluista. Fyysisiä tiloja ovat yhteistila (ryhmätoiminnoille ja henkilökunnan tukikohtana) keskeisellä paikalla kaupungissa/kunnassa, palveluasunnot ja tukiasunnot. (Törmä ym. 2014, 52.)

### **Matti-kuntoutusmalli**

HUS:n Hyvinkään sairaanhoitoalueella, Järvenpäässä, Mäntsälässä, Tuusulassa ja Nurmijärvellä, on tutustuttu ja pilotoitu Matti-kuntoutusmallia (tulee sanoista: mielen-terveyskuntoutujan asumisen tukeminen, tavoitteena itsenäisyys) vuoden 2012 keväästä alkaen. Hankkeessa tavoitteina on selvittää tuetussa asumisessa olevien mielen-terveyskuntoutujien toimintakykyä ja kehittää itsenäiseen asumiseen tähtäävää Suomeen sopivaa kuntoutumismallia. Malli tulee Yhdysvalloista, sen on alkujaan kehittänyt professori Dawn Velligan. Mallissa pyritään löytämään kuntoutumismallia erityisesti vaikeista psyykkisistä sairauksista kärsiville henkilöille, esim. skitsofreniaa sairastaville. Kuntoutujien toimintakyvyn rajoitteisiin ja puutteisiin pyritään löytämään korvaavia toimintamalleja ja apuvälineitä. Jokaisen kuntoutujan kuntoutus suunnitellaan hänen omaan asuinympäristöönsä, hänen toimintakykynsä mukaan. Apuvälineitä voi olla esim. ohjelmat, jotka muistuttavat ja toimivat kalenterina. Ennen kuntoutustoi-  
mien suunnittelua tehdään kuntoutujille sarja erilaisia toimintakykyä arvioivia kartoituksia. Kuntoutuksessa valitaan kuntoutujan itsensä kanssa aluksi muutama painotettava osa-alue, näitä voidaan lisätä kuntoutumisen edetessä. Koulutuksen saanut Matti-työntekijä käy kuntoutujan kotona vähintään viikoittain 9 kuukauden ajan, kuntoutuksessa tukena on hankkeessa laadittu käsikirja. Matti-kuntoutusmallista tehdään parhaillaan arviointitutkimusta, joka on aloitettu pilottitutkimuksen jatkeena 2014. (MATTI 2015.)

### **Klubitalotoiminta ja siirtymätyöohjelma**

Klubitalotoiminta ja sen asiakkailleen tarjoama siirtymätyötoiminta eivät ole varsinaista asumispalvelutoimintaa, mutta sen lyhyt esittely koettiin merkitykselliseksi tässä yhteydessä.

Klubitalo on jäsentensä muodostama yhteisö, johon kuuluu mielenterveyskuntoutujia ja palkattua henkilökuntaa. Toimintaa kuvaa työpainotteisuus ja vertaistuki. Henkilökunta ja kuntoutujat tekevät kaikkia mahdollisia töitä rinta rinnan, tasavertaisina. Klubitalon toimintamalli on alun perin Yhdysvalloissa 1940 -luvulla alkunsa saanut Fountain house -toimintamalli, jonka liikkeellepanivat sairaalasta kotiutuneet entiset potilaat (Fountainhouse 2015). Toiminnan tavoitteina on ollut jäsentensä elämänlaadun parantaminen, sairaalahoitotarpeen vähentyminen ja työelämään palaaminen (Suomen klubitalot ry. 2015.) Klubitalon jäseneksi hyväksytään henkilö, jolla on psyykinen sairaus eikä hän uhkaa yhteisön turvallisuutta. Klubitalon tulee sijaita fyysisesti keskeisellä alueella tai hyvien kulkuyhteyksien päässä, sen omaan toimintaan osallistumisen ja siirtymätyössä käynnin kannalta. (Suomen klubitalot ry. 2015.)

Suomessa on v. 2015 lokakuussa 23 - 24 klubitaloa eri puolella maata, niiden toiminnan rahoitus tulee yleensä Raha-automaattiyhdistykseltä (RAY) ja omalta kunnalta (Suomen klubitalot ry. 2015). Klubitalotoiminta perustuu kansainvälisiin laatusuosituksiin, joita tarkistetaan kahden vuoden välein. Ne liittyvät jäsenyyteen, jäsenten ja henkilökunnan välisiin henkilösuhteisiin, työpainotteiseen päiväjärjestykseen, työllistymisen ja kouluttautumisen tukemiseen, klubitalon yleiseen toimintaan sekä sen rahoitukseen, johtoon ja hallintoon. (Suomen klubitalot ry. 2015.)

Klubitalotoimintaan liittyy sen laatusuosituksen mukaan myös asunto-ohjelma. Se tarkoittaa mm., että klubitalot sitoutuvat auttamaan jäseniään tarpeenmukaisen asumisen järjestämisessä (Suomen klubitalot ry. 2015). Esim. Savonlinnassa toimiva Linna-klubi -klubitalon taustaorganisaatio Kotilo ry tuottaa mielenterveyskuntoutujille portaittaista sosiaalipsykiatrista kuntoutusta ja asumispalveluja (Kotilo ry. 2015).

Työpainotteisessa päivärytmissä painottuu voimavarakeskeisyys ja yhdessä tekeminen. Klubitaloissa on useampia erilaisia työpisteitä ja tehtävämahdollisuuksia, ei ole vain henkilökunnalle suunnattuja tehtäviä, vaan jokainen jäsen voi kykyjensä ja kiinnostuksensa mukaan osallistua kaikkiin talon töihin, myös päätöksentekoon, tutkimustyöhön, jäsenvalintaan, hallintoon jne. Tarkoituksena on lisätä jäsenten omanarvontuntoa ja itseluottamusta, mielekkyyttä ja uskoa omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin. (Suomen klubitalot ry. 2015.)

Klubitalon jäsenet saavat organisaatiolta apua ja tukea työllistymiseen ja kouluttautumiseen. Eriasteisia tuen muotoja työllistymisessä niiden intensiivisyyden mukaan ovat siirtymätyöohjelma sekä tuetun ja itsenäisen työn tuki. Näille kaikille on ominaista, että työnantaja on klubitalo-organisaation ulkopuolella ja se maksaa palkkaa suoraan työntekijälle, vähintään yleisen minimipalkkatason verran. Klubitalo-organisaatio on taustalla ja tarvittaessa tukemassa sekä työntekijää että työnantajaa. (Suomen klubitalot ry. 2015.) Imatralla klubitalotoimintaan liittyvän siirtymätyön järjestäminen on ollut haasteellista, koska siirtymätyöpaikkoja ei ole ollut riittävästi ja uusia siirtymätyötä tarjoavia työpaikkoja on ollut vaikeaa löytää (Mäkinen 2015). Jäsenten kouluttautumisessa klubitalot voivat auttaa esim. esittämällä jäsenille paikallisten oppilaitosten järjestämiä aikuiskoulutusmahdollisuuksia (Suomen klubitalot ry. 2015).

Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) teettämässä arviointitutkimuksessa tarkasteltiin suomalaisten klubitalojen toimintaa, tuloksia ja roolia mielenterveystyössä. Yhtenä osa-alueena tutkimuksessa oli selvittää, millaisia vaikutuksia uudet jäsenet kokivat klubitalotoimintaan osallistumisella heille olleen (seurantatutkimus jäsenyyden alkamassa ja uudelleen n. vuoden kuluttua). Arvioidut vaikutukset liittyivät hyvinvointiin, elämänhallintaan ja sosiaaliseen integroitumiseen. Jäsenille konkreettiset vaikutukset liittyivät esim. saatuun kimmokkeeseen kokeilla työntekoa tai koulutusta, säännölliseen päivärytmiin kiinni pääsemistä ja mielekkääseen tekemiseen. (Hietala-Paalasmaa ym. 2009, 133.)

Klubitaloissa on jäseniä erilaisin orientaatioin; tästä johtuen he kokivat klubitalojäsenyydestä saatavan hyödyn ja vaikutukset eri tavoin. Jotkut kokivat klubitalon paikaksi, jossa voi nähdä muita ihmisiä ja kokea tulevansa kohdelluksi normaalina. Toiset kokivat saavansa vahvistusta itsearvostukselleen, harjaannusta sosiaalisissa taidoissa sekä yhteisön kannustusta ja tukea omiin kiinnostuksiin ja valintoihin. Klubitaloissa oli myös jäseniä, jotka kokivat sen toiminnan turhauttavana, oman eheytyksen hidasteena, heidän kiinnostuksensa liittyivät usein klubitalotoiminnan ulkopuolelle ja siitä irtautumiseen. Yhteenvedonä voitiin todeta, että useimpia jäseniä klubitalojäsenyys oli tukenut sairaudesta toipumisessa ja arkielämän normalisoitumisessa - yhteisön ulkopuolelle suuntautumisessa. (Hietala-Paalasmaa ym. 2009, 136 - 139.) Tutkimuksen mukaan kuntien näkemys oli, että klubitalotoiminnan rooli oli tärkeä osa mielenterveyspalveluja. Varauksella voitiin arvioida, että klubitalon jäsenyydellä oli kuntoutumista edistäviä vaikutuksia. (Hietala-Paalasmaa ym. 2009, 132 - 133.)

**Imatran ja Joensuun** seudun asumispalvelut on kuvattu tutkimuksessa ”*Yksikkökeisyydestä kumppanuuteen. Mielensterveyskuntoutujien asumispalvelut Imatralla ja Joensuun seudulla.*” Tutkimuksessa on esitetty täsmällistä ja kriittistä analyysiä seuduilla järjestetyistä asumispalveluista ja edelleen konkreettisia kehittämissuosituksia seutujen mielensterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämistyöhön. (Salo & Kallinen 2008, 3.)

Yksityisten palveluntuottajien on kuvattu toteuttavan asuttamispolitiikkaa – enemmän kuin tuloksia tuottavaa psykiatrista hoitoa ja kuntoutustoimintaa. Omassa elämässään toimintakykyiseksi kuntoutuminen ja itsenäiseen elämään asumaan siirtyminen vie palveluntuottajalta tulonlähteen. Markkinataloudellisesti katsottuna voittajia on ollut lyhytnäköisesti ymmärrettynä yksityiset asumispalvelujen tuottajat ja häviäjiä sekä kuntoutujat itse että asumispalveluja ostavat kunnat. (Salo & Kallinen 2008, 50 - 51.)

Yksityisissä asumisyksiköissä vähemmän tuettuun asumismuotoon siirtyneitä mielensterveyskuntoutujia oli selvästi vähemmän kuin kolmannen sektorin järjestämissä asumispalveluissa. Vähiten siirtymistä keveämpään asumismuotoon oli nk. perhekodeissa. Niissä saattoi asua pitkään sairaaloissa asuneita kuntoutujia, joiden kohdalla siirtymistä keveämpään vähemmän tuettuun asumismuotoon ei ollut tavoiteltukaan. (Salo & Kallinen 2008, 52.) Tutkimuksen tuotoksena oli laadittu 10 kehittämissuositusta (taulukko 3).

**TAULUKKO 3. Mielensterveyskuntoutujien asumispalvelujen kehittämissuosituksukset Imatralla ja Joensuun seudulla (mukailtu Salo & Kallinen 2008, 54 - 58.**

1.	Asumisyksiköitä asumiskeskuksiin tai niiden välittömään läheisyyteen, oma asunto, johon tukipalvelut aina, kun on tarkoituksenmukaista. Ei siirtämistä pois omalta kotiseudulta.
2.	Asunnossa riittävä varustetaso, vähintään 25 neliötä, peseytymis- ja ruuanlaittomahdollisuuksin
3.	Henkilöstörakenne monipuolinen: terveydenhuollon ja sosiaalihuollon työntekijä, kädentaitaja ja kokemusasiantuntija. Kuntoutuksessa moninäkökulmaisuus
4.	Tilaajakunta vaatii selvitykset ja tekee tarkastuksia itsehoito- ja vertaistuki-

	ryhmien järjestämisestä. Asukasparin valinta (raportoimaan kunnalle yksikön toiminnasta)
5.	Asumisyksikön hankinta: Vaaditaan, että jokaiselle asukkaalle kuntoutussuunnitelma ja määräaikainen asumissopimus (poikkeuksena pitkään sairaaloissa asuneet) - Asumisyksikön hankinnassa valintaperusteena mitattavissa oleva toiminnan tuloksellisuus (bonusmaksu tai ”sakkovero” tulosvuoden jälkeen)
6.	Mielenterveyskuntoutujan ”sijoittaminen” edelleen tilanteen mukaan, moniammatillinen työryhmä
7.	Kokemusasiantuntijat mukaan palvelujen suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin ja tutkimukseen ja korvaus tehdystä työstä
8.	Verkostojen luomista, sosiaaliset yritykset ja työllistyminen. Kuntoutujille oikeaa palkkatuloa vastaavaa korvausta
9.	Eläköitymisen haastaminen, esim. osa-aikaeläke, osa-aikatyö, vapaaehtoistyö
10	Sosiaali- ja terveydenhuollon laajemmat rakenneuudistukset

#### 4 TOIMEKSIANTO

Opinnäytetyön tilaaja on Mikkelin mielenterveys- ja päihdepalvelut. Opinnäytetyö liittyy kansalliseen Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämishankkeeseen - Mielen Aske 2012 - 2015. Tämän hankkeen taustalla on hallituksen asuntopoliittinen toimenpideohjelma v. 2012 - 2015 ja kansallinen Mieli -suunnitelma 2009 - 2015 (päivitetty 2012) sekä pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishankkeeseen (ks. luvun 3 alku). Aiheena tilaukselle oli mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen Mikkelissä.

##### **Mielenterveyskuntoutujien asumisen nykyinen tilanne**

Samaan aikaan kun mielenterveys- ja päihdepalvelut yhdistettiin Mikkelissä, ne keskitettiin terveydenhuollon toimialueelle. Aiemmin mielenterveyspalvelut ovat jakautuneet kaupungin terveys-, sosiaali- ja vanhustalutukseen sekä sairaanhoitopiiriin ja erikoissairaanhoidon. Muutoksen myötä terveystoimen alaisuuteen on sosiaalitoimesta siirtynyt sosiaalityöntekijöitä ja sosiaaliohjaaja sekä päivätoiminnan ja päihdehuollon henkilökuntaa. Muutoksen nähdään edistävän mielenterveys- ja päihdepalvelujen,

terveyspalvelujen ja asumisen kokonaisuuksien hallintaa ja niiden koetaan tulleen kuntoutujille helpommin saataville. (Törmä ym. 2014, 38.)

Asumispalvelun järjestäminen mielenterveyskuntoutujalle voi alkaa hoitoneuvottelulla kuntoutujan senhetkisessä olinpaikassa, esim. sairaalan osastolla tai tehostetun palveluasumisen yksikössä. Hoitoneuvottelussa on paikalla kuntoutuja itse, hoitohenkilökunnan edustajia ja sosiaalityön edustaja. Kuntoutujan toiveesta paikalla voi olla muitakin, esim. hänen läheisensä. Hoitoneuvottelussa kuntoutujan tulee ilmaista oma kantansa ja toiveensa hänelle suunniteltavasta asumispalvelusta ja myös sen sijainnista. Seuraavaksi sosiaalityöntekijä SAS -työryhmän tuella, etsii kuntoutujalle sopivaa asumispaikkaa. SAS-ryhmään kuuluu sosiaalityöntekijä, päihde- ja mielenterveyspalvelujen johtaja, lääkäri ja mielenterveyshoitaja sekä tarvittaessa päihdepalvelun edustaja. (Törmä ym. 2014, 38 - 39.)

Tavallisen palveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen yksiköt on ostettu ostopalveluna yksityisiltä palveluntuottajilta. Mikkelin kaupunki on omana toimintanaan muodostanut tuetun asumisen yhteisön, kotikuntoutusta ja matalan kynnyksen toimintakeskuksen palvelut. Tarkoituksena on, ettei mielenterveyskuntoutujia automaattisesti esim. sairaalasta siirtyessä sijoiteta ensin tehostettuun palveluasumiseen vaan hänen vointinsa ja toimintakykynsä mukaan myös kevyemmin tuettuun asumisratkaisuun. (Törmä ym. 2014, 39.) Vuokra-asuntoja on hankittu Mikkelin kaupungin omistuksessa olevalta vuokratyöyhtiöltä ja yksityisiltä vuokranantajilta (Törmä ym. 2014, 38).

Mikkelissä oli 2015 lokakuussa ostopalvelujen piirissä kotikuntoutuksessa 30 mielenterveyskuntoutujaa ja arvioituna saman verran kaupungin omassa kotikuntoutuksessa. Tukiasumisessa – asunto ja annettava palvelu kytköksissä toisiinsa – oli 11 henkilöä. Tavallisessa palveluasumisessa oli Mikkelin alueella 35 mielenterveyskuntoutujaa. Tehostetussa palveluasumisessa oli 66 kuntoutujaa, heistä 61 ostopalveluissa ja 5 kaupungin omalla osastolla (kuntoutujista 23 on sijoittunut Mikkelin ulkopuolelle). Osa Mikkelissä kirjoilla olevista mielenterveyskuntoutujista asuu eri paikkakunnilla, ja toisaalta Mikkelissä on myös muista kunnista tulevia kuntoutujia. (Marjakangas 2015.)

Mikkelissä toimii asumisyhteisöksi luokiteltu asumisryhmä mielenterveyskuntoutujille (taulukko 4). Sen toiminta on alkanut vuoden 2014 alussa. Asumisyhteisömiljö-

seen kuuluu kaksi rivitaloa ja pihapiirissä oleva talousrakennus sekä piha-alueet. Asumisyhteisö, kotikuntoutus ja Mielenmaja -toimintakeskus muodostavat kokonaisuuden mielenterveyskuntoutujien arjen pyörittämisen tukemiseksi. (Törmä 2014, 40.) Toiminnan tavoitteena on siellä asuvien mielenterveyskuntoutujien kuntoutuminen siinä määrin, että he tulevaisuudessa pärjäävät omissa kodeissaan (Asumisyhteisön työntekijän info 2015).

**TAULUKKO 4. Mikkelissä toimiva asumisyhteisö (mukaillen Törmä ym. 2014, 39 - 40; Salo & Kallinen 2007, 89; 2008, 43)**

<b>Etäisyys keskustasta ja palveluista</b>	<b>+ 2 km, bussiyhteydet</b>
<b>Asunnon koko</b>	36 neliötä
<b>Asunnot</b>	9 yksiötä ja 2 kaksiota pariskunnille
<b>Huoneiden varustetaso</b>	tupakeittiö, makuutilat, suihkutilat
<b>Asukkailla omassa käytössä TV, puhe- lin, internet</b>	niillä, jotka ovat itse hankkineet, yhteisis- sä tiloissa TV ja internet
<b>Yhteisten tilojen varustetaso</b>	sauna, pyykinpesutilat, oleskelutila
<b>Asukaspaikkojen määrä yksikössä</b>	12
<b>Piha-alue</b>	oma pihapiiri

Asumisyhteisössä oli lokakuussa 2015 asukkaana 11 henkilöä, miehiä ja naisia, sisältäen yhden pariskunnan. Pariskuntaa lukuun ottamatta kaikilla oli oma huoneisto. Asumisyhteisön työntekijä kuvasi asumismuotoa välimuotona palvelutalon ja oman itsenäisen asumisen välillä. Mielenterveyskuntoutajat olivat tulleet asumisyhteisöön pääasiassa tehostetusta palveluasumisesta.

Henkilökuntana oli virka-aikaan 1 sosionomi, lisäksi tarvittaessa läheisen toisen asumisyksikön ohjaajia. Asumisyhteisössä oli joskus toiminnassa mukana olla myös opiskelijaharjoittelija. Iltaisin ja viikonloppuisin yksityinen ostopalveluntarjoaja huolehti päivystyksestä ja asukkaiden lääkehoidosta.

Kuntouttavaa työtoimintaa oli järjestetty kolmena päivänä viikossa asumisyhteisön ohjaajan toimesta. Kuntouttavan työtoiminnan ohjaajana toimi asumisyhteisön työntekijä. Kuntouttava työtoiminta oli talonmiehen tehtäviä yhteisössä asukkaille, mm. yleisten tilojen siivousta ja pihanhoitotyötä.



Toimintaa kuvattiin yhteisöllisen asumisen mallin mukaisena, ja se tukee mielenterveyskuntoutujan arkea ja mahdollisimman omatoimista selviytymistä, työtettä kuvattiin kuntoutumista tukevaa. Toimintaa kuvasi mm. tavoitteellisuus, osallistaminen, voimavaraistaminen, opetuksellisuus, motivoiminen, aktivoiminen, palveluohjauksellisuus ja perhekeskeisyys.

Jokaiselle kuntoutujalle (myös pariskuntana eläville) tehtiin henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma yhdessä kuntoutujan itsensä kanssa. Kuntoutuja sai itselleen kopion kuntoutussuunnitelmasta, siihen oli kirjattu hänen lyhyen ajan tavoitteitaan ja keinot niiden toteutumiseksi sekä pidemmän tähtäimen tavoitteita. (Asumisyhteisön työnteikijän info 2015.)

## **5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA KYSYMYKSET**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla olemassa olevia, toimivia käytänteitä mielenterveyskuntoutujien asumisessa. Tavoitteena on esittää hyviä käytäntöjä kuntoutujien itsenäisen asumisen kehittämiseen. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää vapaasti mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämistyössä.

Opinnäytetyössä etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä taitoja tarvitaan itsenäisesti asuessa? Mitä avun ja tuen tarpeita asumisessa mielenterveyskuntoutujilla on?
2. Miten voidaan auttaa mielenterveyskuntoutujaa pärjäämään omassa asunnossaan?
3. Mikä lisää kuntoutumisvalmiutta? Mikä motivoi kuntoutumaan?

## **6 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT**

Opinnäytetyö tehtiin laadullisella tutkimusotteella ja menetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta ja sen aineiston sisällön analyysiä. Kirjallisuuskatsausta täydennettiin puolistrukturoidulla yksilöhaastattelulla neljälle mielenterveyskuntoutujalle.

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus liittyy ihmisten ja heidän elämänsä – elämiss maailman ja sen erilaisten merkitysten – tutkimiseen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Nk. vastaparin kvalitatiiviselle tutkimukselle muodostaa kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Siinä tutkimuksen kohdetta kuvataan enimmäkseen lukujen ja tilastojen valossa. (Koppa 2015.) Laadullisen tutkimuksen elementteinä olivat mm. haastatteluilla ja kyselyillä toteutetut aineistonkeruumenetelmät, pieni aineistokoko, analyysissä pääosin aineistolähtöisyys ja tulosten esityksen kerronnallisuuteen painottuminen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Leino-Kilven mukaan (2007) kirjallisuuskatsauksella etsitään ja kerätään yhteen tieteellistä tutkittua tietoa jostain määrätystä aiheesta. Aiheen rajaamiseksi voidaan esim. tehdä tutkimuskysymys/-kysymyksiä, joihin tullaan kirjallisuuskatsauksessa etsimään vastauksia. Kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään saamaan tietoa aiheesta aiemmin tehdyistä tutkimuksista ja kokoamaan eri tutkimusten tietoa yhteen. (Johansson ym. 2007, 2.)

Shojania ym. (2007) määrittelevät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sekundaaritutkimukseksi (toiseksi perättäiseksi tutkimukseksi) olemassa olevista ja tarkasti rajatuista ja valituista tutkimuksista. Sen ero muihin kirjallisuuskatsauksiin tulee esiin mm. sillä, että on tietty spesifi tarkoitus ja tarkasti valikoidut relevantit ja korkealaatuiset tutkimukset, aikarajat ja tarkat tietojen analysointikeinot. Vertailuna systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle on esim. narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Siinä luotettavuutta saavutetaan enemmän sillä, että sen tekijänä on alansa asiantuntija/asiantuntijoita, eikä tutkimuksen ja tiedonhaun prosessia ole välttämättä kuvattu niin, että prosessin pystyy toistamaan uudelleen. (Johansson ym. 2007, 4.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tulee voida vaiheistaa, sen eri vaiheita pitää voida seurata ja lukijan on voitava toistaa vaiheet uudelleen halutessaan. Sen vaiheita voidaan jakaa useampiin osiin (7 - 9) tai karkeasti kolmeen, esim. suunnittelu, kirjallisuuskatsauksen teko sekä katsauksen raportointi. (Johansson ym. 2007, 5.) Alle olen kuvannut opinnäytetyöni aiheena olevan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet (taulukko 5). Kirjallisuuskatsaus ja sen lähteet on esitelty liitteessä 2.

**TAULUKKO 5. Opinnäytetyön systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet (mukailtu Johansson ym. 2007, 6 - 7)**

<b>1. SUUNNITTELU</b>	<b>1. aiheeseen perehtyminen</b>
	2. tarpeen määrittäminen
	3. tutkimussuunnitelma - tutkimuskysymykset
	4. menetelmien valinta (hakutermit, käytettävien tietokantojen valinta)
	5. sisäänotto- ja poissulkukriteerit
<b>2. KATSAUKSEN TEKEMINEN</b>	6. mukaan otettavien tutkimusten valinta
	7. sisällönanalyysi
<b>3. RAPORTOINTI</b>	8. tulosten raportointi
	9. johtopäätösten teko (suositukset)

**Aiheeseen perehtyminen ja tiedonkeruu**

Opinnäytetyön aiheeseen liittyvää tiedonhakua aloitettiin mielenterveyteen, mielenterveyskuntoutukseen ja mielenterveyskuntoutujien asumiseen liittyvän kirjallisuuden ja tiedon etsimisellä internetistä ja oppilaitoksen kirjastosta sekä ohjaavan opettajan omasta käsikirjastosta. Löytyneestä kirjallisuudesta ja internet-lähteistä valikoitui aiheeseen mahdollisesti sopivia, asioista ja aiheista tehtiin miellekartta.

Teemoiksi miellekarttaan tuli mm. mielenterveyskuntoutuja, arjen tuki, toimintakyky - mielenterveyden nelikenttä (vahvuudet, mahdollisuudet, heikkoudet, uhat), asumisen kehittämissuosituksia ja laatukriteerit, kokemusasiantuntijuus, vertaistuki, kotikuntoutus, psykiatrinen kotikuntoutus, terapeutin yhteisökuntoutus jne. Haasteeksi muodostui aiheeseen liittyvien asioiden ja aihekokonaisuuksien runsaus. Tarpeiden, tarkoitusten ja tavoitteiden määrittämisessä apuna olivat toimeksiantaja ja ohjaava opettaja. Aluksi kerättyä aineistoa käytettiin opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittamiseen.

Opinnäytetyön tutkimusosan aineistonkeruu aloitettiin etsimällä sopivia asiasanoja. Niitä kartoitettiin jo kerätystä teoria-aineistosta. Kirjaston informaation tiedonhankinnan ohjausta saatiin.

**Tietokannat ja hakusanat**

Opinnäytetyön tutkimusosuuden teko aloitettiin määrittämällä asiasanoja. Tehtiin hakuja Yleisessä suomalaisessa asiasanastossa (YSA). Mielenterveys-sanalla valikoitui mielenterveyskuntoutujat ja mielenterveyskuntoutus. Asumis-termillä valikoituivat asumispalvelut, asumistuki (näiden alakäsitteinä löytyivät palveluasuminen ja tuettu asuminen), asumisvalmennus. Asuminen-sanalla valikoitui alakäsite yhteisöasuminen. Suomalaisiksi asiasanoiksi valikoituivat mielenterveyskuntoutujat, mielenterveyskuntoutus, asumispalvelut, palveluasuminen, tuettu asuminen ja yhteisöasuminen.

Tiedonhakuun valittiin Melinda-tietokanta, joka on kirjastojen yhteistietokanta (taulukko 6).

#### **TAULUKKO 6. Asiasanahaut, Melinda-tietokanta**

<b>asiasana /-t</b>	<b>tulokset</b>
<b>mielenterveyskuntoutus and mielenterveyskuntoutujat and asumispalvelut</b>	11, hyväksyttiin ensin 4 (Salo 2010, Fröjd & Ahonen 2009, Jokinen & Juhila 2008, Asumista ja kuntoutusta 2007)
<b>mielenterveyskuntoutus and mielenterveyskuntoutujat and yhteisöasuminen</b>	0
<b>mielenterveyskuntoutujat and yhteisöasuminen</b>	1, hyväksyttiin (Salo & Kallinen 2007)
<b>mielenterveyskuntoutujat and mielenterveyskuntoutus and palveluasuminen</b>	0
<b>mielenterveyskuntoutujat and palveluasuminen</b>	3, hyväksyttiin 1 (Määttä 2012)
<b>mielenterveyskuntoutujat and voimaantuminen</b>	7, hyväksyttiin 1 (Hänninen 2012)
<b>mielenterveyskuntoutujat and tuettu asuminen</b>	6, hyväksyttiin 2 (Määttä 2012, Haapola 2005)

## **Mukaan otettavien selvitysten ja raporttien valinta- ja poissulkukriteerit**

Kirjallisuuskatsaukseen lähteiden mukaanotto- ja poissulkukriteerit määrittyivät seuraavasti:

Valintakriteerit:

- ✓ pyydettyt asiasanat tai jokin niistä
- ✓ vuosilta 2005 - 2015
- ✓ vähintään YAMK-tasoinen opinnäyte tai tutkimus
- ✓ kohderyhmänä työikäiset mielenterveyskuntoutujat

Poissulkukriteerit:

- ✓ saatavuusongelmat
- ✓ AMK-tasoinen opinnäytetyö
- ✓ kohderyhmä väärä
- ✓ ei muuten relevantti

## **Haastattelut**

Kirjallisuuskatsausta täydentämään toteutettiin puolistrukturoitu yksilohaastattelu neljälle asumisyhteisössä asuvalle mielenterveyskuntoutujalle (kysymykset, liite 1). Puolistrukturoidussa haastattelussa kullekin haastateltavalle esitetään samat tai melkein samat kysymykset samassa järjestyksessä. Haastateltavat vastaavat kysymyksiin omin sanoin, kysymyksiin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Puolistrukturoitu haastattelu tapa sijoittuu strukturoidun eli lomakehaastattelun ja teemahaastattelun välimaastoon kysymysten ja vastausten vapauden suhteen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Kokemusasiantuntijan käyttö on kirjattu STM:n mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan. Ehdotuksen mukaan kokemusasiantuntijoita tai vertaistoimijoita tulee ottaa mukaan työn suunnitteluun (kehittämiseen), toteutukseen ja arviointiin, erikseen on mainittu kokemusasiantuntijoiden käyttö asumispalvelujen yhteydessä. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012, 24 - 25.) Kokemusasiantuntijana voidaan pitää henkilöä, jolla on kokemusta mielenterveyshäiriöistä ja kokemuksia mielenterveyspalvelujen käytöstä. Koulutuksen kautta henkilö voi tulla kokemusasiantuntijaksi, hänen kokemuksiaan ja osaamistaan voidaan hyödyntää palvelujen suunnittelussa, arvioinnissa ja kehittämisessä. (Kapanen ym. 2013, 7.)

Haastatteluun laadittiin kysymykset etukäteen, ne toteutettiin yksilöhaastatteluina ennalta sovittuina aikoina (eri päivinä) samalla, kun kuntoutujan kanssa tehtiin hänelle henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma. Osa haastattelutilanteista toteutui kuntoutujan kotona ja osa asumisyhteisön toimistotiloissa, kuntoutujan toiveiden mukaan. Paikalla haastatteluissa oli opiskelija, asumisyhteisön työntekijä ja kuntoutuja. Kuntoutujalta oli kysytty etukäteen hänen halukkuudestaan osallistua opiskelijan tekemään haastatteluun. Haastateltavaksi valittiin ja suostui neljä kuntoutujaa.

Haastattelutilanne aloitettiin jokaisen haastateltavan kanssa pyytämällä häneltä suullinen ja kirjallinen suostumus haastatteluluvan saamiseksi. Opiskelija esitteli itsensä ja opiskeluorganisaationsa sekä kertoi, mihin tarkoitukseen haastattelua tultaisiin käyttämään. Suostumuksessa vakuutettiin, että haastateltavan henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa opinnäytetyöstä. Kaikki suorat ja epäsuorat tunnistetiedot luvattiin hävittää asianmukaisesti. Opiskelija myös lupasi, ettei puhu kenellekään ulkopuoliselle haastateltavasta henkilönä. Haastateltava ja opiskelija allekirjoittivat suostumuksen, jotka jätettiin asumisyhteisön työntekijän haltuun.

Haastattelun avulla kerättiin mielenterveyskuntoutujien kokemuksia ja mielipiteitä asumiseen ja asumispalveluihin liittyen. Haastateltavat toimivat tässä epävirallisina kokemusasiantuntijoina. Haastattelussa kysyttiin mm., miten kokee nykyisen asumisensa ja minkälaista apua ja tukea tarvitsee, mikä auttaisi pärjäämään omassa asunnossa ja mikä motivoi ponnistelemaan jonkun asian eteen (liite 1).

### **Aineiston analyysi**

Analyysillä tarkoitetaan valitun lähdeaineiston huolellista tutkimista: lukemista, erilaisten materiaalien järjestämistä, sisältöjen erittelyä, jäsentelyä ja luokittelua. Siihen liittyy myös valitun aineiston jalostamista tiiviimpään muotoon ja sen tulkintaa. Analyysi on tavallaan vuoropuhelua tutkijan (tässä opiskelijan) ja aineiston välillä. Vuorovaikutuksessa aineistosta ”nousee” asioita, joita analyysin tekijä pitää merkityksellisinä. Analyysi on tekijänsä näköinen tuotos, jossa subjektiivisuudella on vaikutuksensa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Valittujen raporttien ja selvitysten sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla läpi kaikki kirjallisuuskatsaukseen valituksi tulleet aineistot, yksi kerrallaan. Aineistoa koodattiin tekemällä alleviivauksia ja jäseneteleviä merkintöjä. Syntyi muistiinpanoja aineistosta nousevista asioista, tutkimuskysymysten mukaan ryhmitellen. Tuotoksena tästä muodostui runsaasti aineistosta jaettua tarkemmin jäsentymätöntä aineistoa. Seuraavaksi pieniä aiheita jäseneltiin ja niistä muodostettiin pelkistettyjä fraaseja. Fraaseille koottiin alaluokat. Edelleen alaluokkia liitettiin niiden sisältöjen mukaan ryhmiksi, muodostui yläluokkia, jotka oli ryhmitelty tutkimuskysymysten alle. Sisällönanalyysi muodostui täten alhaaltapäin, pienistä asioista yhdistyen lopulta yläluokiksi tutkimuskysymyksille. (Sisällönanalyysi, liite 3.) Sisällönanalyysiä käytettiin tulosten kuvaamisessa.

Opiskelijan tekemien haastattelujen sisällönanalyysi aloitettiin saadun materiaalin puhtaaksi kirjoittamisella, litteroinnilla. Kuntoutujahaastattelut toteutettiin erillisinä tapaamiskertoina, eri päivinä. Haastatteluja ei äänitetty, vaan opiskelija kirjoitti vastaukset muistiin. Tästä johtuen haastateltavien vastauksia ei saatu taltioitua sanatakkasti. Kunkin haastattelun litterointi tehtiin haastattelupäivän iltana. Sen jälkeen kun kaikki haastattelut oli tehty ja kirjoitettu puhtaaksi, numeroitiin haastattelut ja niistä muodostettiin taulukko. Näin kunkin kysymyksen kohdalla saatiin helposti vertailtavaa aineistoa haastateltavien vastauksista.

Haastattelujen sisältöä käytettiin esittämällä vastauksia sitaateissa kirjallisuuskatsauksen vastaavien aiheiden analyysin tulosten yhteydessä. Haastatteluista ei tehty omaa perusteellista sisällönanalyysiä resurssisyistä, sen tarkoituksena oli täydentää kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysiä.

## **7 TULOKSET**

Sisällönanalyysin tulokset jaettiin tämän luvun alaluvuiksi, tutkimuskysymysten mukaisin otsikon. Alaluvuissa kuvataan (1) mielenterveyskuntoutujan tarvitsemia taitoja omassa asumisessaan, (2) auttamiskeinoja ja lopuksi (3) kuntoutujan motivoitumista ja asioita, jotka kannustavat. Näille luvuille tehtiin edelleen kappalejakoja tärkeimpinä pidettyjen sisältöjen mukaan.

Tuloksiin on liitetty poimintoja neljän asukashaastattelun vastauksista (kysymykset, liite 1). Tekstissä nämä haastatteluvastaukset on jaettu erillisiin kappaleisiin ja kursivoitu niiden erottamiseksi muusta aineistosta.

### 7.1 Mitä taitoja tarvitaan omassa asumisessa?

Suurin osa asumisyksiköissä asuvista ja itsenäisesti tai tuetusti asuvista koki psyykkisen sairauden haittaavan vähän tai jonkin verran heidän arjessa suoriutumistaan. Asumisyksiköissä asuvista kuntoutujista yhtä pieni osa koki joko ettei psyykinen sairaus haitannut yhtään tai että se haittasi paljon arjessa suoriutumista. Itsenäisesti tai tuetusti asuvista kuntoutujista reilu kymmenys oli sitä mieltä, ettei haittaa ollut, ja vajaa kymmenys, että haittaa koitui paljon (taulukko 7). Saman selvityksen mukaan kuntoutujien kokemus omasta elämänlaadustaan oli keskimäärin parempi asumisyksiköissä asuvilla (hyvä) kuin itsenäisesti tai tuetusti asuvilla (tyydyttävä).

**TAULUKKO 7. Psyykkisen sairauden aiheuttama haitta arjen suoriutumiseen (mukailtu Määttä 2012, 51)**

	ei yhtään	vähän	jonkin verran	melko paljon	paljon
<b>asumisyksiköissä asuvat kuntoutujat, N=22</b>	4,5 %	40 %	32 %	18 %	4,5 %
<b>itsenäisesti/tuetusti asuvat kuntoutujat, N=56</b>	12,5 %	n. 20 %	n. 45 %	n. 14 %	n. 9 %

Asumisen tarpeisiin liittyen muotoutui alaluokiksi arjen hallinta omassa kodissa ja asumisyhteisössä, kyky toimia kodin ulkopuolella sekä sosiaalisen kanssakäymisen tarpeet (liite 3).

#### **Arjen hallintaa omassa kodissa ja asumisyhteisössä**

Analyysissä muotoutui arjen hallintataitoja, jotka luokiteltiin terveyteen ja hyvinvointiin, ruokahuoltoon ja kodinhoitoon, raha-asioiden hoitoon ja arjen mielekkyyteen (liite 3).

Terveyteen ja hyvinvointiin liittyviksi avuntarpeiksi muotoutui kuntoutujilla psyykkisten oireiden hallinta, lääkityksestä ja omasta hygieniasta huolehtiminen, kuntoutumi-



sen suunnittelu, päivärtymistä huolehtiminen ja oman terveyden hoitaminen. Asumisyksiköissä asuvat kuntoutujat tarvitsivat em. tarpeista eniten apua lääkehoidostaan huolehtimisessa, kuntoutumisensa suunnittelussa ja oman terveytensä hoitamisessa, vain reilu viidennes kuntoutujista koki tarvitsevänsä apua psyykkisten oireidensa hallintaan. Heillä oireidenhallintaa merkittävämmäksi avuntarpeeksi edellä mainituista muodostui omasta hygieniasta ja päivärtymistä huolehtiminen. Itsenäisesti tai tuetusti asuvista kuntoutujista prosentuaalisesti pienempi osuus tarvitsi apua em. toimissa, eniten lääkehoitoon liittyen, sitten kuntoutumisensa suunnittelussa ja psyykkisten oireidensa hallinnassa. (Taulukko 8.)

**TAULUKKO 8. Apua tarvitsevien kuntoutujien osuus terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä avuntarpeissa (mukailtu Määttä 2012, 55 - 56)**

	asumisyksiköissä asuvat kuntoutujat	itsenäisesti/tuetusti asuvat kuntoutujat
<b>lääkehoito</b>	83 %	43 %
<b>kuntoutumisen suunnittelu</b>	65 %	20 %
<b>psyykkisten oirei- den hallinta</b>	22 %	20 %
<b>oman terveyden hoitaminen</b>	48 %	21 %
<b>omasta hygieniasta huolehtiminen</b>	35 %	16 %
<b>päivärtymistä huo- lehtiminen</b>	26 %	14 %

Toisen selvityksen mukaan (Malinen 2011) mielenterveyskuntoutujien terveyden ja hyvinvoinnin kategorian alle liittyviä avuntarpeita olivat merkittävimminä peseytymiseen ja pukeutumiseen liittyvät tarpeet, lääkityksestä huolehtimisen saadessa vähäisemmän merkityksen.

Ruokahuoltoon ja kodinhoitoon liittyen (taulukko 9) apua tarvittiin ruuan valmistuksessa sekä ruoka-ajoissa ja ruuan monipuolisuudessa, oman ympäristön siivoamisessa, polttopuiden kantamisessa ja raskaiden tavaroiden nostelussa ja siirtelyssä. Tärkeäksi

tarpeeksi itsenäisessä asumisessa muodostui myös ruuanlaittoon ja kodinhoitoon liittyvien sähkölaitteiden turvallinen käyttötaito.

**TAULUKKO 9. Apua tarvitsevien kuntoutujien osuus ruokahuoltoon ja kodinhoitoon liittyen (mukailtu Määttä 2012, 55 - 56)**

	asumisyksikössä kuntoutujat	asuvat itsenäisesti/tuetusti asuvat kuntoutujat
ruuan valmistus	78 %	34 %
ruoka-ajoista huolehtiminen	48 %	32 %
kodinhoito	52 %	45 %

Kotityöt tuntuivat ylivoimaisilta vajaalla kolmanneksella kuntoutujista, he mainitsivat myös asioihin tarttumisen vaikeuden ja toisaalta tekemisen puutteen.

*Kuntoutujat kertoivat tarvitsevansa tukea ja apua mm. ruuanlaittoon, siivoukseen, pyykinpesuun, lääkehoitoon ja päihteistä erossa pysymiseen. Avun muoto oli yhdessä tekemistä ja motivointia. Yksi kuntoutuja kertoi tarvitsevansa apua kodinhoitoon silloin kun ahdistus tulee ja estää toimimasta.*

Osalla mielenterveyskuntoutujista on vaikeuksia omien raha-asioidensa hoidossa. Omien raha-asioiden hoitoon liittyy tulojen ja menojen hallinta, saatavilla olevien etuuksien hakeminen, laskujen maksaminen ja erilaisten hankintojen toteuttaminen (esim. ruoka, vaatteet ym.). Luoteis-Pirkanmaalla edunvalvonnan palvelua käytti lähes kolmannes kaikista kyselyyn vastanneista, Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa tehdyssä kyselyssä 70 - 100 % asumisyksiköissä asuvista ja 16 % itsenäisesti tai tuetusti asuvista kuntoutujista. Velkaneuvonnasta tai siihen verrattavien palvelujen käytöstä ei lähdeaineistosta löytynyt mainintaa.

Itsenäisesti tai tuetusti asuvat kuntoutujat käyttivät oman kodin arjen hallintaan kunallista kotihoitoa, kotikuntoutusta ja ateriapalvelua.

Arjen mielekkyyteen liittyen esiin nousi puhelimen ja internetin käyttö, mielekäs ajanviete sekä fyysisen kunnon ylläpitäminen ja liikunta. Päivittäiset mahdollisuudet puhelimen ja Internetin käyttöön kuuluvat jokaiselle kuntoutujalle. Tulee olla mahdol-

lisuudet halutessaan olla yhteydessä läheisiinsä. Joskus kuntoutuja voi tarvita apua yhteydenpitoon. Lähdeaineistosta on noussut kuntoutujien toiveita useammista harrastusmahdollisuuksista ja yhdessä vietettävästä ajasta.

*Toivottiin yhteistä aikaa ohjaajien tai muiden asukkaiden kanssa mm. yhteiseen ruuanlaittoon, oman asunnon siivoukseen ja pihatöiden tekoon. Kaivattiin lisää erilaista yhdessä harrastamista asumisyhteisön ulkopuolella, esim. 8-palloa, keilausta, geokätköilyä, uimahallissa käyntejä, erilaisia retkiä jne. Toisaalta jotkut olivat tyytyväisiä saadessaan viettää arkea puolisonsa kanssa asumisyhteisössä ”päivä kerrallaan elämistä”. Jotkut kävivät omatoimisesti säännöllisesti kävelylenkeillä, toiset kaipasivat kaveria mukaan kävelylle. Yksi haastateltava ei kaivannut yhteistä aikaa ohjaajan tai muiden asukkaiden kanssa.*

### **Kykyä toimia kodin ulkopuolella**

Alaluokkaan muotoutui liikkuminen ja asiointi, sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja ajanviete (liite 3).

Asumisyksiköissä asuvista mielenterveyskuntoutujista useimmat tarvitsivat jotain apua kodin ulkopuolella. Yleisyysjärjestyksessä apua tarvittiin ”sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttämiseen, asioilla käymiseen ja fyysisen kunnon ylläpitämiseen” sekä vapaa-ajan viettoon ja harrastuksiin osallistumiseen ja yhteydenpitoon sukulaisten ja ystävien kanssa. Osa vastaajista ei kodin ulkopuolisiin toimintoihin tarvinnut paljoa tai yhtään apua, syynä oli se, etteivät he juuri liikkuneet asumisyksikön ulkopuolella.

Itsenäisesti/tuetusti asuvista kaksi kolmasosaa kertoi tarvitsevänsä jotain apua kodin ulkopuolella - yleisyysjärjestyksessä fyysisen kunnon ylläpitämiseen ja liikuntaan kannustamiseen, sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön, asioilla käymiseen, vapaa-ajan viettoon ja harrastuksiin osallistumiseen, yhteydenpitoon sukulaisten ja ystävien kanssa jne. ”jollain ihmisellä olisi aikaa minulle...” .

Liikkumiseen ja asiointiin (taulukko 10) liittyy esim. liikkuminen julkisella tai omalla kulkuvälineellä, matkustelu, harrastuksissa käyminen ja erilaisiin ulkopuolisiin tilaisuuksiin osallistuminen, asiointi virastoissa ja muissa paikoissa sekä ostoksilla käyminen. Kyyditysapua toivottiin.

**TAULUKKO 10. Apua tarvitsevien kuntoutujien osuus liikkumisessa, asioinnissa ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä (mukailtu Määttä 2012, 57 - 58)**

	asumisyksikössä kuntoutujat	asuvat itsenäisesti/tuetusti asuvat kuntoutujat
asioilla käynti	50 %	31 %
liikkuminen julkisilla kulkuvälineillä	18 %	18 %
sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö	59 %	33 %

*Yksi kuntoutuja kertoo kokevansa asumisyhteisön ulkopuolella liikkumisen ja toimisen erityisen ahdistavana. Julkisen liikenteen, esim. bussin käyttö tuntuu suorastaan mahdollottomalta. Hän tarvitsi tutun ihmisen saattoapua esim. ruokakaupassa käymiseen.*

Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön (taulukko 11) liittyen muotoutui tarpeita, esim. lääkäri-, hammaslääkäri- ja poliklinikkakäynnit, laboratoriotutkimukset ja näytteenotto sekä mahdollisesti käynti sosiaalitoimistossa ja mielenterveystoimistossa omalla hoitajalla.

**TAULUKKO 11. Kuntoutujien käyttämät kodin ulkopuoliset sosiaali- ja terveyspalvelut (mukailtu Määttä 2012, 59, 62)**

	asumisyksikössä kuntoutujat	asuvat itsenäisesti/tuetusti asuvat kuntoutujat
psykiatrian poliklinikka	48 %	18 %
sosiaalityöntekijän vastaanotto	22 %	13 %
kuljetuspalvelu	13 %	16 %
mielenterveyshoitajan vastaanotto	0 %	41 %
päihdepalvelut	9 %	4 %
perheneuvola	4 %	0 %

Mielenterveyskuntoutujien tulisi kyetä käyttämään samoja palveluja kuin muutkin kuntalaiset ja olla niissä tasa-arvoinen asiakas. Itsenäisen toiminnan vaikeudet voivat

haitata palveluihin hakeutumista. Maakunnan ulkopuolella asuvat kuntoutujat käyttävät asumisyksiköiden ulkopuolisia sosiaali- ja terveystalvveluja vähän. Yhden selvi-tyksen mukaan esim. lääkäripalvelut on hankittu ostopalveluna asumisyksikköön.

*Kahdella kuntoutujista oli psykiatrisen avopalvelun kontakti, heillä oli oma mielenter-veyshoitaja, jonka vastaanotolla he kävivät 2 kk:n välein. Toisella kahdella kuntoutu-jalla oli halutessaan mahdollisuus käydä keskustelua asumisyhteisön ohjaajan kanssa.*

Ajanvietteeseen kodin ulkopuolella liitettiin fyysisen kunnan ylläpitäminen ja liikun-taan motivoituminen sekä erilaiseen ajanviettoon ja harrastuksiin osallistuminen (tau-lukko 12).

**TAULUKKO 12. Apua/tukea tarvitsevien kuntoutujien osuus ajanvietteeseen ja vuorovaikutukseen liittyvissä asioissa (mukailtu Määttä 2012, 57 - 58)**

	asumisyksikössä asuvat kuntoutujat	itsenäisesti/tuetusti asu-vat kuntoutujat
fyysisen kunnan ylläpi-täminen ja liikuntaan motivoituminen	32 %	39 %
ajanviettoon ja harras-tuksiin osallistuminen	27 %	24 %
yhteydenpito sukulaisiin ja ystäviin	27 %	18 %

Vapaa-ajan viettoon, harrastuksiin ja mielekkään toiminnan löytämiseen toivottiin usein lisääpua. Itsenäisen asumisen opettelemista tukevat omat itse valitut harrastukset ja kyky osallistua asumisyhteisön ulkopuolella järjestettäviin kaikille tarkoitettuihin harrastustoimintoihin. Pelot, korkea kynnyks ja alhaiset tulot voivat haitata yhteisön ulkopuolisiin harrastuksiin lähtemistä. Usein oli toivottu saattoapua tai tukihenkilöä ylipäättään asumisyhteisön ulkopuolisiin toimintoihin osallistumiseen.

**Sosiaalinen kanssakäyminen**

Alaluokkaan muotoutui vuorovaikutus sekä osallisuus ja itsensä toteuttaminen (liite 3).

Vuorovaikutusta tulisi kyetä käymään niin muodollisiin kuin epämuodollisiin tahoihin, ystävien ja tuttujen kesken. Siihen liittyy myös ihmissuhdetaidot, välit naapureihin ja yhteydet omiin läheisiin ja sukulaisiin.

Mielenterveyskuntoutujan kuntoutumisprosessiin liittyy muutoksia totuttuihin tapoihin ajatella, tuntea ja toimia. Tarkoituksena on löytää omia ajatuksia, tahtoa ja tavoitteita. Kuntoutuminen edellyttää vuorovaikutustaitoja itsen ja toisten ihmisten kanssa, kykyä kuunnella itseään ja oppia kuntoutumista tukevaa vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa.

Yksinäisyys ja tekemisen puute nousi esiin mielenterveyskuntoutujien vastauksissa toistuvasti. Osa itsenäisesti/tuetusti asuvista kuntoutujista kertoi kaipaavansa ystävää tai kaveria, joka juttelisi, kuuntelisi, olisi tukihenkilönä, lähtisi mukaan asiointiin ja harrastuksiin. Toivottiin ystävätoimintaa ja tukihenkilötoimintaa.

*Kaikki kuntoutajat kertoivat hyvistä väleistä muihin asumisyhteisön asukkaisiin. Vuorovaikutusta oli pääosin ryhmätoimintojen myötä. Yksi haastateltava kertoi, että muuttamiin asukkaisiin oli läheisemmät välit ja he olivat enemmän tekemisissä keskenään. Lainattiin toisilleen esim. nettiä, konetta pelaamiseen jne. Yksi kertoi, että tuntuu hyvältä, kun on ihmisiä ympärillä, vaikkei kanssakäymistä kovin paljoa olekaan.*

Suurin lisäavun tarve mielenterveyskuntoutujilla vaikutti olevan lähimmäisen apu tai tuki. Monet mielenterveyskuntoutujista kokevat suurimmaksi ongelmaksi yksinäisyyden. Erään kuntoutujan kertomuksessa ilmenee halu muuttaa tuetumpaan asumiseen, jossa uskoo saavansa, muun tuen lisäksi, myös apua yksinäisyyteensä. Esitettiin toiveita tukihenkilöstä tai vierelläkulkijasta, jonka kanssa voisi osallistua *normaalien terveiden ihmisten toimintoihin*. ”Olisi kiva, kun voisi käydä ruokailemassa jossain ja harrastamassa tukihenkilön kanssa.” Kuntoutajat tarvitsivat joskus tukea myös yhteyksien pitämisessä läheisiinsä ja sukulaisiinsa, esim. soittamaan tai kirjoittamaan tervehdyksiä, kertomaan ja kysymään kuulumisia.

Osallisuuteen ja itsensä toteuttamiseen muotoutui osatekijöinä yhteenkuuluvuus ja osallistuminen oman ympäristön toimintoihin, itsenäisyyden ja itseluottamuksen ta-

voittelu, hallinnan tunne sekä mahdollisesti opiskelu ja työelämään osallistuminen ja taitojen palauttaminen.

Mielenterveyskuntoutujien tulisi pystyä ilmaisemaan mielipiteitään kuntalaisina. Jokaisella kuntalaisella on oikeus ilmaista mielipiteensä, osallistua ja vaikuttaa demokration periaatteiden mukaisesti. Osallistuminen on tärkeää, jotta pystyy vaikuttamaan itseään koskeviin asioihin, esim. palvelujen järjestämiseen ja alueiden kaavoitukseen.

Työhön tai opiskeluun liittyvää lisävuntarvetta ei kuntoutujille kohdistetuissa kyselyissä ilmaistu. Asumisyksiköissä asuvista kuntoutujista hyvin pieni osa osallistui asumisyksikön sisäiseen työtoimintaan (ei avotyötoimintaa), itsenäisesti/tuetusti asuvista kuntoutujista osallistui avotyötoimintaan noin joka kymmenes.

*Kaksi neljästä kuntoutujasta ilmaisi tahtoaan jäädä asumaan pysyvästi asumisyhteisöön, yksi tuntui harkitsevan jossain vaiheessa siirtymistä itsenäisempään asumismuotoon ”Ei sitä tiedä...paljon on päästy eteenpäin..”.*

## **7.2 Asuminen ja sen tuki, miten voidaan auttaa?**

Asumiseen ja sen tukeen liittyen muotoutui alaluokiksi kuntoutumiseen perustaa, toimintakyvyn vahvistaminen, sosiaalisten suhteiden vahvistaminen ja ulkopuolelle suuntautuminen (liite 3).

Kuntoutujan tulisi harjaantua arjen käytännön toiminnoissa ja sosiaalisissa taidoissa, suuntautua ulospäin asumisyhteisöstä ympäröivään maailmaan. Asumisyhteisön sisällä tehtäviä toimintoja ei tule korostaa ja sitoa kuntoutujaa niihin.

### **Kuntoutumiseen perustaa**

Alakategorioiksi muotoutui yksikön toimintafilosofia, henkilöstö ja tavoitteellinen suunnittelu. Asumisyksiköt ja -yhteisöt ovat tulosvastuullisia liiketoimintaa harjoittavia organisaatioita, tavoitellaan taloudellista voittoa (joskus nollatulos riittää) ja toiminnalle tuloksellisuutta. Kaikenlaisen liiketoiminnan perustaksi kuuluu ainakin toiminta-ajatuksen, arvojen ja periaatteiden sekä toiminnan tavoitteiden ja edelleen toimintastrategian määrittely.

Toimintafilosofiaan liittyen asumisyksiköillä tulee olla selkeät määritellyt arvot ja periaatteet toiminnalleen. Niihin tulee sisältyä asiakkaiksi tulevien kuntoutujien inhimillinen, ihmisarvoa kunnioittava kohtelu, kuntoutumista aidosti tukevan hoidon kulttuuri ja pyrkimys kuntoutujien itsenäisyyteen ja oman elämänsä hallintaan sekä asumisyksikön kiinnittyminen ympäröivään yhteisöön ja yhteiskuntaan (vastakohtana oman toiminnan sisään sulkeutuminen).

Asumisyksiköissä toiminnan tavoitteena tulee olla asukkaidensa kuntoutuminen itsenäisempään elämään ja asumismuotoon, integroituminen oman lähiympäristön toimintoihin ja laajemmin yhteiskuntaan. Kaikkien kuntoutujien kohdalla nämä asiat eivät välttämättä tule toteutumaan, mutta niitä kohti tulee pyrkiä. Yhden lähdeaineiston (Fröjd & Ahonen 2009) yksityisten palveluntuottajien palveluasumisen yksiköt olivat kirjanneet tavoitteikseen ”*asukkaiden elämänlaadun parantaminen, sosiaalisten taitojen harjaannuttaminen ja asukkaan itsenäisempään asumismuotoon siirtyminen*”.

Toimintastrategialla tarkoitetaan tässä vastausta kysymykseen, miten palveluntuottajaorganisaatio toteuttaa toiminta-ajatustaan, noudattaa asettamia arvoja ja periaatteita ja pyrkii asettamiinsa tavoitteisiin. Tässä tarvitaan tietämystä ja käytännön keinoja kuntouttajan voimaannuttavista toiminnoista, mutta myös pelkästään hankitun ammattitaidon riittämättömyyden tunnustamista.

Kuntoutuksen painopisteenä oli yhden lähdeaineiston yksityisillä palveluntuottajilla (Fröjd & Ahonen 2009) arjen askareiden harjoittelu ja tekeminen, yhdessä kuntoutujien kanssa tai ryhmissä ja erilaiset keskustelu- sekä toiminnalliset ryhmät. Tässä vaarana on, että henkilökunta määrittää aikataulut ja toimintojen laatua, kuntoutujien yksilöllisyyden kärsiessä.

Yksilöllistä kuntoutusta ja kuntoutumista tukiessa tulee enemmän kiinnittää huomiota kuntoutujan yksilöllisen kuntoutumisen prosessin tukemiseen. Kuntoutumista ei voida tuottaa kuntoutujan itsensä ulkopuolelta ja etäältä hänen omista lähtökohdistaan. Kuntoutujalla täytyy olla motivaatio kuntoutumiseen ja muutokseen, hänen itsensä määrittelemiensä tavoitteiden ja toimintatapojen mukaan. Täsmällistä mallia käytännön kuntoutustoimintaan ei voida tehdä, koska jokainen kuntoutuja on ainutlaatuinen



oma yksilönsä kykyineen, tarpeineen ja haaveineen. Työtä tukemaan voidaan kuitenkin rakentaa viitteellisiä kehyksiä (ks. 7.2 pyramidi ja 7.3 AVIS-malli).

Henkilöstöön liittyen kotiin vietävien palvelujen kehittäminen edellyttää myös resursien kohdistamista siihen suuntaan. Kehittämisessä tulee huomioida sekä laatu että määrä. Laatu tarkoittaa sitä, että kuntoutustyötä tekevillä henkilöillä on ammattitaitoa kohdata ja tukea erilaisia kuntoutujia. Henkilöstön osaamisen päivittäminen ja kehittäminen kuuluu työnantajan velvoitteisiin. Näitä voidaan tuottaa esim. henkilöstökoulutuksilla ja työnohjauksella. Työntekijöiden tulee mielellään koostua monipuolisesti eri koulutus pohjista, terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisista. Tarvitaan myös moniammatillista yhteistyötä, mm erikoissairaanhoidon, mielenterveystoimiston ja sosiaalihuollon sekä päivä- ja työtoiminnan kanssa.

Määrällisellä kehityksellä tarkoitetaan sitä, että työntekijöillä tulee olla riittävästi ja heillä tulee olla riittävästi aikaa kuntoutujan kanssa. Hätäinen tehtäväkeskeinen kuntoutujan kohtaaminen ei riitä, tarvitaan aikaa vuorovaikutukseen ja kuntoutujan oikeiden tarpeiden kuulemiseen.

Tavoitteelliseen suunnitteluun liittyen tulee asumisyksiköiden toteuttaa toimintaansa kuntoutujien kuntoutumiseksi suunnitelmallisesti, tavoitteellisesti ja kuntoutujalähtöisesti. Jokaisella kuntoutujalla tulee olla oma ohjaaja tai omahoitaja, jonka kanssa hän kulkee omaa yksilöllistä kuntoutumisen prosessiaan.

Uuteen paikkaan siirtyessä tulee jokaiselle kuntoutujalle tehdä lääkärintarkastus, jotta voidaan saada tietoa mahdollisista somaattisista sairauksista ja auttaa kuntoutujaa tarvittaessa niiden hoitamiseen liittyvissä asioissa. Kuntoutujan kanssa keskustellaan jo uuteen paikkaan siirtyessä ajatuksesta asumisen määräaikaaisuudesta. Tavoitteena vastaisuudessa on siirtyä itsenäisempään asumistapaan. Kuntoutusajatuksella lähdetään liikkeelle heti alusta asti ja jokaisen kuntoutujan kohdalla, tarvitaan uskoa ja luottamusta kuntoutujan kykyihin ja mahdollisuuksiin. Hoidon ja kuntoutuksen tulee limityä toinen toisiinsa huomioiden kuntoutujan yksilölliset tarpeet. Kuntoutuksessa on paljon kyse vuorovaikutuksesta kuntoutujan ja ammattilaisen välillä, luottamuksellisen ja tyydyttävän vuorovaikutussuhteen syntymisen lähtökohtia on kuntoutujan tarpeet tulla kuulluksi ja huomioiduksi sellaisena kuin on.

Jokaiselle kuntoutujalle tehdään yhdessä ja yhteisymmärryksessä kuntoutujan kanssa (kuntoutujan niin halutessa myös läheisten mukana ollen) henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma, joka toimii työkaluna jokapäiväisessä elämässä tavoitteiden toteutumisen suuntaan. Sekä kuntoutujan itse että henkilökunnan tulee olla tietoisia kuntoutussuunnitelman sisällöstä. Kuntoutussuunnitelmaa päivitetään sopivin väliajoin. Liian harvakseltaan päivittäminen voi passivoida, toisaalta liian usein päivittäminen voi ahdistaa, jos tavoitteita ei ole ehditty saavuttaa. Sopiva väli kuntoutussuunnitelman päivittämiselle voi olla esim. kahdesti tai kerran vuodessa. Portaittainen kuntoutusajattelu on kehittynyt vähitellen mielenterveyskuntoutumisen kehittämistyössä. Sillä tarkoitetaan asteittain vähennettävää tukea ja samalla kuntoutujan omaa osallisuuden lisäämistä omassa elämässään.

### **Toimintakyvyn vahvistaminen**

Alalukuun alle muodostui oireiden ja päivittäisten toimien hallinta.

Oireiden hallintaan liitettiin tuki sairauden kanssa selviytymiseen, toimintavalmiuksien saaminen hankaliin tilanteisiin ja oma-apu, tietoa, mistä saa apua arki-iltoina ja viikonloppuisin, tarvittaessa päihdekuntoutus, lääkehoidon toteuttaminen ja kuntoutujan sitouttaminen omaan lääkehoitoonsa.

Päivittäisten toimien hallintaa tuetaan erilaisin keinoin: yksilöllisen työskentelyn, ohjauksen, tukemisen – ei puolesta tekemisen - rinnalla työskentelyn ja yhdessä/ryhmässä tekemisen keinoin, turvallisuuden huomioiden. Käytännön toimina muodostui mm. omien aterioiden valmistamisen mahdollistaminen, terveellisten elämäntapojen tukeminen, kodin laitteiden käytön opettaminen, siivous ja pyykinpesu, paloturvallisuuteen ja hälytyksiin liittyvä ohjaus.

STM:n suosituksen (2007) mukaan mielenterveyskuntoutujien palveluasumisen tulee sisältyä toimia, joilla pyritään vahvistamaan kuntoutujan toimintakykyä ja sosiaalisia suhteita. Tällä tarkoitetaan mm. itsenäiseen asumiseen liittyvien taitojen harjoittelua, mm. siivousta, pyykinpesua, ruuan tekoa, omien raha-asioiden hoitoa, asiointia yksikön/yhteisön ulkopuolella ja päivätoimintaa. Kuntoutuksen tulee tapahtua enimmäkseen kuntoutujan oman asunnon ulkopuolella.

Kuntoutujalla tulee olla mahdollisuus valmistaa omat ateriansa ja välipalansa. Halutessaan kuntoutuja voi olla mukana myös yhteisten aterioiden tekemisessä. Tarvittaessa annetaan ohjausapua yksilö- tai ryhmämuotoisena. Keittomahdollisuudet tulee olla järjestettynä turvallisuus huomioiden. Varmistetaan kuntoutujan taidot käyttää sähkölaitteita turvallisesti, paloturvallisuus huomioiden.

Tuetussa asumisessa asuvien henkilöiden mielenterveyskuntoutuksen sisältö koostui (päivittäisten toimien hallinnassa) arjen askareiden yhdessä tekemisestä, toiminnallisista ja teemakeskusteluryhmistä sekä yhteisöllisestä toiminnasta, erilaisista ryhmistä ja ruokailuista.

Palveluasumisessa mielenterveyskuntoutuksen (toimintakyvyn tukemisen) keinoina kuvattiin mm. ohjaus ja tuki, rinnalla työskentely, erilaiset ryhmät ja omahoitajajärjestelmä, yhteisöllinen työskentely, kannustaminen, luottamus, ohjattu harjoittelu, omien asioiden hoitaminen, toiminnalliset harjoitteet, kuntoutujille annetut tehtävät yhteisössä ja vertaistuki.

### **Sosiaalisten suhteiden vahvistaminen**

Alaluokan alle muotoutuivat laitteet, ihmissuhteet ja perhe sekä yhteisöllisyys ja virikkeellisyys.

Kuntoutujille mahdollistetaan nykyaikaisten viestiminen käyttäminen, puhelimen ja Internetin käyttötaitoa tarvitaan yhteydenpitoon läheisten kanssa ja yleisten asioiden hoitamiseen. Sosiaalisten suhteiden vahvistamiseen liittyy esim. kanssakäymiseen kannustaminen, tuki vuorovaikutukseen sekä omaisten tukeminen ja ohjaaminen. Useat kuntoutujat ilmaisivat tarvetta apuun yhteydenpidossa sukulaisten ja ystävien kanssa.

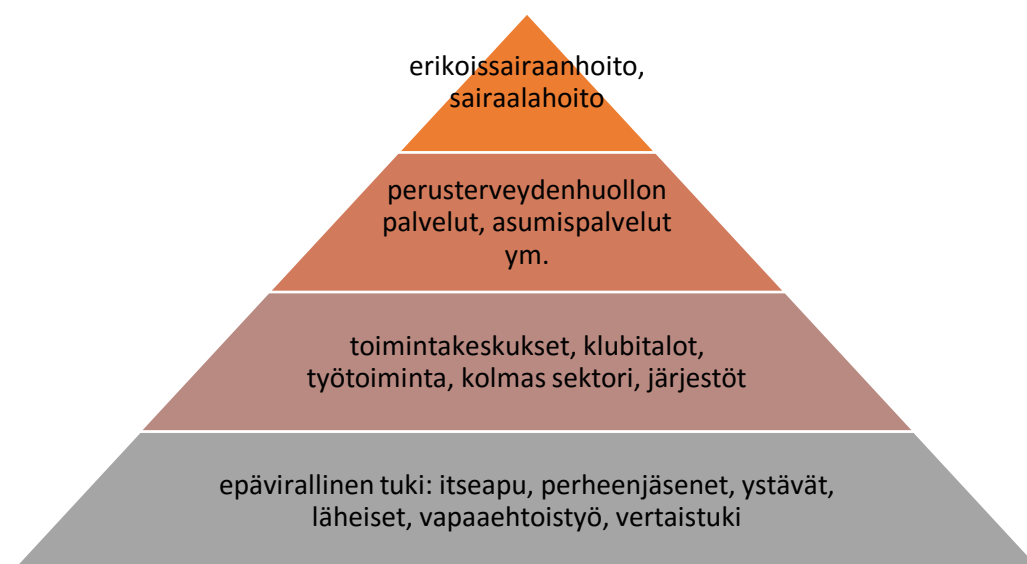
Yhteisöllisyyteen ja virikkeellisyyteen liitettiin harrastusryhmät, keskustelu- ja toiminnalliset ryhmät, mahdollisuus yhteisten tilojen käyttöön, yhteisöllisyyden toimintojen vapaaehtoisuus, erilaiset retket, juhlat, matkat ja leirit sekä yhdessä järjestettävät tapahtumat.

### **Tuki yhteisön ulkopuolelle suuntautumiseen**

Alaluokkaan muotoutui palvelujen ja toimintojen järjestäminen yhteisön ulkopuolelle, kuntoutujan vaikutusvalta asumiseensa sekä opiskeluun ja työhön suuntautumisen tuki.

Aluksi esitellään lyhyesti lähdeaineistosta noussut WHO:n pyramidimalli, joka yhdistettiin erityisesti kuntoutujien asumisyhteisöjen ulkopuolelle suuntautumiseen ja oman asuinympäristönsä toimintoihin mukaan kuulumiseen.

Maailman terveysjärjestön (WHO) pyramidimalli (kuva 1) kuvaa ihanteellista valikoimaa käytettävissä olevia mielenterveyspalveluja ja niiden määrällistä suhdetta toisiinsa. Mallin periaatteen mukaan mielenterveyspalvelut voidaan jakaa epävirallisiin ja virallisiin. Pyramidissa alimpana oleva ja suurin alue koostuu epävirallisista avun ja tukemisen tahoista, jotka ovat ilmaisia tai lähes ilmaisia. Tähän kuuluu mm. itseapu, läheisten apu, vapaaehtoistyö ja vertaistuki. Näitä ”palveluja” tulisi käyttää määrällisesti eniten. Pyramidin toinen, kolmas ja neljäs kerros kuvaa muodollisia, virallisia palveluja. Pyramidin huipulla oleva pienin alue kuvaa kalleinta ja vähiten käytettyä erikoissairaanhoidoa ja sairaalahoitoa. Näiden kahden ääripään väliin sijoittuvat mm. perusterveydenhuollon järjestämät palvelut ja kolmas sektori.



**KUVA 1. WHO-pyramidimalli ihanteellisista mielenterveyspalvelujen suhteista (mukailtu Hänninen 2012, 21)**

Tarkoituksena on vahvistaa ja tukea mahdollisimman paljon pyramidin alimpaan lohkoon kuuluvia aspekteja, mm. kuntoutujan omaa selviytymistä ja itseapua sekä kannustaa läheisiä auttamaan ja osallistumaan. Erilaisissa paikallisjärjestöissä työskentelevät henkilöt voivat myös auttaa epävirallisen tuen hankinnassa. Pyramidien alimpien osien hyödyntämisellä on myös ajatuksena, että mielenterveyskuntoutujat integroituvat normaaliin ympäristönsä yhteisöihin, asumisyhteisöjen ulkopuolelle. Tarkoituksena on, että kuntoutuja pystyy asumaan omassa kodissaan hyödyntäen epävirallisia tuen muotoja ja sopivassa suhteessa muita, virallisia maksullisia palveluja. Näiden epämuodollisten avun ja tuen tahojen tulisi olla linkitetty ja yhteistyösuhteessa sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti muihin virallisiin ja epävirallisiin toimijoihin. Näillä linkityksillä ja yhteistyösuhteilla voidaan vaikuttaa suotuisasti lähiyhteisön integroitumiseen ja sosiaaliseen koheesioon ja edelleen saada kuntoutujissa aikaan voimaantumista.

Kaikille kuntalaisille tarkoitetut palvelut eivät poissulje asiakaspiiristään mielenterveyskuntoutujia; on tarkoituksena, että myös he pystyvät näitä palveluja käyttämään ja hyödyntämään. WHO suosittaa, että kaikki mielenterveyspalvelut liitetään osaksi perusterveydenhuollon palveluita ja toimintoja. Kuntoutujilla voi olla avuntarpeita näiden palvelujen piiriin hakeutumisessa ja niiden käyttämisessä. Mielenterveyskuntoutujat toivoivat asumisyhteisön ulkopuolelle suuntautumisessaan mm. lähimmäisen apua ja tukea, päivätoimintaa, mielenterveystoimiston palveluja ja kuljetuspalvelua, tukea käytännön asioiden hoitamiseen ja jalkautumista.

Palvelujen ja toimintojen järjestämiseen yhteisön ulkopuolelle liittyy mm. ajanviete- ja harrastustoiminta, kolmannen sektorin toiminnat, seurakuntien toiminta, liikkuminen ja asioiden hoitaminen, sosiaali- ja terveyspalvelut ja kuntoutumista tukevat palvelut sekä ruokailut yhteisön ulkopuolella. Paikallisen mielenterveysyhdistyksen toiminnan muotona voi olla esim. retkien ja erilaisten tapahtumien järjestäminen sekä vertais-, koulutus- ja harrastustoiminta.

Tukihenkilötoiminnan kehittämistä vapaaehtoisuuteen perustuvana toimintana ehdotettiin. Lähdeaineistossa tukihenkilötarpeeseen on viitattu usein (esim. Määttä 2012; Hietala-Paalamaa ym. 2007; Malinen 2011) . Kolmannen sektorin kanssa voisi neuvotella myös säännöllisen tukihenkilötoiminnan tai henkilökohtaisen avustajatoimin-

nan järjestämisestä ostopalveluna. Paikallisesti Mikkelissä toimiva Virike ry voisi tässä olla mahdollinen yhteistyökumppani.

Henkilökuntaa on toivottu olevan paikalla enemmän iltapainotteisesti, koska asumisyhteisön ulkopuoliset aktiviteetit ja harrastusmahdollisuudet painottuvat ilta-aikaan. Harrastustoimintaa on toivottu myös sen tuoman sosiaalisen ulottuvuuden vuoksi, ”*porukalla ajan viettämistä*”.

Kuljetuspalvelua käytettiin vähän, sitä kuitenkin toivottiin lisää. Vammaispalvelulaisissa (380/1987, 8 §) ja vammaispalveluasetuksessa (759/1987, 5 §) määritellään vaikeasti vammaisen henkilön oikeudesta saada kuljetuspalvelua. Vammaisuus estää kulkemista julkisilla liikennevälineillä tai se aiheuttaisi kohtuuttomia vaikeuksia. Vaikeavammaisuuden edellytys voi täytyä myös siksi, että henkilö ei pysty psyykkisen sairauden vuoksi käyttämään joukkoliikennettä. (THL 2015.) Mahdollisuudet liikkua ympäristössä vaikuttavat kuntoutujien mahdollisuuksiin käyttää asumisyksikön ulkopuolisia palveluja ja osallistua ympäristön toimintoihin ja siten ”vähentää kotiin tai asumisyksikköön syrjäytymisen riskiä”.

Mielenterveyskuntoutujien omaan asumiseen vaikuttamisen tarve tulee esiin lähdeaineistoissa. Jokaisella kuntoutujalla (aivan kuin kaikilla kansalaisilla) täytyy olla mahdollisuus vaikuttaa omaan asumismuotoon, asunnon ja asuinkumppanin sekä asuinpaikkakuntansa valintaan. Jokaiselle kuntoutujalle tulee voida tarjota oma huone tai asunto (pariskunnalle huoneisto), jossa on oma wc, peseytymistilat ja keittomahdollisuudet.

Asuinpaikkansa valintaan oli saanut Luoteis-Pirkanmaalla (Malinen 2011) vaikuttaa 68 % kyselyyn vastanneista (vammaiset ja mielenterveyskuntoutajat). Eniten tyytyväisyyttä asumiseen toi asunnon hyvä sijainti, seuraavaksi asumiseen liittyvät asuinterit ja ihmissuhteet, viihtyisä ja tilava asunto, oma koti ja rauha, tarvittaessa tuki ja apu jne. Erikseen oli mainittu palvelujen ja toisaalta luonnon läheisyys. Osalla vastaajista tyytyväisyyden aiheetta oli siinä, että he saivat asua omalla kotipaikkakunnallaan ja lähellä tuttua ympäristöä ja perhettä. Varustelusta erikseen oli tyytyväisyyttä aiheuttanut mm. oma sauna ja parveke.

*Haastatteluissa tuli esiin toive saunomisen mahdollisuudesta nykyistä useammin. Asumisyhteisössä on yksi sauna yhteisissä tiloissa. Saunomismahdollisuutta ei ole viikonloppuisin, koska henkilökuntaa ei ole paikalla.*

Mielenterveyskuntoutujilla muuttotarve liittyi nykyisen asumisen kalleuteen ja ahtauteen, tarpeeseen tuetummasta asumisesta ja toiseen kuntaan siirtymisestä. Kuntoutujista reilu viidennes oli ilmaissut muuttotarvetta. (Malinen 2011, 58.)

Mielenterveyskuntoutujilla eniten haittaa asumisessa koettiin asunnon huonosta sijainnista, seuraavaksi uloslähtemisen ja asioihin tarttumisen vaikeudesta, tekemisen puutteesta ja yksinäisyydestä.

Työtoimintaan, opiskeluun ja työhön suuntautumiseen ja osallistumiseen toivottiin kuntoutujien haastatteluissa ja kyselyissä harvoin tukea. Näissä yhteistyötahoja voi olla esim. sosiaaliset yritykset, Te-palvelut ja ammatilliset oppilaitokset. Sosiaaliset yritykset voivat tarjota kuntouttavaa työtoimintaa ja avotyötoimintaa, työkokeiluja ja työsalitoimintaa. Koko Etelä-Savossa oli 20.10.2015 kolme yritystä, jotka oli merkitty sosiaalisten yritysten rekisteriin. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2015.)

Julkisen työ- ja elinkeinopalvelujen (TE-palvelujen) kautta voidaan saada tukea työllistymiseen, esim. hakea työ- ja/tai koulutuspaikkaa. Työllistymisen tuen muotoja ovat esim. työnhakuvalmennus, uravalmennus, työhönvalmentajan tuki, työkokeilut ja Duuni-korttitoiminta. Te-palvelujen ammatinvalinta ja koulutus -palvelujen avulla voidaan räätälöidä esim. koulutuskokeiluja ja sopeutettua koulutusta (TE-palvelut 2015.)

Työllisyysohjelmaan osallistuminen on klubitalojäsenyyden yksi oikeus (Hänninen 2012). Sillä on tarkoitus saavuttaa tai palauttaa työtaitoja ja itseluottamusta, joita tarvitaan "oikeassa" työelämässä. Ainoa vaatimus työllisyysohjelmaan pääsemiseksi on motivaatio ja halu tehdä työtä.

### **7.3 Mikä motivoi ja kannustaa mielenterveyskuntoutujaa?**

Alalukuun muotoutui kuntoutusvalmiuden syntyminen, kuntoutuminen ja omien ajatusten ja tahdon löytyminen (liite 3). Lähdeaineisto ei antanut kysymykseen yksiselit-

teisiä vastauksia. Alaluvussa esitellään lyhyesti aineistossa esiintyvää kolmea aihetta, joilla voi olla merkitystä mielenterveyskuntoutujien motivoitumiseen omassa kuntoutumisprosessissaan.

*Motivoivia asioita oli yhdellä kuntoutujalla oma henkinen ja fyysinen hyvinvointi, kahdella kuntoutujalla elämä puolison kanssa. Yksi kuntoutuja ei osannut motivoivia asioita nimetä, totesi, että sisulla vain, luottamusta jokaiseen päivään, aktiivisuutta ja osallistumista.*

### **Kuntoutumisvalmiuden syntyminen**

Kuntoutumisvalmiuden viriämiseen liitettiin sureminen ja luopumistyö sekä muutostarve.

Kuntoutusvalmiudella tarkoitetaan kykyä asettaa omaa elämää koskevia tavoitteita, ei välttämättä vielä kykyä toimia tavoitteiden mukaan, vaan virittäytyä siihen suuntaan. Kuntoutusvalmiuden kehittyminen edellyttää oman sairastumisen ja sen aiheuttamien vaikutusten ja menetysten käsittelyä – suru- ja luopumistyötä.

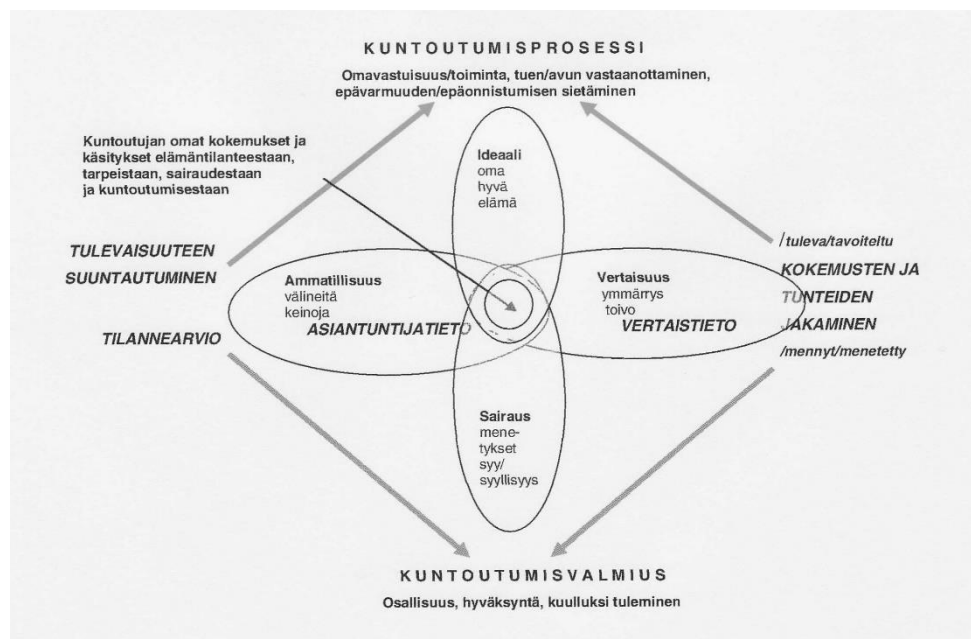
Kuntoutumisvalmiuden kehkeytymiseen ja edelleen kuntoutumiseen liittyy monia asioita, esim. sairastumiseen johtaneiden seikkojen suremista ja niistä luopumista, henkilökohtaisten kriisien käsittelyä, häpeää, ahdistusta, syyllisyydentunteita jne. Perimmäisenä ajatuksena on pyrkiä selvittämään itselleen, mistä kaikesta on kuntoutumassa. Surutyön ja luopumisen käsittelemiseen liittyy sen pohtiminen, mitkä asiat omassa elämässä ovat johtaneet psyykkiseen sairastumiseen. Mistä henkilö on joutunut luopumaan sairastumisen myötä, mitkä asiat ovat ehkä vaikuttaneet sairastumiseen? Mistä ei ole tarvinnut luopua ja toisaalta mistä asioista, ajatuksista, tavoista jne. olisi tarpeen luopua oman kuntoutumisen edistymiseksi. Oman historian ja elämän muisteleminen ja tunteminen voi tuottaa surua, tuskaa ja ahdistusta, mutta ne kuuluvat omaan kuntoutumiseen ja kuntoutumisvalmiuden kehittymiseen.

Oman elämän ja historian työstäminen ja itselleen selvittäminen, mistä on kuntoutumassa, voi tapahtua monella tapaa. Asioita voidaan käsitellä vuorovaikutuksessa ammattilaisen tai vertaisen kanssa. Joku voi saada apua oman elämänsä läpikäymiseen esim. päiväkirjan kirjoittamisesta tai muista itseilmaisun keinoista. Omaa elämää ja



sen asioita tulee käsitellä vähitellen, omaa jaksamista ja sietokykyä kuunnellen. Vuorovaikutuksessa sekä itsen ja toisten ihmisten kanssa oleellista on hyväksyvä, ymmärtävä ja toivoa herättävä ilmapiiri.

Kuntoutussäätiön Trio-projektissa (Hietala-Paalasmaa ym. 2007) kehitettiin AVIS-malli (kuva 2), jota voidaan hyödyntää eräänlaisena orientaationa kuntoutusajattelulle. AVIS tulee sanoista ammatillisuus, vertaisuus, ideaali/hyvä elämä ja sairaus. Malli ei anna valmiita ohjeita kuntoutuksen toteuttamiseen, se kuvaa kuntoutuksen kolmea asiantuntijaa ja niihin liittyvien kokemuksellisuuden, ammattilaisuuden ja vertaisuuden tuomia аспекteja kuntoutuksen kenttään. Kuvion alaosa kuvaa kuntoutumisvalmiuteen liittyviä asioita. Kaikilla kolmella toimijalla on omia näkemyksiään, kokemuksia ja tietoa, joita he toisiinsa nivoutuen tuovat saataville. Kuntoutuja kokemuksineen, ajatuksineen, sairaus- ja kuntoutumiskäsityksineen sekä tarpeineen on kaiken toiminnan keskiössä mutta ei toiminnan objektina vaan itse toimivana subjektina. Kuntoutuja itse tekee valintoja ja toimii kulloisenkin elämäntilanteensa puitteissa.



**KUVA 2. AVIS-malli (Hietala-Paalasmaa ym. 2007, 25)**

Sitten kun kuntoutuja on pystynyt muodostamaan itselleen kuvaa elämästään, pystynyt suremaan ja luopumaan hän voi vähitellen virittäytyä elämään eteenpäin kohti muutosta. Jokaisen kuntoutujan on itse määriteltävä omat muutostarpeensa ja tavoitteensa; niitä ei voida ulkoapäin tuoda.

Kuntoutuminen on aina henkilön yksilöllinen muutosprosessi, joka tapahtuu kuntoutujalle itselleen ja hänen omassa elämässään. Jotta henkilöllä syntyisi valmiuksia omaan kuntoutumiseensa, on hänen koettava halua ja tarvetta muutokseen elämässään ja toisaalta myös toivoa ja uskoa muutoksen mahdollisuuksiin. Edelleen, sitten kun kuntoutumisvalmiutta alkaa syntyä, kuntoutujan tulee vähitellen muodostaa omaa elämää koskevia päämääriä ja tavoitteita ja haluta toimia niiden suuntaan. Muutosprosessissa kuntoutujan liikkeelle ja alkuun pääsemiseen tarvitaan hänen omaa sitoutumistaan muutoksiin ja tavoitteisiinsa. Muutoshalun täytyy lähteä kuntoutujasta itsestään, ei pakonomaisesti ulkoapäin painostaen.

Ulkoisesti muutos näkyy kuntoutujan kohentuvana toimintana ja käyttäytymisenä. Ensin on kuntoutujan kuitenkin käytävä omaa sisäistä muutosprosessiaan, johon liittyy ajatusten, tunteiden ja asenteiden muutosta – näiden viriämisen myötä kehkeytyy ulkoisia muutoksia. Sisäisten muutoksen käynnistymiseksi tarvitaan vuorovaikutusta sekä itseen että muihin ihmisiin. Omaan itseen kohdistuvalla vuorovaikutuksella tarkoitetaan sitä, että oppii kuuntelemaan ja oppimaan itseään – ajatuksiaan, kokemusmaailmaansa, haaveitaan – omien ajatusten ja tahdon löytämistä.

### **Kuntoutuminen**

Kuntoutus on kuntouttajien tekemää työtä kuntoutujan auttamiseksi: auttaa henkilöä löytämään oma tahtonsa ja tavoitteensa ja tukea valintojen tekemisessä ja toimimaan oman elämänsä edestä. Kuntoutuksessa tulee aina korostua kuntoutujan oman asiantuntijuuden kunnioittaminen; kuntoutujalla on omat tietonsa ja omat kokemuksensa elämästään ja täten mahdollisuudet ottaa oma elämänsä haltuun. Kuntoutuja voi tarvita apua ja tukea siinä, että pystyy tiedostamaan ja käyttämään omaa asiantuntijuuttaan ja edelleen toimimaan niiden mukaan. (Hietala-Paalamaa ym. 2007, 11.)

Kuntoutumisen alle muotoutui toivon ja mahdollisuuksien viriäminen, kolmiyhteys, vertaisuus ja ammattilaisuus sekä tietoisuuden lisääntyminen.

Toivon ja mahdollisuuksien viriämiseen liitettiin huomio siitä, että kuntoutumista voidaan ulkopuolelta tukea, mutta ei tuottaa, hyväksyvä ilmapiiri, omat unelmat, toiveikkuuden lisääntyminen ja kohentuva mieliala.

Trio-ajattelun mukaan kuntoutumiseen tarvitaan kolmen erilaisen asiantuntijuuden yhdistämistä: kuntoutujan itsensä omaa tietoa ja asiantuntijuutta omassa elämässään, toisten kuntoutujien kokemuksia kuntoutumisen mahdollisuuksista sekä ammattilaisten tietoa kuntoutumisen prosessista. Kullakin näistä on omat kokemuksensa, tietoa ja osaamista, jotka voivat tukea kuntoutumisen prosessia. Kuntoutumista voi syntyä myös ammatillisten interventioiden ulkopuolella. Kuntoutuminen tapahtuu henkilön omassa elämässä, hänen omilla ehdoillaan, sitä voi olla tukemassa esim. kuntoutujan omat läheiset, myönteiset kokemukset jne.

Vertaisuuteen ja ammattilaisuuteen liittyy vertaisvierailut ja ryhmät, kokemusten käsittely ja tiedon saaminen kuntoutumisen prosessista.

Vertaistoiminta koettiin mielekkäämmäksi ryhmätilanteessa toteutettuna kuin yksilötapaamisena. Ryhmässä vertainen kertoi tarinaansa, ja sitä oli turvallista seurata ”kauempaa”, yksilötapaamiset koettiin liian intiimiksi. Vertaistuki koettiin yksilöllisesti hyödyllisenä tai ei kovinkaan hyödyllisenä. Vertainen saattoi tuoda uusia näkökulmia asioihin, itselleen anteeksiantamisen ajatusta, toivoa ja ymmärrystä.

Kuntoutujan muuttaessa asumisyhteisöstä itsenäisempään asumismuotoon on mielekästä säilyttää häneen yhteydet. Voidaan esim. sopia vertaiskäynneistä ja kuntoutujaan voidaan määrääjoin ottaa yhteyttä ja kysellä kuulumisia. Lähdeaineistosta nousi käytäntö, jossa entiset asukkaat käyvät kertomassa selviytymistarinaansa ja tuomassa kuntoutujille toivoa heidän omasta kuntoutumisestaan. (Salo 2010.)

### **Omat ajatukset ja tahto löytyy**

Alakategorioihin muotoutui päällekkäin edellisen kanssa myös oman tietoisuuden lisääntyminen, lisäksi vuorovaikutus ja merkityksellisyys.

Tietoisuuden lisääntymiseen liitettiin tietoisuus itsestä ja ympäristöstä, myönteiset kokemukset ja voitettut esteet, itseluottamuksen kasvu, tulevaisuuteen suuntautuminen, kuntoutujan viriävät ajatukset, asenteet ja tunteet elämästään, uusien toimintatapojen löytyminen ja itsensä kuunteleminen.

Merkityksellisyyteen liitettiin uuden merkityksen löytäminen ja oman arvon kokemus, oman merkityksellisyyden kokemus, omien arvojen pohdinta sekä mahdollisuudet toteuttaa omia mieltymyksiään.

Kuntoutumisen kokemuksiin omassa elämässä liitettiin mm. itseymmärryksen ja itseluottamuksen lisääntyminen, oman mielialan kohentuminen ja toiveikkuuden lisääntyminen.

Mielenterveyskuntoutuksen päiväkurssille osallistuneiden palautteessa (Hietala-Paalamaa ym. 2007) tärkeänä antina pidettiin mm. sitä, että sairastumisesta saatiin faktatietoa. Tietoa saatiin keskusteluissa ja vuorovaikutuksessa sekä kirjallisuudesta ja muusta aineistosta. Oivallus siitä, että sairastumista edeltävään ei ole mielekästä yrittää palata, vaan suuntautua eteenpäin. Oman kuntoutumisen suhteen saatiin ymmärrystä siitä, että kuntoutuminen tapahtuu pienin askelin ja yksilöllisesti ja että jokaisella on toivoa kuntoutumisesta. Ryhmältä saatua tukea pidettiin myönteisenä, kokemuksia oli mm. yhdessä nauraminen, positiivisuuden panostaminen sekä samantapaiset ja yhdistävät kokemukset, samastuminen toisiin kuntoutujiin. Toisaalta kommentteissa tuli esiin myös kokemuksia, että toiset kuntoutujat olivat itseä sairaampia tai huonokuntoisempia. Varsinaisen kurssiohjelman ulkopuolella myönteisiksi koettiin myös epäviralliset ateriakeskustelut, joissa ajatuksia pystyttiin vaihtamaan ”ohimennen”.

## **8 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS**

### **Kirjallisuuskatsaus**

Kirjallisuuskatsauksen tulosten luotettavuuteen vaikuttaa moni osatekijä. Tutkimuskysymysten tulee olla selkeitä, juuri kyseessä olevaan aiheeseen liittyviä ja niitä tulisi olla korkeintaan kolme. Katsaukseen valitaan sopiva työmenetelmä, tässä tapauksessa kvalitatiivinen tutkimus. Hakutermien huolellisella valinnalla saadaan juuri aiheeseen liittyvää materiaalia. Kattavan tiedon saamiseksi tulisi käyttää sekä tietokantahakua että manuaalista tiedonhakua. Sisäänotto- ja poissulkukriteereillä valikoidaan katsaukseen mukaan otettavat tutkimukset. Aiemmin tehtyjen tutkimusten laatua tulee myös arvioida; siinä apuna voidaan käyttää tiettyjä kriteeristöjä ja mittareita. Petticrewin (2001), Khanin (2003) ym. mukaan kirjallisuuskatsauksen tulisi olla ainakin kahden

eri tutkijan samanaikaisesti tekemä. (Johansson ym. 2007, 6.) Kirjallisuuskatsauksena voidaan pitää jo kahden eri tutkimuksen yhteistä käsittelyä, ja toisaalta siinä voi olla hyvinkin laaja kokonaisuus tutkimusaineistoa (Johansson ym. 2007, 3).

Tutkimuksen eettisiä kysymyksiä jaetaan kahteen luokkaan: (1) tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan liittyviin kysymyksiin sekä (2) kysymyksiin, jotka liittyvät tutkijan vastuuseen hänen esittämistään tutkimustuloksista. Tutkijan tulee noudattaa hyvää tutkimuskäytäntöä, joka kunnioittaa tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Hyvää tutkimuskäytäntöä on mm. tutkimusluvan hankkiminen, tutkimuksen teossa noudatettava rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus, asianmukainen tallentaminen, tulosten esittäminen ja arviointi, muiden tutkijoiden kunnioittaminen ja heidän julkaisuihinsa asianmukaisesti viittaaminen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6 - 7).

Aineistoksi valikoitujen selvitysten tulokset ovat syntyneet kyselyiden ja haastatteluiden tuloksena, asukkaiden ja toimijoiden. Niissä saatuja vastauksia voidaan pitää henkilöiden subjektiivisina kokemuksina asioihin. Kuntoutujista vastaajiksi on voinut valikoitua keskimääräistä parempivointisia asukkaita. Kyselyjen ja haastattelujen tulos ei välttämättä anna kokonaiskuvaa alueen kuntoutujien mielipiteistä, vain kyselyihin ja haastatteluihin vastanneiden. (vrt. Malinen 2011, 34.)

Kirjallisuuskatsauksessa oli vain kuusi erillistä lähdeaineistoa. Lähdeaineisto oli suhteellisen tuoretta ja liittyi tutkittavaan aiheeseen. Maantieteellisessä mielessä käytetty aineisto ei kattanut koko maata, siinä oli mukana vain joitain yksittäisiä alueita. Katsausta ja sen sisällönanalyysiä teki vain yksi henkilö, tuotos on syntynyt lähdeaineiston ja opiskelijan oman subjektiviteetin tuloksena. Opinnäytetyön tuloksia ei voine yleistää sellaisenaan, vaan sen avulla voitaneen tarkastella erilaisia vaihtoehtoja ja näkökulmia mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämiskentässä.

## **Haastattelut**

Haastateltavien anonymiteetistä huolehdittiin. Suorat ja epäsuorat tunnistetiedot hävitettiin: nimi, ikä, sukupuoli, siviilisääty ja mahdollinen työpaikka.

Saadut haastattelut kirjattiin puhtaaksi aina saman päivän aikana. Haastatteluissa opiskelija sekä esitti kysymykset että kirjasi vastaukset ylös. Tästä johtuen kaikkea haastateltavan sanomaa ei saatu kirjattua muistiin. Täytyi tyytyä kirjaamaan opiskelijan arvioimat oleelliset asiat lyhennettynä. Käytetty haastattelutekniikka ja sen tallentaminen heikensi haastattelutulosten luotettavuutta. Haastattelujen äänittäminen ja äänitteiden huolellinen litterointi olisi antanut enemmän informaatiota ja haastateltavien oma ääni olisi selvemmin tullut esiin. Toinen keino kuntoutujien mielipiteiden kuulemiseen olisi ollut kirjallisen asukaskyselyn teettäminen, jonka halutessaan jokainen asumisyhteisön kuntoutuja olisi voinut täyttää, halutessaan yksin ja tulematta opiskelijan tunnistamaksi.

Haastatteluihin valikoitui vastaamaan neljä henkilöä, joiden psyykkinen vointi oli sillä hetkellä hyvä ja jotka olivat motivoituneita osallistumaan haastatteluun. Heidän vastauksensa eivät välttämättä anna yhtenäistä kuvaa samantapaisessa asumismuodossa olevien kuntoutujien näkemyksistä. (haastattelukysymykset, liite 1)

## **9 POHDINTA**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla Suomessa olemassa olevia käytänteitä mielenterveyskuntoutujien asumisessa. Aihetta pohjustettiin kuvaamalla mielenterveyden ja hyvinvoinnin olemusta, esittämällä mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä ja sitä uhkaavia kuormittavia, uhkaavia ja laukaisevia tekijöitä sekä kuvaamalla tiivistetysti mielenterveyskuntoutuksen kenttää. Asumisen käytänteisiin perehtymiseksi liitettiin opinnäytetyön teon yhteyteen myös projektiharjoittelua (erillinen raportti), tutustuttiin myös käytänteisiin, joita ei tässä raportissa esitelty. Tavoitteena opinnäytetyöllä oli esittää toimivia hyviä käytäntöjä mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämiseen.

Kuntoutuksen kenttä on hyvin laaja, minkä vuoksi tulee haasteelliseksi rajata aihetta. Mielenterveyskuntoutuksen ja henkilöiden asumisen ja sen tuen – suuren osan ihmisen elämäntarinan - kohdalla tulee eteen pulmallisuus, mitä ihmisen elämän aiheita voisi jättää vähemmälle huomiolle tai huomioimatta. Opinnäytetyössä saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin, mutta mitään tyhjentäviä tai yleistäviä vastauksia ei löydetty. Erityisesti viimeinen tutkimuskysymys (mikä motivoi kuntoutuja) tuotti haastetta, eikä

siihen löydettykään mitään konkreettista. Pohdittavaksi jää, miten paljon enemmän käytettyä laajempi lähdeaineisto olisi pystynyt valaisemaan aihetta.

Kirjallisuuskatsauksessa käytetyssä lähdeaineistossa on kussakin kehittämissuhteita mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittämiseen. Niihin voi tutustua esim. kirjallisuuskatsauksessa olevien linkkien kautta.

Tulosten perusteella tulee halua esittää joitain ajatuksia. Mielenterveyskuntoutujan avun ja tuen tarve on aina yksilöllinen. Tuen, ohjauksen ja avun tarpeiden muodot ja intensiivisyys vaihtelee. Toisaalta tarjottavassa tuessa tulee esiin, että samat auttamiskeinot eivät ole kaikille kuntoutujille sopivia ja tehoavia. Mitään selkeää ja pelkistettyä formaattia ei asumisen ja kuntoutumisen tukemiseksi voitane rakentaa. Ei myöskään voida usein nimetä asiaa tai asioita jotka motivoivat kuntoutujaa ponnistelemaan omassa elämässään ja kuntoutumisessa. Lähdeaineiston ja opiskelijan subjektiivisen työn myötä nousi joitain ajatuksia:

1. Kuntoutuja on aina oman elämänsä asiantuntija, kuntoutuminen lähtee hänestä itsestään, hänen omasta elämästään. Kuntoutumista ei voida tuottaa ulkoapäin, sitä voidaan vain pyrkiä tukemaan ja tarjota erilaisia ”työkaluja” kuntoutujan käyttöön. Kuntoutumisen edellytyksenä on halu saada aikaan myönteistä muutosta elämässään – tämä tarkoittaa ensin kuntoutumisvalmiuden kehittymistä.
2. Kuntoutumisen ja kuntouttamisen tulee olla aina suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, mutta pitää voida hyväksyä myös se, että joskus tavoitteisiin ei päästä tai kuntoutumisessa tulee taantumajaksoja. Aina pitää olla mahdollisuus yrittää uudelleen ja muuttaa tavoitteita.
3. Asumispalveluja järjestävien, usein yksityisten palveluntuottajien, täytyy huolehtia siitä, että oma toimintafilosofia tukee kuntoutumista ja kuntoutujan avun tarpeiden vähentymistä.
4. Läpi lähdeaineiston tuli esiin kuntoutujien tarpeet ja toiveet sosiaaliseen tukeen liittyen. Yksinäisyyttä koetaan paljon ja toisaalta omasta asunnosta tai asumisyhteisöstä lähteminen koetaan ahdistavana. Riskinä on sulkeutuminen ja eristäytyminen omaan rajoitettuun asumisyhteisöön. Kaivataan vierelläkulkijaa, ystävää, tukihenkilöä.
5. Kuntoutumiseen tärkeänä osana liittyy se, että henkilö pystyy toimimaan vähintäänkin omassa asuintiympäristössään. Toimintoja tulisi suunnata mahdollisimman paljon asumisyhteisön ulkopuolelle. Mielenterveyskuntoutujia tulee

tukea ja auttaa osallistumaan ylipäättään kaikille ihmisille tarkoitettuihin toimintoihin – asiointiin, vaikuttamiseen, harrastuksiin ja vapaa-ajan toimintoihin.

6. Varsinaista henkilökuntaa ei ole riittävästi, jotta se pystyisi olemaan kaikissa tilanteissa kuntoutujan tukena. Tarvitaan yhteistyökumppaneita, tukihenkilöitä, ystävätoimintaa, vertaistukea ja ylipäättään ihmisiä, jotka ovat kuntoutujien lähellä ja saatavilla.

Opinnäytetyön prosessi aloitettiin syksyllä 2014 aiheen etsimisellä ja aiheen löydyttyä aiheeseen perehtymisellä ja teoriaosuuden lähdeaineiston keräämisellä. Opinnäytetyön suunnitelma valmistui ja esitettiin lopulta maaliskuun lopulla 2015. Alun perin tarkoituksena oli saada työ kevään aikana valmiiksi, mutta tavoite osoittautui epärealistiseksi. Opinnäytetyötä rakennettiin työn ja muun opiskelun ohessa, eikä opiskelijan resurssit olleet riittävät. Analyysiin päästiin huhti-toukokuussa, mutta tässä vaiheessa ei ollut ehditty riittävästi perehtyä analyysin teon teoriaan. Opiskelija keskeytti opinnäytetyön tekemisen väsymisen vuoksi toukokuussa. Kesätauon jälkeen prosessia jatkettiin syksyllä työn ohessa. Oli palattava prosessissa taaksepäin ja käytävä uudelleen läpi sekä teoriaosuutta että kirjallisuuskatsauksen lähdeaineistoa ja aineiston analyysiä. Tauko oli välttämätön ja antoi lisää puhtia tehdä työ loppuun. Kokonaisuutena opinnäytetyön prosessi on ollut haastava ja paljon aikaa vievä, mutta toisaalta se on myös antanut valmiuksia tutkia ja tuottaa tieteellisten kriteerien mukaista materiaalia. Opinnäytetyöstä tuli aiottua laajempi rajausongelmien vuoksi. Yhdelle opiskelijalle sen valmiiksi saamiseen kului ajallisesti paljon enemmän aikaa kuin mihin 15 opintopisteen ansaitseminen edellyttäisi.

Jatkotutkimuksena mielekkäältä tuntuisi kartoittaa paikallisesti erilaisten mahdollisten yhteistyötahojen verkostoa. Opinnäytetyössä esiteltiin WHO:n pyramidimallia, tulisi kartoittaa paikallisesti niin muodollisia kuin epämuodollisia avun ja tuen tahoja ja keinoja hyödyntää niitä mielenterveystyössä.



## LÄHTEET

ARA 2012. Palveluasumisen opas. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus. Pdf-dokumentti. <http://www.ara.fi/download/noname/%7B36F5C1F3-FC22-4F97-B466-DE849213A3E7%7D/22531>. Päivitetty 10.6.2015. Luettu 8.12.2014.

Asumista ja kuntoutusta 2007. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 13. Helsinki.

Asuntopoliittinen toimenpideohjelma 2012. Tiedote 3.5.2012. WWW-dokumentti. <http://valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=356839>. Luettu 8.12.2014.

Etene-julkaisuja 2011. Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Helsinki: Unigrafia.

Fountainhouse 2015. Historiaa. WWW-sivusto. <http://www.fountainhouse.org/about/history>. Ei päivitystietoa. Luettu 30.9.2015.

Gould, Raija & Nyman, Heidi 2012. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 3/2012. Työkyvyttömyyseläkepäättökset 2000 - 2011. Www-sivu. [http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS\\_0\\_2712\\_459\\_440\\_3034\\_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/keskustelualoitteet/tyokyvyttomyyselakepaatokset\\_2000\\_2011\\_7.pdf](http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/keskustelualoitteet/tyokyvyttomyyselakepaatokset_2000_2011_7.pdf). Päivitetty 2012. Luettu 29.4.2015.

Hietala-Paalamaa, Outi, Hujanen, Timo, Härkäpää, Kristiina & Reuter, Anni 2009. Mielenterveyskuntoutujien klubitalot. Yhteisön tukea ja yksilöllistä kuntoutumista. Kuntoutusalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Kuntoutussäätiö ja Raha-autamaattiyhdistys. Avustustoiminnan raportteja 20. Helsinki: Yliopistopaino.

Johansson, Kirsi, Axelin, Anna, Stolt, Minna & Ääri, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51. Turku: Digipaino.

Kapanen, Heini, Leinonen, Anne & Rantanen, Anu-Riikka 2013. Lilinkotisäätiön kolmen palvelutalon kokemusrviointi. Mielenterveyden keskusliitto, [sähköinen julkaisu](#).

Kieseppä, Tuula & Oksanen, Jorma 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Duodecim numero 20, sivut 129(20):2133-9. Www-sivu: [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_viewType=viewArticle&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_tunnus=duo11273&\\_Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet\\_member=JPpRX9\\*\\*SdU](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11273&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_member=JPpRX9**SdU). Luettu 12.10.2015.

Koppa 2015. Laadullinen tutkimus. Jyväskylän Yliopiston opetus- ja kurssimateriaalien julkaisupaikka. Avoimet oppimateriaalit. Www-sivusto. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>. Luettu 16.11.2015.

Koskisuus, Jari 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.

Koskisuus, Jari & Yrttiaho, Kaiju 2004. Kuntoutujan työkirja. Keinoja omaan kuntoutumiseen. Mielenterveyden keskusliitto. Pori: Kehitys Oy

Kotilo ry 2015. Toiminta. Www-sivusto. <http://www.kotilo.fi/toiminta2014.html>. Luettu 6.10.2015.

Kuhanen, Carita, Oittinen, Pirkko, Kanerva, Anne, Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2013. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001. Www-sivu. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010189#L1P2>. Luettu 27.3.2015.

Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) 2013. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Marjakangas, Minna 2015. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi, terveystalujen sosiaalityöntekijän sähköposti-info 13.10.2015.

MATTI 2015. Mielenterveyskuntoutujan asumisen tukeminen, tavoitteena itsenäisyys. Terveystalujen ja hyvinvoinnin laitos. Www-sivusto: <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/mielenterveyskuntoutujan-asumisen-tukeminen-tavoitteena-itsenaisyyys-matti>. Luettu 12.10.2015.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2012. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 24.

Mielenterveyskuntoutujien asumisen kehittäminen 2012. Ympäristöministeriön raportteja 10. Työryhmäraportti 31.3.2012. WWW-dokumentti. Helsinki.

Mielenterveyslaki 1116/1990. www-julkaisu. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Luettu 27.3.2015.

Mielenterveystalo 2015. Www-sivusto. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/oireenhallinta.aspx>. Ei päivitystietoa. Luettu 12.10.2015.

Mäkinen, Minna 2015. Imatran klubitalolla haastava aika – siirtymätyöpaikat kiven alla. Www-artikkeli. Päivitetty 15.2.2015. Luettu 22.4.2015. 15.2.2015.

Nyberg, Kaisa 2015. Unelma omasta kodista toteutuu Tampereella. Artikkelijulkaisu 1/2015. Www-dokumentti. <http://www.aspasatio.fi/print/662> Tulostettava versio. Luettu 28.9.2015.

Peltomaa, Marjo 2005. Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Li-

sensiaatintutkimus. Www-dokumentti.

<http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=8230ac8f-8bee-42f4-9301-fe023228dda1>. Päivitetty 2005. Luettu 10.10.2015.

Rissanen, Päivi 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Mielenterveyden Keskusliitto. Pori: Kehitys Oy.

Ruuth, Katariina, Koivisto, Johanna & Ruuskanen, Inkeri 2013. Mielenterveyskuntoutujan itsenäisen asumisen monikanavainen tuki. Kotikuntoutusprojektin loppuraportti. Pdf-dokumentti.

[http://www.sopimusvuori.fi/images/PDF/Kotikuntoutuksen\\_loppuraportti.pdf](http://www.sopimusvuori.fi/images/PDF/Kotikuntoutuksen_loppuraportti.pdf). Päivitetty 2013. Luettu 28.9.2015.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Www-sivusto.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Päivitetty 2006. (Luettu 6.5.2015.)

Salo, Markku & Kallinen, Mari 2007. Yhteisasumisesta yhteiskuntaan? Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Mielenterveyden Keskusliitto. Pori: Kehitys Oy.

Salo, Markku & Kallinen, Mari 2008. Yksikkökeskeisyydestä kumppanuuteen. Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut Imatralla ja Joensuun seudulla. Tutkimus. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Salo, Markku 2010. Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusrviinnin kohteina. Ithaca-hankkeen Suomen raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 22. Helsinki: Yliopistopaino.

Sopimusvuori 2015. Tuettu asuminen. Www-sivusto.

<http://www.sopimusvuori.fi/mielenterveys/tuettu-asuminen>. Ei päivitystietoa. Luettu 29.9.2015.

Sosiaaliasetus 607/1983. Www-julkaisu.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607#P10>. Päivitetty 17.9.2015. Luettu 23.9.2015.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. www-julkaisu.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>. Päivitetty 2014. Luettu 27.3.2015.

Suomen klubitalot ry. 2015. Klubitalotietoa. Www-sivusto.

[http://www.suomenklubitalot.fi/?page\\_id=47](http://www.suomenklubitalot.fi/?page_id=47). Ei päivitystietoa. Luettu 30.9.2015.

Suomen klubitalot ry 2015. Laatusuositukset. Www-sivusto.

[http://www.suomenklubitalot.fi/?page\\_id=17](http://www.suomenklubitalot.fi/?page_id=17). Ei päivitystietoa. Luettu 30.9.2015.

Te-palvelut 2015. Tukea työllistymiseen. Www-sivusto. [http://www.te-](http://www.te-palvelut.fi/te/fi/tyonhakijalle/tukea_tyollistymiseen//index.html)

[palvelut.fi/te/fi/tyonhakijalle/tukea\\_tyollistymiseen//index.html](http://www.te-palvelut.fi/te/fi/tyonhakijalle/tukea_tyollistymiseen//index.html). Ei päivitystietoa. Luettu 27.3.2015.

THL 2015. Vammaispalvelujen käsikirja. Www-sivusto.

<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman->

[tuki/liikkuminen/kuljetuspalvelu-ja-saattajapalvelu#ots2](#). Ei päivitystietoa. Luettu 15.4.2015.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaamisepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Www-dokumentti.

[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Päivitetty 2012. Luettu 6.5.2015.

Törmä, Sinikka, Huotari, Kari, Nieminen, Jarmo & Tuokkola, Kati 2014. Unelmana oma asunto ja tukea pärjäämiseen. Mielenterveyskuntoutujien asumisratkaisut ja niiden kehittäminen. Ympäristöministeriön raporteja 24.

Työ- ja elinkeinoministeriö 2015. Sosiaalinen yritys. Www-sivu.

<http://www.tem.fi/index.phtml?s=2567>. Ei päivitystietoa. Luettu 29.10.2015.

Valviran valvontaohjelma 2012. Mielenterveys- ja päihdehuollon ympärivuorokautiset asumispalvelut sekä päihdehuollon laitoshuolto. WWW-dokumentti.

[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ ja\\_valvonta/valvontaohjelmat/sosiaali- ja\\_terveydenhuolto/mielenterveys- ja\\_paihdehuolto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/valvontaohjelmat/sosiaali- ja_terveydenhuolto/mielenterveys- ja_paihdehuolto). Päivitetty 2012. Luettu 8.12.2014.

Vartiainen, Anssi 2014. Kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon palvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2013. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 4. Pdf-

dokumentti. [http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/14\\_06\\_18\\_Kuusikko\\_ph-raportti\\_2013.pdf](http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/14_06_18_Kuusikko_ph-raportti_2013.pdf). Päivitetty 2014. Luettu 28.9.2015.

WHO 2014. Mental health, Fact sheets. Www-sivusto.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>. Päivitetty 8/2014. Luettu 23.8.2015.

YSA, yleinen suomalainen asiasanasto 2015. Www-sivusto. <https://finto.fi/ysa/fi/>. Ei päivitystietoa. Luettu 31.3.2015.

Haastattelu asukkaalle

Opinnäytetyö mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksikölle

Esittely, ikä

1. Diagnoosi? mitä mieltä itse siitä
2. Oireilu viime aikoina? mikä haittaa arjen elämää
3. Lääkehoito, oma motivaatio ja sitoutuminen?
4. Fyysinen terveys?
5. Milloin ja mistä olette tänne tulleet asumaan? miksi ette pärjäisi omassa kodissa?
6. Minkälainen asunto teillä täällä on? varustelu (mukavuudet)?  
Oletteko siihen tyytyväinen?

Mitä toivoisitte tiloihin liittyen?

7. Miten täältä pääsee liikkumaan esim. keskustaan? toiveita?
8. Minkälaista apua ja tukea tarvitsette täällä?
9. Mitä tahtoisitte tehdä yhdessä ohjaajan tai muiden asukkaiden kanssa?
10. Minkälaiset välit teillä on toisiin asukkaisiin?
11. Minkälainen ilmapiiri täällä on? (hyväksyntä, kunnioittaminen, asiallisuus jne.)
12. Oletteko saanut tarvitsemaanne apua tai onko autettu liikaa
13. Onko joitain rajoituksia ja kieltoja?  
Ystävien ja läheisten kylässä käynnit, rajoituksia?  
Hyväksyttekö säännöt?
14. Mikä auttaisi teitä pärjäämään omassa asunnossa? Onko se tavoitteena?
15. Mikä teitä motivoi, mikä saa toimimaan?
16. Käyttekö psykiatrista avopalvelua, onko teillä oma mt-hoitaja? miten usein käynnit?
17. Ajankulu, askareet. Onko tiellä jokin oma harrastus? Pystyttekö sitä täällä toteuttamaan?
18. Osallistutteko päivätoimintaan säännöllisesti?
19. Työssäkäyntiä tai työtoimintaa? Palkka? Miltä tuntuu?
20. Koulutusta tai opiskelua?
21. Järjestötoimintaa?
22. Käykö täällä entisiä asukkaita kertomassa kuulumisiaan? (vertaistuki)
23. Tulevaisuuden suunnitelmia elämässä?
24. Onko jotain mitä vielä haluaisitte ottaa esille?  
palautetta risuja/ruusuja  
opiskelijalle neuvoa
25. Kiitokset



## Kirjallisuuskatsaus

Tekijä / vuosi	Teoksen nimi	Tarkoitus	Keskeiset tulokset
Salo Markku 2010	Ihmisoikeudet mielen- terveys- ja päihdeyk- siköissä kokemusrvi- oinnin kohteina  Linkki: <a href="https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/ihmisoikeudet.pdf/71a2be97-df68-47bd-97ef-b5d90180c106">https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/ihmisoikeudet.pdf/71a2be97-df68-47bd-97ef-b5d90180c106</a>	Kokemusrvioinnin kei- noin selvitettiin ihmiso- ikeuksien ja fyysisen ter- veydenhoidon toteutu- mista mielenterveys- ja päihdelaitoksissa sekä asumispalveluissa.	Hyödyllinen. Havah- dutti huomioimaan inhimillisyyteen ja ihmisoikeuksiin liit- tyviä asioita. Inhimil- lisessä kohtelussa, kuntoutumisen tuke- misessa ja asumisen laadussa on paljon eroja. Kuntoutujien osallistuminen ja yh- teiskuntaan kiinnit- tyminen vaihtelee.
Fröjd, Sari & Ahonen, Juha 2009	Pirkanmaan mielen- terveyskuntoutujien asumispalveluselvitys  Tilaus: <a href="http://verkkokauppa.juvenes.fi/fi/">http://verkkokauppa.juvenes.fi/fi/</a> ; <a href="http://granum.uta.fi/granum/index.php">http://granum.uta.fi/granum/index.php</a>	Selvityksessä kuvataan Pirkanmaalla sijaitsevien mielenterveyskuntoutu- jille kohdistettujen yksi- tyisten asumispalvelujen tarjontaa, kuntoutuksen sisältöjä, asumisen laatua ym. Tuotoksena ehdotuk- sia asumispalvelujen ke- hittämiseksi.	Hyödyllinen. Ehdot- uksina mm. päihde- kuntoutuksen tuomi- nen osaksi mielenter- veyskuntoutusta ja portaittaisen kuntou- tusjärjestelmän to- teuttaminen
Määttä, Johanna 2012	Selvitys mielen- terveyskuntoutujien asumisesta Lesti- ja Perhonjokilaakson kunnissa  Linkki: <a href="http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/Selvitys_mielenterveyskuntoutu-">http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/Selvitys_mielenterveyskuntoutu-</a>	Kerättiin tietoa mielen- terveyskuntoutujien asu- misesta ja heidän saamis- ta palveluista: haastatte- lut ja asiakaskyselyt. Tuotoksena toimenpide- suosituksia kuntoutujien asumisen kehittämiseen	Hyödyllinen. Tietoa kuntoutujien avun ja tuen tarpeista asu- misyksilöissä ja itse- näisesti tai tuetusti asuvilla. Yhtenä huo- lena oli pelko kuntou- tujien elämänpiirin kaventumisesta asu-

## Kirjallisuuskatsaus

	<a href="#">jien_asumisesta.pdf</a>		misyksiköihin tai itsenäisesti / tuetusti asuvilla kotiin syrjäytymisen vaara. Tarjottava erilaisia kodin ulkopuolisia toimintoja ja tukea osallistumiseen.
Hänninen, Esko 2012	Choices for recovery: community-based rehabilitation and the clubhouse model as means to mental health reforms Linkki: <a href="http://www.empad-pro-ject.eu/assets/dl/14_15_Choi-ces_for_recovery_report.pdf">http://www.empad-pro-ject.eu/assets/dl/14_15_Choi-ces_for_recovery_report.pdf</a>	Kehittää, edistää ja levittää yhteisöperusteisen kuntoutuksen hyviä käytäntöjä. Katsauksen tarkoituksena on tutkia arvojen, periaatteiden ja arvojen keskinäisiä suhteita erilaisten mielenterveysthoidon käytänteiden viitekehyksissä. Tutkia psykososiaalisen kuntoutuksen avainkäsitteitä.	Hyödyllinen. Tietoa yhteisöperusteisesta kuntoutuksesta, klubitalotoiminnasta ja siihen liittyvästä siirtymätyötoiminnasta. WHO pyramidimalli optimaalinen sekoitus mielenterveyspalveluja. CBR-matriisi.
Hietala-Paalamaa, Narumo & Yrttiaho 2007	Kuntoutuja, ammattilainen, vertainen: mielenterveyskuntoutuksen kolme asiantuntijaa Linkki: <a href="http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Trio-raportti2007.pdf">http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2014/04/Trio-raportti2007.pdf</a>	Mielenterveyskuntoutuksen kolmen asiantunteumuksen yhdistäminen. Ammattilaisen tieto, kokemus ja osaaminen. Kuntoutujan asiantuntijuuden esiin tuominen, kuntoutujana ja vertaisena. Kuntoutusajattelun kehittäminen ja syventäminen	Hyödyllinen. Kuntoutuksen käsitteen merkitys ja sisältö; voimaantumisenesta kuntoutumisvalmiuden kehittymiseen ja muutosvalmiuteen. Yksilöohjauksen toimintamalli; jalkautuminen kuntoutujan kanssa jne.
Malinen, Virva 2011	Riittävät tukipalvelut ja ihminen lähellä: vammaisten ihmisten	Selvitettiin Luoteis-Pirkanmaalla asuvien vammaisten ja mielen-	Hyödyllinen. Niin kuin selvityksen otsikko kertoo: riittävät



## Kirjallisuuskatsaus

	<p>ja mielenterveyskuntoutujien asuminen ja asumispalvelutarpeet Luoteis-Pirkanmaalla</p> <p>Linkki:  <a href="http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/Luoteis-Pirkanmaa%20raportti%20netti.pdf">http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/Luoteis-Pirkanmaa%20raportti%20netti.pdf</a></p>	<p>terveyskuntoutujien asumista ja asumispalvelujen tarvetta asiakasryhmissä ja sitä tukemaan tehdyillä haastatteluilla. Tuotoksena saatiin toimenpidesuosituksia, joiden avulla kehitetään asumispalveluja.</p>	<p>tukipalvelut ja ihmisen lähellä. Kehitettävä uusia joustavia kotiin vietäviä palveluja itsenäistä asumista tukemaan. Yksinäisyyden kokemus yleistä. Tukihenkilöajatus, kolmannen sektorin kanssa yhteistyön virittäminen; tukena ja apuna asioimiseen, ystävälliseksi ja seuraksi harrastuksiin ym.</p>
--	---	--	--

## MITÄ TAITOJA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJA TARVITSEE OMASSA ASUMISESSAAN?

alakategoria	yläkatgoria	tutkimuskysymys
terveys ja hyvinvointi	arjen hallintaa omassa kodissa ja asumisyhteisössä	Mitä taitoja mielenterveyskuntoutuja tarvitsee omassa asumisessaan?
ruokahuolto		
kodinhoito		
raha-asoiden hoito		
arjen mielekkyys		
liikkuminen ja asiointi		
sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö		
ajanviete		
vuorovaikutus	sosiaalista kanssakäymistä	
osallisuus ja itsensä toteuttaminen		

MITEN VOIDAAN AUTTAA?

alakategoria II	alakategoria I	yläkatgoria
arvot ja periaatteet	toimintafilosofia	kuntoutumiseen perustaa
yksikön tavoite		
toiminnan strategia ja keinoja	henkilöstö	
koulutus pohja ja täydennyskoulutus		
työnohjaus ja moniammatillinen tuki		
henkilöstömitoitus	tavoitteellinen suunnittelu	
jokaiselle kuntoutussuunnitelma		
kuntoutujalähtöisyys		
omahoitajajärjestelmä		
tietoa, tukea, keinoja	oireiden hallintaa	toimintakyvyn vahvistaminen
yksilöllinen työskentely, rinnalla työskentely	päivittäisten toimien hallintaa	
ohjaus, tukeminen, kannustaminen		
viestimien käyttömahdollisuudet ja taidot	laitteet ihmissuhteet perhe	sosiaalisten suhteiden vahvistaminen
kannustaminen kanssakäymiseen vuorovaikutuksen tuki omaisten tukeminen ja ohjaaminen		
erilaiset ryhmät yhteisiä tiloja käytössä yhteisöllisyys vapaaehtoisuuteen perustuvaa yhteistä ajanvietettä	yhteisöllisyys virikkeellisyys	
ajanviete ja harrastustoiminta	palvelujen ja toimintojen järjestäminen yhteisön ulkopuolelle	ulkopuolelle suuntautuminen
kolmas sektori		
seurakunnat		
liikkuminen ja asioiden hoitaminen		
terveydenhuolto yhteisön ulkopuolelle		
päivätoiminta yhteisön ulkopuolella		
kuntoutuskurssit		
ruokailut	vaikutusvaltaa asumiseen	
mahdollisuudet vaikuttaa omaan asumismuotoon, asunnon valintaan, asumispaikkakuntaan jne.		
oma huone/asunto ja asumiskumppanin valinta		
asumiskokeilut	opiskeluun ja työhön suuntautuminen	
sosiaalinen yritys		
TE-keskus, oppilaitokset		
siirtymättyö		

## MIKÄ MOTIVOI JA KANNUSTAA MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAA?

alakategoria	yläkatgoria	tutkimuskysymys
sureminen ja luopumistyö		
muutos: halu, tarve, toivo, valmiuksien syntyminen, sitoutuminen	kuntoutumisvalmiuden syntyminen	
toivon ja mahdollisuuksien viriäminen: ilmapiiri, omat unelmat ja toiveikkuuden lisääntyminen, kohentuva mieliala		
vertaisuus ja ammattilaisuus: vierailut, ryhmät, kokemusten käsittely, tietoa kuntoutumisen mahdollisuuksista	kuntoutuminen	
tietoisuuden lisääntyminen: itsestä ja ympäristöstä, myönteiset kokemuksen, itseluottamuksen kasvu, tulevaisuuteen suuntautuminen		
vuorovaikutus: itsen ja toisten ihmisten kanssa, vertaistuki, läheiset, verkosto	omat ajatukset ja tahtolöytyy	
merkityksellisyys: uuden merkityksen löytäminen, oman arvon kokemus, omien arvojen pohdinta, itsensä toteuttaminen		

mikä motivoi ja kannustaa mielenterveyskuntoutujaa?

