



Minna Jääskeläinen

Vesa Teirikko

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi-diakoni AMK

Opinnäytetyö, 2019

MIELENTERVEYSKUNTOUTUJEN KOKEMUKSIA TUKIASUMISESTA INTEGROITUNEENA NORMAALIIN ASUINYMPÄRISTÖÖN

TIIVISTELMÄ

Minna Jääskeläinen

Vesa Teirikko

Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia tukiasumisesta integroituneena normaaliin asuinympäristöön

37 sivua, 5 liitettä

Kevät 2019

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi-diakoni AMK

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on tutkia mielenterveyskuntoutujien kokemuksia tukiasumisesta integroituneena normaaliin asuinympäristöön. Kyselyssä kartoitettiin, millaisena kuntoutajat ovat kokeneet tukiasumisen osana normaalia asuinympäristöä.

Mielenterveyspalvelut ovat kehittyneet viime vuosina paljon ja erilaisia kuntoutusmuotoja tulee jatkuvasti lisää. Yksityisten palveluntarjoajien määrä on kasvanut 2000-luvulla huomattavan paljon. Tukiasuminen integroituneena normaaliin asuinympäristöön kuntoutusmuotona on verrattain uusi, joten aikaisempaa tutkimusmateriaalia ei ollut paljoa käytettävissä.

Haastattelumetodina käytimme puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua. Haastattelut teimme talvella 2018–2019. Haastatteluissa keskityimme teemoihin, jotka olemme laatineet teoreettisesta viitekehyksestä ennen haastatteluja. Menetelmä antaa mahdollisuuden päästä syvemmälle aiheeseen kuin esimerkiksi strukturoidussa haastatteluissa, joissa kysymykset on laadittu etukäteen paperille ja ne esitetään samassa järjestyksessä.

Tutkimuskysymyksenä opinnäytetyössä on, toteutuuko mielenterveyskuntoutujien itsemääräämisoikeus.

Opinnäytetyömme yhteistyökumppanina toimii Provesta Oy, joka on sosiaali- ja terveyspalveluja tarjoava yritys. Yrityksen toiminta-ajatuksena on tuottaa palveluasumista esimerkiksi mielenterveyskuntoutujille. toisesta heikentynyt. Asiakkaat asuvat omissa huoneistoissaan integroituna tavalliseen asuinympäristöön.

Haastattelujen perusteella Provestan palvelut koetaan myönteisinä ja yhtä lukuun ottamatta kaikki haastatellut olivat sitä mieltä, että heidän itsemääräämisoikeutensa toteutuu.

Asiasanat: asumispalvelut, mielenterveys, mielenterveyskuntoutus

ABSTRACT

Minna Jääskeläinen

Vesa Teirikko

The experiences of mental health rehabilitees on supported living integrated to normal living environment

37 pages, 5 appendices

Spring 2019

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree in Social Services

The purpose of this final thesis was to research the experiences of mental health rehabilitees on supported living when it is integrated to a normal living environment. The questionnaire aimed to find out how the people in rehabilitation experienced supported living as part of a normal living environment.

Mental health services have developed a lot in recent years and different forms of rehabilitation are continually invented. The number of private service providers has grown substantially in the 2000's. Supported living integrated into a normal living environment is a relatively new form of rehabilitation, so there is not a lot of previous research material available.

Half-structured interviews a.k.a. focused interviews were used as an interview method. The interviews were conducted during the winter of 2018–2019. The interviews focused on themes which were drawn from the theoretical framework prior to the interviews. This method enabled a deeper look into the topic when compared to, for example, structured interviews, where the questions have been printed on paper in advance and are asked in the same order with all participants. The main research question in the final thesis asks if the self-determination of mental health rehabilitees is fulfilled.

Our final thesis is done in collaboration with Provesta Ltd., which is an enterprise providing social and healthcare services. The company provides modern forms of service living for individuals whose ability to function has diminished for one reason or another. The customer's own apartments are integrated into a normal living environment.

The interviews indicated that Provesta's services are seen as positive and all but one interviewee considered their self-determination fulfilled.

Keywords: Housing services, mental health rehabilitation, mental health

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 MIELENTERVEYS JA MIELEN HYVINVOINTI	6
2.1 Määritelmä.....	6
2.2 Mielen hyvinvointi	6
2.3 Mielenterveyden häiriöistä	7
2.3.1 Masennus	8
2.3.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö	9
2.3.3 Psykoosi.....	9
2.3.4 Epävakaa persoonallisuus	11
2.3.5 Syömishäiriöt.....	11
2.3.6 Ahdistuneisuushäiriöt.....	12
3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN TARKOITUS.....	14
3.1 Mielenterveyskuntoutuksen periaatteet.....	15
3.2 Asuminen	16
3.2.1 Tuettu asuminen	16
3.2.2 Palveluasuminen.....	17
3.2.3 Tehostettu palveluasuminen	17
4 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS MUUTOKSESSA	18
4.1 Psykiatrian varhainen kehitys Suomessa.....	19
4.2 Mielenterveyskuntoutuksen lähihistoriaa	20
4.3 Mielenterveyspalvelut muutoksessa.....	22
4.4 Tulevaisuuden haasteet ja näkymät.....	22
5 TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
6 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA PROSESSIN KUVAUS.....	24
6.1 Aineistonkeruu	24
6.2 Aineiston käsittely.....	25
7 HAASTETTELUSTA MENETELMÄNÄ.....	26

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	27
9 TULOKSET	28
9.1 Kuntoutushistoria?	28
9.2 Kuinka kauan olet asunut nykyisessä kuntoutusmuodossa?	28
9.3 Jos vertaat nykyistä kuntoutusmuotoa edellisiin, mitä eroavaisuuksia tulee mieleen?	28
9.4 Mitä hyvää/ huonoa verrattuna aiempiin tukimuotoihin?	29
9.5 Koetko saavasi riittävästi tukea nykyisessä kuntoutuspaikassa?	29
9.6 Onko mielestäsi tarjotut työ- ja päivätoiminnot ja tarjotut aktiviteetit sopivia palveluja sinulle?	29
9.7 Koetko, että voit itse vaikuttaa omiin asioihin riittävästi?	29
9.8 Miten koet muiden taloyhtiön asukkaiden suhtautuvan sinuun?	30
9.9 Miten suhtaudut itse toisiin taloyhtiön asukkaisiin?	30
9.10 Onko sinulla ollut ongelmia muiden asukkaiden kanssa/miten olet selvinnyt niistä?	30
9.11 Koetko, että tämäntyyppinen kuntoutusmuoto on antanut valmiuksia itsenäiseen asumiseen?	30
9.12 Tulevaisuuden tavoitteet?	30
9.13 Jos saisit päättää, miten kehittäisit toimintaa asumisyksikössäsi?	31
9.14 Käytätkö seurakunnan palveluja osana omaa kuntoutustasi?	31
9.15 Analyysi	31
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	32
LIITE 1.Kysymyslomake	38
LIITE 2. Haastattelut	39
LIITE 3 Salassapitosopimus	40
LIITE 4 Suostumuslomake	41
Liite 5 Yksiköt	42

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisena mielenterveyskuntoutujat kokevat tukiasumisen integroituneena normaaliin asuinympäristöön. Aineisto kerätään teemahaastatteluilla, joita pidetään yhteistyökumppanimme eri yksiköissä Oulussa ja lähikunnissa.

Mielenterveyspalvelut kehittyvät jatkuvasti. Yksityisten palveluntarjoajien määrä on kasvanut 2000-luvulla paljon. Erilaisia kuntoutusmuotoja kehitetään jatkuvasti. Asiakaslähtöisyys ja kuntoutujan omat kokemukset otetaan yhä enemmän huomioon mietittäessä kuntoutujalle sopivaa kuntoutusmuotoa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää mahdollisia positiivisia ja negatiivisia kokemuksia tukiasumisesta integroituneena muuhun asuinympäristöön. Opinnäytetyössä nostetaan esille myös mahdollisia kehitysideoita havaintojemme ja tukiasukkaiden haastattelujen pohjalta. Haastatteluihin on lupa Provesta Oy:ltä, jossa haastattelut toteutetaan. Tutkimuskysymykset haastateltaville on laadittu huolella ja lupa-asiat varmistettu siihen laaditulla lomakkeella haastateltavilta. Lomake on laadittu yhteistyössä Provesta Oy:n kanssa. Haastattelulomake testattiin mielenterveyskuntoutujilla, ja siihen testauksen jälkeen tehtiin tarvittavat muutokset. Testauksen perusteella muutimme mm. kysymyksen itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kysymykseksi koetko voivasi vaikuttaa omiin asioihisi.

Opinnäytetyössämme vertailemme saamiamme vastauksia muista asumismuodoista saatuihin kokemuksiin tutkimuskirjallisuutta ja haastateltavien kertomuksia hyväksi käyttäen. Opinnäytetyössä käsittelemme myös tukiasumismuotojen kehittymistä viime vuosikymmenien aikana. Keskeisimpinä tutkimuskysymyksinä näemme sen, toteutuuko kuntoutujien itsemääräämisoikeus ja kokevatko he saaneensa valmiuksia itsenäiseen asumiseen Provesta Oy:n asumispalvelujen kautta. Teemahaastattelun kysymykset löytyvät liitteestä 1.

Haastattelumetodina käytämme puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua. Haastatteluissa keskitymme teemoihin, jotka olemme laatineet teoreettisesta viitekehyksestä ennen haastatteluja. Menetelmä antaa mahdollisuuden päästä syvemmälle aiheeseen kuin esimerkiksi strukturoidussa haastatteluissa, joissa kysymykset olemme laatineet etukäteen paperille ja esitetään samassa järjestyksessä.

Opinnäytetyömme yhteistyökumppanina toimii Provesta Oy, joka on sosiaali- ja terveyspalveluja tarjoava yritys. Provesta Oy on vuotena 2010 perustettu suomalainen yritys, jonka toiminta-ajatuksena on tuottaa moderneja palveluasumisen ratkaisuja henkilöille, joiden toimintakyky on syystä tai toisesta heikentynyt. Palvelukonseptin keskiössä ovat asiakkaalle tarjotut omat asuinhuoneistot integroituna tavalliseen asuinympäristöön, joihin yksilöllisesti räätälöidyt, asiakkaan tarpeen mukaiset asumispalvelut tuotetaan.

Palveluiden tavoitteena on ylläpitää ja vahvistaa asiakkaiden itsenäisyyttä, toimintakykyä ja osallisuutta yhteiskunnan tasavertaisina jäseninä. Provesta tuottaa asumispalveluita, joissa asiakkaat asuvat Provestan vuokra-asunnoissa. Provesta tuottaa myös tukiasumispalveluita. Tuetun asumisen asiakkaat asuvat joko Provestan tukiasunnoissa tai omissa asunnoissaan. Provestan palveluihin kuuluu myös työ- ja päivätoiminnan järjestäminen. (Provesta Oy, yritys.)

Haastateltavat tulevat hyvin erilaisista lähtökohdista, eikä yhteistä nimittäjää ole. Jokaiselle on räätälöity sellaiset palvelut, joita he tarvitsevat. Yhteistä haastattelavilla on, että kaikilla on toimintakyky syystä tai toisesta laskenut sen verran, että he kaipaavat apua ja tukea erilaisissa arkeen ja arjenhallintaan liittyvissä asioissa. Suurimmalla osalla haastateltavia on diagnosoituja mielenterveydellisiä ongelmia.

2 MIELENTERVEYS JA MIELEN HYVINVOINTI

2.1 Määritelmä

Mielenterveys on WHO:n (2013) määritelmän mukaan sellainen hyvinvoinnin tila, jossa ihminen kykenee näkemään omat kykynsä, työskentelemään sekä ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan ja selviytymään elämäänsä kuuluvista haasteista (Suomen Mielenterveysseura). Mielenterveys koostuu monista osatekijöistä ja muotoutuu läpi koko elämän (Järvikoski & Härkäpää 2011, 235) Vuonna 1975 Suomen Akatemian kansanterveyden tutkimusjaoston asettaman työryhmän laatimassa raportissa mielenterveys määritellään ”biologisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden keskinäisen vuorovaikutuksen synnyttämäksi ja niiden jatkuvasti muovaamaksi yksilön ja yhteisön psyykkiseksi kokonaistilaksi.” (Alanen 2003 14 – 17.)

2.2 Mielen hyvinvointi

Mielen hyvinvoinnilla tarkoitetaan hyvää mielenterveyttä. Ihmisen voidessa hyvin on hänellä suurimman osan päivää hyvä olla. Ihminen on tyytyväinen ja olo on tasainen. Voimavarat riittävät tällöin työntekoon, kouluun ja harrastuksiin. Terve ihminen kestää elämän pienet vastoinkäymiset hyvin. On normaalia, että mieli on välillä apea, jos olo parantuu kohtuullisessa ajassa normaaliksi.

Hyvinvoiva ihminen saa yleensä nopeasti unen ja uni on virkistävää, aamulla on yleensä levännyt olo. Hyvinvoivalla ihmisellä ei ole ongelmia kommunikoida muiden ihmisten kanssa. Hyvinvoiva ihminen pystyy myös helposti luomaan uusia kaverisuhteita ja pitämään vanhoista kaverisuhteista huolta.

Jokaisella ihmisellä on vaikeita aikoja, jolloin mieliala laskee ja olo on surullinen ja alakuloinen. Vaikeat ajat kuuluvat normaaliin elämään. Todellakin vaikeista asioista pääsee yleensä ajan kanssa yli, tai oppii elämään niiden kanssa.

Tällaisia tapauksia ovat esimerkiksi kuolemantapaukset ja sairastumiset. Sydän-surut ovat myös melkein jokaiselle tuttuja.

Kaikki tunteet vihasta suruun kuuluvat normaaliin elämään. Jos ikävät tapahtumat tai traumat saavat mielialan laskemaan pitkäksi aikaa ja kyky elää normaalia elämää on vaikeutunut huomattavasti, on syytä hakeutua hoitoon avun saamiseksi. (Väestöliitto. Mielen hyvinvointi)

Tuettaessa mielenterveyttä on osattava tulkita pieniä signaaleja, jotka voivat kertoa ihmisen vaikeasta tilanteesta. Sosiaalinen epätasa-arvo ja taloudellinen tilanne vaikuttavat usein negatiivisesti mielenterveyteen ja selviytymiseen. Taloushuolet ovat monesti syynä mielenterveyden heikkenemiseen. Vaikeina aikoina ihminen tarvitsee usein eniten apua.

Fyysinen terveys ja mielenterveys myös kulkevat usein rinnakkain ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden kannalta. Hyvä mielenterveys luo hyvää perustaa nauttia elämästä, kokea itsensä arvostetuksi yhteisössä ja tuntea elämä mielekkääksi. (Mielenterveysseura. Mielenterveyden tunnusmerkit)

2.3 Mielenterveyden häiriöistä

Mielenterveyden häiriöt ja niihin lukeutuvat päihdeongelmat ovat kansanterveyshaaste. Suomalaisten fyysisen toimintakyvyn parantuessa mielenterveyden häiriöiden suhteellinen osuus suomalaisesta sairaustaakasta kasvaa. Nykyään joka neljäs sairauslomapäivä johtuu mielenterveyden ongelmista. Puolet työkyvyttömyyseläkkeistä on mielenterveysperusteisia ja osuus on kasvamassa. Mielenterveyden ongelmat ovat Suomessa keskeisin syrjäytymiseen johtava tekijä. Mielenterveyden häiriöiden kustannukset ovat noin kuusi miljardia vuodessa.

Mielenterveyden ongelmien kasvavasta merkityksestä huolimatta yhä pienempi osuus kuntien terveydenhuollon menoista ohjautuu mielenterveyspalveluihin. Vuonna 2000 mielenterveyspalvelujen osuus oli 5,5 % ja vuonna 2015 osuus oli

enää 4,3 %. Suhteellinen panostus mielenterveyden ongelmien häiriöiden hoitoon on vähentynyt samalla kuin niiden merkitys on kasvanut. (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta, Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut.)

Psykiatriassa on aiemmin puhuttu mielitaudeista ja myöhemmin mielisairauksista, nykyään käytetään kaikkein kattavimpana käsitteenä termiä mielenterveyden häiriö. Käsite kattaa paljon muutakin kuin mielisairaudet eli psykoosit. (Lönngqvist 2009, 47.)

Holmbergin (2016, 27 – 41) mukaan yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoosi, epävaka persoonallisuus, syömishäiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt. Kun oireet rajoittavat henkilön osallistumis- ja selviytymismahdollisuuksia, toiminta- ja työkykyä tai aiheuttavat psyykkistä vajaakuntoisuutta tai kärsimystä on kyse mielenterveyden häiriöstä (Mielenterveys ja -päihdetyö osana kunnan hyvinvointia –Opas strategiseen suunnitteluun). Työkyvyttömyyden syynä psyykkisten ongelmien osuus on kasvanut merkittävästi viimeisten vuosikymmenten aikana. Vuonna 2011 40% voimassa olleista työkyvyttömyyseläkkeistä oli myönnetty mielenterveyden häiriöiden perusteella. Muihin kansansairauksiin verrattuna mielenterveyden häiriöt aiheuttavat työkyvyttömyyttä varsinkin nuorissa ikäluokissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 232.)

2.3.1 Masennus

Masennus näyttää olevan Terveys 2000 –tutkimuksen mukaan yleisin mielenterveyden häiriö väestössä. Tutkimuksen mukaan kahden viimeisen kuukauden aikana jostakin masennushäiriöstä oli kärsinyt 8,2 % naisista ja 4,5 % miehistä. (Joukamaa, Heikkinen, & Lönngqvist 2009, 673.) Masennuksen merkkejä on mielenkiinnon, mielihyvän tunteen ja mielialan lasku, heikko keskittymis- ja huomio-kyky sekä heikko itsetunto ja –luottamus, arvottomuuden ja syyllisyyden kokemus, itsesyytökset ja pessimistiset ajatukset, itsetuhoisuus ja itsemurha-ajatukset tai –yritykset, uupuminen ja voimattomuus sekä unihäiriöt, ruokahalun ja

painon muutokset ja seksuaalisen kiinnostuksen väheneminen (Holmberg 2016, 28).

Stressihormonitaso nousee masentuneen henkilön aivoissa, ja sen johdosta mielialaa säätelevät hermoverkot harvenevat ja lamaantuvat. Ihmisen looginen ajattelu, muistaminen vaikeutuvat ja toimintakyky alenee erityisesti keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta sairastaessa. (Holmberg 2016, 28.)

2.3.2 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on herkästi uusiutuva ja pitkäaikainen sairaus, jossa masennus, mania ja sekamuotoiset jaksot vuorottelevat oireettomien kausien kanssa. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on jossain määrin perinnöllinen. Kaksisuuntainen mielialahäiriö jaetaan tyyppiin 1 ja tyyppiin 2. Ykköstyypissä on havaittavissa selkeitä maniajaksoja ja kakkostyypissä jaksot ovat hypomaanisia ja lyhyempiä.

Manian merkkejä on kohonnut, euforinen, mieliala, sosiaalinen estottomuus ja vastuuttomat sekä seurauksista piittaamattomat teot, toimeliaisuuden kasvaminen sekä psykomotorinen aktiivisuus, unentarpeen väheneminen, ajatusten ja puheen nopeutuminen, ärtymys, seksuaalinen aktiivisuus ja jopa holtittomuus, suuruuskuvitelmat ja korostunut tärkeyden tunne sekä keskittymisvaikeudet ja häiriöherkkyys. Masennusjaksot ovat samankaltaisia kuin vaikeassa masennuksessa ja siirtymä maniavaiheeseen tapahtuu usein nopeasti ja lähes yllättäen. (Holmberg 2016, 29 – 30.)

2.3.3 Psykoosi

Psykoosit ovat mielenterveyden häiriöiden vaikein ryhmä sekä hoidettavuudeltaan että ennusteeltaan (Lönngqvist, 2009, 55). Todellisuudentaju häiriintyy

vakavasti psykoosisissa. Psykoosi voi ilmetä ns. positiivisina oireina tai negatiivisina oireina. Positiivisiksi oireiksi katsotaan harhaisuus, outo käytös ja puhe, jonka tuottaminen voi olla joko vaikeaa tai vuolasta. Harhaluulot ja aistiharhat voivat olla joko kuulo-, tunto-, näkö-, maku-, tai hajuaistin alueella olevia harhoja. Negatiivisia oireita ovat tunne-elämän latistuminen, puheen köyhtyminen sekä kyvyttömyys mielihyvän tuntemiseen ja aloitekyvyn heikkeneminen. (Holmberg, J. 2016, 31 – 32.) Positiivisilla oireilla tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen häiriintymistä ja negatiivisilla oireilla puolestaan normaalien psyykkisten toimintojen puuttumista tai heikentymistä (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist. 2009, 77).

Yleisin ja vaikein psykoottinen häiriö on skitsofrenia. Elämänsä aikana joka sadas ihminen sairastuu skitsofreniaan, tavallisimmin sairaus puhkeaa nuorena aikuisena. Skitsofrenian ominaisia oireita ovat sangen pitkäaikaiset ajattelun ja havaitsemisen vääristymät, toimintakyvyn heikkeneminen ja tunneilmaisun latistuminen. Valtaosalla on päivästä jopa vuosiin kestäviä prodromaalioireita eli psykoosin ennakko-oireita. Näitä oireita voi olla esimerkiksi keskittymis- ja muistivaikeudet, mielialan vaihtelut, eristäytyminen ja vetäytyminen sosiaalisista kontakteista, unihäiriöt, motivaation puute ja väsymys. Ennakko-oirevaiheen hoitoon ei ole Käypä hoito -suosituksen mukaan vakiintuneita ohjeita. Varsinaista skitsofreniaa hoidetaan Käypä hoito -suosituksen mukaan avohoidossa yksilöllisen hoitosuunnitelman pohjalta huomioiden läheiset. (Holmberg, 2016, 31 – 32.) Skitsofrenian oireet jaetaan kolmeen dimensioon, jotka ovat psykoottiset oireet eli aistiharjat ja harhaluulot, hajanaiset oireet kuten hajanainen puhe ja käytös sekä epäsopeva tunneilmaisu ja negatiiviset oireet, joita ovat puheen köyhtyminen, tahdottomuus, anhedonia ja tunneilmaisun latistuminen (Isohanni ym. 2009, 79).

Skitsofrenia jaetaan ICD-10 tautiluokituksessa alatyyppeihin, jotka ovat: paranooidinen skitsofrenia, hebefreeninen skitsofrenia, erilaistumaton skitsofrenia, katoninen skitsofrenia, skitsofrenian jälkeinen masennus, jäänkösskitsofrenia eli residuaalinen skitsofrenia, erityisosatekijätön skitsofrenia, muu skitsofrenia ja määrittämätön skitsofrenia. DSM-IV puolestaan jakaa skitsofrenian vain viiteen alatyyppiin, jotka ovat paranooidinen, hajanainen, jäsentymätön, katoninen ja jäänköstyppi. (Isohanni ym. 2009, 75.)

Skitsofrenian lisäksi psykoottisia häiriöitä ovat lyhytkestoinen reaktiivinen psykoosi, elimellinen psykoosi, psykoottinen masennus ja psykoottinen depressio, skitsoaffektiivinen psykoosi sekä harhaluuloisuushäiriö (Holmberg 2019, 31).

2.3.4 Epävakaa persoonallisuus

Persoonallisuushäiriöiden pääluokat ovat ICD-10-tautiluokituksen mukaan: 1) epäluuloinen persoonallisuus, 2) eristäytyvä (skitsoidi) persoonallisuus, 3) estynyt persoonallisuus, 4) epäsosiaalinen persoonallisuus, 5) huomiohakuinen persoonallisuus, 6) riippuvainen persoonallisuus, 7) tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus, 8) vaativa persoonallisuus, 9) muut määritellyt persoonallisuushäiriöt ja 10) sekamuotoiset ja muut persoonallisuushäiriöt (Holmberg 2016, 36).

Epävakaan persoonallisuuden merkkejä on vähäinen sitoutuminen, itsetuhoisuus ja itsemurha-ajatukset sekä -yritykset, laaja-alainen minäkuvan ja tunnetilojen epävakaus, ihmissuhteiden intensiivisyys ja epävakaus, vahingollinen impulsiivisuus, tyhjyyden tunne ja hylätyksi tulemisen pelko sekä liiallinen ja epätarkoituksenmukainen toisten mielentilojen arviointi (Holmberg 2016, 36).

2.3.5 Syömishäiriöt

Yleisimmät syömishäiriöt ovat anoreksia nervosa eli laihuushäiriö, bulimia nervosa eli ahmimishäiriö ja BED (binge eating disorder) eli ahmintahäiriö. Anoreksian merkkejä ovat ruumiinkuvan vääristymä, liiallinen liikunta ja itse aiheutettu oksentelu, ulostuslääkkeiden tai ruokahalua hillitsevien ja nestettä poistavien lääkkeiden väärinkäyttö ja liian alhainen painotavoite. Bulimian merkkejä puolestaan ovat sairaalloinen lihavuuden pelko ja ruumiinkuvan vääristymä, pakonomainen tarve syödä yhdistettynä ajoittaiseen syömättömyyteen. Bulimiaan kuuluu toistuvat ahmimisjaksot ja suurien ruokamäärien syöminen lyhyessä ajassa sekä itse aiheutettu oksentelu ja ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, nesteidenpoisto-

kilpirauhas-, ja ulostuslääkkeiden väärinkäyttö. Ahmintahäiriön merkkejä on hallitsematon ja nopea syöminen ja toistuvat ahmintakohtaukset sekä syömisen jälkeinen epämukavuuden ja inhon tunne, syyllisyys, masennus ja ahdistuneisuus. (Holmberg 2016, 37 – 38.)

2.3.6 Ahdistuneisuushäiriöt

Yksi yleisimmistä psyykkisistä oireista on ahdistuneisuus, ja sen rinnalla esiintyy usein päihdehäiriöitä. DSM- IV –luokituksessa ahdistuneisuushäiriöihin sisältyy kaksitoista erillistä häiriötä (Lönngqvist 2009, 58). Yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö, paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja traumaperäinen stressihäiriö.

Paniikkihäiriölle on tyypillistä alle puoli tuntia kestävät, äkillisesti alkavat ja nopeasti kehittyvät kohtaukset. Kohtauksille on ominaista mm sydämen tykytys, pahoinvointi, vapina, hikoilu, hengitysvaikeudet, puutumisen tunne ja vatsavaivat. Kohtauksiin kuuluu kuolemanpelko, itsensä hallinnan menettämisen pelko ja sekoamisen pelko.

Sosiaalisten tilanteiden pelkoon liittyy pelkoa ja jännitystä tilanteissa, joissa ihminen on tekemisissä vieraiden ihmisten kanssa tai joissa häntä tarkkaillaan. Kun näitä tilanteita ryhdytään välttämään, aiheutuu eriasteista toimintakyvyn heikkenemistä.

Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä on jatkuvaa ahdistusta, huolta, pelokkuutta, ja jännittyneisyyttä, joka on olosuhteisiin nähden kohtuutonta. Se ilmenee esimerkiksi levottomuutena, ärtyneisyytenä, keskittymisvaikeuksina, pahoinvointina, hengityksen ja sykkeen tihentymisenä, hikoiluna ja univaikeuksina. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö voi pahimmillaan johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen ja toimintakyvyn laskemiseen.

Pakko-oireisessa häiriössä ilmenee pakkoajatuksia- ja toimintoja, joita voi olla esimerkiksi asioiden rituaalinomainen toistaminen, pakonomainen epäily, seksuaaliset mielikuvat, sairauksien pelko, tarkistaminen ja järjestäminen tai käsien toistuva peseminen. Häiriöillä pyritään estämään pelottavan epärealistisen asian tapahtuminen tai lievittämään ahdistusta, eivätkä ne tuota mielihyvää.

Traumaperäisen stressihäiriön voi aiheuttaa poikkeuksellinen avuttomuuden, ahdistuksen ja kauhun tunteita aiheuttava tilanne, esimerkiksi loukkaantuminen, läheisen kuolema, väkivallan uhka tai oman tai toisen ihmisen koskemattomuuden loukkaaminen. Traumaperäisen stressihäiriön oireet ilmenevät puolen vuoden sisällä tapahtuneesta. (Holmberg 2016, 39 – 42.)

3 MIELENTERVEYSKUNTOUTUKSEN TARKOITUS

Kuntoutus on tavoitteellista ammattilaisen työtä, jonka tehtävänä on auttaa ja tukea kuntoutujaa hahmottamaan omat päämääränsä sekä unelmansa ja luoda valmiuksia saavuttaa ne. Kuntoutuksen keskeiset tehtävät ovat kehittää kuntoutumisvalmiutta, tukea kuntoutujaa hänen tärkeiksi kokemiansa päämäärien saavuttamisessa ja edistää kuntoutumisprosessin etenemistä. Keskeistä on kunnioittaa kuntoutumisen prosessiluonteen yksilöllisyyttä jokaisen kuntoutujan kohdalla. (Valkonen, Salo, Rönkkö & Lehto 2011, 13.)

Kuntoutuksen määritelmästä voidaan nostaa esiin joitakin kuntoutuksen kannalta keskeisiä käsitteitä. Määritelmien ja käsitteiden jäsentäminen ja selkeyttäminen on edellytyksenä sille, että mielenterveyskuntoutusta voitaisiin kehittää. Esimerkiksi elämänhallinta ei ole käsitteenä yksinkertainen, vaan se on laaja ja filosofinen kysymys. Pystyykö elämän yllätyksellisyyttä ja arvaamattomuutta hallitsemaan. Kuntoutuksen näkökulmasta kyseessä on enemmänkin kyse arjesta suoriutumisesta ja kuntoutujan eri rooleihin liittyvistä välittömistä tehtävistä. Tämä liittyy läheisesti ajatukseen kuntoutujan toimintakyvystä. Elämänhallinta ei ole kuitenkaan ainoastaan tekemistä ja toimintakykyä, vaan hallinnan kokemus pohjautuu useasti ihmisen sisäisiin mielikuviin. Jokaisella ihmisellä on erilaiset hallintakäsitykset ja tulkinnat siitä, miten ja missä määrin voimme vaikuttaa omaan elämäämme.

Elämänhallinnan kokeminen liittyy myös omatoimisuuden ja itsenäisyyden ajatukseen ja käsitteisiin itsenäisestä päätäntävällästä kuntoutujan omassa arjessa. Näihin liittyy olennaisesti tavoitteet, joita kuntoutuja on itselleen asettanut. Miten kuntoutuja haluaa elää ja mitä haluaa tehdä nyt ja tulevaisuudessa. Nämä ovat keskeisiä kysymyksiä kuntoutujalle ja mielenterveyshoitajille. Hoitajien on tärkeää pohtia, miten kuntoutujan voimavaroja voidaan arvioida ja kuinka niitä hyödynnetään ja kehitetään kuntoutuksessa. Tärkeää on myös miettiä miten kuntoutujan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys otetaan huomioon kuntoutuksessa.

Tyypillistä mielenterveyskuntoutujille useasti on hallintakäsityksen heikkous ja omiin voimavaroihin ei uskota. Omaan toimintaan ei useasti luoteta ja oman tekemisen seurauksiin ei luoteta. Kuntoutuja kokee olevansa useasti ulkopuolinen ja oman sairautensa kontrolloima, jolloin sairaus rupeaa hallitsemaan elämää. Usein kuntoutuja tuntee turvattomuutta jäädessään yksin ja pelkää oireidensa pahenemista. Tilanteen ollessa tällainen kuntoutuksen tulisi pyrkiä parantamaan kuntoutujan omia hallintakäsityksiä ja saada kuntoutuja uskomaan, että elämä ei ole ainoastaan sattuman, sairauden tai toisten ihmisten hallitsemaa. (Koskisu 2004, 13-15.) Mielenterveyskuntoutus keskittyy henkilöihin, joilla on diagnosoitu mielenterveysongelma, joka rajoittaa heidän kykyään selviytyä arjesta (Anthony, Cohen, Fargas & Gagne 2002, 4).

3.1 Mielenterveyskuntoutuksen periaatteet

Järvikoski ja Härkäpää (2011, 235) viittaavat Bondiin ym (2000). kuvatessaan mielenterveyskuntoutuksen peruseriaatteita. Nämä peruseriaatteet ovat käytännöllisyys ja tavoiteorientaatio, eli palveluilla on tarkat ja arkielämän toimintaan liittyvät tavoitteet ja huomio on arjen käytännöllisissä kysymyksissä. Toiminnan lähtökohtana olisi oltava asiakkaan preferenssit koskien niin työtä kuin asumistakin. Arvioinnin on oltava tilannepohjaista ja se tapahtuu ensi kädessä arkielämän tilanteissa. Ympäristöt vaikuttavat eri tavoin kuntoutujan selviytymiseen; muutostarpeet on havaittava herkästi. Palvelut pyritään integroimaan eli koordinoimaan hyvä hoito kuntoutuspalvelujen kanssa. Turvataan palvelujen jatkuvuus, tulosten kannalta on keskeistä toimenpiteiden ja tuen tarjoaminen ennalta sovitulla tavalla. Noudatetaan normaaliuden ja integraation periaatteita, eli autetaan kuntoutujaa irtautumaan potilaan roolista ja tuetaan häntä pääsemään kohti tavanomaisia sosiaalisia rooleja ja sairauden hallintaa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 235.)

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan henkilön toimintakyvyn, psyykkisen hyvinvoinnin ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielen-terveyshäiriöiden ehkäisemistä, lievittämistä ja parantamista (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä, 2000, 26; Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 120).

Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (2011, 5) mukaan 1) kunnassa tuetaan asukkaiden hyvinvointia ja mielenterveyttä, 2) kuntalaisia autetaan peruspalveluissa, 3) jokainen pääsee elämäntilanteensa ja ongelmiansa kannalta tarkoituksenmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon, 4) mielenterveyspalveluissa kunnioitetaan ihmisarvoa ja ihmisoikeuksia, 5) hoito toteutuu päätetyn suunnitelman mukaan, 6) ensisijaista on avohoito. Kaikessa hoidossa on kunnioittava ote, 7) potilas pääsee psykiatriseen sairaalahoitoon tarvittaessa, 8) palvelujärjestelmän sisäinen yhteistyö, vastuut ja työnjako on selvitetty ja päätetty, 9) henkilöstön määrä ja rakenne määritellään osana mielenterveystyön kokonaissuunnitelmaa, 10) henkilöstön osaamisesta ja jaksamisesta pidetään huolta, 11) palveluita ja toimintaa seurataan ja havaintoja hyödynnetään suunnittelussa ja 12) mielenterveystyötä varten tehdään kokonaissuunnitelma. Laatusuositus sisältää kuntalaisen, ammatillisen käytännön ja hallinnon näkökulman.

3.2 Asuminen

Valtaosa mielenterveyskuntoutujista asuu tavallisissa asunnoissa ja asuminen on yksi ihmisen perusoikeuksista. Mielenterveyskuntoutujien asianmukaisen asumisen järjestäminen on jäänyt jälkeen verrattuna muihin väestöryhmiin.

3.2.1 Tuettu asuminen

Tuetulla asumisella tarkoitetaan säännöllistä kuntoutussuunnitelman mukaista mielenterveyskuntoutusta, johon asumisen lisäksi liittyy kotiin tuotavia tukipalveluita. Tuetun asumisen tavoitteena on itsenäisen asumisen mahdollistaminen ja sen tukeminen. Tavallisimmin tuettu asuminen toteutetaan yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (Mielenterveyden keskusliitto, asuminen i.a.; Mielenterveystalo, asuminen, i.a.)

3.2.2 Palveluasuminen

Palveluasuminen on tavallisesti yhteisöllistä asumista ryhmäasunnossa tai kuntoutusmetodin mukaan palveluasumista itsenäisessä asunnossa. Palveluasumiseen sisältyy asiakkaan sosiaalisten suhteiden ja toimintakyvyn vahvistaminen ja monipuolinen kuntoutus. Palveluasumisessa mielenterveyskuntoutujalla on mahdollisuus osallistua erilaiseen päivätoimintaan. Palveluasumisessa itsenäistä selviytymistä harjoitellaan osallistumalla arkisiin askareisiin kuten ruuanlaittoon ja muuhun kodinhoitoon, tämän lisäksi harjoitellaan asioimista asumispalveluyksikön ulkopuolella kuten pankissa. (Mielenterveyden keskusliitto, asuminen i.a. ; Mielenterveystalo, asuminen, i.a.)

3.2.3 Tehostettu palveluasuminen

Tehostettu palveluasuminen on ryhmäasunnossa tapahtuvaa yhteisöllistä asumista ja henkilökunta on paikalla vuorokauden ympäri ja mielenterveyskuntoutujaa tuetaan ja avustetaan päivittäisissä toiminnoissa. Tehostettua palveluasumista järjestetään paljon valvontaa, hoivaa ja apua tarvitseville. (Mielenterveyden keskusliitto, asuminen i.a. ; Mielenterveystalo, asuminen, i.a.)

4 MIELENTERVEYSKUNTOUTUS MUUTOKSESSA

Mielenterveyskuntoutuksella tarkoitetaan mielenterveyskuntoutujan itsenäistä selviytymistä ja kuntoutumista tukevaa palvelukokonaisuutta. (Oulun kaupunki, mielenterveyskuntoutus.) Mielenterveyskuntoutusta tarvitaan yleensä silloin, kun mielen tasapaino on järkkynyt jostain syystä ja toimintakyky on heikentynyt. Kyse voi olla paitsi vaikeasta mielen sairaudesta, myös tilapäisestä elämänkriisistä. Suomessa mielenterveyspalvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla. Mielen-terveyspalvelujen perustana on Suomen perustuslaki, joka määrittää yksilön perusoikeudet yhdenvertaiseen kohteluun terveydentilasta riippumatta. Kunnat on veloitettu järjestämään asukkailleen terveyspalvelut siten kuin mielenterveyslaissa, kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa on tarkemmin säädetty.

Mielenterveyshäiriöt voivat olla tilapäisiä, joista osa on täysin normaaleja reaktioita elämän erilaisiin tilanteisiin. Psykiatrisesta sairaudesta tai mielenterveyshäiriöstä puhutaan silloin, kun ongelmat ovat vakavia ja pitkittyneitä ja häiriö aiheuttaa ihmisille huomattavia oireita. Tällöin ihminen tarvitsee joko tilapäistä tai pidempiaikaista mielenterveyspalvelua selviytyäkseen. (Tölli 2009, 15.)

Terveydenhuollon laatua ja potilasturvallisuutta turvaamaan on luotu laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä, joka määrittää ketkä voivat toimia terveydenhuollon ammattihenkilöstönä. Terveydenhuollon ammattihenkilöstöä valvoo Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista turvaa potilaan perusoikeudet ja määrittää, että potilaalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään hyvään hoitoon terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen mukaisesti.

Potilaalla on myös tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeus omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. Laki velvoittaa myös terveydenhuollon ammattihenkilöstöä salassa pitämään potilasasiakirjojen tiedot ja se kieltää luovuttamasta niitä sivullisille ilman asianomaisen kirjallista lupaa. (Mielenterveystalo, lakitietoutta.)

Mielenterveyskuntoutuksen käsite on paikoitellen epäselvä ja laaja. Viime vuosikymmeninä sekä mielenterveysongelmat, että niiden hoito ja kuntoutus ovat muuttuneet merkittävästi. (Koskisu 2004, 10.)

4.1 Psykiatrian varhainen kehitys Suomessa

Menneinä vuosisatoina mielisairaita, kuten heitä silloin nimitettiin, kohdeltiin huonosti, heitä vainottiin, suljettiin vankiloihin, poltettiin roviolla ja hirtettiin. Luostarilaitokset olivat ainoa mahdollisuus saada inhimilliset olosuhteet. Luostareissa oli hospitaaleja, Turussa oli jo vuonna 1355 Pyhän Yrjänän hospitaali ja 1396 Pyhän Hengen huono. Näissä ainakin Pyhän Hengen huoneessa hoidettiin mielisairaita. (Hakola 2002, 9) Vuonna 1619 Seilin saarelle Turun saaristoon perustettiin leprasairaala, jonne sijoitettiin myös mielisairaita. Lepran vähetessä 1700-luvun puolivälin paikkeilla Seili keskittyi hoitamaan vain mielisairaita ja sitä pidetään Suomen ensimmäisenä mielisairaalaana. Toinen ensimmäisistä mielisairaaloista oli Kruunupyyn hospitaali, joka perustettiin vuonna 1631. (Parpola 2013, 16.)

Psykiatria alkoi kehittyä 1800-luvun alussa (Hakola 2002, 11) ja Suomen ensimmäinen varsinainen mielisairaala perustettiin vuonna 1834 uuteen pääkaupunkiin Helsinkiin Lapinlahden niemeen (Parpola 2013, 22). Samaan aikaan luotiin myös maamme ensimmäistä mielisairaslakia. Vuonna 1840 annettiin keisarillinen asetus nimeltään ”Keisarillinen asetus mielisairaiden hoidosta ja heidän parantamiseksi tarpeellisten ajanmukaisten laitosten rakentamisesta.” Seuraava asetus oli kirkkojen saarnastuoleista vuonna 1889 luettu Aleksanteri III antama ”armollinen asetus sairasmaielisten hoidosta”. (Parpola 2013, 28.)

Jo ennen Lapinlahden sairaalan valmistumista mielisairaita hoidettiin lääninsairaaloiden ”houruinhuoneissa”. Niuvanniemen keskuslaitokseen Kuopioon ensimmäiset potilaat otettiin vuonna 1885 ja Tampereen Pitkäniemen sairaalaan 1899. Turun keskusvankilan yhteyteen perustettiin vankimielisairaala vuonna 1911. Aiemmin mainitun keisari Aleksanteri III:n antaman asetuksen mukaan kunnan on rakentaessaan vaivaistalon, järjestettävä sinne vähintään kolme paikkaa

varattomia mielisairaita varten ja kunta velvoitettiin antamaan hoitoa kaikille sel-
laisille mielisairaille, jotka eivät sitä omaistensa toimesta kyenneet saamaan. Kei-
sarin asetus mahdollisti yhteisten piirimielisairaaloitten rakentamisen, ensimmäi-
set piirimielisairaalat rakennettiin Harjavaltaan 1903 ja Kellokoskelle 1905. Sodan
aikana 1939 – 1945 psykiatrian kehitys koki vakavaa taantumista ja kesti vuosia
ennen kuin mielisairaaloitten olosuhteita kyettiin korjaamaan. Toiminta lähti elpy-
mään vasta 1950- luvulla. (Hakola 2002, 11 – 14.)

Vuoden 1937 mielisairaslaki määritteli sairastuneiden hoidon valtion mielisairaa-
loitten vastuulle. Vuonna 1952 säädetty uusi laki siirsi mielisairaanhoidon ensi-
kädessä kuntien vastuualueeksi. Jokaisessa mielisairaanhuoltopiirissä piti olla
keskusmielisairaala ja sen lisäksi huoltotoimisto avohoidossa olevia mielisairaita
varten. Myöhemmin huoltotoimistot muuttuivat mielenterveystoimistoiksi. (Hakola
2002, 15.)

4.2 Mielenterveyskuntoutuksen lähihistoriaa

Viimeisten 40 vuoden aikana suomalaisissa mielenterveyspalveluissa on tapah-
tunut suuriakin rakenteellisia ja hallinnollisia muutoksia. Järjestämisvastuu on
siirretty keskushallinnolta kunnille. Laitospainotteisesta psykiatrian mallista on
siirrytty kohti monipuolisten, integroitujen avohoitopalvelujen mallia ja palvelujen
tuottajien kirjo on laajentunut kattamaan sairaanhoitopiirejä, kuntia sekä yksityi-
sen ja kolmannen sektorin toimijoita.

Merkittäviä psykiatriseen palvelujärjestelmään vaikuttaneita yhteiskunnallisia
muutostekijöitä on ollut 1990-luvun alkupuolella toteutettu erikoissairaanhoido-
lailla toteutettu yhdentyminen somaattiseen erikoissairaanhoidon ja valtion-
osuusuudistuksella säädetty hallinnollinen hajautus ja vuosikymmenen alkupuo-
lella vaikuttanut lama.

Vuoden 1991 alusta erikoissairaanhoidolaki yhdisti koko maassa psykiatrian ja
somaattisen erikoissairaanhoidon hallinnollisesti sairaanhoitopiireiksi. Psykiatria

ei valitettavasti päässyt riittävässä määrin vaikuttamaan yleissairaanhoidon, jotta tietämys psykiatriasta ja valmiudet käsitellä psyykkisiä ongelmia ja hoitaa potilaita kokonaisvaltaisesti olisivat kehittyneet riittävästi. Vastaavasti psykiatrian puolella kehittämistä oli somaattisessa osaamisessa. Psykiatrian yhdentymistä muuhun lääketieteeseen on myös perusteltu mielenterveyden häiriöihin liittyvän stigman ja häpeän vähentämisellä ja potilaiden tasa-arvoisella kohtelulla.

Valtionosuusuudistus oli hyvinkin merkittävä sairaanhoitopiirin ja kunnan suhteeseen vaikuttanut yhteiskunnallinen suuri muutos. Sairaanhoitopiirit muuttuivat tuottajaorganisaatioiksi, joilta kunnat ostivat palveluita. Kunnille tämä oli suuri haaste. Muutoksen jälkeen alettiin avohoidon yksiköitä siirtää sairaanhoitopiireiltä kuntien terveyskeskusten hallintoon. Perusteluina oli psykiatrian kustannuskehityksen parempi hallinta, avohoidon saatavuuden paraneminen ja psykiatrisen avohoidon ja terveyskeskusten yhteistyön kehittyminen.

2000-luvulle tultaessa psykiatrisen palvelujärjestelmän ongelmina oli kirjava palveluntarjonta, hajautuneisuus ja palvelujen koordinaation puute. Palvelujen kysyntä lisääntyneestä tarjonnasta huolimatta ylitti tarjonnan. Ongelma oli erityisesti avohoidon puolella.

Kuntien mielenterveystyötä pyrittiin tukemaan lasten- ja nuorisopsykiatriaankohdennetuilla valtionavuuilla, valtakunnallisilla ohjelmilla. Kunnat saivat myös ohjeeksi laatia kokonaisvaltaisia mielenterveystyön suunnitelmia. Kokonaiskuva suomalaisten mielenterveyspalveluista alkoi hämärtyä. Monipuolistumisen ohella palvelukenttä myös valitettavasti pirstaloitui. Terveystilastointi ei pysynyt kertomaan kokonaiskuvaa tilanteesta.

Asiantuntijat ja tutkijat olivat huolissaan mielenterveyspalvelujen asemasta ja alueellisesta eriarvoisuudesta. (Harajärvi, Pirkola, Wahlbeck 2006, 16 - 20.)

4.3 Mielenterveyspalvelut muutoksessa

Viimeisten 15 vuoden aikana suomalaisissa mielenterveyspalveluissa on tapahtunut suuria hallinnollisia ja rakenteellisia muutoksia. Järjestämisvastuu mielenterveystyöstä on siirretty keskushallinnolta kunnille, psykiatrian laitospainotteisesta mallista on siirrytty enemmän kohti monipuolisten, integroitujen avohoitopalvelujen mallia ja palvelujen tuottajien kirjo on laajentunut kattamaan kuntia, sairaanhoitopiirejä sekä yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita. (Harajärvi ym. 2006, 16-17.)

Myös mielenterveysalan kansalaisjärjestöjen kuntoutustoiminta on lisääntynyt voimakkaasti viime vuosikymmeninä. Raha-automaattiyhdistys on, joka pääsääntöisesti rahoittaa näiden järjestöjen toimintaa, on pitänyt mielenterveyspalvelujen kehittämistä painopistealueena jo 1990-luvulta lähtien. Mielenterveyskuntoutuksen kentälle on ruvennut tulemaan enenevissä määrin myös yksityisiä palveluntuottajia, jotka vaikuttavat erityisesti asumiskuntoutuksen ja työllistymiseen tähtäävän kuntoutuksen alueilla. Kuntien ostopalveluna ostaman toiminnan määrä on myös kasvanut huomattavan määrän. Samaan aikaan mielenterveydellisistä syistä, erityisesti mielialahäiriöistä, aiheutuvien sairaslomien ja varhaisen eläkkeelle jäämisen määrä on kasvanut. Tilanne on entisestään kasvattanut paineita kasvattaa juuri mielenterveyskuntoutukseen käytettävää rahamäärää. Kuntoutuksen sairauskäsityksen laajenemisella tarkoitetaan sitä, että yhä useammat erilaiset tilat tai häiriöt katsotaan kuntoutuksen perusteeksi. (Koskisu 2004, 32-33.)

4.4 Tulevaisuuden haasteet ja näkymät

Voidaan sanoa, että mielenterveyden erilaiset häiriöt muodostavat merkittävän kansanterveysongelman ja onkin varauduttava siihen, että mielenterveysongelmat tulevat aiheuttamaan kuormitusta palvelujärjestelmälle enenevissä määrin. Jo 2000-luvun alusta saakka mielenterveyshäiriöt ovat olleet eniten

työkyvyttömyyttä aiheutuvia sairauksia. (Harajärvi ym.2006, 20-21.) Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunnan raportissa Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut todetaan, että mielenterveyskuntoutujien asumispalveluissa painopiste on edelleen ryhmämuotoisissa asumispalveluissa eikä olla riittävässä määrin siirrytty asiakkaan kotona tapahtuvaan tuettuun asumiseen (Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen & McDaid ym. 2018, 15).

5 TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata mielenterveyskuntoutujien kokemuksia tukiasumisesta intergroituneena muuhun asuntokantaan Provesta Oy:n eri yksiköissä Oulun seudulla. Tarkoituksena oli kuvata, millaisia eroja he havaitsevat muihin aiempiin kuntoutusmuotoihinsa verrattuna ja kokevatko he saavansa valmiuksia itsenäiseen asumiseen.

Tavoitteena oli tuottaa tietoa Provesta Oy:n käyttöön ja saada haastatelluilta mielenterveyskuntoutujilta kehittämis ehdotuksia toiminnan kehittämiseksi. Varsinaisia kehittämis ehdotuksia emme haastateltavilta saaneet.

Tutkimuskysymyksenä opinnäytetyössä on se, toteutuuko mielenterveyskuntoutujien itsemääräämisoikeus. Haastattelukysymykset on valittu niin, että useamman kysymyksen vastauksista on mahdollista saada tietoa tähän asiaan.

Tutkimuskysymys:

1. Miten mielenterveyskuntoutujien itsemääräämisoikeus toteutuu?

6 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA PROSESSIN KUVAUS

Haastateltavat ovat mielenterveyskuntoutujia, jotka asuvat Provesta Oy:n asu-
mispalveluissa Oulussa ja lähialueilla. Haastatteluihin osallistui kuusi kuntoutu-
jaa. Kaksi kieltäytyi haastatteluista. Halusimme haastatteluihin eri ikäisiä ja erilai-
sista lähtökohdista olevia kuntoutujia. Tässä onnistuimme hyvin. Haastateltavat
ovat erilaisista lähtökohdista ja ikähaarukka on suuri. Aluksi mietimme, kuinka
monta haastateltavaa otamme, päädyimme kahdeksaan, mutta kaksi valitetta-
vasti kieltäytyi haastattelusta. Arvioimme, että haastattelujen määrä riittää katta-
vaan analysointiin opinnäytetyötämme varten. Koimme, että kattava haastattelu
toimii paremmin, kuin kysely, joihin olisimme saaneet varmasti enemmän osallis-
tuvia. Haastattelut toteutettiin Provestan Oulun ja lähialueiden yksiköissä.

6.1 Aineistonkeruu

Haastattelimme kuutta eri asukasta Provesta Oy:n eri yksiköissä Oulussa ja lähi-
alueilla. Haastattelut etenivät liitteenä olevan kysymyslomakkeen mukaisesti. Ky-
symykset testattiin vapaaehtoisilla ennen haastattelujen alkamista. Palautteen
vuoksi muutimme yhtä kysymystä, koska se oli vaikeasti ymmärrettävä. Olimme
molemmat paikalla kaikissa haastatteluissa niin, että toinen hoiti haastattelun ja
toinen kirjasi vastaukset sanasta sanaan ylös. Päädyimme siihen, että emme
nauhoita ja litteroi haastatteluja, koska ne oli mahdollista kirjoittaa suoraan pu-
heesta ylös. Haastatteluista poistimme myös yksiköiden nimiä ja muita asioita,
joilla pystyisi mahdollisesti tunnistamaan haastateltavan.

Onnistuimme luomaan haastattelutilanteista kiireettömiä ja välittömiä ja haasta-
teltavien suhtautuminen tiedonkeruuseen oli myönteistä ja avointa. Saimme
haastatteluista positiivista palautetta haastatelluilta.

6.2 Aineiston käsittely

Kun aineiston tuottamisen tapana on haastattelu, syntyy moniaineksinen tekstimassa, jota voi lähestyä usealla eri tavalla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston keruu ja analysointi kietoutuvat toisiinsa tiiviimmin kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. (Ruusuvuori, Nikander, & Hyvärinen, 2010, 11.) Analyysi etenee vaiheittain, ensimmäinen vaihe on tutkimusongelman asettaminen ja tutkimuskysymysten tarkentaminen. Toisessa vaiheessa valitaan aineiston keruutapa ja kerätään aineisto, jonka jälkeen aineistoon tutustutaan, se järjestetään ja rajataan. Neljännessä vaiheessa aineisto luokitellaan ja löydetään teemat ja ilmiöt, sen jälkeen aineisto analysoidaan ja teemoja ja ilmiöitä vertaillaan. Kuudennessa vaiheessa tulokset kootaan, tulkitaan ja koetellaan suhteessa aineistoon ja aineiston ulkopuolelle. Lopuksi suoritetaan teoreettinen dialogi, uudelleenahmottaminen ja identifioidaan jatkotutkimuksen tarve. Käytännössä nämä vaiheet etenevät liittäin ja päällekkäin, eivätkä selkeänä janana. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 12.)

Laadullisen analyysin pääpiirteitä on mm se, että analyysi alkaa usein jo haastattelutilanteessa, aineistoa analysoidaan yleensä sen kontekstissa ja tutkija käyttää joko induktiivista tai abduktiivista päättelyä. Aineistolähteisyys on keskeistä induktiivisessa päättelyssä ja siksi laadullisissa tutkimuksissa usein käytetään sitä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 137.)

Induktiivinen sisältöanalyysi aloitetaan pelkistämällä eli redusoimalla aineisto. Pelkistämisen jälkeen pelkistetyt käsitteet kerätään aineistosta ja aineisto klustroidaan eli ryhmitellään. Ryhmittelyssä aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja tiivistetään aineisto luokiksi, pelkistetyistä käsitteistä rakennetaan alaluokkia, jotka yhdistetään yläluokiksi, joista syntyy pääluokka. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 – 111.)

7 HAASTETTELUSTA MENETELMÄNÄ

Tutkimushaastattelu on yksi käytetyimpiä tiedonhankinnan menetelmiä. Meikin päädyimme teemahaastatteluun hankkiaksemme tietoa mielenterveyskuntoutujien kokemuksista. Pyrimme pitämään haastattelut keskustelunomaisin, sillä niissä vuorovaikutus korostuu ja samalla avautuu mahdollisuus saada tietoa siitä, miten haastateltava maailman kokee ja pystymme lähestymään vaikeita asioita (Hirsjärvi & Hurme 2008, 11). Ennen haastattelukysymysten laadintaa olemme perehtyneet kirjallisuuteen ja teoriaan, tämän pohjalta olemme laatineet kysymykset, joita voidaan täydentää riippuen haastattelun etenemisestä ja haastateltavien vastauksista.

7.1 Teemahaastattelu

Teemahaastattelua kutsutaan puolistrukturoiduksi tai puolistandardoiduksi haastatteluksi. Kysymysten määrä on kaikille sama, mutta haastattelijalla on vapaus vaihdella niiden järjestystä ja sanamuotoja. Haastateltavalle ei ole annettu vaihtoehtoja, vaan he vastaavat omin sanoin kysymyksiin, joita haastateltava voi täydentää ja tarkentaa tarvittaessa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47.)

Teemahaastattelun merkittävin etu verrattuna muihin haastattelu- tai kyselymenetelmiin verrattuna on se, ettei se sido haastattelua kvalitatiiviseen tai kvantitatiiviseen tutkimukseen, eikä määrittele haastattelukertojen määrää. Sen sijaan keskeisintä on se, että haastattelu etenee tiettyjen teemojen varassa enemmän kuin yksittäisten tarkkojen kysymysten. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48.)

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Haastatteluun osallistuvien ihmisten kohteluun ja oikeuksiin on aina kiinnitettävä huomiota aineistoa kerätessä. Lähtökohtana on aina oltava rehellinen ja kunnioitettava kohtelevinen. Haastateltavaa on informoitava hyvin tehtävästä tutkimuksesta. Haastateltavalle on aina annettava mahdollisuus tietoiseen suostumukseen ja sekä mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta tai keskeyttää se. Lisäksi on ensiarvoisen tärkeää, että haastateltavan anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan. Haastatteluista tulee myös poistaa kaikki asiat, jotka saattavat antaa viitteitä haastateltavan henkilöllisyydestä.

Luotettavuus tarkoittaa sitä, missä määrin samat vastaukset voidaan saada samoilla välineillä useammin kuin kerran. Yksinkertaisesti sanottuna, jos tutkimus on luotettava, on muiden tutkijoiden pystyttävä tuottamaan samat tulokset käyttämällä samoja tutkimusmenetelmiä samoissa olosuhteissa. (Research methodology. Reliability and validity).

Haastateltaville painotettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta. He allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 4), jossa heille kerrotaan osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista ja että haastattelun voi keskeyttää ilman perusteita missä vaiheessa vaan. Haastatelluille korostettiin sitä, että kyseessä on opinnäytetyö, eikä Provesta Oy:n kysely. Tätä korostettiin, koska toinen opinnäytetyöntekijä on työskennellyt osassa niistä yksiköistä, joissa haastatteluja teimme. Haastateltaville olisi saattanut syntyä mielikuva, että hän on työntekijänä paikalla ellemme olisi korostaneet haastattelun luonnetta ja tarkoitusta.

Aloitimme haastattelun kiireettömällä kahvihetkellä, joka mahdollisti roolimme läpikäymisen ennen varsinaisen haastattelun aloittamista. Haastateltavia olimme informoineet asiasta. Haastateltavat esittivät paljon kysymyksiä ennen haastattelujen alkamista. Tilanteen läpikäyminen ja roolien selventäminen kahvittelun yhteydessä selvästi auttoi haastateltavia rentoutumaan ennen haastattelujen alkamista. Kaikki haastateltavat kokivat haastattelun myönteisenä kokemuksena. Onnistuimme mielestämme todella hyvin häivyttämään Vesan työntekijän roolin pois

haastatteluista. Asia oli selvästi havaittavissa vastauksista, jotka olivat hyvin rehellisiä ja totuudenmukaisia. Poistimme haastatteluista kaikki paikannimet ja joi-tain muita tunnistamiseen vaikuttavia asioita ja korvasimme ne ”xx” merkillä. Py-rimme toimimaan eettisesti niin, että yhtään haastateltavaa ei ole mahdollista identifioida opinnäytetyön pohjalta. Haastateltaville lupasimme linkin valmiiseen opinnäytetyöhön, josta he voisivat lukea opinnäytetyöstä saadut tulokset. Haastatellulle jäi itselleen yksi kappale suostumuslomaketta ja opinnäytetyönte-kijöiden allekirjoittamat vaitiolositoumukset (liite 3).

9 TULOKSET

9.1 Kuntoutushistoria?

Suurimmalla osalla haastatelluista on pitkä kuntoutushistoria erityyppisissä lai-toksissa ja kuntoutusyksiköissä, valtaosalla on myös sairaalajaksoja. Suurin osa kuntoutujista oli siirtynyt Provestalle hyvin samankaltaista kuntoutuspolkua pitkin.

9.2 Kuinka kauan olet asunut nykyisessä kuntoutusmuodossa?

Haastatelluista yksi on asunut vuoden, yksi kolme ja loput viisi vuotta Provestan tukiasunnossa.

9.3 Jos vertaat nykyistä kuntoutusmuotoa edellisiin, mitä eroavaisuuksia tulee mieleen?

Haastateltavat kokivat yksityisyyden lisääntymisen merkittävänä erona verrat-tuna edellisiin kuntoutusmuotoihin. Provestan työntekijöihin on voinut luottaa ja apua on saanut tarvittaessa. Yksi haastateltava kertoi elinympäristönsä olevan nyt isompi. ”Täällä on paljon enemmän semmoista mikä edistää kuntoutumista ja paljon eri tekemistä” kertoi yksi haastateltava. Toinen haastateltava sanoo ”En-simmäisenä se, että sai ihmisarvon takaisin. Tässä ei eroa periaatteessa siitä,

jos asuisi omassa kodissa”. Yksi haastateltava toteaa, että täällä on oikeasti lähtenyt kuntoutuminen käyntiin.

9.4 Mitä hyvää/ huonoa verrattuna aiempiin tukimuotoihin?

“Täällä ohjaajat on ohjaajia ja tarkoitus on tukea ja siellä ne vaikutti enemmän vanginvartijoilta ja tarkoitus vaan vahtia että siellä ei tehdä mitään.” kertoi yksi haastateltava. Huonona puolena koettiin se, että ohjaajat eivät ole paikalla ympäri vuorokauden. Kokemukseen vaikutti paljon haastateltavan kunto ja sen myötä tuen tarve. “Tämä Provesta on mahdollistanut mulle sen, että voin asua itsenäisesti. Olin aivan eri mies, kun tulin tänne. Ahdistunut, ujo, sulkeutunut. Vaikea sanoa mitään huonoja puolia.” kuvaili toinen haastateltava.

9.5 Koetko saavasi riittävästi tukea nykyisessä kuntoutuspaikassa?

Kaikki haastateltavat kokevat saavansa riittävästi tukea nykyisessä kuntoutuspaikassa. Osa vastaajista toivoisi ympärivuorokautista ohjaajien tukea.

9.6 Onko mielestäsi tarjotut työ- ja päivätoiminnot ja tarjotut aktiviteetit sopivia palveluja sinulle?

Haastateltavat kokevat, että tarjotut aktiviteetit ovat riittäviä, mutta osa kaipaa työtoimintaan enemmän tekemistä. Tarjontaa on niin paljon kuin jaksaisi osallistua. Suurin osa haastateltavista osallistui aktiivisesti järjestettyihin toimintoihin.

9.7 Koetko, että voit itse vaikuttaa omiin asioihin riittävästi?

Yhtä lukuun ottamatta haastateltavat kokivat, että he voivat vaikuttaa omiin asioihinsa. “No ilman muuta, tottakai, minun elämäähän tässä korjataan ja ite voi päättää assuuko tässä vai ei.” kertoi eräs haastateltava.

9.8 Miten koet muiden taloyhtiön asukkaiden suhtautuvan sinuun?

Valtaosa haastatelluista koki tulevansa hyväksytyksi. Aluksi he kokivat ennakkoluuloja, mutta ajan kuluessa ne ovat hälventyneet. Ongelmia oli ollut lähinnä muiden kuntoutujien kanssa, mutta ei muiden asukkaiden, jotka asuvat samassa taloyhtiössä.

9.9 Miten suhtaudut itse toisiin taloyhtiön asukkaisiin?

Haastateltavat kertoivat suhtautuvansa muihin asukkaisiin myönteisesti. "En minä toisia naapureita kattele, tehköt mitä tykkäävät". Asenteet hyvin myönteisiä muista asukkaista.

9.10 Onko sinulla ollut ongelmia muiden asukkaiden kanssa/miten olet selvinnyt niistä?

Osalla haastateltavista on ollut hieman ongelmia toisten kuntoutujien kanssa, mutta ei muiden talon asukkaiden.

9.11 Koetko, että tämän tyyppinen kuntoutusmuoto on antanut valmiuksia itsenäiseen asumiseen?

"On varmasti aika paljonkin, on tullut rutiineja", "Kyllä ehdottomasti, jos piän tämän saman rytmin ja saman toimintakyvyn on mahdollisuus omaan asumiseen" kuvailivat haastateltavat tilannetta. Kaikki haastateltavat kokivat saaneensa valmiuksia tämänhetkiseen tai tulevaan itsenäisempään asuinmuotoon.

9.12 Tulevaisuuden tavoitteet?

"No en mä oo silleen vielä suunnitellu mitään. Ei oo kiire mihinkään. Kattoo vähän mitä tulee etteen. Oon tyytyväinen tämän hetkiseen tilanteeseen." Haastateltavilla on mm. opiskeluun ja elämänkumppanin löytymiseen liittyviä haaveita.

9.13 Jos saisit päättää, miten kehittäisit toimintaa asumisyksikössäsi?

Haastateltavat eivät olleet juuri pohtineet tätä, mutta kysyttäessä he miettivät esimerkiksi, että liikuntaa ja retkiä saisi olla enemmän. Yhdessä haastattelussa tuli esiin tiedonkulun ongelmat, haastateltava tosin totesi, että tiedonkulussa on joka paikassa parannettavaa. Osa haastateltavista sanoi, ettei mikään voisi olla paremmin. Eräs haastateltava mainitsi, että he voivat jo nyt vaikuttaa Provestan asioihin ja siihen mitä he haluavat tehdä.

9.14 Käytätkö seurakunnan palveluja osana omaa kuntoutustasi?

Haastatelluista kahdella oli olemassa seurakuntayhteys. Toinen oli osallistunut seurakunnan järjestämille retkille ja saanut seurakunnalta ruokaan apua ja toisen luona kävi diakoni pari kertaa vuodessa. Yksi haastateltava pohti, että seurakunnan palvelujen käyttäminen ei ole poissuljettua ja hän oli harkinnut Jumalanpalvelukseen osallistumista.

9.15 Analyysi

Alaluokka

Yläluokka

Pääloukka

Luottamus		
Turvallisuus		Mahdollisuus vaikuttaa
Yksityisyys	Sosiaalistuminen	
Oma aika	Oma halu	
Hyväksyntä	Rutiinit	
Kunnioitus		
Tarvittava tuki		

Kuvio 1 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen

Aloitimme maalaamalla haastatteluaineistosta samankaltaisuudet ja pelkistimme aineiston pelkistetyiksi käsitteiksi. Tämän jälkeen ryhmittelimme aineiston ja etsimme yhtäläisyyksiä ja tiivistimme aineiston luokiksi. Alaluokiksi aineistosta nousivat luottamus, turvallisuus, yksityisyys, oma aika, hyväksyntä, kunnioitus ja tarvittava tuki. Nämä alaluokat yhdistimme yläluokiksi, jotka ovat: sosiaalistuminen, oma halu ja rutiinit. Näistä muodostimme yläluokaksi mahdollisuuden vaikuttaa. Kun alaluokka toteutuu, toteutuu myös yläluokka ja sen toteuduttua toteutuu pääluokka.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Haastattelujen perusteella Provestan palvelut koetaan myönteisinä ja yhtä lukuun ottamatta kaikki haastatellut katsoivat, että heidän itsemääräämisoikeutensa toteutuu. Keskeisenä tutkimuskysymyksenä meillä oli sekä itsemääräämisoikeuden toteutuminen että vertailu muun tyyppisiin kuntoutuspaikkoihin ja nykyisen kuntoutusmuodon kehittäminen ja tämän kuntoutusmuodon antamat valmiudet itsenäiseen asumiseen. Näihin kysymyksiin saimme vastauksia myös muiden kysymysten vastauksissa. Osa haastateltavista vertaili jo kuntoutushistoriasta kertoessaan aiempia kuntoutusmuotoja nykyiseen Provesta Oy:n tarjoamaan kuntoutukseen.

Kokemukset tukiasumisesta integroituneena normaaliin asuinympäristöön olivat kaikki positiivisia. Oma asunto koettiin todella tärkeäksi osana kuntoutusta. Yksi vastaaja koki saaneensa oman ihmisarvonsa takaisin. Vertaillen laitosmaisia kuntoutuksia ja tukiasumista integroituneena normaaliin asuinympäristöön vastaukset olivat selkeitä. Kaikki vastaajat kokivat, että tuki -ja palveluasuminen integroituneena normaaliin asuinympäristöön on laitosmaisia kuntoutuksia parempi. Tärkeimpänä seikkana nousi esiin yksityisyys, jota kaikki vastaajat pitivät ensiarvoisen tärkeänä. Vastaajat kokivat myös pääsääntöisesti

itseäänäämisosoikeuden toteutuvan hyvin. Vastaajat kokivat myös, että järjestettyä toimintaa on tarpeeksi. Vastaajat kokivat myös tärkeänä osallistua toimintoihin, jotta päivärytmi toimisi hyvin.

Kehittämis ehdotuksia saimme hyvin vähän. Yksi haastateltava toivoi parannusta tiedonkulkuun ja muutama lisää liikuntaa ja parempia retkiä. Kaiken kaikkiaan asiakastyytyvyys oli näiden haastattelujen pohjalta korkea, ja haastateltavat kokivat voivansa vaikuttaa paitsi omiin asioihinsa myös Provesta Oy:n toimintoihin. Monella haastateltavalla oli huonoja kokemuksia laitospaaisista kuntoutuksista. Laitospaaisissa kuntoutuksissa vastaajat kokivat, että yksityisyys ei ollut hyvä. Laitoksien henkilökunta sai myös huonoa palautetta osalta vastaajia. Yksi vastaaja kertoikin kuntoutuksen lähteneen käyntiin vasta Provestan yksikköön muutettuaan.

Seurakunnan palveluja oli käyttänyt vajaa puolet vastaajista. Yksi vastaajista kertoi saavansa ruoka-apua seurakunnalta. Yksi vastaajista kertoi, että diakoni käy muutaman kerran vuodessa juttelemassa hänen kanssaan. Tuloksiin vaikutti selvästi, kuinka lähellä seurakunnan palvelut olivat vastaajia. Osalla vastaajista ei ollut juurikaan tietoa seurakunnan palveluista. Lähellä olevat seurakunnan palvelut vaikuttivat selvästi myönteisesti seurakunnan palvelujen käyttämiseen.

Vastauksissa oli nähtävissä myös haastateltavien tämän hetkinen vointi. Yhden vastaajan huono sen hetkinen vointi vaikutti selvästi vastauksiin negatiivisesti.

Opinnäytetyön tekeminen parityönä toi siihen valtavasti lisäarvoa verrattuna siihen, että olisi työskennellyt yksin; pystyimme jatkuvasti refleктоimaan keskenämme niin työn etenemistä kuin sisältöä. Työtä tehdessämme ja vastauksia analysoidessamme huomasimme, että osa kysymyksistä oli liian samankaltaisia ja että kuntoutujien oli vaikea hahmottaa osaa kysymyksistä. Meille tuli yllätyksenä se, miten avoimin mielin haastateltavat osallistuivat ja kertoivat elämästään. Mielestämme onnistuimme hyvin haastatteluissa ja siinä, että haastateltavat ymmärsivät Vesan roolin opiskelijana eikä työntekijänä. Olimme ennalta miettineet, miten saamme tilanteen rauhalliseksi ja häivytettyä Vesan työntekijäroolin.

Emme johdatelleet haastateltavia, vaan otimme vastaan sen mitä haastateltavat kertoivat.

Olimme yllättyneitä, miten positiivisia kokemuksia lähes kaikilla haastateltavilla oli ja miten luontevasti he ottivat meidät vastaan. Ennen haastattelua joimme kahvit ja juttelimme arkisia asioita, jokainen haastateltava otti meidät hyvin vastaan. Haastateltavat tunsivat Vesan työn kautta, mutta he ottivat myös vieraan ihmisen, eli Minnan, vastaan ilman näkyvää jännitystä. Jos olisimme saaneet luvan äänittää haastattelut, olisi molemmat haastattelijat voineet paremmin osallistua keskusteluun ja havainnointiin. Nyt toimimme niin, että Minna kirjasi keskustelut reaaliajassa, joten hän ei voinut osallistua kysymysten tai tarkentavien kysymysten esittämiseen, havainnointia hän pystyi hieman tekemään.

Oli erittäin hyvä, että testasimme haastattelukysymykset kahdella kuntoutujalla, jotka eivät osallistuneet haastatteluihin. Saimme siitä hyviä vinkkejä kysymysten asetteluun. Olisi ollut kuitenkin tarpeen testata kysymyksiä enemmän, jotta olisimme saaneet päällekkäisyyksiä pois ja jotta kysymykset olisivat olleet riittävän selkeitä. Etenkin kysymys suhtautumisesta muihin asukkaisiin ja heidän suhtautumien haastateltavaan kuntoutujana tuli helposti väärin ymmärrettyä. Meidän tarkoituksemme oli saada tietoa siitä, miten ne asukkaat, jotka eivät ole Provestan kuntoutujia suhtautuvat haastateltavaan ja toisinpäin. Haastateltavat systemaattisesti lähtivät pohtimaan suhdettaan toisiin kuntoutujiin. Jos nyt lähtisimme tekemään haastatteluja, tekisimme erilaisen haastattelurungon ja käyttäisimme enemmän aikaa sen testaamiseen kohderyhmällä.

Haastattelu on menetelmänä mielenkiintoinen ja etenkin teemahaastattelussa vastaukset voivat yllättää. Aihe kiinnosti molempia opinnäytetyöntekijöitä, joten teoriaan tutustuminen oli mielenkiintoista. Molempien tietomäärä mielenterveysongelmista ja kuntoutuksesta kasvoi merkittävästi. Mielenterveyskuntoutuksesta oli yllättävän vähän saatavilla ajantasaista kirjallisuutta.

LÄHTEET

- Alanen, Y.O. (2003) Mielenterveystutkimuksen kehitys Suomessa: Kappale historiaa. Teoksessa: Valkonen-Korhonen, M. Lehtonen, K. & Tuovinen, T. (toim.) (2003) *Mielenterveys uusiutuvana voimavarana*. Helsinki: Yliopistopaino s 14 – 22
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., Gagne, C. (2002) *Psychiatric Rehabilitation*. saatavilla 27.3.2019
<https://cpr.bu.edu/app/uploads/2011/11/Preview-Psychiatric-Rehabilitation-2nd-edition.pdf>
- Hakola, P. (2002) Psykiatrian kehitys Suomessa. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. ja Hakola P. (2002) *Psykiatria*. Helsinki: WSOY s 9 – 21
- Harajärvi, M., Pirkola, S, Wahlbeck, K (2006). *Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa* Helsinki: Suomen kuntaliitto
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1980) *Teemahaastattelu*. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy Yliopistokustannus.
- Holmberg, J. (2016). *Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä*. Keuruu: Edita Publishing Oy.
- Isohanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. ja Lönnqvist, J. (2009) Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. ja Partonen, T. (Toim.) (2009) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim s 73 – 106
- Joukamaa, M., Heikkinen, M. ja Lönnqvist, J. (2009) Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. ja Partonen, T. (Toim.) (2009) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim s 669 – 680
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. (2011) Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy

- Koskisuu, J. (2004). *Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on?*. Helsinki: Edita Prima Oy
- Lönnqvist, J. (2009) Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. ja Partonen, T. (Toim.) (2009) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim s 47 – 72
- Mielenterveyden keskusliitto. Asuminen. Saatavilla 8.2.2019 <http://mtkl.fi/tietoa-mielenterveydesta/asuminen/>
- Mielenterveysseura. Mielenterveyden tunnusmerkit. Saatavilla 11.3.2019 <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/kuinka-voit>
- Mielenterveystalo. Lakitietoutta. saatavilla 12.3.2018 <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Mielenterveyspalvelut/Pages/Lakitietoutta.aspx>.
- Mielenterveystalo.fi, asuminen. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/asuminen.aspx> Saatavilla 8.2.2019
- Noppari, E., Kiiltomäki, A. ja Pesonen, A. (2007) *Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Tammi
- Oulun kaupunki, mielenterveyskuntoutus. Saatavilla 6.2.2019 <https://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/mielenterveyskuntoutus>
- Parpola, A. (2013) *Toivo Häpeä. Psykiatria modernissa Suomessa*. Helsinki: Suomen Psykiatriayhdistys ry
- Provesta Oy. Yksiköt. Saatavilla 10.2.2019 <http://www.provesta.fi/yksikot/>
- Provesta Oy. Yritys. Saatavilla 3.2.2019 <http://www.provesta.fi/yritys/>
- Research methodology. Reliability and validity. Saatavilla 15.4.2019 <https://research-methodology.net/research-methodology/reliability-validity-and-repeatability/>
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) (2010) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino
- Saarelainen, R., Stengård, E ja Vuori-Kemilä, A. (2000) *Mielenterveys ja päihdetyö. Yhteistyötä ja kumppanuutta*. Porvoo: WSOY
- Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. *Mielenterveyspalveluiden laatusuositus*. Saatavilla 8.2.2019

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69977/laatusuositus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suomen Mielenterveysseura, mitä mielenterveys on?. Saatavilla 6.2.2019

<https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura/organisaa-tio-ja-toiminta/strategia/mit%C3%A4-mielenterveys> saatavilla

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannus Oy Tammi.

Tölli, S. (2009) *Mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppiminen diakonia ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä*. Pro-gradu tutkielma. Oulun yliopisto. Saatavilla 3.2.2019 https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6187/B_40_ISBN_9789524930697.pdf?sequence=1.

Valkonen, S., Salo, A., Rönkkö, S ja Lehto, M. (2011) *Mahdollisuuksia muutokseen. Ohjaajan kirja*. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto ja Sini-nauhaliitto.

Väestöliitto. Mielen hyvinvointi. Saatavilla 11.3.2019 <https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/mina-ja-muut/mielen-hyvinvointi/>

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. ja Tourunen J. (2018) *Toimivat mielenterveys ja päihdepalvelut*. Valtioneuvoston kanslia 7.2.2018. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018. Saatavilla 6.2.2019 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-Yhdessa-Mielin_valmis.pdf

LIITE 1.Kysymyslomake

Kysymykset

Taustatiedot

-ikä? 18-29__ 30-39__ 40-49__ 50-59__ 60-69__ 70-__

- Kuntoutushistoria?
- Kuinka kauan olet asunut nykyisessä kuntoutusmuodossa?
- Jos vertaat nykyistä kuntoutusmuotoa edellisiin, mitä eroavaisuuksia tulee mieleen?
- Mitä hyvää/huonoa verrattuna aiempiin tukimuotoihin?
- Koetko saavasi riittävästi tukea nykyisessä kuntoutuspaikassa?
- Onko mielestäsi tarjotut työ -ja päivätoiminnot ja tarjotut aktiviteetit sopivia palveluja sinulle?
- Koetko, että voit itse vaikuttaa omiin asioihisi riittävästi?
- Miten koet muiden taloyhtiön asukkaiden suhtautuvan sinuun kuntoutujana?
- Miten suhtaudut itse toisiin taloyhtiön asukkaisiin.
- Onko sinulla ollut ongelmia muiden asukkaiden kanssa/miten olet niistä selvinnyt.
- Koetko, että tämän tyyppinen kuntoutusmuoto on antanut valmiuksia itsenäiseen asumiseen.
- Tulevaisuuden tavoitteet?
- Jos saisit päättää, miten kehittäisit toimintaa asumisyksikössäsi.
- Käytätkö seurakunnan palveluja osana omaa kuntoutustasi?

LIITE 2. Haastattelut

VAITIOLOSITOUS

Minä allekirjoittanut vakuutan noudattavani sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeudesta annetun lain 14§:ssä säädettyä asiakirja-salaisuutta sekä saman lain 15§:ssä säädettyä vaitiolovelvollisuutta ja hyväksikäyttökieltoa niiden tietojen osalta, jotka olen saanut mahdollisesti opinnäytetyön haastattelun aikana.

Ymmärrän olevani vaitiolovelvollinen, jos saan haastattelussa tietoja asiakkaan elämästä tai hänen läheistensä ja omaistensa elämästä enkä näin ollen saa ilmaista saamiani tietoja ulkopuolisille missään tilanteessa.

Tämä vaitiolovelvollisuus sitoo minua vielä opinnäytetyön päättymisen jälkeen.

Paikka ja aika _____

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

LIITE 4 Suostumuslomake



Suostumuslomake

Annan suostumukseni haastatteluun, joka liittyy Diakonia ammattikorkeakoulun opiskelijoiden Minna Jääskeläisen ja Vesa Teirikon opinnäytetyöhön "Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia tukiasumisesta integroituneena normaaliin asuinympäristöön".

Haastattelu nauhoitetaan osittain ja nauhoitettu materiaali litteroidaan ja tallennetaan kirjalliseen muotoon. Haastattelussa annettuja tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja haastateltavan anonymiteetti on huomioitu siten, että analysoidusta opinnäytetyöhön tulevasta aineistosta henkilöllisyyden tunnistaminen ei ole mahdollista.

Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja haastattelu on mahdollista keskeyttää milloin tahansa, ilman perusteluja.

Oulussa ____ / ____ 2019

Allekirjoitus ja Nimenselvennys

Liite 5 Yksiköt

1.1 YKSIKÖT / TUTKIMUSYMPÄRISTÖ

1.1.1 Honka

Honka on mielenterveyskuntoutujille suunnattu toimintayksikkö, joka sijaitsee Kempeleen keskustassa, palveluiden välittömässä läheisyydessä. Asiakkailta voi psyykkisten haasteiden lisäksi olla myös somaattisia sairauksia sekä käytössään liikkumisen apuvälineitä, jotka tukevat mahdollisuutta elää normaalia arkielämää.

Asiakkaat asuvat uusissa kerrostalohuoneistoissa, omissa vuokra-asunnoissaan. Hongan sydän ovat yhteiset tilat, joissa asiakkaat viettävät paljon aikaa. Yhteisten tilojen rauhalliseen ja kodikkaaseen tunnelmaan on jokaisen helppo tulla. Lisäksi omaan kotiin tehtävät yksilölliset ohjauskäynnit ovat asukkaille olennainen osa arkea ja kuntoutusta. Ammattitaitoisten ja tuttujen ohjaajien tuella itsenäinen asuminen omassa kodissa on mahdollista.

Asiakkaat osallistuvat arkisin voimavarojensa mukaan työ- ja päivätoimintaan. Nämä toiminnot tukevat säännöllistä vuorokausirytmiä, osallisuutta ja sosiaalisia taitoja. Asiakkaita tuetaan osallistumaan myös Provestan järjestämiin ryhmiin ja retkiin sekä talon ulkopuolisiin harrastuksiin.

1.1.2 Petäjä

Petäjä tarjoaa kuntouttavia asumispalveluita ja itsenäisen arjen opettelua Kempeleen keskustan palveluiden välittömässä läheisyydessä. Itsenäistä asumista ja arjenhallintaa opetellaan yksilöllisen kuntoutussuunnitelman ja viikko-ohjelman avulla. Yhteiset tilat tarjoavat yhteistä toimintaa, turvaa ja tukea asiakkaan arkeen ja mahdollisimman itsenäiseen asumiseen integroituna tavalliseen asuinympäristöön.

Petäjällä on yhteisöllinen ja aktiivinen arki. Asiakaskunta koostuu kaikenikäisistä asiakkaista. Asiakkaat osallistuvat arjen askareisiin sekä yhteisiin aktiviteetteihin toimintakykynsä ja voimiensa mukaan. Asiakkaille järjestetään yhteisiä ryhmiä sekä retkiä, joiden lisäksi asiakkailla on yksilölliset ohjauskäynnit, mitkä toteutuvat asiakkaan toiveiden mukaan kuntoutuksen tavoitteet huomioiden. Petäjän yhteisö on keskusteleva ja toiset huomioon ottava. Petäjän olohuoneessa viihtyvät niin asumispalveluyksikön kuin tuetun asumisenkin asiakkaat.

1.1.3 Kataja

Kataja on Provesta Oy:n asumispalveluyksikkö Kempeleen keskustan palveluiden välittömässä läheisyydessä, kattavien linja-auto- ja junayhteyksien varrella. Kataja tarjoaa kuntouttavaa asumispalvelua ja itsenäisen arjen taitojen harjoittelua asiakkaille, joiden toimintakyky on syystä tai toisesta heikentynyt. Katajan asiakkaiden haasteet ovat usein moninaisia ja taustalla saattaa olla useampia diagnooseja.

Katajan asiakkaiden valoisat ja viihtyisät vuokrayksiöt sijaitsevat nykyaikaisessa kerrostalossa. Katajan yhteiset tilat ja ohjaajien toimistotilat sijaitsevat samassa kerrostalossa, joten henkilökunta on helposti tavoitettavissa. Yhteiset tilat tarjoavat asiakkaille mahdollisuuden yhteisiin ruokailuihin, yhteisöllisyyteen ja ajan viettoon toisten asiakkaiden kanssa. Asumispalvelu Katajalla voi olla joko tuettua, ohjattua tai osittain autettua asumista ja jokaisen asiakkaan tarvitsema tuki suunnitellaan yksilöllisesti. Kuntoutuksen lähtökohtana on asiakkaan hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukeminen ja vahvistaminen.

1.1.4 Kaarna

Kaarna on Oulun Hiirosessa sijaitseva toimintayksikkö, joka tarjoaa tehostettua palveluasumista ja palveluasumista mielenterveyskuntoutujille. Henkilökunta on toimintayksikössä paikalla viikon jokaisena päivänä, myös yöaikaan.

Kaarnan asukkaat asuvat omissa vuokra-asunnoissaan, jotka sijaitsevat samassa kerroksessa ohjaajien toimiston ja asiakkaiden yhteisten tilojen kanssa.

Henkilökunnan apu on lähellä ja asiakkaat voivat halutessaan viettää aikaansa yhteisissä tiloissa, ruokailla yhdessä sekä osallistua ohjattuun toimintaan.

1.1.5 Jatuli

Jatuli on aikuisikäisille mielenterveyskuntoutujille suunnattu toimintayksikkö, joka sijaitsee Maikkulan kaupunginosan palveluiden äärellä. Jatulista on hyvät kulkuyhteydet kaupungin keskustaan. Asiakkaat asuvat vuokra-asunnoissaan integroituneena muuhun asuinympäristöön. Samassa taloyhtiössä sijaitsevat Jatulin toimisto ja yhteiset tilat, joissa asiakkaat voivat viettää aikaa ja osallistua yhteisiin toimintoihin.

Asiakkaille järjestetään työ- ja päivätoimintaa toimintatiloissamme Limingantullissa ja Kempeleessä. Työtoiminnassa tehdään mm. pienimuotoisia työpajatoimia ja päivätoiminnassa keskitytään erilaisiin virikeaktiviteetteihin. Tuemme asiakkaiden sosiaalisen verkoston rakentumista ja kannustamme heitä osallistumaan myös yksikkömme ulkopuolisiin harrastuksiin ja toimintoihin. Asiakkaillemme laaditaan yksilölliset viikko-ohjelmat ja kuntoutussuunnitelmat RAI-toimintakykyarvioinnin pohjalta ja kuntoutumista seurataan säännöllisesti.

1.1.6 Jatuli 2

Jatuli II on Oulun Hiiosessa sijaitseva asumispalveluyksikkö, joka tarjoaa kuntouttavaa asumispalvelua ja itsenäisen arjen harjoittelua mielenterveys- ja päihdekuntoutujille sekä erityistä tukea tarvitseville kuntoutujille. Kaikilla asiakkailla on oma vuokra-asunto laadukkaassa kerrostalossa, normaaliin asumisympäristöön integroituneena. Saman kerrostalon ensimmäisestä kerroksesta löytyvät yksikön yhteiset tilat ja ohjaajien toimistotilat. Yhteiset tilat luovat yhteisöllisyyttä ja antavat mahdollisuuden yhteisiin ruokailuihin ja ajanviettoon toisten asiakkaiden kanssa. Taloyhtiössä on oma kuntosali, joka on asiakkaiden käytettävissä.

Asiakkaan kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen lähtökohtana ovat aina asiakkaan yksilölliset tarpeet ja tavoitteet sekä nykyinen elämäntilanne. Tavoitteet

määritellään yhteistyössä palvelun tilaajan, asiakkaan ja asumisyksikön henkilökunnan kesken.

1.1.7 Louhi

Louhen toimintayksikkö on suunnattu mielenterveys- ja päihdekuntoutujille, jotka tarvitsevat apua ja ohjausta arjenhallintaan sekä tiivistä tukea itsenäisen asumisen harjoitteluun. Yksikkö sijaitsee Linnanmaalla hyvien palveluiden ja kulkuyhteyksien varrella. Sijainti tarjoaa hyvät puitteet myös erilaisille harrastus- ja ulkoilumahdollisuuksille.

Asiakkaat asuvat laadukkaissa kerrostalohuoneistoissa omissa vuokra-asunnoissaan, integroituneena tavalliseen asuinympäristöön. Provestan yhteiset tilat ja toimisto sijaitsevat samassa taloyhtiössä. Yhteiset tilat ovat kodikkaat ja viihtyisät ja tarjoavat asiakkaillemme mahdollisuuden viettää aikaa yhdessä tai osallistua yhteiseen toimintaan. Yhteisissä tiloissa valmistetaan päivittäin aamupala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala.

Asiakkaiden kuntouttamisessa huomioimme jokaisen yksilölliset tarpeet ja voimavarat ja räätälöimme tarpeenmukaisen tuen arkeen.

1.1.8 Torpankartano

Yksilöllisiä asumisen palveluja mielenterveyskuntoutujille ja kehitysvammaisille henkilöille Torpankartano on kuntouttavia asumis- ja tukipalveluja mielenterveyskuntoutujille ja kehitysvammaisille henkilöille tarjoava yksikkö. Toimintaamme ohjaavat yhteisöllisyys, ammattieettiset arvot sekä sosiaali- ja terveydenhuollolle säädetyt lait ja asetukset.

Kuntouttava palveluasuminen

Torpankartanon rivitalokiinteistössä on 17 palveluasumisen paikkaa kodinomaisessa ja turvallisessa ympäristössä. Kuntoutujat asuvat 2-4 hengen

ryhmäasunnoissa, joissa jokaisella on käytössään oma huone sekä yhteiset oleskelu-, wc- ja saunalliset peseytymistilat. Kiinteistössä on lisäksi yhteistilat ruokailua ja oleskelua varten sekä ryhmätila kokoontumisiin ja virike- ja ryhmätoiminnan käyttöön.

Tuettu asuminen

Tuettu asuminen on tarkoitettu mielenterveyskuntoutujille, jotka kykenevät asumaan itsenäisesti tuen ja ohjauksen turvin.

Tuetussa asumisessa kuntoutuja asuu omassa, Torpankartanon läheisyydessä sijaitsevassa asunnossaan (esim. vuokra-asunto) tai Torpankartanon ryhmätuki-asunnossa ja saa tarvitsemansa tuen psykiatrisena kotikuntoutuksena.

1.1.9 Luoto

Päivätoimintakeskus Luoto tarjoaa asumispalveluja sekä monipuolista tekemistä mielenterveys- ja päihdeasiakkaille Oulun alueella. Luodon toimintayksikkö on suunnattu kuntoutujille, jotka tarvitsevat apua ja ohjausta arjenhallintaan sekä tiivistä tukea itsenäiseen asumiseen.

Luodon asiakkaat asuvat omissa vuokrahuoneistoissaan, jonne ohjaajat tarjoavat asiakkaiden tarvitsemaa tukea ja apua päivittäin. Asiakkaat saavat tukea asioinneissa, arjen hallinnassa sekä tukiverkoston luomisessa. Tavoitteenamme on edistää ja vahvistaa asiakkaan omia voimavaroja arjen hallinnassa ja yhteiskuntaan kiinnittymisessä. (Provesta OY, yksiköt).