

Heidi Tammelin & Katri Tuominen

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIENTEN ASUMISEN VALMIUKSIEN
ARVIOINTI

Hoitotyön koulutusohjelma
2018

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN ASUMISEN VALMIUKSIEN ARVIOINTI

Tammelin, Heidi & Tuominen, Katri
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Toukokuu 2018
Sivumäärä: 38
Liitteitä: 2

Asiasanat: mielenterveyskuntoutuja, mielenterveyskuntoutus, kuntoutuminen, asuminen, tuettu asuminen

Mielenterveyshäiriöt ovat nykyään hyvin yleisiä, mutta mielenterveysongelmista kärsivää ihmistä pidetään helposti poikkeavana ja hänet suljetaan yhteisön ulkopuolelle. Vakaviin mielenterveyden sairauksiin liittyy usein toimintakyvyn ongelmia, jotka vaikeuttavat itsenäistä asumista. Jokaiselle mielenterveyskuntoutujalle tulee löytää juuri hänelle sopiva asumismuoto, joka tukee kuntoutumista ja itsenäistä selviytymistä. Omassa kodissa asumista tulee tukea mahdollisimman paljon.

Tutkimus toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Aineisto rajattiin vuosiin 2008-2018 ja tutkimusaineistoa kerättiin Samk Finnasta, Theseuksesta, PubMedista ja Medicista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaista tietoa mielenterveyskuntoutujien asumisen valmiuksien arvioinnista löytyy entuudestaan. Tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista tietoa, joka palvelee asumisen arvioinnin kehittämistä Hiitenhovin yksikössä. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat: Mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveyskuntoutujan asumisen tuen tarpeen arviointiin? sekä Millaisia ovat jo olemassa olevat hyvät käytännöt asumisen tuen arvioinnissa?

Kirjallisuuskatsauksen tuloksena löytyi asioita, joita tulee huomioida arvioitaessa henkilön toimintakykyä ja asumisen valmiuksia. Työhön kerättiin useita sopivia menetelmiä, joiden avulla arviointeja voi tehdä. Tutustumalla näihin menetelmiin voidaan valita paikkaan ja tilanteeseen sopivin arviointimenetelmä.

ESTIMATION OF MENTAL REHABILITEE'S LIVING FACILITIES

Tammelin, Heidi & Tuominen, Katri
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
Month: May, 2018
Number of pages: 38
Appendices: 2

Keywords: mental health rehabilitee, mental health rehabilitation, rehabilitation, living, supported living

Nowadays the disturbance of the mind is very common but a person with mental health problem is often considered as deviant and the person might be excluded outside the community. Serious mental illness is often connected with problems in ability to act that makes independent living more difficult. To every mental rehabilitee there should be found the exact living form that suits exactly for him or her and that living form should support the rehabilitation and independent emergence. Living in an own apartment should be supported as much as possible.

This research was made as a narrative literary survey. The data of this research was defined in to years 2008-2018 and the research data was assembled from Samk Finna, Theseus, PubMed and Medic. The purpose of the thesis was to find out what kind of information can already be found of estimation of mental rehabilitee's living facilities. The aim was to produce current information that will service the development of living estimation in the unit of Hiittenhovi. The research questios were: Which elements affect the estimation of support's need of mental rehabilitee? and What kind of good practice of the support of living estimation there already are?

As a result of this literary survey was found issues that should be payed attention to when estimated a person's ability to act and the living facilities. Several suitable methods were gathered into this thesis that will help to do the estimation of the menthal rehalibitee. With acquaint to these methods can the suitable estimation method that suits the excact place and situation, be chosen.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSHÄIRIÖT	7
2.1	Ahdistuneisuushäiriöt	7
2.2	Kaksisuuntainen mielialahäiriö (bipolaarihäiriö)	8
2.3	Masennus (unipolaarinen häiriö)	8
2.4	Persoonallisuushäiriö	8
2.5	Skitsofrenia	9
2.6	Syömishäiriöt	9
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	9
4	OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET	10
4.1	Mielenterveyskuntoutuja.....	10
4.2	Mielenterveyskuntoutus	10
4.3	Kuntoutuminen	11
4.4	Asuminen	12
4.5	Tuettu asuminen.....	12
5	ASUMISEN ARVIOINTIMENETELMIÄ	13
5.1	Teoreettinen viitekehys	14
5.2	TUVA	15
5.3	ASTA	16
5.4	Mini-ASTA	18
5.5	FIM®-mittari	18
5.6	GAS.....	19
5.7	PARADISE24fin.....	22
5.8	SOFAS - Social and Occupational Functioning Assessment Scale.....	24
5.9	RAI-arviointijärjestelmä	25
6	MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ASUMISEN TUEN TARPEEN ARVIOINTIIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	26
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	33
7.1	Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyönä	33
7.2	Narratiivinen kirjallisuuskatsaus.....	34
7.3	Käytetyt hakusanat ja tietokannat	35
7.4	Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	35
7.5	Aineiston analysointi ja tulokset.....	35
8	POHDINTA.....	36
8.1	Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus	37

LÄHTEET.....	39
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Mielenterveyslain 5 §:n mukaan mielisairautta tai muuta mielenterveyshäiriötä potevalle henkilölle tulee järjestetää mahdollisuus hänen tarvitsemaansa lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen. Asumispalvelut on luokiteltu sosiaalipalveluiksi, joiden järjestämisestä kunnan on huolehdittava (sosiaalihuoltolain 17 §). Asumispalvelut tarkoittavat palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä (sosiaalihuoltolain 22 §) ja voivat sisältää esimerkiksi asiakkaan avustamista henkilökohtaisessa hygieniassa, ruokataloudessa ja asunnon siivouksessa. Asumispalveluja tulee tarjota henkilölle, joka tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä (sosiaalihuoltolain 23 §). Asumispalveluja järjestetään palveluasunnoissa ja tukiasunnoissa, joissa henkilön itsenäistä asumista tai siirtymistä itsenäiseen asumiseen tuetaan (sosiaalihuoltoasetuksen 10 §). (THL:n www-sivut 2007.)

Opinnäytetyön tilaaja on Hiittenhovi Harjavallassa. Hiittenhovi tukee asukkaan selviytymistä itsenäisen elämän haasteista tarjoamalla yksilöllistä tukea, vertaistukea ja yhteisöllisyyttä. Paikka mahdollistaa sosiaalisen kanssakäymisen ja tarjoaa myös eri tahojen järjestämää virikkeellistä toimintaa. Hiittenhovi tarjoaa vaihtoehdon ja mahdollisuuden mielenterveyskuntoutujille selviytyä vaikeankin mielenterveyshäiriön kanssa sairaalan ulkopuolella. (Hiittenhovin www-sivut 2017.)

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on selvittää minkälaista tietoa mielenterveyskuntoutujien asumisen valmiuksien arvioinnista löytyy entuudestaan. Tavoitteena on tuottaa ajankohtaista tietoa, joka palvelee asumisen arvioinnin kehittämistä Hiittenhovin yksikössä.

Tämän opinnäytetyön myötä osaaminen mielenterveyskuntoutujien kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa kasvoi. Sairaanhoidtajalle nämä taidot ovat tärkeitä, koska mielenterveyshäiriöt ovat nykyään hyvin yleisiä ja niitä voi kohdata millä tahansa hoitotyön alueella.

2 YLEISIMMÄT MIELENTERVEYSHÄIRIÖT

Ihmisiä sairastuu tänä päivänä entistä enemmän psyykkisiin sairauksiin. Silti mielen-terveyshäiriöihin liittyy paljon negatiivisia uskomuksia, mistä johtuen sairastunut saattaa kohdata ikäviä asenteita ja ennakkoluuloja. Näiden seikkojen vuoksi toipu-minen saattaa hidastua tai vaikeutua. Monet myös mieltävät psyykkisesti sairaiden olevan väkivaltaisia, vaikka yleensä tilanne on juuri päinvastainen eli kyseessä saattaa olla enemmänkin sulkeutuneisuutta ja arkuutta. (Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2018.)

Useimmiten mielenterveyskuntoutujat asuvat omissa kodeissaan. Osa heistä asuu mie- lenterveyskuntoutujille tarkoitetuissa kuntoutuskodeissa tai asumisyksiköissä, jolloin pystytään yhdistämään tarvittava yksilöllinen tuki ja arjen onnistuminen. Mielenter-veyskuntoutujien asuinolot eivät ole kehittyneet samalla vauhdilla kuin muun väestön, eikä asuinoloja ole huomioitu riittävästi. Kaikilla kunnilla ei ole tarjota riittävästi palveluita mielenterveyskuntoutujille ja tulevaisuudessa psyykkisesti sairaiden sairaalapaikkoja tullaan vähentämään. Vaikutukset tulevat näkymään avohuollon palveluissa sekä asumisen järjestämisessä. Suurena haasteena tulee olemaan nykyiset asumisyksiköt, joilla on tulevaisuudessa tarvetta peruskorjauksille ja muille tilojen muokkaamisille. Haasteena on myös omissa asunnoissaan asuvat mielenter-veyskuntoutujat, joilla on tarvetta avulle ja tuelle koskien arjen onnistumista. (Kettunen 2011.)

2.1 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöstä puhuttaessa tarkoitetaan ahdistusta, joka on jatkunut pitkään ja haittaa elämää huomattavasti. Sairaalahoitoa ei yleensä tarvita vaan kyseessä on su-hteellisen lievä sairaus, jossa todellisuudentaju säilyy. Sairastunut voi kärsiä esi-merkiksi ahdistuneisuudesta, jännittyneisyydestä ja pelosta. Eniten sairastetaan yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä, paniikkihäiriötä, erilaisia pelkoja sekä pakkoneu-roseja. Koko väestöstä noin 1-4 % kärsii ahdistuneisuushäiriöstä. (Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2018.)

2.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö (bipolaarihäiriö)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan syvään depression sekä maniaan. Sairauteen saattaa liittyä näkö- ja kuuloharhoja tai harhaluuloja. Sairausjaksot voivat kestää kolmesta kuuteen kuukautta. Masennus- ja maniajaksojen välissä saattaa kuitenkin olla myös oireettomia jaksoja. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön yleisyys on noin 0,6-1,2 %. (Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2018.)

2.3 Masennus (unipolaarinen häiriö)

Masentuneen henkilön mielenkiinto asioita kohtaan on heikentynyt eikä ilonaiheita löydy entiseen tapaan. Sairastunut saattaa kärsiä häiriöistä liittyen syömiseen, nukkumiseen ja keskittymiseen sekä hän voi olla jatkuvasti väsynyt. Syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet saattavat myös hankaloittaa elämää. Mikäli sairaus on krooninen tai se uusiutuu, saattaa päivittäisistä toimista suoriutuminen hankaloitua. Masennukseen voi sairastua ketä tahansa ja sairaus todennetaan sekä hoidetaan perusterveydenhuollossa. Masennus on yleinen mielenterveyshäiriö, sen yleisyys Suomessa on noin 9 %. Naiset sairastuvat masennukseen noin 1,5-2 kertaa useammin kuin miehet. (Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2018.)

2.4 Persoonallisuushäiriö

Persoonallisuushäiriöitä on useita erilaisia, esimerkiksi pakko-oireinen, riippuvainen, epävaka, narsistinen, estynyt ja antisosiaalinen. Sairastunut saattaa tuntea itsensä yksinäiseksi, koska hänen voi olla hankalaa luoda ja ylläpitää ihmissuhteita. Vaikeuksia voi ilmetä myös kaikenlaisessa kanssakäymisessä muiden ihmisen kanssa. Oireet siis liittyvät vahvasti vuorovaikutustilanteisiin ja seurauksena saattaa olla sosiaalinen leimaantuminen. Persoonallisuushäiriöt voivat puhjeta jo lapsena, nuorena tai joskus vasta aikuisena. Persoonallisuushäiriö on hyvin yleistä, sen yleisyys on jopa 13 % väestöstä. (Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2018.)

2.5 Skitsofrenia

Skitsofreniassa kyseessä on vakava psyykinen sairaus. Oireina ovat ajatusten hajanaisuus, ongelmat tunneilmaisussa sekä outous käyttäytymisessä. Skitsofreniapotilaat saattavat tulkita havainnot vääriksi niiden ollessa kuitenkin oikeita. Oireet voivat olla joko positiivisia eli psykoottisia (näihin oireisiin muut ihmiset kiinnittävät helposti huomiota: epätavallista ajattelua tai käyttäytymistä) tai negatiivisia (toimintakyvyn ja tunneilmaisun heikentyminen). Skitsofreniaan sairastunut on yleensä nuori tai aikuisuuden kynnyksellä oleva henkilö. Sairaus voi puhjeta joskus vanhempanakin. Koko Suomen väestöstä sairastaa skitsofreniaa noin 0,5–1,5 %. (Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2018.)

2.6 Syömishäiriöt

Syömishäiriöt voidaan jakaa kolmeen ryhmään: anorexia nervosa, bulimia nervosa ja lihavan ahmimishäiriö. Syömishäiriöt ovat hankalia ja pahimmassa tapauksessa hengenvaarallisia. Parantumisen on oikeanlaisen hoidon myötä kuitenkin mahdollista. Syömishäiriöön liittyy sekä ympäristö- että perintötekijät. Yhteiskunnassamme vaikuttava hoikan naisen ihannointi saattaa etenkin nuorilla naisilla vaikuttaa sairauden puhkeamiseen. Kuitenkin sairastua voi ikään ja sukupuoleen katsomatta. Sairauden yleisyys Suomessa on noin 0,2–0,6 %. (Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2018.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on selvittää minkälaista tietoa mielenterveyskuntoutujien asumisen valmiuksien arvioinnista löytyy entuudestaan. Tavoitteena on tuottaa ajankohtaista tietoa, joka palvelee asumisen arvioinnin kehittämistä Hiit-

tenhovin yksikössä. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat: Mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveyskuntoutujan asumisen tuen tarpeen arviointiin? sekä Millaisia ovat jo olemassa olevat hyvät käytännöt asumisen tuen arvioinnissa?

4 OPINNÄYTETYÖN KESKEISET KÄSITTEET

4.1 Mielenterveyskuntoutuja

“Mielenterveyskuntoutuja on tavoitteellinen, omia pyrkimyksiään ja tarkoitusperiään toteuttava toimija, joka pyrkii tulkitsemaan, ymmärtämään ja suunnittelemaan omaa elämäänsä ja sen perustaa. Mielenterveyskuntoutuja on nykyisin oman elämänsä ja kuntoutumisensa aktiivinen toimija, joka tarvitsee mielenterveyden häiriön vuoksi kuntouttavia palveluja ja lisäksi mahdollisesti apua asumisensa järjestämisessä taikka asumispalveluja” (Säntti 2015, 5).

4.2 Mielenterveyskuntoutus

Kun psyykkisesti sairaan henkilön toimintakyky heikkenee, saattaa hän saada apua mielenterveyskuntoutuksesta. Kunnat järjestävät asukkailleen mielenterveyskuntoutusta ja se toteutetaan avohoidossa. Pääpaino on palveluilla, joita voidaan käyttää kotoa käsin. Kuntoutus tulee aloittaa vasta kokonaistilanteen ollessa tasapainossa ja kuntoutujalla tulee olla tarpeeksi voimia kuntoutumiseensa. Lääkehoito ei yksinään riitä hoidoksi vaan lisäksi tarvitaan monenlaisia kuntoutusmuotoja. Kuntoutumisen avulla vahvistetaan taitoja, joiden merkitys arjen sujumiseen korostuu ja jotka ovat heikentyneet sairastumisen myötä. Psykoterapialla, kuntoutuskursseilla ja työhönvalmennuksella saattaa olla myönteisiä vaikutuksia toipumiseen. (Mielenterveystalon www-sivut 2017.)

Mielenterveyskuntoutus suunnitellaan kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden mukaan ja kyseessä on moniammatillinen kokonaisuus. Kuntoutujan apuna ovat ammattihenkilöt ja heidän tehtävänä on tukemisen sekä motivoinnin lisäksi tavoitteiden suunnittelussa ja toteuttamisessa avustaminen. Mielenterveyskuntoutukseen vaikuttavat merkittävästi esimerkiksi läheiset ihmiset, työpaikka ja opiskelu. Kuntoutuksessa voidaan käyttää yksilö- ja yhteisötoimintoja. (THL:n www-sivut 2007.)

Tärkeimpiä keinoja tukea mielenterveyskuntoutujan mahdollisuutta asua kotona, ovat psykiatrinen kotikuntoutus (avohoidossa tapahtuvaa kuntoutusta, jonka toteuttaa psykiatrian avohoitoyksikkö, terveyskeskus ja kunnan sosiaalitoimi yhdessä), kunnan tarjoamat tukipalvelut (kotisairaanhoido, kotihoito, sosiaalipalvelu, asumisen tuki, kuntoutusohjaajan palvelut sekä kunnan järjestämät projektit), vertaistuki sekä muiden yhteistyötahojen tarjoama tuki. Kotikuntoutuksesta hyötyvät potilaat, joiden tarvitsema tuki on jatkuvaa tai väliaikaista, ja jota tarvitaan esimerkiksi heikentyneen toimintakyvyn takia. Psykiatrinen kotikuntoutus toimii myös sairaalajaksojen ennaltaehkäisyä. Kotikuntoutukseen on hyvä saada sitoutumaan myös kuntoutujan perhe. Mielenterveyskuntoutujan ohjaamiseen tulee käyttää psykoedukatiivisia menetelmiä, joita ovat tiedon jakaminen sekä ohjaus sairauteen liittyvistä seikoista. Ohjauksessa huomiota tulee kiinnittää oireista kertomiseen, itsehoitoon, lääkehoitoon sekä sivuoireisiin. Yleisin mielenterveyskuntoutujille tarjottu palvelu on asumisen tuki, jota järjestetään sosiaalipalveluna. Tarjolla on myös eri järjestöjen ja yksityissektorin järjestämiä asumisen tukipalveluita, jotka on tarkoitettu mielenterveyskuntoutujille. Osallistuminen erilaisiin päivätoimintoihin ja työllistymisen mahdollistaviin palveluihin tukevat myös osaltaan itsenäistä asumista. (Mielenterveystalon www-sivut 2017.)

4.3 Kuntoutuminen

Mielenterveyskuntoutujan kuntoutuminen on prosessi, jossa muutos tapahtuu kuntoutujan itsensä asettamien tavoitteiden ja voimavarojensa mukaisesti. Kuntoutuminen ei tapahdu hetkessä, vaan se vaatii aikaa kokemusten käsittelemiseen ja jäsentämiseen sekä oman elämäntilanteen jonkin asteiseen hallintaan. Vertaistukiryhmät ja kuntoutuskurssit voivat toimia hyvänä kuntoutumisen keinona. Näissä tapahtumissa voi luottamuksella kertoa muille mielenterveyskuntoutujille omista kokemuksistaan

sekä myös vertailla kokemuksiaan. Kuntoutustyöntekijöiden läsnäolo on myös tärkeää, heillä on tietoa ja usein myös kokemusta mielenterveysongelmista. Tapah- tumissa vallitsee tasa-arvoisuus ja jokainen arvostaa toistensa kokemuksia ja antavat toisilleen tukea. Erittäin tärkeitä asioita mielenterveyskuntoutujan kuntoutuksessa ja paranemisprosessissa ovat läheiset ihmiset ja heidän antama tuki. (Mielenterveyden keskusliiton www-sivut 2018.)

4.4 Asuminen

“Mielenterveyslain 5 §:n 2 momentin mukaan mielisairautta tai muuta mielenter- veyshäiriötä potevalle henkilölle on riittävän hoidon ja palvelujen ohella yhteistoimin- nassa asianomaisen kunnan sosiaalitoimen kanssa järjestettävä mahdollisuus hänen tarvitsemaan lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palve- luasumiseen siten kuin siitä on erikseen säädetty” (THL:n www-sivut 2016).

Tärkein tavoite on taata mielenterveyskuntoutujalle pysyvä asumismuoto ja asunto. Jotta omassa kodissa asuminen mahdollistuisi, tulee mielenterveyskuntoutujalle tarjota riittävät palvelut ja tuki. Kuntoutujan henkilökohtaiset tarpeet tulee ottaa hu- omioon, kun suunnitellaan juuri hänelle sopivia tiloja. Huomioon tulee myös ottaa oikeus yksityisyyteen. Kuntoutumista voi edesauttaa esimerkiksi itselle mieleiseksi sisustettu koti sekä kodin sijainti muun asutuksen keskellä palveluiden lähelle. Asun- non sijainnilla on siis tärkeä merkitys kuntoutujan vuorovaikutukseen muiden ihmis- ten kanssa. (THL:n www-sivut 2015.)

4.5 Tuettu asuminen

Tuetulla asumisella tarkoitetaan sellaisia tukitoimia, joita mielenterveyskuntoutuja saa kotiinsa tukeakseen toimintakykynsä ylläpitämistä. Sen tulee olla säännöllistä, tarkoi- tuksenmukaista ja kuntoutussuunnitelmaan perustuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on tukea henkilön itsenäistä selviytymistä omassa kodissaan. Tukitoimia voidaan toteut- taa yhdessä omaisten kanssa, jolloin pystytään kokonaisvaltaisemmin tukemaan asi- akkaan kuntoutusta ja ylläpitämään hänen arjen taitojaan. Mielenterveysongelmiin liit-

tyy yleensä toimintakyvyn vaikeuksia, jotka vaikeuttavat itsenäistä asumista. Toimintakyvyn vaikeuduttua saattavat tuetut asumisratkaisut auttaa kuntoutujaa. Tällaiset asumisratkaisut ovat pitkäaikaista sairaalapaikkaa paremmat. Sopivalla asumismuodolla on suuri merkitys mielenterveysongelmista kuntoutumiselle, joten jokaiselle kuntoutujalle tulee tarjota juuri hänelle oikeanlainen asumismuoto ja omassa kodissa asumisen tulee olla etusijalla. Kuntoutuksella on myös merkittävä vaikutus sairauden hallinnan opettelussa. Kuntoutuksen tavoitteena on myös päivittäisten askareiden harjoittelu, kodin ulkopuolisten palveluiden käyttäminen sekä mielikkäiden vapaa-ajan harrastusten löytäminen. Mielenterveyslain 5. §:ssä kerrotaan, että mielenterveyskuntoutujalle tulee järjestää mahdollisuus tuki- ja palveluasumiseen, ja sen tulee liittyä lääkinnälliseen tai sosiaaliseen kuntoutukseen. Eli mielenterveyskuntoutujalla on oikeus hänelle sopivaan asumispalveluun. Psykkisesti sairastavat tarvitsevat hoidollista ja sosiaalista tukea asunnon järjestämisen lisäksi. Näin voidaan estää asunnottomuutta sekä syrjäytymistä. (Mielenterveystalon www-sivut 2017.)

5 ASUMISEN ARVIOINTIMENETELMIÄ

Mielenterveyskuntoutujan arjessa selviytymiseen ja asumisessa tarvittavan avun ja tuen määrään voivat vaikuttaa monet asiat. Sellaisia asioita ovat esimerkiksi sosiaaliset suhteet perheenjäseniin ja ystäviin, erilaisten palvelujen saatavuus ja elinympäristön turvallisuuden liittyvät tekijät. Tarpeet ovat yhteydessä elämänmuutoksiin, eivätkä ole pysyviä, vaan nopeatkin muutokset ovat mahdollisia. Tuen ja avun tarpeet voivat vaihdella kriittisestä hyvinkin vähäiseen avun ja tuen tarpeeseen. Mikäli henkilö ei selviä ilman toisen henkilön apua mistään päivittäisistä toiminnoistaan tai jos henkilöä uhkaa ilman tukea hengenvaara tai vakava hyväksikäyttö, on kyse kriittisestä avun ja tuen tarpeesta. (Harajärvi, Kairi, Kuusiterä & Miettinen 2009, 18-19.)

On tärkeää perehtyä moniin eri arviointimenetelmiin, kun valitaan omalle asiakkaalle sopivaa mittaria asumisen arviointiin. Arviointimenetelmä, johon päädytään, on hyvä olla tarkoituksenmukainen juuri kyseiselle asiakkaalle. Valittaessa sopivaa arviointi-

mittaria, tulee tietoa etsiä monipuolisesti esimerkiksi haastattelemalla kuntoutujan lähipiiriä. Valittua arviointimenetelmää tulee käyttää siihen perehtyneet ammattilaiset ja luotettaviin tuloksiin päädytään, kun kaikki menetelmää käyttävät ymmärtävät siihen liittyvät asiat ja käsitteet samalla tavalla. (Kyhä 2013-2015, 14-16.)

Arviointimenetelmän sopivuutta omalle asiakkaalle tulee arvioida ottamalla huomioon seuraavat asiat:

- Käyttötarkoitus

Jokainen arviointimenetelmä laaditaan juuri tiettyä tarkoitusta varten. Oma käyttötarkoitus tulee ottaa huomioon ja tarkoitusten tulee olla yhtäläisiä.

- Käyttöalue

Arviointimenetelmät laaditaan tiettyihin ympäristöihin ja tietyille ikäryhmille. Tämä tulee ottaa siis huomioon valittaessa omalle asiakkaalle sopivaa menetelmää.

- Mittaukselliset ominaisuudet

Arviointimenetelmän, johon oman asiakkaan kohdalla päädytään, tulee mitata luotettavasti oikeaa asiaa eli mittarilta vaaditaan tarkkuutta ja pätevyyttä.

Nämä kysymykset saattavat auttaa arviointimenetelmää valittaessa:

- Millaisella arviointimenetelmällä toimintakykyä voidaan arvioida palvelutarvetta selvittäessä?
- Mitä vaatimuksia on mittaria käyttävällä ammattilaisella?
- Arvioivatko menetelmät juuri niitä seikkoja, mitä niiden on tarkoituskin mitata?
- Onko mittari sopiva juuri tämän kyseisen asiakkaan asumisen valmiuksien arviointiin?
- Onko mittaria helppo käyttää?
- Onko menetelmän käyttäminen ohjeistettu hyvin ja selkeästi?
- Millainen on välineiden luotettavuus, pätevyys ja muutosherkkyys? (Kyhä 2013-2015, 14-16.)

5.1 Teoreettinen viitekehys

“Teoreettinen viitekehys tarkoittaa niitä teorioita, malleja ja tutkimuksia, jotka liittyvät tutkittavaan ilmiöön”. Opinnäytetyössä on aina teoreettinen viitekehys eli katselmus ilmiöitä selittävästä teoriosta ja aikaisemmista tutkimuksista. Viitekehys voidaan

tehdä kahdella tavalla ja perinteinen tapa on esittää viitekehys heti työn alkuosassa ja oma työ vasta viitekehysten jälkeen. Toinen vaihtoehto on rakentaa teoria ja oma työ rinnakkain. Jokaisessa tieteellisessä työssä, myös opinnäytetyössä, on teoreettinen osa. Teoriaosuudessa esitellään niitä tieteellisiä töitä, teorioita ja malleja, joilla ilmiötä on selitetty aikaisemmin. Teoreettisen viitekehysten voidaan ymmärtää tarkoittavan niitä asioita, joita aiheesta on jo kirjoitettu. Pyrkimyksenä on, ettei tehtäisi päällekkäistä työtä. Perehtymällä jo olemassa oleviin teorioihin, voidaan parannella niitä tai luoda kokonaan uusia. Perehtymällä tehtyihin tutkimuksiin, nähdään miten asioita on käsitelty, minkälaisia mittareita on käytetty ja minkälaisiin loppupäätelmiin on päädytty. Aikaisempia tutkimuksia ja teorioita käytetään tukemaan omaa tutkimusta. (Kananen 2010, 44, 21.)

Opinnäytetyön ensimmäinen tutkimuskysymys on: Millaisia ovat jo olemassa olevat hyvät käytännöt asumisen tuen arvioinnissa?

5.2 TUVA

Mielenterveyskuntoutujien toimintakyvyn arviointiin on kehitetty TUVA-mittari. Tuvan avulla pystytään mittaamaan asiakkaan avun ja tuen tarvetta jokapäiväisissä toimissa ja arvioimaan asiakkaan toiminnallista suoriutumista. Näin pystytään tarjoamaan ja järjestämään tarvittavaa apua oikealla hetkellä. Mittarin avulla saatua tietoa pystytään käyttämään apuna laadittaessa asiakkaalle hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa ja se on hyvä apuväline seurattaessa sekä arvioitaessa asiakkaan tilannetta. TUVA -toimintakykymittarin avulla testin tekeminen onnistuu noin 20-30 minuutissa eli se on helppo ja nopeakäyttöinen. Tämä tekee mahdolliseksi mittaamisen säännöllisin väliajoin, jolloin toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset tulevat helpommin ilmi. Hoitolaitosten toiminnallisia rakenteita voidaan arvioida ja kehittää kerätyn aineiston avulla. Mittari on kehitetty FCG Finnish consulting Groupin, Kuntamaiseman ja MainioViren yhteistyön tuloksena. (FCG:n www-sivut 2018.)

Arvioinnissa ammattilainen ja asiakas käyvät perusteellisesti läpi asiakkaan pärjäämistä sekä toimintakykyä, erilaisia osa-alueita huomioiden. Näitä osa-alueita ovat: itsestään huolehtiminen, psykososiaaliset-, kognitiiviset- ja sosiaalisten suhteiden taidot sekä kotiin, asioiden hoitamiseen ja vapaa-aikaan liittyvät toimet. Toimintakyvyn arvioinnissa on apuna 25 eri kriteeriä ja näiden lisäksi arviointia tehdään tarkastellen 15 psykiatrisen oireen (kuten esimerkiksi masentuneisuus ja aggressiivisuus) haittaavuutta jokapäiväisiä toimia huomioiden. Kerätty tieto auttaa hahmottamaan asiakkaan päivittäiseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä. Valtakunnallisessa tietokannassa on TUVATAR-sovellus, johon ammattilainen tallentaa tekemänsä arvion. Yksilöllistä kuntoutussuunnitelmaa on helppo päivittää tietojen avulla ja helppokäyttöiset valmisraportit ovat apuna etsittäessä asiakkaalle sopivaa hoito- ja asumismuotoa. Kuntoutuksen suuntaa pystytään hahmottamaan yksilötason valmisraportin avulla ja organisaatiotason valmisraportti puolestaan auttaa toiminnan kehittämistä asiakaslähtöisemmäksi. (SOTE luokitustuotteet www-sivut 2018.)

5.3 ASTA

ASTA-mittaristo on Asumispalvelusäätiö ASPAN: Omaan elämään -Turvallisen asumisen projekti, tuotantoa. Tämä projekti työsti erilaisten täsmähankkeiden avustamana yksilöllistä ja monipuolista asumisen tukitoimintaa ja palvelutarpeen arviointia. Kohderyhmänä ovat epilepsiaa sairastavat ja muut erityisryhmät, jotka tarvitsevat asumisen tukitoimien kehittämistä. ASTA-mittaristoa voidaan käyttää arvioitaessa päivittäisiä toimia, jotka liittyvät asumiseen, asumisvalmennukseen, palvelujen suunnitteluun, asunnon remontin arviointiin tai terapian vaikuttavuuden arviointiin. ASTAa voidaan hyödyntää, mikäli potilaan avuntarpeet liittyvät psyykkisiin, fyysisiin tai kognitiivisiin tarpeisiin. Potilaat voivat olla vanhuksia, muistisairaita, psyykkisesti sairaita, neuropsykiatrisista tai neurologisista sairauksista kärsiviä henkilöitä. (Aspan www-sivut 2010.)

ASTAn avulla voidaan määritellä, mihin potilaan tarve avulle kohdentuu ja miten avuntarve voi muuttua, kun toimintakyky muuttuu. ASTA mahdollistaa myös sellaisten potilaiden arvioinnin, joiden toimintakyky voi vaihdella jopa päivittäin. ASTAn pääpaino on kodin sisäiset asumisen toimet. Ulkopuoliset toiminnot ovat vähäisem-

mällä merkityksellä. Mahdollisimman kattavan arvioinnin saamiseksi, kodin ulkopuolista toimintakykyä tulee tarkastella jonkun toisen arviointimenetelmän avulla. Mikäli katsotaan tarpeelliseksi, voi arviointia laajentaa ottamalla käyttöön eri tarkoituksiin tarkoitettuja arviointimittareita, kuten esimerkiksi arvioitaessa psyykkisiä voimavaroja. (Aspan www-sivut 2010.)

ASTA-lomakkeisto jakaantuu neljään osaan. Kysymykset ovat monivalintakysymyksiä ja potilas vastaa niihin haastattelun avulla. Haastattelija voi myös samalla havainnoida asiakkaan käyttäytymistä. Luotettavin arvioinnin tulos saadaan, kun havainnoidaan asiakasta. Lomakkeiston voi täyttää joko kerralla tai pilkkomalla pienempiin osiin ja täyttää eri päivinä. Haastattelu on järkevintä suorittaa pienemmissä osissa asiakkaan parhaan keskittymisen vuoksi. Haastattelun suorittaja arvioi vastausten luotettavuutta ja todenmukaisuutta ja mikäli tarpeen, tarkentaa vastauksia. Arvioinnin kohteena voi olla jokin tietty kohta lomakkeistossa tai jonkun kohdan alaryhmä. Kaikkia kohtia ei välttämättä tarvitse arvioida, mikäli ne eivät ole oleellisia juuri kyseiselle asiakkaalle tai oleellisia juuri tähän elämäntilanteeseen. Lomakkeiston eri kohtien avulla on helpompi arvioida, onko asiakkaalla joitakin vahvuuksia ja koskevatko havaitut ongelmat joitakin tiettyjä asumisen toimia. (Aspan www-sivut 2010.)

ASTA-lomakkeisto soveltuu vain hyvin harvoin asiakkaan itsensä täytettäväksi. Tämä johtuu siitä, että lomakkeiston työstäminen edellyttää hyvää keskittymiskykyä ja myös kognitiiviset taidot tulee olla sellaiset, että itsenäinen täyttäminen onnistuisi. Ensisijaisesti ASTAa käyttävät siis ammattilaiset, mutta lomakkeisto voi toimia myös keskustelujen apuna siten, että asiakas tutustuu ensin lomakkeistoon itsenäisesti miettien vastauksiaan valmiiksi, ja sen jälkeen jälkeen vastaukset käydään läpi yhdessä. Potilaan oma arvio toimintakyvystään kirjataan haastattelun tekijän arvion rinnalle ja arviot voidaan erottaa toisistaan esimerkiksi huomiovärein. Näin ollen voidaan helposti havaita eriävät ja toisistaan poikkeavat näkemykset toisistaan. (Aspan www-sivut 2010.)

5.4 Mini-ASTA

Mini-ASTA perustuu joiltain osin WHO:n kansainväliseen ICF-luokitukseen sekä ASTA-asumisen toimintojen arviointimenetelmään. Mini-ASTA:n avulla saa nopesti käsityksen asiakkaan päivittäisten toimintojen tarpeesta. Mini-ASTAa voidaan käyttää havainnoinnin, haastattelun tai itsearviointin työkaluna ja menetelmä on tarkoitettu ammattilaisten avuksi. Mittaria voidaan käyttää asiakkaille, joiden toimintakyky on vaihtelevaa tai asiakkaan tilanteen seuraamiseen. Lomakkeisto koostuu monivalintakysymyksistä, jotka liittyvät päivittäisiin toimintoihin. Kysymykset liittyvät ruokahuoltoon, itsestä huolehtimiseen, kotitöiden sujumiseen, kodin ulkopuolisen asioinnin onnistumiseen sekä vapaa-ajanviettoon. Kysymykset pohjautuvat ASTA:aan valmiiden kysymysten ja vastausvaihtoehtojen muodossa. Kuten ASTA:ssa, yhteenvedo vastauksista kerätään profiilitaulukkoon käyttäen kahta eri väriä. Näin voidaan erottaa toisistaan asiakkaan normaali toimintakyky sekä heikentynyt toimintakyky. Lomakkeistoon kirjataan ne toiminnot, jotka ovat asiakkaalle välttämättömiä. (Aspan www-sivut 2014.)

5.5 FIM®-mittari

FIM®-mittarin avulla voidaan mitata asiakkaan toimitakykyä sekä mahdollisia avuntarpeita vaativia asioita ja tutkimusten perusteella mittarin sisältö on luotettava. Mittariin kuuluu vamma-ryhmäluokittelu, jonka avulla saadaan selville mittarin sopivuus eri asiakasryhmille. Mittarin avulla voidaan tarkastella sekä motorisia (itsestä huolehtiminen, sulkijalihasten hallinta, siirtyminen ja liikkuminen) että kognition toimintoja (kommunikointi ja ongelmien ratkaisu). Arvioinnin kohteena on siis sellaisia arjen toimia, joista ihmisen tulisi selviytyä. Arviointi tehdään 7-portaisen asteikon avulla, jossa 1 tarkoittaa täysin avustettavaa ja 7 kokonaan itsenäistä. Huomiota kiinnitetään siihen, että kuinka paljon apua tarvitaan, olisiko apuvälineille tarvetta vai jopa avustajalle, jotta arjesta selviytyminen sujuisi mahdollisimman hyvin. Merkittävänä pidetään sitä, että mahdolliset muutokset ja avuntarpeet pystytään mittarin avulla osoittamaan. Saatujen tuloksien perusteella voidaan laatia asiakkaalle palvelu- ja kuntoutussuunnitelma. Mittarin käyttö vaatii tekijältä koulutuksen, mutta sitä ei ole

sidottu mihinkään tiettyyn ammattiryhmään. RehabFIM-sovelluksella arvioinnit voidaan tallentaa valtakunnalliseen tietokantaan ja tarvittaessa tietoja voidaan käyttää tieteellisissä tutkimuksissa. (SOTE luokitustuotteet www-sivut 2018.)

5.6 GAS

GAS-menetelmä on lähtöisin USA:sta ja se on ollut käytössä jo 1960-luvulta lähtien. Menetelmä soveltuu tavoitteiden laadintaan ja arviointiin. Aluksi menetelmä kehiteltiin mielenterveyspotilaiden avuksi heidän kuntoutuksen tarvoiteiden laatimisen ja saavuttamisen arvioimiseksi. Myöhemmin menetelmää ovat alkaneet hyödyntää myös monet erilaiset potilasryhmät omien tavoitteidensa arviointiin. GAS:ssa tavoitteet asetetaan yksilölliset suunnitelmat huomioiden. Moniammatillinen ryhmä laatii tavoitteet työntekijän ollessa kuitenkin menetelmän pääosaaja, joka haastattelee potilasta motivoinnin kautta ja selvittää tätä kautta potilaan omia tavoitteita. GAS-menetelmä soveltuu käytettäväksi kaikilla eri ikäryhmillä kun mietitään kuntoutuksen tavoitteita. Menetelmää on tutkittu paljon molemmissa; laitos- ja avokuntoutuksessa, ja on havaittu, että menetelmän hyötyjä ovat asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys. Jotta saadaan asiakkaan motivaatio nousemaan ja hänen tavoitteensa saavutettua, on asiakas tärkeää saada mukaan miettimään ja asettamaan tavoitteitaan. (Sukula, Vainiemi & Laukkala 2015, 12, 48, 124.)

GAS-menetelmän käyttöä helpottaa kouluttautuminen sen käyttöön joskin sen käyttäminen ei vaadi mitään tiettyä ammattiryhmää. Koulutuksesta on kuitenkin apua asiakkaan tavoitteiden laadinnassa ja arvioinnissa. (THL:n www-sivut 2018.) Ammatilaisten ja asiakkaan välinen yhteistoiminta soveltuu erinomaisesti menetelmän käyttöön, sillä GAS-tavoitteet ovat konkreettisia asiakkaan tarpeista lähteviä asioita eikä yhden ammattikunnan ydinsisältöä. GAS-menetelmän käytössä suurimmat haasteet ovat sen asteikon laatimisen työläys ja se, että menetelmän käyttäminen vie runsaasti aikaa. Kun menetelmän käyttämiseen tulee rutiinia, ei se ole enää niin aikaa vievää. Kela on käyttänyt GAS-menetelmää kuntoutuspalveluissaan vuodesta 2010 alkaen. Uuden lähestymistavan kuntoutukseen on tuonut asiakkaan näkökulman korostuminen. (Sukula, Vainiemi & Laukkala 2015, 12, 48, 124.)

Jotta voidaan asettaa realistiset ja motivoivat tavoitteet GAS-menetelmälle, vaatii se perehtyneisyyttä juuri kyseisen asiakasryhmän oireisiin ja sairauteen. Asiakkaan lisäksi huomioon tulee ottaa omaishoitajan ja perheenjäsenten toiveet ja odotukset osana kuntoutusta. Ottamalla heidät mukaan tavoitteiden asettamiseen, lisää se heidän motivaatiotaan kuntoutukseen ja auttaa pitämään asetettuja tavoitteita yllä myös kuntoutusjakson jälkeen. Silti kognition ja kommunikaation ongelmat ovat haastavia tavoitteiden asettamisessa. Koko perhe hyötyy kuntoutuksesta, mutta tavoitteet tulee asettaa ensisijaisesti asiakkaan itsensä kuntoutustarpeista lähtien. (Sukula ym. 2015, 11.)

Mielenterveysasiakkaan tyypillisimmät tavoitteet liittyvät ihmisen olemassaoloa kuvaaviin tasoihin, esimerkiksi fyysiseen, fysiologiseen, psykologiseen tai eksistentiaaliseen tasoon. Tavoitteet voidaan tarkentaa uneen, ravintoon, painonhallintaan, vuorovaikutukseen tai vuorovaikutussuhteisiin, ajattelumalleihin, liikuntaan, harrastuksiin, työhön, rentoutumisen oppimiseen ja kodinhoitoon ja talouteen liittyviin kysymyksiin. Toivoa mielenterveysasiakkaalle antaa se, että tavoitteet on asetettu positiiviseen muotoon. Usein uneen liittyvät tavoitteet pitävät sisällään normaalin vuorokausirytmien palauttamisen ja yhtenäiseen unijaksoon liittyviä asioita. Väsymys voi paljastua esimerkiksi uniapneaksi. Ravintoon ja painonhallintaan liittyvässä tavoitteessa voidaan pyrkiä löytämään painonhallinnan sijaan terveelliseen ruokavalioon liittyviä, askel askeleelta eteneviä pieniä tavoitteita. Usein paino on saattanut alkaa nousta liikunnan vähentymisen seurauksena, lääkityksen sivuvaikutuksena, lohtu- tai roskaruaan syömisen lisääntyneenä tai liian lyhyiden yöunien tai väsymyksen vuoksi. Fyysisen kunnan parantaminen on selkeä ja helppo tavoite, mutta tavoitteiden porrastaminen niin, että ne on mahdollista saavuttaa, saattaa olla hankalaa. Monella mielenterveysasiakkaalla saattaa olla ikäviä muistoja koululiikunnasta, jolloin liikunnan ilo on saatettu menettää ja se on ehkä alkanut tuntua vastenmieliseltä. Myös kivut saattavat vaikuttaa liikunnasta nauttimiseen. Liikunnan tavoitteeksi voidaan asettaa se, että siirrytään suorittamisesta nauttimiseen samalla itseään kuunnellen ja itseään huomioiden tai se, että löydetään hyvä olo liikunnan avulla. Tavoitteissa siirtymistä siis määrällisistä laadullisiin. Mielenterveyskuntoutujilla on usein erilaisia haasteita vuorovaikutustilanteissa. Kontakti voi olla heikentynyt itseensä fyysisellä, sisäisen puheen sekä luovuuden tasolla. Ongelmanratkaisukykykin saattaa olla heikentynyt. Myös hu-

onot kontaktit muihin ihmisiin ovat vaikeuttamassa ihmisen hyvinvointia. Mielenterveyskuntoutuksen tärkeimpiä oppimistavoitteita ovat rentouden uudelleen oppiminen ja levollisen olotilan palauttaminen joko rentouden tai kehotietoisuusharjoitusten avulla. Rentoutuminen on tärkeä keino fyysisten kipujen ja erilaisten pelkojen poistoon. Kun on illalla rentoutunut, nukahtaminen helpottuu. Voi myös olla, että rentoutumisen oppimisen myötä tarve unilääkkeille häviää. Paniikkikohtauksenkin voi estää tekemällä rentoutusharjoitus heti ensimmäisten merkkien ilmaannuttua. (Sukula ym. 2015, 95-99.)

Kun tavoitteet on laadittu hyvin, kannustaa se ihmisiä menemään kohti toivottua tulevaisuutta. Kun tavoitteiden etenemistä seurataan tapaamiskerroilla, auttaa se monia mielenterveysasiakkaita pitämään tavoitteensa paremmin mielessään. Ne auttavat sitoutumaan kuntoutukseen. Tapaamisen alkuvaiheessa voidaan kysyä minkälaisien asioiden asiakas huomaa menneen eteenpäin ja lopussa voidaan kysyä, että mitä asioita asiakas aikoo edistää seuraavaan kertaan mennessä. (Sukula ym. 2015, 99.)

GAS on menetelmänä aluksi vaativa, mutta se tukee tavoitteiden asettamista mainiolla tavalla. Yleinen ongelma on tavoitteiden monimutkaisuus tai epäselvyys. Tavoitteet saattavat jäädä niin yleiselle tasolle, että niiden merkitys jää asiakkaalle itselleen ja varsinkin ulkopuoliselle hämäräksi. Tavoitteiden on oltava riittävän selkeitä ja konkreettisia, jotta mittari ja asteikko voidaan laatia. Voi myös olla, että tilannetta selkeyttää se, että tavoite jaetaan kahdeksi osatavoitteeksi. Ongelmana voi myös olla tavoitteiden jääminen irrallisiksi, jolloin ne eivät vie asiakkaan kokonaistilannetta eteenpäin tai liity siihen, mihin kyseisellä kuntoutusmuodolla pyritään vaikuttamaan. Usein tavoitteisiin laaditaan enemmän määrällisiä kuin laadullisia asteikkoja. Laadullisen mittarin ja asteikon käyttö voi olla tilanteeseen sopivampaa ja kuvaa tavoitteen suunnassa etenemistä monipuolisemmin. Laadullisen mittarin laatiminen on kuitenkin vaikeaa, minkä voi havaita siitä, että mittarin logiikka saattaa vaihtua asteikon sisällä kaksi tai jopa kolme kertaa. Laadullinen asteikko tekee kuntoutuksen tavoitteet ja niissä etenemisen konkreettisemmiksi ja ulkopuoliselle ymmärrettävämmiksi. Siksi niitä tulisi käyttää silloin, kun se on perusteltua. (Sukula ym. 2015, 119, 120.)

Eräs ongelma GAS-käytännössä on tavoitteiden laatimisen sovittaminen ryhmäohjelmaan tai kuntoutuksen kulkuun. Asiakkaan tilanteen tutkimiselle, selvittämiseksi ja analyysille sekä varsinaiselle tavoitteen asettamiselle ja mittarien valitsemiseksi on oltava oma tilansa ohjelmassa ja asiakkaan prosessissa. Asiaa helpottaa se, että GAS-menetelmä on käytössä lähes kaikessa Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. Samoja ratkaisuja ja suuntaviivoja voidaan käyttää useassa kuntoutuspalvelussa eli käytäntöjä ei tarvitse keksiä joka kerta uudelleen. Oleelliset tavoitteet tulee kirjata ylös. Vaarana on, että asteikon laatiminen ohjaa etsimään sellaisia tavoitteita, joihin on helppo laatia yksinkertainen mittari. Eli väline alkaa tällöin ohjata tavoitteen asettamista eikä todellinen kuntoutustarve asetu tavoitteeksi. Joten alkuvaiheen tilanneanalyysillä on suuri merkitys. (Sukula ym. 2015, 119, 120.)

5.7 PARADISE24fin

EU-hanke **Psychosocial Factors Relevant to Brain Disorders in Europe**, lyhennettynä PARADISE, kehitettiin sellaisten psykososiaalisten vaikeuksien kartoittamiseksi, jotka liittyvät aivotoiminnan häiriöihin. Hanke on suomenkieliseltä nimeltään Aivotoiminnan häiriöihin liittyvät psykososiaaliset vaikeudet Euroopassa. (A-klinikkasäätiön www-sivut 2014.) Hanke toteutettiin professori Ciezan johdolla vuosina 2010-2013 kymmenen instituutin yhteistyönä. Hankkeessa tutkittiin yhdeksää aivotoiminnan häiriötä, joita ovat: dementia, parkinsonin tauti, MS-tauti, aivoverenkiertohäiriöt, migreeni, epilepsia, päihderiippuvuus, skitsofrenia ja depressio. Jokaisen häiriön osalta tehtiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä fokusryhmähaastattelu ja tulosten pohjalta muodostui PARADISE24-kysely. (Pitkänen, Levola, Tourunen, Kaskela & Holopainen 2016, 3.)

Systemaattisten kirjallisuuskatsausten, fokusryhmähaastattelujen ja asiantuntija-arvioiden perusteella yksilöhaastatteluihin sisällytettiin erilaisia psykososiaalisia vaikeuksia kartoittavia kysymyksiä, joita oli 64 kappaletta sekä avoimia kysymyksiä mahdollisia lisäyksiä varten. Menetelmän kehittämisen yhteydessä kysymyksiä vähennettiin, koska asiakaskäytössä kysymyssarja ei voi olla liian pitkä. Kysymykset valittiin kaksipäiväisessä kokouksessa tilastollisten analyysien pohjalta ja tilastollisten analyysien

tulokset olivatkin keskeisessä asemassa kysymyksiä valittaessa. Kaiken kaikkiaan kysymyssarjaan tuli valituksi 24 psykososiaalisia vaikeuksia kartoittavaa kysymystä ja valinnassa oli painotettu kysymysten sopivuutta käytettäessä niitä useiden aivotoiminnan häiriöiden hoidon ja tutkimuksen yhteydessä. (Pitkänen ym. 2016, 90,94.)

Tavoitteena PARADISE-hankkeessa oli saada selville, olisiko mahdollista löytää psykososiaalisten vaikeuksien kartoittamista varten yhteinen työväline ja onko eri aivotoiminnan häiriöissä yhteisiä psykososiaalisia vaikeuksia. Hankkeen konkreettinen tavoite oli tuottaa kyselylomake, jonka avulla pystytään seuraamaan muutoksia psykososiaalisista vaikeuksista kärsivän asiakkaan elämässä. Kyselylomakkeessa on keskitytty niihin psykososiaalisiin vaikeuksiin, joita aivotoiminnanhäiriöistä kärsivät ihmiset kokevat eniten. (A-klinikkasäätiön www-sivut 2014.) Tietoiduuden lisääminen koskien psykososiaalisia vaikeuksia oli hankkeen poliittinen tavoite. Pyrkimyksenä oli saada aikaan apuväline, jonka avulla ihmisen elämän kokonaisuus voidaan ottaa huomioon niin kuntoutuksessa kuin hoidossakin. (Pitkänen ym. 2016, 15.)

PARADISE-hankkeessa käytettiin ICF-luokitusta, joka on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (International Classification of Function, Disability and Health). Koska ICF-luokitus on neutraali, sitä voidaan käyttää kaikilla ihmisillä. Se mahdollistaa yhtenäisen kielen ja viitekehyksen tutkittaessa, kuvattaessa ja vertailtaessa toimintakykyä. (Pitkänen ym. 2016, 12.)

Paradise24fin-lomakkeella pystytään seuraamaan psykososiaalisten vaikeuksien voimakkuutta sekä määrää ja seuranta painottuu etenkin lähiaikoina koettuihin vaikeuksiin. Lomake on hyödynnettävissä niin kerta-arviointiin kuin kokonaistilanteen seuraamiseen ja suomalainen Paradise24fin-lomake on EU-hankkeen tuotoksen kanssa vertailukelpoinen. Molemmissa lomakkeissa on samanlaiset kysymyssarjat ja kysymyksiä on 24 kappaletta. Helposti käytettävä menetelmä niin asiakas- kuin tutkimustyöhön oli tavoitteena kysymyssarjaa tehtäessä. Asiakastyön ja seurantakäytön tarpeista johtuen suomalaiseen versioon on lisätty muutama kysymys ja ohjeistus. Työntekijöiden toiveista suomalaiseen versioon kehitettiin myös osio liittyen muutostoiveisiin ja kuormittavuuteen. ”Muutostoiveet”-sarakeeseen merkitään 1-5 asiaa siinä järjestyksessä, mihin asiakas toivoisi eniten muutosta. Muutostoiveet ja koetun vaikeu-

den suuruus eivät ole välttämättä yhteydessä toisiinsa. Henkilöä kuormittavat asiat voivat olla sellaisia, joita ei ole mainittu lomakkeessa ja tällöin henkilö voi kirjoittaa lomakkeen kääntöpuolelle tai alareunaan omin sanoin muutostoiveensa. Päivämäärän kirjattuaan henkilö vastaa 24 kysymykseen koskien psykososiaalisia vaikeuksia (vastausvaihtoehtoja ovat: 0 = ei lainkaan vaikeuksia, 1 = lieviä vaikeuksia, 2 = keskinkertaisia vaikeuksia, 3 = suuria vaikeuksia tai 4 = erittäin suuria vaikeuksia / ei selviydy). Henkilön pitäisi arvioida vaikeuksien määrä (kuinka paljon vaikeuksia olisi saattanut olla?), mikäli viimeisen kuukauden aikana ei ole ilmennyt kysyttyä vaikeutta. Kysymysten ymmärtäminen samalla tavalla on pyritty varmistamaan kirjoittamalla ohjeet suomenkielisen lomakkeen johdantotekstiin. Lomakkeesta saadaan tukea tehtäessä hoitosuunnitelmaa ja seurattaessa hoidon toteutumista. (A-klinikkasäätiön www-sivut 2014.)

5.8 SOFAS - Social and Occupational Functioning Assessment Scale

Kun halutaan kokonaisarvio ammatillisesta tai sosiaalisesta toimintakyvystä, voidaan käyttää SOFAS-asteikkoa. Ajankohtainen kokonaisarvio koskien toimintakykyä voidaan ilmaista numeroilla 1-100, joka ilmaisee toimintakyvyn huomattavasti heikentyneestä erinomaiseen. Hyvästä toimintakyvystä kertoo pistemäärä 80-90 ja vastavasti merkittävästä heikentyneestä toimintakyvystä kertoo pistemäärä 50 tai vähemmän. Asteikkoa ei ole tarkoitettu toimintakyvyn vahvuuksien kuvaamiseen vaan enemmänkin heikentyneen toimintakyvyn kuvaamiseen. Ainoastaan rajoitteet liittyen henkisiin ja fyysisiin terveysongelmiin on otettava huomioon eikä mahdollisuuksien rajoituksia huomioida. Arvioinnissa pääpaino ei ole oireissa eli niihin ei tule kiinnittää niinkään huomiota vaan miten henkilö kykenee toimimaan elinympäristössään. Arviointia tehtäessä tulee selvittää sitä koskeva ajanjakso. (THL:n www-sivut 2017.)

SOFAS-ohjeissa on kuvattu neljä keskeistä elämänaluetta toimintakyvyn kannalta ja niitä ovat vapaa-aika, työ/opiskelu, itsestä huolehtiminen, perhe-elämä sekä ihmissuhteet. SOFAS-asteikkoa voidaan käyttää toistuviin arviointeihin ja kuvaamaan myös toimintakykyä ennen sairastumista. Henkilön toimintakykyä tulee tarkastella niin, että keskitytään elämäntilanteeseen nähden keskeisiin osa-alueisiin. Aina arvioidaan henkilön kyky huolehtia hyvinvoinnistaan ja itsenäisestä elämästä. Saatuja pisteitä on

mahdollista käyttää arvioitaessa kokonaispistemäärää. SOFAS-asteikkoa on suositeltu käytettäväksi kuvattaessa mielialahäiriöistä kärsivien potilaiden toimintakykyä niin depression- kuin kaksisuuntaisen mielialahäiriön Käypä hoito suosituksessa sekä Facultas projektissa. (THL:n www-sivut 2017.)

5.9 RAI-arviointijärjestelmä

”RAI-järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen” (THL:n www-sivut 2017). InterRai on kansainvälinentukijaverkosto, joka omistaa välineistön oikeudet ja ylläpitää sen sisältöä. THL on vastuussa RAI-välineiden suomalaisten versioiden valvomisesta. RAI-arviointien avulla pyritään selvittämään mm. henkilön arjesta suoriutumista, sosiaalista toimintakykyä ja hyvinvointia, psyykkistä ja kognitiivista vointia, terveydentilaa, kiputuntemuksia ja ravitsemuksen tilaa. RAI-välineistössä on ydinkysymyksiä ja täydentävistä kysymyksiä. Ydinkysymykset ovat jokaisessa välineessä melkein samat. Mittareilla, jotka ovat muodostuneet ydinkysymysten perusteella, pystytään vertailemaan henkilöitä, vaikka arvioinnit olisi tehty erilaisilla RAI-mittareilla. Täydentävät kysymykset ovat apuna silloin, kun halutaan havaita jotain tiettyä kohdeongelmaa tai kyseessä on erityinen kohderyhmä. Jokainen RAI-väline koostuu osista, joita ovat: käyttäjäkäsikirja, kysymyslomake vastausvaihtoehtoineen, arvioinnin perusteella lasketut mittarit sekä hoidon ja palvelujen päätöksentukiherätteet. (THL:n www-sivut 2017.)

Henkilön saadessa säännöllistä palvelua, tulee hänen hoitonsa alkaessa tehdä kokonaisarviointi ja se tulee toistaa puolivuositain hoidon aikana. Uusi RAI-arviointi tulee kyseeseen, mikäli henkilön vointi oleellisesti muuttuu, koska arviointitiedot ovat ajantasaisia tietoja henkilön voinnista ja elämäntilanteesta. Tiettyyn ongelma-alueeseen kohdennettuja osittaisia RAI-arviointeja voidaan myös tehdä, mutta osittaisarvioinneilla ei kuitenkaan voida korvata kokonaisarviointeja, jotka liittyvät säännölliseen palveluun. Lyhyellä RAI-välineellä tai sen yksittäisillä mittareilla voidaan tehdä palvelutarpeen yleiskartoitus sen selvittämiseksi, että olisiko henkilön palvelun tarpeiden laaja selvittäminen aiheellista. Niillä voidaan toteuttaa myös palvelusuunnitelman mu-

kaisen erityisen seurantakohteen tai kuntoutumisen arviointia. Mikäli organisaatio haluaa ottaa RAI-välineistön käyttöönsä, on organisaation sitouduttava käyttämään välineistöä asianmukaisesti. Käyttöönotto edellyttää RAI-alilisenssisopimuksen tekemistä THL:n kanssa, RAI-yhdyshenkilön nimeämistä organisaatiossa, RAI-välineiden käytön mahdollistavan ohjelmiston hankkimista sekä henkilöstön asianmukaista kouluttamista RAI-arviointien tekemiseen. RAI-ohjelmistoa tarjoavat tällä hetkellä: RAISOFT Oy ja Invian Oy. (THL:n www-sivut 2017.)

6 MIELENTERVEYSKUNTOUTUJAN ASUMISEN TUEN TARPEEN ARVIOINTIIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Toinen tutkimuskysymys on: Mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveyskuntoutujan asumisen tuen tarpeen arviointiin? Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallista asemaa organisoitaessa, yksi tärkeä huomioon otettava asia on asumispalvelut. Asumispalvelut muodostavat laajan vyöhykkeen normaalin tuetun asumisen ja lyhytaikaisen sairaalahoidon välille. Tavoitteena asumispalveluissa on pyrkiä itsenäistäviin asumismuotoihin. Käytännössä nämä tavoitteet saavutetaan harvoin ja mikäli perusteena on asukkaan täysivaltainen jäsenyys yhteiskunnassa, toteutuvat tavoitteet vielä harvemmin. (Salo & Kallinen 2007, 330.)

Vakavia mielenterveysongelmia sairastavalla ihmisellä on muuta väestöä suurempi riski jäädä asunnottomaksi. Riskiä psyykkisesti sairaan asunnottomuuteen lisäävät päihdeongelmat sekä somaattiset sairaudet. Jotta voidaan välttää asunnottomuus, tulee sairastuneiden asuminen järjestää. Mielenterveyskuntoutujat kärsivät hitaasta asumisen kehityksestä verrattuna muihin erityisryhmiin, esimerkiksi kehitysvammaisiin. Jotta tilanne saataisiin korjattua, vaatii se koko valtakunnan kattavaa kehitystyötä sekä yhteistyötä. (Ympäristöministeriön www-sivut 2012.)

Mielenterveysongelmista kärsivien asumistarpeet voidaan jakaa neljään kategoriaan:

- Psykiatrisessa sairaalahoidossa asumisen ongelmien vuoksi olevat, eli heiltä puuttuu asunto kokonaan, tai asumisen tukipalvelut eivät riitä.

- Omissa kodeissaan asuvat psyykkisesti sairaat, joiden asumisen tuki on riittämätöntä. Ongelmat asumisessa saattavat johtaa ylimääräisiin ja turhiin sairaalajaksoihin.
- Mielenterveyskuntoutujat, jotka ovat kokonaan vailla paikkaa, missä asua. Syynä asunnottomuuteen saattaa olla esimerkiksi runsas päihteidenkäyttö.
- Mielenterveyskuntoutujien asunnot, jotka vaativat korjaamista tai uudisrakentamista. Tämän tarpeen kartoittamiseen tarvitaan tietoa, minkälaisia asuntoja tulisi mielenterveyskuntoutujille tarjota.

Asuminen ja sitä tukevat palvelut tulee järjestää mielenterveyskuntoutujalle. Tukipalveluihin kuuluu päiväsairaala, intervellijaksot sekä terveydenhuollon avopalvelut. (Ympäristöministeriön www-sivut 2012.)

Mielenterveyskuntoutujan asumiseen liittyviä tarpeita tulee selvittää kokonaisvaltaisesti huomioiden kuntoutujan yksilöllisyys. Huomioon tulee ottaa yhteistyötahot, jotka palveluja järjestävät sekä mielenterveyskuntoutujan lähipiiri. Nämä näkemykset huomioon ottamalla, rakennetaan asiakkaalle tuki, joka vastaa hänen omia toiveita ja tarpeita. Jotta tarjottu tuki pysyisi ajan tasalla, tulee tilannetta tarkastella säännöllisin väliajoin, koska asiakkaan elämäntilanne ja sitä kautta tuen tarve saattavat muuttua. Mielenterveyskuntoutujien asumisen haasteet saattavat liittyä muun muassa päivittäisistä askareista suoriutumiseen, esimerkiksi ruuan laittamiseen, siivoamiseen tai henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimiseen. Tällöin kyseessä ovat yksilölliset tekijät, jotka saattavat johtua henkisen voimavarojen vähentymisestä. Yksinäisyys vaivaa myös usein mielenterveyskuntoutujia ja syyt yksinäisyyteen voivat olla moninaisia. Joitakin yksinäisyys on seurannut läpi elämän ja sen vuoksi ihmissuhteiden luominen on voinut olla vaikeaa. Yksinäisyys voi myös johtua leimautumisesta ja psyykkisesti sairastuneen itsensä tunteesta, että sairauden vuoksi lähipiiri on alkanut ottamaan etäisyyttä. Köyhyys saattaa myös aiheuttaa murhetta ja yksinäisyyttä. Köyhyyden syy saattaa olla esimerkiksi työttömyys tai syrjäytyminen sosiaalisista järjestelmistä. Psyykkisesti sairaiden ihmisten saattaa olla vaikeaa käyttää sosiaalista järjestelmää toimintakyvyn alentumisesta johtuen, joten tilanne on haavoittuvainen. Henkilö saattaa olla henkisesti niin väsynyt, ettei jaksakaan puolustaa oikeuksiaan. (Yoshida 2014, 35, 36.)

Toimintakyky suhteutetaan siihen ympäristöön, missä henkilön on tarve selviytyä. Mielenterveystyöstä puhuttaessa, toimintakyvystä ollaan yleensä kiinnostuneita laajana kokonaisuutena ja toimintakykyä voi selvittää potilaalta kyselemällä selviytymisestä arjessa, työssä ja sosiaalisissa suhteissa. Sairaalaosastolla ja päiväsairaalassa pystytään seuraamaan toimintakykyä pidemmän ajanjakson kuluessa. Mielenterveydenhäiriöissä tavallista on, että subjektiivinen ja objektiivinen näkemys ovat keskenään ristiriidassa. Vaikeissa mielenterveyshäiriöissä hahmottamiskyky omasta tilanteesta voi heiketä. Toimintakyvyssä ilmenevien puutteiden lisäksi arvioinnissa on tärkeää huomioida se, että minkälaisia selviytymiskeinoja ja vahvuuksia ihmisellä on. Samalla on hyvä selvittää miten paljon ja minkälaista tukea perhe, läheiset ja esimerkiksi työpaikka voivat antaa. Kuntoutussuunnitelman runko rakennetaan näiden asioiden varaan. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 123-124.)

Kun halutaan arvioida henkilön selviytymistä liittyen asumiseen, puhutaan palvelutarpeen arvioinnista. Niille henkilöille, joille haetaan asumispalveluita, tulee tehdä palvelutarpeen arviointi. Sen avulla saadaan yksityiskohtaisempaa tietoa henkilön toimintakyvystä ja siitä missä asioissa ja minkä tyyppistä apua tarvitaan. Hoito- ja palvelutarpeen arvioinnissa on otettava huomioon seuraavia seikkoja; henkilön näkemys omasta tilanteestaan, voimavaroista, haasteista ja muutostarpeista sekä mihin henkilö haluaa muutosta? Henkilön kokemus omasta terveydestä, pitkäaikaissairaudet, sairaushistoria, lääkitys sekä seksuaaliterveys. Henkilön psyykkisten oireiden nykytila ja historia tarpeen mukaan. Henkilön mieliala, uni, kiputuntemukset, keskittyminen, tiedon käsittely, arjen hallinta, arjen toiminnot, sosiaalinen elämä ja oireiden vaikutus toimintakykyyn. Mikäli henkilö käyttää päihteitä, tulee huomioida päihteiden käytön nykytila, päihdehistoria ja muutostarve. Itsenäisen asumisen kannalta tärkeitä arvioitavia taitoja ovat esimerkiksi itsestä ja kodista huolehtiminen, kaupassa käyminen ja ruokataloudesta huolehtiminen. (Turun kaupungin www-sivut 2016.)

Arvioinnin tekevät toimintaterapeutit ja alussa sovitaan tapaamiskertojen määrä. Tapaamiskerrat sovitaan yksilöllisesti eli eri henkilöillä määrät voivat olla hyvinkin erilaisia. Toimintaterapeutin käyttämiä menetelmiä toimintojen arvioimisessa ovat haastattelu, havainnointi ja itsearviointi. Arviointi sisältää ainakin neljä tapaamista sekä palautekeskustelun ja se tulisi suorittaa 2-4 viikon kuluessa. Aviointia tulisi ensisijaisesti tehdä ympäristössä, joka on henkilölle tuttu. Tällaisina voidaan pitää kotia ja kodin lähiympäristöä. Tarpeen vaatiessa arvioinnin tekeminen laitososuhteissa on myös mahdollista. Palvelukartan avulla pystytään hahmottamaan minkälaisia palveluita henkilöllä on ollut käytössään ja miten palvelut on järjestetty. Siitä selviää myös mitä asioita kukin työntekijä hoitaa. Kuntoutuksen tavoitteet sekä keinot tavoitteiden saavuttamiseksi merkitään palvelukarttaan. Jotta palvelukarttaan saadaan kaikki tarpeellinen tieto, tulisi sen täyttäminen aloittaa hoidon alkaessa. (Turun kaupungin www-sivut 2016.)

Järjestettävän hoidon ja tuen tulisi perustua todellisiin avuntarpeisiin, jolloin toiminnan sisällön pitää muovautua henkilön yksilöllisiä tarpeita vastaaviksi. Sen sijaan, että kerrottaisiin, minkälaista apua on tarjottavana, tulisi kysyä minkälaista apua henkilö kokee tarvitsevansa? Se, mitä tapahtuu palvelukontaktissa, on asiakkaan näkökulmasta tärkeää eli miten asiakas kuullaan, kohdataan ja miten avun tarve tulee ymmärretyksi. Huomiota tulisi kiinnittää myös siihen, mitä ennen varsinaista palvelukontaktia tapahtuu. Huomattaessa, ettei potilas tule pärjäämään kotona ilman tukea, herää tarve asumisen tuen tarpeen arviointiin. Huolen voi esittää joko suullisesti tai kirjallisesti asiakas itse, omainen tai viranomainen. Asiantuntija, joka on perehtynyt toimintakykyyn ja toimintakykyyn vaikuttaviin asioihin, tekee arvioinnin. Arviointi aloitetaan tekemään sairaalassa ja sen tulee olla yhtenäistä riippumatta siitä onko kyseessä sairaala vai asumispalvelut. Tuen tarvetta tulee tarkastella säännöllisin väliajoin ja sitä on muokattava tarpeen vaatiessa. Arviointiin perustuen tehdään kotiutumissuunnitelma eri osapuolten kanssa. Avoimuus on erittäin tärkeää, koska tiedot esimerkiksi potilaan aggressiivisuudesta vaikuttavat henkilön mahdolliseen asumispaikkaan. (Turun kaupungin www-sivut 2016.)

Mielenterveyskuntoutujien asumisen tuen tarpeen arviointiin on kiinnitetty erityistä huomiota Satakunnassa. Eri kunnilla on toisistaan hyvinkin paljon poikkeavat

käytännöt mielenterveyskuntoutujien asumisen tarpeita mitattaessa. Mielenterveyskuntoutujat saattavat siis tästä syystä johtuen joutua eriarvoiseen asemaan riippuen siitä, millä paikkakunnalla asuvat. Tasapuolisuus ja yhdenvertaisuus ei siis aina toteudu. Asumisen tuen tarpeen arviointia tulisi yhtenäistää eikä se saisi olla paikkakunta-kohtainen. Näin pystyttäisiin takaamaan laadukas, yhdenvertainen ja oikeudenmukainen arviointi sekä mielenterveyskuntoutujien tarvitsemat palvelut. (Kyhä 2013-2015, 4-9.)

Arvioitaessa asumisen tuen tarvetta, voidaan apuna käyttää seitsemää kohtaa, jonka pääkohta on asiakkaan itsensä osallistuminen asumistaan ja sen tarpeita käsittelevään arviointiin. Asiakas itse on osallisena suurimmassa osassa näitä kohtia. Ensimmäisenä käsitellään tarvetta arvioinnille. Tarpeen on saattanut synnyttää asiakkaan oma, läheisen ihmisen tai viranomaisen huoli siitä, miten asiakkaan päivittäiset toiminnot onnistuvat kotona tai palveluasumisyksikössä. Arviointitarve voidaan käsitellä suullisesti tai kirjallisesti ja siinä määritellään arvioinnin tarve ja tarkoitus. Arvioinnin tulee suorittaa asiakkaan toimintakykyyn tutustunut ammattilainen. (Kyhä 2013-2015, 4-9.)

Toisessa kohdassa käydään läpi asiakkaan elämäntilanne, joka kuvaa asiakkaan historiaa. Tietoa asiakkaasta voidaan kerätä potilastietojärjestelmästä sekä muista dokumenteista. Apuna voidaan käyttää myös moniammatillista työryhmää. Seuraavaksi keskustellaan mielenterveyskuntoutujan ja hänen läheistensä (mikäli asiakas antaa tähän luvan) kanssa ja hän saa kertoa itse historiaansa ja toiveitaan tulevaisuudelle. Jotta arvioinnista saadaan riittävän luotettava, on ensiarvoisen tärkeää, että pystytään luomaan luottamuksellinen suhde asiakkaan ja ammattilaisen välille. (Kyhä 2013-2015, 4-9.)

Kolmantena kohtana tulee suunnittelu, jossa toteutetaan suunnittelun arviointi, sisältö ja toteutus. Keskiössä on ollut asiakas, jolle arviointi on tehty. Jotta arvioinnista saadaan asiakaslähtöinen, tehdään arvioinnin suunnittelu asiakkaan kanssa keskustelujen kautta. Aiheena keskustelussa ovat arvioinnissa käytettävien asioiden huomiointi, soveltuvien menetelmien käyttäminen, menetelmien tärkeys ja sopivuus asiakkaalle, arvioinnin sopiva ajankohta ja -paikka ja osallistujista sopiminen. On tärkeää keskustella yhdessä arvioinnista ja sen toteuttamisesta, jotta saadaan luotua

luottamuksellinen suhde asiakkaan ja ammattilaisen välille. Tätä kautta luodaan paremmat puitteet arvioinnin luotettavalle onnistumiselle. (Kyhä 2013-2015, 4-9.)

Neljäntenä kohtana arvioidaan tuen tarvetta. Asiakkaalle sopivaa mittaria valittaessa tulee huomiota kiinnittää käyttötarkoitukseen, käyttöalueeseen ja ominaisuuksiin, jotka mittaavat arviointia. On tärkeää, että valitaan sellainen mittari, joka on hyväksytty asiakkaan asumassa kunnassa. Toimintakykyä arvioitaessa tulee huomioon ottaa kotikäynnit ja niiden suuri merkitys. Kotikäynnillä mahdollistetaan asiakkaan kotiympäristöön perehtyminen ja tätä kautta kyetään luomaan yksilöllinen kuva mielenterveyskuntoutujasta. (Kyhä 2013-2015, 4-9.)

Viidentenä kohtana keskustellaan asiakkaan ja läheisen tai läheisten kanssa arvioinnin tuloksista ja mahdollisista suunnitelmista jatkoa ajatellen. Tämä kohta on erityisen tärkeää, jotta mielenterveyskuntoutujalla ja hänen läheisillään olisi totuudenmukaista tietoa jatkosta esimerkiksi kun tehdään päätös kotiutumisesta. (Kyhä 2013-2015, 4-9.)

Kuudes kohta käsittää arvioinnin tuloksista, jotka käydään läpi moniammatillisen tiimin kanssa. Tässä vaiheessa tehdään myös dokumentointi ja suunnitelmat jatkoon. Koska tämä vaihe sisältää jatkosuunnitelmat, on tärkeää, että mielenterveyskuntoutuja ja hänen läheiset osallistuvat neuvotteluun. Tulokset dokumentoidaan vasta siinä vaiheessa, kun asiakasta on kuultu ja hän on selvillä jatkosuunnitelmista. (Kyhä 2013-2015, 4-9.)

Viimeinen kohta käsittelee seurantaa. Riskinä mielenterveyskuntoutujilla on, että he jäävät asumaan liian pitkäksi aikaa heille kerran suunniteltuun palveluasumispaikkaan. Jotta tämä voidaan välttää, on erittäin tärkeää, että asumisen tuen tarve tarkistetaan säännöllisin väliajoin ja ainakin silloin, kun tapahtuu muutoksia asiakkaan toimintakyvyssä suuntaan tai toiseen. (Kyhä 2013-2015, 4-9.)

Arviointi mielenterveyskuntoutujalle tulee tarpeelliseksi yleensä silloin, kun huolen hänen pärjäämisestään esittää asiakas itse, läheinen ihminen tai viranomainen. Kyseessä saattaa olla huoli asiakkaan kotonapärjäämisestä. Tällöin lähdetään selvittämään tarkasti psyykkisesti sairaan sen hetkistä elämäntilannetta kiinnittäen erityistä huomiota toimintakykyyn ja elämänhallintaan. Toimintakyvyn arvioinnissa

voidaan käyttää apuna arviointia jäljellä olevasta toimintakyvystä tai jo todettuina vajaina. Näin ollen saadaan käsitys asiakkaan nykyisestä toimintakyvystä sekä asioista, joita tulisi kehittää, jotta itsenäinen asuminen onnistuisi. Arvioinnissa huomioidaan fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Kyhä 2013-2015, 10, 11, 17.)

Huomiota tulee kiinnittää erityisesti objektiivisen ja subjektiivisen toimintakyvyn arviointiin. Joissain tapauksissa käsitykset asiakkaan toimintakyvystä saattavat vaihdella suuresti, kun sitä arvioi asiakas itse tai ulkopuolinen henkilö. Huomioon tulee ottaa myös se seikka, etteivät asiakkaan toimintakyky ja tarve avulle ole aina samoja, vaan saattavat vaihdella suurestikin esimerkiksi asiakkaan kohdatessa läheisen kuoleman tai sairastuessaan itse johonkin somaattiseen sairauteen. Toimintakyvyn suunta voi myös olla ylöspäin, jos asiakas on käynyt esimerkiksi kuntoutuksessa. Asuin- ja elinympäristötekijät tulee myös ottaa arvioinnissa huomioon, jotta saadaan kattava käsitys tuen tarpeesta. Muutokset hänen asumisympäristössään saattavat vaikuttaa myös toimintakykyyn. Arviointia suorittavat ammattilaiset yhdessä mielenterveyskuntoutujan kanssa. Sairastuneen toimintakyvystä riippuen hänen osallisuutensa päätöksentekoon saattaa vaihdella. On tärkeää suunnitella asiakkaan toimintakykyyn ja palveluiden tarpeeseen liittyvä arviointi niin, että otetaan huomioon joustavuus palveluissa ja muutosherkkyys henkilön tarpeiden muuttuessa. Arvioinnissa tulee käyttää pitkäaikaista seuranta, jolloin toimintakykyä ja palveluntarvetta arvioidaan säännöllisesti tai ainakin silloin, kun tapahtuu muutoksia toimintakyvyssä. (Kyhä 2013-2015, 10, 11, 17.)

Asumisen tuen tarpeen arvioinnissa on siis kyse psyykkisesti sairaan arjen haasteiden tarkastelusta ja elämäntilanteen arvioinnista. Tärkeää on huomioida asiakaslähtöisyys ja ottaa asiakas itse mukaan suunnittelemaan omaa asumistaan ja omia palvelutarpeitaan. Arvioinnissa erittäin tärkeää on vuorovaikutus asiakkaan ja arvioijan välillä. Asiakasta kuunnellaan herkällä korvalla, koska ketä muu olisi parempi asiantuntija arvioimaan hänen elämäänsä, kuin hän itse. Huomioon tulee myös ottaa mielenterveyskuntoutujan läheiset. Arviointitilanteessa saavat puhua vuorollaan asiakas, hänen läheisensä ja asiantuntija. Asiakkaalle ja hänen läheisilleen tulee luoda tunne, että heitä kuunnellaan ja heidän näkemyksiään pidetään tärkeinä. (Kyhä 2013-2015, 10-11.)

Asumispalvelu on asumisen ja palvelun yhdistelmä, jossa kuntoutujalla on pysyvä asunto ja hän saa tarvitsemaansa tukea arjesta selviytymiseen ja asioimiseen kodin ulkopuolella. Kuntoutujalla voi olla tarvittavat taidot arjen askareisiin, mutta ilman henkilökunnan ohjausta ne jäisivät tekemättä. Moni kuntoutuja saattaa olla yksinäinen ja vailla kykyä luoda sosiaalisia suhteita. Asumispalvelu antaa heille mahdollisuuden olla tekemisissä muiden ihmisten kanssa päivittäin. Asumispalveluja on kolmea eri tasoa ja ne ovat: tuettu asuminen, palveluasuminen sekä tehostettu palveluasuminen. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen tarjoavat sellaista tukea ja apua, jota ei voida järjestää tavalliseen asuntoon. Tukiasunto voi olla yksittäinen asunto tai se voi kuulua asuntoryhmään, johon työntekijä tekee kotikäyntejä ja siihen liittyy vähiten palvelua. Palveluasunto on sellainen asumisyksikkö, jossa henkilökuunta on päivisin paikalla. Palveluasumisessa arjen toiminnot kuten siivoaminen, ulkoilu ja kaupassa käyminen, rytmittävät aikaa pitäen yllä vuorokausi- ja viikkorytmiä. Tehostetussa palveluasumisessa on henkilökuuntaa paikalla ympäri vuorokauden. Henkilökuunta antaa apua monenlaiseen perushoittoon, kuten wc-käynteihin ja peseytymiseen. Tehostetussa palveluasumisessa kuntoutuksella tähdätään jäljellä olevien taitojen ylläpitämiseen. (Vuorilehto ym. 2014, 236-237.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyönä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisimmin käytetty kirjallisuuskatsauksen perustyyppi. Se on yleiskatsaus ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Aineistot ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pystytään kuvaamaan laajasti ja tarvittaessa luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Kuvaileva katsaus toimii itsenäisenä metodina, mutta se tarjoaa uusia tutkittavia ilmiöitä systemaattista kirjallisuuskatsausta varten. (Salminen 2011, 6.) Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on järjestelmällinen ja kriittinen kirjallisuuden kerääminen ja analysointi muotoillun kysymyksen avulla (Johansson ym. 2007, 58). Tavoitteena kirjallisuuskatsauksessa on kehittää jo olemassa olevaa teoriaa sekä rakentaa sen lisäksi myös uutta teoriaa (Salminen 2011, 3). Tämä kirjallisuuskatsaus on toteutettu kvalitatiivisena

tutkimuksena, koska siinä ei käsitellä lukuja tai niiden välisiä suhteita niinkuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa tehdään.

7.2 Narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään antamaan laaja kuva käsiteltävästä aiheesta ja sillä pyritään lopputulokseen, joka on samalla helppolukuisen. Narratiivisesta katsauksesta voidaan erottaa kolme toteuttamistapaa: toimituksellinen, kommentoiva ja yleiskatsaus. Toimituksellisessa katsauksessa julkaisun päätoimittaja tai vieraileva kirjoittaja suorittaa lyhyen kirjallisuuskatsauksen, joka tukee artikkelissa tai lehdessä käsiteltävää asiaa. Käytetty aineisto on suppea, mahdollisesti vain alle kymmenen lähdetä. Kommentoiva katsaus taas on keskustelua herättävää eikä tämän tekijälle kirjallisuuskatsaus ole tiukka metodi. Nämä katsaukset herättävät keskustelua, jolloin kyseessä on kirjoittajan oma panos eikä se, että katsaus olisi objektiivinen ja puhuisi omasta puolestaan. Laajin narratiivisen kirjallisuuskatsauksen toteuttamistapa on yleiskatsaus. Kun puhutaan narratiivisesta kirjallisuuskatsauksesta, tarkoitetaan yleensä juuri narratiivista yleiskatsausta. Kyseessä on edellä mainittuja toteuttamistapoja laajemmasta prosessista, jonka tarkoitus on tiivistää aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Narratiivinen katsaus auttaa ajantasaistamaan tutkimustietoa, mutta ei tarjoa varsinaista analyttisintä tulosta. Narratiivista otetta tulisi hyödyntää enemmän systemaattisen katsauksen piirissä, mutta se ei onnistu ellei narratiivista katsausta kehitetä tekniikkana. (Salminen 2011, 7, 8.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu narratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Narratiivisessa kirjallisuuskatsaustyypissä käytetyt jo olemassa olevat tutkimukset ovat hyödyllisiä esimerkiksi kuvailtaessa jonkin ongelmatilanteen taustaa tai kehitystä, kuvailtaessa teoreettista tai käsitteellistä taustaa tai yhdisteltäessä eri tutkimusalueita (Axelin ym. 2007, 4-5.)

7.3 Käytetyt hakusanat ja tietokannat

Hakusanoja: mielenterv* AND kuntout* AND asumis* käytettiin etsiessä aikaisimpia tutkimuksia SAMK Finnasta. Hakusanoilla mielenterv* AND asumis* etsittiin tutkimuksia Medic -tietokannasta. Haulla mielenterveyskuntoutujan asumisen valmiudet etsittiin tutkimuksia Theseuksesta. SAMK:n infotelakalta saatiin apua tiedonhakuun sekä vaihtoehtoja hakusanojen valintaan.

7.4 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteereinä tässä työssä oli käyttää alle 10 vuotta vanhoja tutkimuksia. Tietoa etsittiin sekä suomen- että englanninkielisistä materiaaleista. Huomioon otettiin vain ilmaiset tietokannat sekä materiaalit. Sisäänottokriteerinä oli myös huomioida pelkästään aikuisille suunnatut mielenterveyspalvelut- ja asumispalvelut. Poissulkukriteereinä oli yli 10 vuotta vanhat tutkimukset, muut kuin suomen- ja englanninkieliset materiaalit sekä maksulliset tietokannat ja materiaalit. Poissulkukriteerinä oli myös muut kuin aikuisille suunnatut mielenterveyspalvelut- ja asumispalvelut.

7.5 Aineiston analysointi ja tulokset

Kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe on tutkimustulosten analysointi ja raportointi. Tutkimustulosten raportoinnissa tärkeää on riittävä tarkkuus, koska tutkimus tulisi olla toistettavissa myös jonkun muun tekemänä ja lukijan tulee voida arvioida katsauksen luotettavuutta raportin perusteella. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 32.)

Erilaisten toimintakyky- tai muiden mittaristojen käyttäminen asumisen arviointiin saattaa tuoda omat haasteensa. Riskinä voi olla, että keskitytään liikaa mittareihin, jolloin asiakasta itseään ei kuulla tarpeeksi. Jotta vältytään mittaristojen muuttuminen itseisarvoksi, tulisi pitää muistissa, että mittarit ovat vain yksi hyvä apuväline asumisen tuen tarpeen arvioinnissa. Tärkeää on pitää aina mielessä, että asiakas huomioidaan arvioinnissa. Kuntien resurssien jatkuva väheneminen hankaloittavat myös mittarien käyttöönottoa, koska monet arviointimittarit ovat maksullisia. Halpaa ei

myöskään ole työntekijöiden kouluttaminen mittarien asiantuntijoiksi. Haastavan tilanteen saattaa luoda myös seikka, jos kunnan budjetti ei riitä kattamaan kustannuksia, mitkä aiheutuvat todetusta palvelun tarpeesta. Ihanteellisinta olisi, jos asiakkaan tarpeet huomioiva asumisen tuen tarpeen arviointi johtaisi kustannustehokkaaseen hoitoon. Käytäntöjen tulisi olla yhtenäisiä eri kunnissa, organisaatioissa ja palveluasumisyksiköissä. Näin toteutuu palvelujen tasa-arvoisuus asumisen tuen tarvitsejoille. (Kyhä 2013-2015, 19-20.)

Tällä kirjallisuuskatsauksella tuotettiin aiempaan tutkimustietoon perustuvaa tietoa. Opinnäytetyön tilaaja saa työstä hyötyä tulosten ollessa nyt koottuna yhdeksi kokonaisuudeksi. Tietoa on kerätty useasta luotettavasta lähteestä. Lukemalla tämä kirjallisuuskatsaus voidaan päättää, mikä asumisen valmiuksien arviointimenetelmä sopii juuri itselle käytettäväksi.

8 POHDINTA

Mielenterveyskuntoutujien hoidossa on viime aikoina ollut trendinä sairaalapaikkojen vähentäminen ja myöskin hoitoaikojen lyhentäminen. Suuntauksesta huolimatta eivät sairaalajakso ole vähentyneet. Yhä enemmän on potilaita, joilla on toistuvia sairaalajaksoja yhä tiheämmin. Osittain tämä saattaa johtua avohoidon palvelujärjestelmästä ja hoitoaikojen lyhenemisestä, mutta kyse voi olla myös puutteellisista asumisratkaisuksista ja siitä, että potilaiden palvelutarpeita ei aina tunnisteta oikein ja riittävällä tarkkuudella. Asumisen arviointikäytäntöjen yhtenäistäminen on erittäin tärkeää, jotta mielenterveyskuntoutujat saavat tasapuolisesti tarvitsemiaan palveluita. Mielenterveyskuntoutujan asumisen tuen tarpeen arvioinnissa tarkoitus on tunnistaa ne tilanteet ja ympäristöt, joissa asiakas tarvitsee tukea, sekä myös ne tilanteet ja ympäristöt, joissa hän selviytyy itsenäisesti. (Kyhä 2013-2015, 4, 19-20.) Mielenterveyskuntoutujien asumisen tuen tarpeen arvioinnin avulla pystytään tarjoamaan oikeanlaista tukea ja palveluja oikeaan aikaan. Arviointien avulla pystytään kiinnittämään huomiota tarpeellisiin asioihin ja arviointi on tasavertainen kaikille arvioitaville.

8.1 Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus

Eri lähteitä on tässä kirjallisuuskatsauksessa käytetty monipuolisesti ja laajasti. Tutkimuksia haettiin tunnetuista tietokannoista. Hyödynnetyissä aineistoissa huomiota kiinnitettiin aineiston laatuun. Lähteet merkittiin opinnäytetyöhön Satakunnan ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaisesti ja ne on lueteltu lähdeluettelossa aakkosjärjestyksessä. Löydetyt tutkimukset käytiin läpi ensin otsikon avulla ja sen jälkeen tarkennettiin abstraktin kautta koko tutkimukseen. Tutkimuskysymykset ohjasivat hakuprosessia. Opinnäytetyön luotettavuutta saattaa heikentää se, että löydettyjä ja hyväksytyjä tutkimuksia oli niukasti. Teoria-aineistoa sen sijaan oli runsaasti.

Aineistoa haettiin useasta eri tietokannasta sekä suomen-, että englanninkielellä. Valitettavasti hakuprosessin edetessä jouduttiin toteamaan, ettei soveltuvaa englanninkielistä aineistoa löytynyt. Suomenkielisiä lähteitä löytyi kirjoista, mutta enimmäkseen internetlähteinä. Tutkimusaineistoa valittaessa hakutuloksia tuli runsaasti, mutta vain harvassa oli nimenomaan pelkästään mielenterveyskuntoutujien asumisen valmiuksista. Suurimmassa osassa oli käsitelty asiaa esimerkiksi kehitysvammaisten näkökulmasta. Hyödynnetyä aineistoa jouduttiin siis hyväksymään myös muustakin näkökulmasta, kuin mielenterveyskuntoutujien näkökulmasta. Tutkimuskysymykset olivat lopulta hyviä ja niihin oli helppo peilata löydettyä aineistoa. Tutkimuksessa käytetty aineisto oli monipuolista sisältäen hyvin erityyppisiä lähteitä kuten tutkimuksia ja katsausartikkeleja sekä hankkeita. Sisällöltään aineisto vastasi mukaanotokriteereitä, tavoitetta sekä vastasi siis hyvin tutkimuskysymyksiin. Aineiston analysoinnissa haasteena oli tiedon kokoaminen.

Tutkimusprosessi oli kokonaisuudessaan haastava. Aluksi aineiston löytämisessä oli hankaluuksia ja etsiminen vei paljon aikaa. Etenkin valmiiden asumisen arviointimenetelmien löytäminen oli työlästä. Opinnäytetyön menetelmänä kirjallisuuskatsauksen tekeminen oli vaikea. Sopivien tutkimuskysymysten valinta oli haastavaa, samoin aineiston tutkiminen. Opinnäytetyön myötä syveni osaaminen mielenterveyskuntoutujien kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Mielenterveyskuntoutujien kanssa työskenneltäessä on hyvä tietää toimintakyvyn arviointiin liittyviä asioita.

Sairaanhoidajalle nämä taidot ovat tärkeitä, koska mielenterveyshäiriöt ovat nykyään hyvin yleisiä ja niitä voi kohdata millä tahansa hoitotyön alueella.

LÄHTEET

A-klinikkasäätiön www-sivut. 2014. Viitattu 14.2.2018. https://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/Paradise24fin_raportti_61.pdf

Aspan www-sivut. 2010. Viitattu 13.2.2018. https://www.aspa.fi/sites/default/files/ASTA-_kayttajan_kasikirja_1.10.pdf

Aspan www-sivut. 2014. Viitattu 5.3.2018. <https://www.aspa.fi/sites/default/files/MINI-ASTA+lomakkeisto.pdf>

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. p. Tampere: Vastapaino.

FCG:n www-sivut. 2018. Viitattu 12.2.2018. <http://www.fcg.fi/tuva>

Harjajärvi, M., Kairi, T., Kuusiterä, K. & Miettinen, S. 2009. Toimivatko kehitysvammaisten ja mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut? Näkemyksiä palveluiden käyttäjiltä ja niiden järjestäjiltä. Helsinki: Kehitysvammaliiton selvityksiä 3.

Hiittenhovin www-sivut. 2017. Viitattu 19.12.2017. <https://www.hiittenhovi.fi/>

Johansson, K., Axelin, A., Stolt M. & Ääri R.-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja, Sarja A51, Turun yliopisto, Turku.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4).

Kettunen, R., 2011. Mielenterveyskuntoutujien asuminen 2010 – kehittyvää erityisryhmien asumista. Viitattu 24.3.2018. https://www.vates.fi/media/tutkimustietoa/muiden-tutkimukset/mta_selvitysraportti_verkkoon_01.pdf

Kyhä, H. 2013-2015. . Viitattu 17.4.2018. pikassos.fi/.../625-mielenterveyskuntoutujan-asumisen-tuen-tarpeen-arviointi-opas

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. p. Helsinki: Edita Prima Oy.

Mielenterveyden keskusliiton www-sivut. 2018. Viitattu 13.2.2018. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kasitteita-mielenterveydesta/>

Mielenterveyden keskusliiton www-sivut. 2018. Viitattu 19.2.2018. <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/kuntoutuminen/>

Mielenterveystalon www-sivut. 2017. Viitattu 19.2.2018. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/asuminen.aspx>

Pitkänen, T., Levola, J., Tourunen, J., Kaskela, T. & Holopainen, A. 2016. Aivo-toiminnan häiriöiden yhteydessä yleisesti koetut psykososiaaliset vaikeudet: PARADISE24-kyselyn tutkimusperusta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 143. Tampere: Juvenes Print.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasan yliopiston julkaisuja. 6. Viitattu 29.11.2017. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Salo, M. & Kallinen, M. 2007. Yhteisasumisesta yhteiskuntaan?: Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden tila ja tulevaisuus. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

SOTE luokitustuotteet www-sivut 2018. Viitattu 25.3.2018. <http://www.soteluokitustuotteet.fi/fi/luokitustuotteet/tuva>

SOTE luokitustuotteet www-sivut 2018. Viitattu 25.3.2018. <http://www.soteluokitustuotteet.fi/luokitustuotteet/fim-ja-weefim>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku. Juvenes Print.

Sukula, S., Vainiemi, K. & Laukkala, T. 2015. GAS Menetelmästä sovellukseen. Tampere: Juvenes Print.

Säntti, R. 2015. Mielenterveyskuntoutujan kuntoutuspolku sairaalasta avopalveluihin. Kandidaatin tutkielma. Tampereen yliopisto Porin yksikkö. Viitattu 19.2.2018. https://www.vspelastus.fi/sites/default/files/atoms/files/santti_mielenterveyskuntoutujan_kuntoutuspolku.pdf

THL:n www-sivut. 2007. Viitattu 12.2.2018. https://www.thl.fi/documents/470564/817072/Asumista_ja_kuntoutusta_+stm+2007+13.pdf/6740f734-8533-482c-9d65-bd86a757e235

THL:n www-sivut. 2013. Viitattu 12.2.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/150/>

THL:n www-sivut. 2015. Viitattu 12.2.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/laatusuositukset/mielenterveyskuntoutujien-asumispalvelujen-kehittamissuositus>

THL:n www-sivut. 2016. Viitattu 2.4.2018. <https://thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/laki-ja-oikeuskaytanto/palveluasuminen/palveluasumisen-jarjestaminen-psykkisen-sairauden-perusteella>

THL:n www-sivut. 2017. Viitattu 22.4.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/88/>

THL:n www-sivut. 2017. Viitattu 25.4.2018. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/raivertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Turun kaupungin www-sivut 2016. Viitattu 15.4.2018. http://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/pppr-julkaisu_netti.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 13.12.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveysystyö. Helsinki: Fioca Oy.

Ympäristöministeriön www-sivut. 2012. Viitattu 12.3.2018. <file:///C:/Users/Heidi/Downloads/ymra10-2012-mielenterveyskuntoutujien-asumisen-kehittaminen.pdf>

Yoshida, M. 2014. Mielenterveys- ja asumispalvelut mielenterveyskuntoutujille Suomessa 2000-luvulla. Viitattu 15.4.2018. http://www.aikuiskoulutus.fi/sites/default/files/atoms/files/mielenterveyskuntoutujat_ja_asumispalvelut.pdf

Tekijä, vuosi ja maa	Tutkimuksen/projektin tarkoitus	Kohderyhmä, aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät/projektissa käytetyt menetelmät	Keskeiset tutkimustulokset/projektin tulokset/tuotokset
Marika Paunu-Laakso, 2009, Suomi	Tarkoituksena oli selvittää Tukiranka ry:n ylläpitämän mielenterveyskuntoutujille suunnatun Hiittenhovin asukkaiden kokemuksia ja ajatuksia omasta kuntoutumisesta, kuntoutujalähtöisyyden toteutumisesta, sekä asukkaiden odotuksista henkilökunnan työn painopisteistä.	Kohderyhmä: kaikki Hiittenhovin asukkaat, aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät: strukturoitu lomake ja kvantitatiivinen käsittely	67 % koki tarvitsevansa tukea ja ohjausta tulevaisuuden suunnitteluun ja 44 % tukea omille tavoitteille. 52 % koki harrastusmahdollisuuksien ja 48% työtoiminnan ja tietokoneen käytön opettelu edistävän kuntoutumista. Yli puolet vastaajista ei kokenut itsemääräämisoikeuttaan, päättävältänsä ja yksityisyyttään kaikissa tilanteissa kunnioitetun.
Katja Heikkilä, 2014, Suomi	Tarkoitus on antaa lisätietoa	Kohderyhmänä ovat Satakunnan sairaanhoitopiirin alueen mielenterveyskuntoutujat.	Tutkimustulosten mukaan yksiköt tuottavat eniten tehostettua asumispalvelua, joissa toteutetaan kuntouttavaa toimintaa.

	<p>opinnäytetyön toimeksiantajalle, Satakunnan sairaanhoitopiirin ” Mielenterveyskuntoutujan asumisen tuki Satakunnassa” kehittämisosiolle alueen asumispalveluyksiköiden kuntouttavasta toiminnasta ja sen kuntouttavuudesta.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin käyttämällä sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista aineistonkeruumenetelmää. Metodiksi valikoitui Puolistrukturoitu kyselylomake sekä teorialähtöisellä sisällönanalyysillä käsitellyt avoimet kysymykset.</p>	
<p>Laura Pakkala, 2015, Suomi</p>	<p>Tarkoitus oli selvittää, miten tuettu asuminen on auttanut itsenäisen asumisen onnistumisessa ja mitkä tekijät asumisen onnistumiseen vaikuttavat.</p>	<p>Kohderyhmä: Taiteilijankodista itsenäiseen asumiseen siirtyneitä henkilöitä, tutkimus tehtiin laadullista menetelmää käyttäen haastattelemalla</p>	<p>Mielenterveyskuntoutajat kokivat hyötynensä tuetusta asumisesta. Tuettu asuminen mahdollisti sairaalakierteen katkaisemisen ja edisti kuntoutumista. Taiteilijankoti koettiin tarkoituksenmukaisena ja turvallisena paikkana.</p>

<p>Laura Muurikka, 2014, Suomi</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää tuetun asumisen asiakkaiden kokemuksia tuetun asumisen palveluiden merkityksestä heidän elämänhallintaansa sekä selvittää millaisena asiakkaat kokevat ohjaajien roolin ja merkityksen.</p>	<p>Kohderyhmä: Kouvolan kaupungin tuetun asumisen palvelun täysi-ikäiset itsenäisesti omissa asunnoissaan asuvat päihde- ja mielenterveyskuntoutajat. Tutkimus toteutettiin teemahaastattelulla seitsemää tuetun asumisen asiakasta. Haastattelut litteroitiin ja tulokset avattiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia käyttäen.</p>	<p>Haastateltujen elämänhallintaa on tuettu tuetun asumisen ohjaajien toimesta monin eri tavoin. Ohjaajien antama tuki on lisännyt haastateltujen toimintakykyä ja vahvistanut omatoimisuutta ja näin ollen myös lisännyt tunnetta elämänhallinnasta. Ohjaajien tuki ja kannustus on antanut voimaantumisen kokemuksia useille haastatelluille, ja suurin osa haastatelluista oli sitä mieltä, että elämä on muuttunut palvelun myötä paremmaksi. Palvelun kerrottiin luovan varmuutta ja turvallisuutta. Kaikki haastatellut kokivat palvelun tärkeäksi itselleen ja olivat tyytyväisiä saamaansa tuen määrään.</p>
------------------------------------	--	---	--

ASIASANAT

tietokanta	hakusanat ja hakutyyppi	tulokset	hyväk-sytyt
Samk Finna	Tarkennettu haku: (Kaikki kentät: mielenterv* AND kuntout* AND asumis*) Aikaväli: 2004-2017	53	2
Medic	mielenterv* AND asumis* Aikaväli: 2011-2017	12	0
Theseus	mielenterveyskuntoutujan asumisen valmiudet	54	2

TIETOKANTA	HAKUSANAT JA -TYYPPI	TU- LOK- SET	HY- VÄK- SYTYT
PubMed	mental health AND supp* AND liv*	5	0