

Jaana Tukeva

Elämänhallintaa etsimässä

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaille suunnatun
haastattelulomakkeen kehittäminen

Tekijä	Jaana Tukeva
Otsikko	Elämänhallintaa etsimässä – Mielenterveys- ja päihdeasiak- kaille suunnatun haastattelulomakkeen kehittäminen
Sivumäärä	49 sivua + 2 liitettä
Aika	15.2.2012
Tutkinto	Toimintaterapeutti (AMK)
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Toimintaterapia
Ohjaajat	Lehtori Helena Launiainen Lehtori Anja Sario
<p>Opinnäytetyöni aiheena oli kehittää haastattelulomake Keravan Suojakotiyhdistyksen ja Keravan kaupungin Sauma-hankkeen käyttöön. Haastattelulomakkeen avulla yhteistyökumppaneiden työntekijät voivat selvittää asiakkaidensa elämäntilannetta ja elämänhallintaa. Yhteistyökumppaneiden toiminta ja palvelut ovat ensisijaisesti suunnattu päihteiden ongelmakäyttäjille ja mielenterveysongelmallisille.</p> <p>Haastattelulomakkeen kehittämisessä olen käyttänyt teoriapohjana ICF - Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta (2004), Inhimillisen toiminnan mallia (Kielhofner 2008) ja Toimintaterapianimikkeistöä (2003). ICF-luokituksen moniammatillisuus ja tieteellinen perusta, sekä Inhimillisen toiminnan mallin henkilön subjektiivisen näkökulman ja ympäristön tärkeyden esille tuominen, toimivat toisiaan täydentäen viitekehyksenä haastattelulomakkeen laatimisessa. Toimintaterapianimikkeistöä olen hyödyntänyt haastattelulomakkeen osa-alueiden kuvaamisessa ja järjestyksen luomisessa.</p> <p>Asiakkaiden elämäntilanteen ja -hallinnan selvittämiseksi haastattelulomakkeessa käsitellään esitietojen lisäksi asiakkaiden arkielämän sujuvuutta, toimintakykyä arjen eri osa-alueilla, terveydentilaa sekä mielenterveyden- ja päihteidenkäytön historiaa. Haastattelulomaketta on tarkoitus käyttää asiakkaiden alkutilanteen selvittämisessä, asiakkaan lähteenä yhteistyötahojen välillä ja pohjana palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Tämän vuoksi yhteistyökumppaneiden toiveet ja tarpeet ovat olleet ensisijaisen tärkeitä lomakkeen kehittämisessä.</p> <p>Opinnäytetyöni koostuu haastattelulomakkeesta ja lomakkeen kehittämisprosessin raportoinnista. Raportissa kuvaan haastattelulomakkeen suunnittelua ja kehittämistä yhteistyökumppaneiden kanssa käytyjen keskustelujen, teoriapohjan ja oman työskentelyni kautta. Prosessi eteni haastattelulomakkeen suunnittelun ja kehittämisen kautta käyttökokeiluun, jonka tuloksia opiskelijakollegani tulee analysoida omassa opinnäytetyössään keväällä 2012.</p>	
Avainsanat	haastattelulomake, elämänhallinta, mielenterveysongelma, päihdeongelma, ICF-luokitus

Author	Jaana Tukeva
Title	Searching for life management - Developing an interview form for clients with mental health problems and substance abuse
Number of Pages	49 pages + 2 appendices
Date	15 February 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	Occupational Therapy
Instructors	Helena Launiainen, Principal Lecturer Anja Sario, Principal Lecturer
<p>The subject of my Bachelor thesis was to develop an interview form for the use of Kerava's Suojakotiyhdistys and the Kerava city's Sauma-project. With the help of this form the employers will be able to ascertain the clients' life situation and life management. The associate's services are primarily aimed for substance abuse and people with mental health problems.</p> <p>As a theory basis of my Bachelor thesis I have used the International Classification of Functioning, Disability and Health (Stakes 2004), The Model of Human Occupation (Kielhofner 2008) and the Occupational Therapy Classification (2003). The multi occupational nature and the scientific basis of the ICF and on the other hand the importance of individual's subjective point of view and the importance of surroundings that the Model of Human Occupation brings complete one another as a theory basis of the interview form. The Occupational Therapy Classification I have used when describing the sectors and systematizing the form.</p> <p>To ascertain the clients' life situation and daily activities the interview form deals with the clients' basic information, the fluency of daily activities, health conditions and the mental health and drug abuse history. The interview form's purpose is to use it when making the initial valuation of the client, it can be used as a referral between the clients' different support network and it can also be used as a basis when configuring the service plan. That is also why my associates' opinions and expectations have been paramount when developing this form.</p> <p>My Bachelor thesis consists of the interview form and the report of the developing process. In the report I'm describing the process through the discussions with the associates, the theory basis and my own work. The process proceeded from the planning and developing of the form to the initial experiment of which results my student colleague will analyze in his own Bachelor thesis in the spring of 2012.</p>	
Keywords	interview form, life management, mental health problems, substance abuse, ICF classification

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kehittämistyön prosessi	3
2.1	Haastattelulomakkeen suunnittelu	4
2.2	Haastattelulomakkeen toteutus	7
2.3	Haastattelulomakkeen arviointi	8
3	Toimintaympäristö	10
3.1	Keravan Suojakotiyhdistys ry	10
3.2	Keravan kaupungin Sauma-hanke	12
3.3	Palveluohjaus	13
4	Asiakasryhmä	16
4.1	Mielenterveys ja mielenterveysongelmat	17
4.2	Päihteet ja riippuvuus	18
4.2.1	Alkoholi	19
4.2.2	Huumausaineet	21
4.2.3	Lääkeaineet	24
4.3	Muut riippuvuudet	24
4.4	Asunnottomuus	26
4.5	Työttömyys	27
4.6	Ylivelkaantuminen ja köyhyys	28
4.7	Rikostausta	29
5	Haastattelulomakkeen viitekehykset	30
5.1	ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus	30
5.1.1	Haastattelulomakkeen osiot ICF-luokitusten mukaan	31
5.2	Inhimillisen toiminnan malli	34
5.3	Toimintaterapianimikkeistö	35
6	Elämänhallinta ja arkielämän toiminnat	36
6.1	Elämänhallinta	36
6.2	Itsestä huolehtiminen	38

6.3	Asioiminen ja kotielämä	40
6.4	Vapaa-aika	42
6.5	Lepo	42
7	Pohdinta	43
	Lähteet	46
	Liitteet	
	Liite 1. Haastattelulomake	
	Liite 2. Taulukot ICF-luokituksen mukaan	

1 Johdanto

*Every morning, my eyes will open wide
I gotta get high, before I go outside.*

*Roll another, for breakfast
burning clouds around, and in my solar plexus.*

Hang on to Your IQ (Placebo 1996)

Opinnäytetyöni tavoitteena oli kehittää yhteistyökumppaneiden, *Keravan Suojakotiyhdistyksen* ja Keravan kaupungin *Sauma-hankkeen*, käyttöön haastattelulomake, jonka avulla yhteistyökumppaneiden työntekijät voisivat selvittää mielenterveys- ja päihdeasiakkaidensa elämäntilannetta ja elämänhallintaa. Idea opinnäytetyöhöni lähti ollessani työharjoittelussa Keravan Suojakotiyhdistyksessä keväällä 2011. Yhteistyökumppanit olivat jo jonkin aikaa yhdessä miettineet, että ryhtyisivät kehittämään haastattelulomaketta, joka soveltuisi juuri heidän tarpeisiinsa parhaiten, ja joka helpottaisi tietojen keruuta asiakkaan toimintakyvyn vahvuuksista ja mahdollisista ongelmakohdista. Yhteistyökumppaneilla oli jo aikaisemmin ollut käytössä erilaisia menetelmiä, joilla kerottiin asiakkaan tilannetta, mutta he kaipasivat selkeämpää, käytännöllisempää ja kattavampaa välinettä, joka myös helpottaisi ja yhtenäistäisi kommunikointia asiakkaan tilanteesta eri yhteistyötahojen välillä.

Keravan Suojakotiyhdistyksen ja Keravan kaupungin Sauma-hankkeen toiminta ja palvelut ovat ensisijaisesti suunnattu päihteiden ongelmakäyttäjille ja mielenterveysongelmallisille, mutta usein taustalla on myös asunnottomuutta, yksinäisyyttä ja työttömyyttä. Asiakkaiden elämäntilanteen ja -hallinnan selvittämiseksi haastattelulomakkeessa tulisi käsitellä esitietojen lisäksi asiakkaiden arkielämän sujuvuutta, toimintakykyä arjen eri osa-alueilla, terveydentilaa sekä mielenterveyden- ja päihteidenkäytön historiaa. Haastattelulomakkeen olisi tarkoitus toimia pohjana myös palvelusuunnitelmaa laadittaessa, ja sitä tulisi käyttää niin alkutilanteen selvittämisessä, kuin niin sanottuna asiakkaan lähetteenä yhteistyötahojen välillä. Näin ollen tutkimuskysymykseksi muotoutui: minkälainen haastattelulomakkeen sisällön ja ulkoasun tulisi olla, jotta se sopisi yhteistyökumppaneiden käyttötarpeisiin?

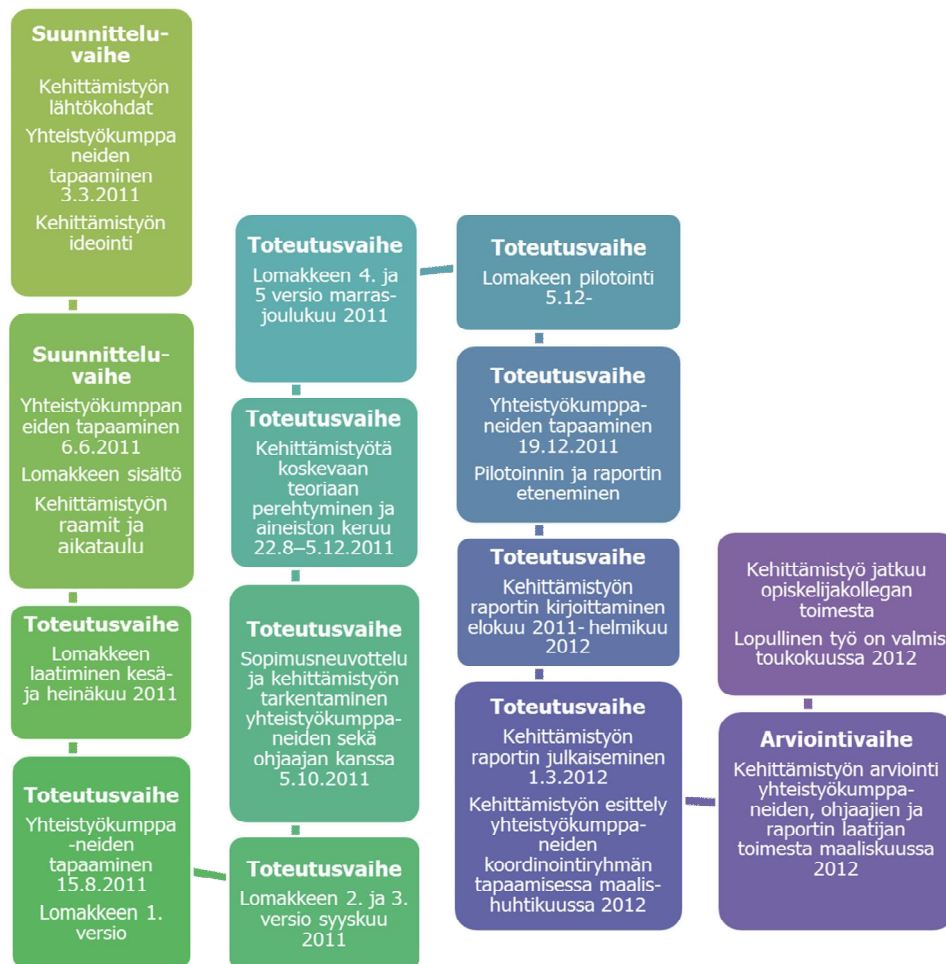
Tutustuttuani yhteistyötahojen toiveisiin ja tarpeisiin ryhdyin etsimään ja tutkimaan mahdollisia teorioita, jotka sopisivat haastattelulomakkeen kehittämiseen. Yhteistyössä yhteistyökumppaneiden sekä ohjaajani kanssa kehittämistyöni viitekehyksiksi ja taustateorioiksi valikoituivat *ICF - Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokitus* (Stakes 2004), *Inhimillisen toiminnan malli* (Kielhofner 2008) ja *Toimintaterapianimikkeistö* (2003). Moniammatillisen käyttäjäryhmän sekä yhtenäisen kielen ja tieteellisen perustan takia ICF-luokitus sopii viitekehyyksenä haastattelulomakkeen laatimiseen. ICF:n tarkat määritelmät toimintakyvyn osa-alueista yhtenäistävät työskentelyä eri ammattiryhmien kesken. Inhimillisen toiminnan mallissa henkilön subjektiivisen näkökulman esilletuominen, sekä ympäristön tärkeys toimintakykyä arvioitaessa antaa haastattelulomakkeelle toimintaterapeuttisen näkökulman. Näin ollen Inhimillisen toiminnan malli ja ICF-luokitus täydentävät toisiaan. Toimintaterapianimikkeistöä on hyödynnetty lähinnä haastattelulomakkeen osa-alueiden kuvaamiseen ja järjestyksen luomiseen.

Kehittämistyöni tuloksena syntynyt haastattelulomake löytyy Liitteestä 1. Prosessi eteni haastattelulomakkeen suunnittelun ja kehittämisen kautta käyttökokeiluun, jonka tuloksia opiskelijakollegani Matias Starmans tulee analysoimaan omassa opinnäytetyössään keväällä 2012.

Seuraavassa luvussa käsittelen kehittämistyöni prosessia suunnitteluvaiheesta arviointivaiheeseen. Luvussa kolme kerron kehittämistyöni toimintaympäristöstä, jossa kuvaan yhteistyökumppaneiden lisäksi palveluohjausta ja asiakkuutta. Luvussa neljä käsittelen kehittämistyöni asiakasryhmää, johon kuuluu mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien lisäksi muista riippuvuuksista kärsiviä, asunnottomia, työttömiä, köyhyysrajan alapuolella eläviä ja rikostaustan omaavia asiakkaita. Viides luku keskittyy kehittämistyöni viitekehyksiin ja taustateorioihin, ja tämän jälkeen kuvaan kuudennessa luvussa elämänhallintaa ja arkielämän asioita: asioita, joita haastattelulomakkeessa asiakkailta tiedustellaan. Viimeisessä luvussa kuvaan pohdintani kautta kehittämistyöni eri vaiheita ja niistä saatuja johtopäätöksiä.

2 Kehittämistyön prosessi

Kehittämistyö voidaan jäsentää yksinkertaiseksi muutostyön prosessiksi. Prosessi jaetaan kolmeen eri vaiheeseen: suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheeseen. Suunnitteluvaihe koostuu kehittämishaasteiden selvittämisestä, sekä tavoitteiden asettamisesta. Toteutusvaihetta muodostavaa suunnitelman toteutusta seuraa arviointivaihe, jossa arvioidaan miten muutostyössä on onnistuttu. Prosessissa liikutaan usein myös edestakaisin eri vaiheiden välillä, ennen kuin voidaan taas edetä. (Ojasalo - Moilanen - Rita-lahti 2009: 22–23.) Kuviossa 1 olen kiteyttänyt kehittämistyöni prosessin jatkuvaksi kokonaisuudeksi. Kuvion avulla prosessia voi tarkastella selkeästi ja yksinkertaisesti. Tässä luvussa kerron vielä eri vaiheet yksityiskohtaisemmin.



Kuvio 1. Kehittämistyön prosessikaavio.

2.1 Haastattelulomakkeen suunnittelu

Kehittämistyöni idean työstäminen alkoi harjoitteluni yhteydessä Keravan Suojakotiyhdistyksessä keväällä 2011, jolloin tein pääasiassa työtä päivätoimintakeskus Paussissa, mutta myös jonkin verran asumispalvelun ja AsTu-projektin työntekijöiden ja asiakkaiden kanssa. Näistä eri palveluista kerron myöhemmin toimintaympäristö-osiossa. Ideaa työstettiin yhdessä Keravan Suojakotiyhdistyksen aikuispalveluiden johtajan Jari Savolan, projektityöntekijän Marjut Pettisen sekä Keravan kaupungin Sauma-hankkeen palveluohjaajan Mari Valveen kanssa. He olivat pohtineet aiemmin kehittävänsä yhtenäisen ja heidän palveluitaan sisällöllisesti vastaavan haastattelulomakkeen, jonka avulla saisi kokonaiskuvan asiakkaan elämäntilanteesta ja -hallinnasta ja jonka avulla palvelusuunnitelman laatiminen olisi järjestyneempää ja helpompaa.

Tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohtana on kehittämiskohteen tunnistaminen ja siihen liittyvien tekijöiden ymmärtäminen. Tässä vaiheessa pohditaan, mitä työyhteisössä hankkeelta odotetaan. (Ojasalo ym. 2009: 24.) Ensimmäisen yhteisen palaverin yhteistyökumppaneiden kanssa pidimme Keravalla 3.3.2011, jolloin selvitimme kehittämistyön lähtökohtia sekä työstimme tulevan työn ideaa. Yhteisesti sovimme, että lähtisin kehittämään heillä jo mielessä ollut haastattelulomaketta, joka palvelisi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kuntoutusta ja hyvinvointia. Yhteistyökumppanit halusivat Marjut Pettisen sanoin ”kartoittaa asiakkaan elämäntilannetta ja sosiaalisia suhteita pintaa syvemmältä”. He kokivat, että jo olemassa olevat lomakkeet eivät olleet riittäviä eri osa-alueilla heidän asiakkaidensa elämäntilanteen ja elämänhallinnan selvittämiseksi. Yhteistyökumppanit halusivat nimenomaan haastattelulomakkeen, sillä työntekijän haastattelema ja kirjaama lomake sopii heidän asiakkaidensa tarpeisiin parhaiten. Jo olemassa olevia lomakkeita käytettiin kehittämistyössä apuna esimerkiksi haastattelulomakkeen osioiden otsikointeihin sekä sisällön tarpeellisuuden vertailussa. (Pettinen – Savola – Valve 2011a.)

Olemassa oleviin lomakkeisiin kuului *Selvästi eteenpäin – päivittäisten toimien ja päihdeiden käytön itsearviointi*, jossa selvitetään päivittäisten toimintojen ongelmia, haasteita, mielenkiinnon kohteita, voimavaroja ja päihdeiden käyttöä sekä huomioidaan kuntoutujan kokemukset omasta terveydestä ja hyvinvoinnista. *Selvästi eteenpäin - itsearvioinnin* tavoitteena on myös saada selville toiminnan merkityksiä, koska mielenterveys- ja päihdekuntoutujalla toiminta saattaa olla sitoutunutta enemmän merkityk-

siin kuin todellisiin taitoihin. (Salo-Chydenius 2003: 26–30.) Yhteistyökumppanit kokivat, että lomakkeessa painotettiin ja tarkasteltiin liian yksityiskohtaisesti asiakkaiden osa-alueita, joita yhteistyökumppanit eivät kokeneet tarpeelliseksi.

Tutustuin myös *PAAVO -itsearviointilomakkeeseen*, jonka kehittämisestä ovat vastanneet useat kuntoutusalan yhdistykset ja yritykset. Stakes oli hankkeen ohjausryhmässä ja eettisessä ryhmässä asiantuntijana. PAAVO - avuntarpeen itsearviointimenetelmällä asiakas voi omaa asiantuntijuuttaan käyttäen arvioida oman avun ja tuen tarvetta arkielämässään. Tarve voi olla erilainen kotona, lähiympäristössä tai toimissa yhteiskunnassa. Lomakkeen voi täyttää internetissä, ja sivustolla on mahdollista valita täytettäväksi joko ikäihmisen itsearviointi-, liikuntavammaisen itsearviointi- tai mielenterveyskuntoutujan itsearviointilomake. PAAVO-hankkeen yhteistyökumppaneiden mielestä palveluiden järjestämisen perustana on ihmisen oikeus yksilölliseen palvelutarpeen arviointiin sekä tarpeiden mukaiseen palveluun ja tukeen. Tämän takia he kokivat, että tarvittiin menetelmää ja mittaria yksilöllisten palvelutarpeiden arviointiin. (Paavo - projekti 2003–2006.) Oman työni kannalta PAAVO-hankkeesta on ollut hyötyä otsikoinnin ja sisällön rakenteen suhteen.

Tutustuimme yhteistyökumppaneiden kanssa myös *ASTA™- asumisen toimintojen arviointilomakkeeseen*, jossa arvioidaan asumisessa tarvittavaa avun ja tuen tarvetta, jotta saataisiin monipuolinen kuva siitä, minkälaisilla ratkaisuilla henkilön itsenäisyyttä ja toiminnan turvallisuutta voitaisiin parhaiten tukea. Lomakkeen avulla saadaan tietoa siitä, mihin kotona tapahtuviin toimintoihin henkilö mahdollisesti apua tarvitsee sekä minkälaista tuo tarvittava apu on. Lomakkeen tietoja voidaan hyödyntää esimerkiksi palvelusuunnitelmaa laadittaessa tai jo olemassa olevien asumisen palveluiden tarkoituksenmukaisuuden arviointiin. ASTA soveltuu myös esimerkiksi toimintakyvyn arviointiin sekä asumisvalmennuksen, terapioiden tai muiden interventioiden vaikuttavuuden arviointivälineeksi. Lomakkeen pohjana on käytetty ICF-luokitusta soveltuvin osin, ja se on laadittu toimintaterapian asiantuntijuutta hyödyntäen, mutta se soveltuu myös muiden asumisen toimintoja arvioivien ammattiryhmien käyttöön. Tällaisia ammattiryhmiä ovat mm. sosiaalityöntekijät, kuntoutusohjaajat, kotipalvelun henkilöstö sekä asumis- palveluyksiköiden ohjaajat. (Laine n.d.) Kehittämistyöni yhteistyökumppanit kokivat, että lomake soveltuisi paremmin esimerkiksi liikuntavammaisille kuin heidän asiakkailleen.

Kun kehittämisen kohde on selvillä, voidaan alustavasti miettiä mihin työllä pyritään. Tavoitteet ovat tässä vaiheessa vasta suuntaa antavia, eikä lopullista kehittämistehtävää voida vielä tarkasti määritellä, koska tietoa käytännöstä ja teoriasta ei ole vielä kerätty riittävästi (Ojasalo ym. 2009: 26). Tapasin yhteistyökumppanit uudelleen 6.6.2011. Tapaamisessa keskustelimme tulevan lomakkeen sisällöstä: mitä tietoja he tarvitsevat asiakkaista ja mikä tieto on heidän työskentelyään varten tärkeää. Tapaamisessa pohdimme myös kehittämistyön raameja ja aikataulua. Tapaamisen perusteella haastattelulomakkeen sisältö koostuisi asiakkaan yleisistä tiedoista:

- ✚ asiakkaan nimi
- ✚ syntymäaika
- ✚ puhelinnumero
- ✚ haastattelun päivämäärä
- ✚ haastattelun tekijä
- ✚ haastattelijan yksikkö
- ✚ asiakkaan siviilisäätty
- ✚ mahdolliset lapset ja niiden huoltajuus
- ✚ asiakkaan yhteyshenkilöt
- ✚ asumisen tiedot
- ✚ toimeentulo
- ✚ rikollisuus
- ✚ aiempi ja nykyinen terveydentila
- ✚ mielenterveyden ja päihteiden käytön historia
- ✚ päivittäiset toimet ja niistä selviytyminen
- ✚ mielenkiinnot

Toin tapaamisessa esille vaihtoehtoja toiminataterapian viitekehyksistä ja teoriapohjista, jotka voisivat sopia tähän kehittämistyöhön ja haastattelulomakkeen laatimiseen. Yhteistyökumppaneiden kanssa päädyimme käyttämään Gary Kielhofnerin (2008) *Inhimillisen toiminnan mallia*, sillä se oli yhteistyökumppaneiden mielestä lähimpänä heidän ajatusmaailmaansa. Näiden tietojen pohjalta lähdin kehittämään haastattelulomaketta, joka vastaisi yhteistyökumppaneiden tarpeita. (Pettinen – Savola – Valve 2011b.)

Kielhofnerin (2008: 68–69) mukaan haastattelulomakkeessa tärkeää on saada asiakkaan oma ääni kuuluviin, koska henkilön subjektiivinen näkemys omasta toimintakyvystä vaikuttaa suuresti hänen toimintaansa. Tämän vuoksi lomakkeeseen laadittujen kysymysten tulisi korostaa henkilön omia mielipiteitä ja näkemyksiä omasta toimintakyvystä, rajoitteista ja mahdollisuuksista. Haastattelijan on mahdollista kirjata omia näkemyksiään asiakkaan tilasta, ja näin ollen tuoda objektiivista näkökulmaa lomakkeeseen, jolloin myös vertailu asiakkaan sekä haastattelijan mahdollisista eroavista näkemyksistä on mahdollista. Haastattelija on haastattelua tehdessään kysymysten asettajan roolissa, ja vastaavasti asiakas asiantuntijan roolissa, joten subjektiivisen näkökulman esille tuominen korostuu. (Ruusuvoori, Tiittula 2005: 23, 36–38.)

Myös asiakkaan subjektiivinen kokemus omasta elämänsä historiastaan ja ympäristöstään on merkityksellinen hänen hyvinvointinsa ja tulevaisuutensa kannalta. Tämän vuoksi lomakkeessa tulisi kartoittaa myös näitä asioita. Käsitteet omasta toimintakyvystä ja toimintaympäristön vaikutuksesta on merkityksellinen tieto yksilöllisen tuen mahdollistamiseksi. Jokainen asiakas saa tarpeisiinsa sopivaa tukea ja kannustusta jo palvelusuunnitelmaa laatiessa, kun hänen toimintaympäristönsä, saavutuksensa, odotuksensa sekä toiveensa tulevaisuuden suhteen ovat selvillä. (Kielhofner 2008: 68–71.)

2.2 Haastattelulomakkeen toteutus

Haastattelulomakkeen ensimmäistä versiota kehitin kesä- ja heinäkuussa 2011. Tässä vaiheessa syntyi lomakkeen sisältö yhteistyökumppaneiden tarpeita ajatellen, koulutustani apuna käyttäen. Toin toimintaterapeutista näkökulmaa ja toimintakyvyn tärkeyttä esiin lomakkeen osioissa, joissa käsitellään päivittäisiä toimia ja asiakkaan itsestä huolehtimista.

Tutkimuskirjallisuus auttaa hahmottamaan ja ymmärtämään sekä perustelemaan kehittämiskohdetta paremmin. Käsitteiden määrittely on tutkimuksellisen kehittämistyön onnistumisen kannalta keskeistä, koska ne toimivat viestinnän pohjana, osoittavat näkökulman ja auttavat jäsentämään ilmiötä. (Ojasalo ym. 2009: 30–36.) Seuraavassa tapaamisessamme 15.8.2011 päivä keskustelimme lomakkeen sisällöstä, sen puutteista, ymmärrettävyydestä ja toimivuudesta. Tapaamisessa keskustelimme myös opinnäytetyöni ohjaajan, Helena Launianen, ehdottaman ICF-luokituksen (2004) yhdistämistä

lomakkeeseen ja sen sisältöön. Haastattelulomakkeen sisällön ollessa tässä vaiheessa jo tiedossa, päätimme löytää ICF-luokituksen avulla perusteluita haastattelulomakkeen sisällön ja näkökulmien ratkaisusta. Viitekehystä käyttäen pyrimme kehittämään lomakkeesta jäsenetyn, luotettavan ja käyttökelpoisen toimintaterapeuttien ohessa myös muiden ammattiryhmien edustajille. (Pettinen – Savola – Valve 2011c.) Tapaamisen jälkeen kehitin lomakkeesta toisen ja kolmannen version syyskuun 2011 aikana. Kehittämistyö määrittyi ja tarkentui sopimusneuvotteluissa 5.10.2011, jossa oli yhteistyökumppaneiden edustajien lisäksi opinnäytetyöohjaajani läsnä. (Launiainen - Pettinen – Savola – Valve 2011.)

Haastattelulomakkeen neljäs ja viides versio muotoutuivat marraskuun 2011 ja joulukuun 2011 aikana. Jokaisen kehittämäni tai muuttamani lomakkeen version lähetin yhteistyökumppaneille, ja heidän muutosehdotustensa ja kommenttiansa perusteella tein seuraavan version. Yhteistyömme toimi erinomaisesti ja sain heiltä tarvittavaa tukea koko kehittämistyön ajan.

Tapasimme yhteistyökumppaneiden kanssa vielä joulukuun 19. päivä, jossa tarkensimme tulevan aikataulun. Tapaamisessa kävimme myös läpi miten käyttökokeilu on edennyt ja missä vaiheessa oma kehittämistyöni raportti on. (Pettinen – Savola – Valve 2011d.) Raportin kirjoittaminen jatkuu helmikuun viidenteentoista päivään asti, jonka jälkeen esitän kehittämistyöni Metropolia Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa 1.3.2012. Esittelen työn ja siitä saadut tulokset myös yhteistyökumppaneiden koordinoitiryhmän kokouksessa maaliskuun huhtikuussa 2012. Työn ja tulosten esittämisen avulla käytännön työelämä tietoa tuodaan yleiseen keskusteluun ja tulokset saadaan tulevien kehittäjien ja tutkijoiden käyttöön (Ojasalo ym. 2009: 46).

2.3 Haastattelulomakkeen arviointi

Viimeisin, eli viides versio haastattelulomakkeesta, otettiin käyttökokeiluun Keravan Suojakotiyhdistyksen asumispalvelussa 5.12.2011. Pilottivaiheessa ilmenevät muutosehdotukset, korjaukset ja esille tulevat toimivuuden ongelmat vastaanottaa opiskelijakollegani Matias Starmans, joka työstää lomakkeen lopullisen version yhdessä yhteistyökumppaneiden kanssa, opinnäytetyötäni apuna käyttäen. Hänen tuleva opinnäytetyönsä paneutuu sisällön toimivuuden ohella myös jo olemassa olevien lomakkeiden

tarkempaan analyysiin sekä kehittämäni haastattelulomakkeen ulkoasuun. Kehittämistyötään hän jatkaa vuoden 2012 toukokuulle.

Arviointia kehittämistyöstäni on tehty ohjaajani, yhteistyökumppaneideni, itseni sekä läheisteni toimesta koko prosessin ajan. Ojasalon ym. (2009: 52) mukaan arvioinnissa tarkastellaan muun muassa kehittämistyön suunnittelua, tavoitteiden selkeyttä ja niiden saavuttamista, kehittämisessä käytettyjä menetelmiä, toiminnan johdonmukaisuutta sekä vuorovaikutusta ja sitoutumista. Loppuarvioinnin tarkoituksena on osoittaa miten työssä onnistuttiin (Ojasalo ym. 2009: 52).

3 Toimintaympäristö

Tässä luvussa esittelen kehittämistyöni toimintaympäristön. Toimintaympäristöön kuuluvat kehittämistyön yhteistyökumppanit, sekä heidän palvelunsa. Kerron myös yleisesti palveluohjauksesta, eli asiakaslähtöisestä sosiaali- ja terveydenalan asiakastyöstä: työstä, jota harjoitetaan molemmissa yhteistyökumppaneideni työyhteisöissä. Lisäksi kerron lyhyesti asiakkaasta ja asiakkuudesta, sillä haastattelulomakkeen tarkoitus on palvella yhteistyökumppaneiden asiakkaita ja näin ollen parantaa heidän elämänlaatuun.

Yhteistyökumppaneina opinnäytetyössäni toimivat Keravan Suojakotiyhdistys ja Keravan kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluiden Sauma-hanke. Keravan Suojakotiyhdistyksestä mukana ovat projektityöntekijä Marjut Pettinen ja aikuispalveluiden johtaja Jari Savola. Keravan kaupungin Sauma-hankkeesta kehittämistyössä mukana on palveluohjaaja Mari Valve.

3.1 Keravan Suojakotiyhdistys ry

Keravan Suojakotiyhdistys ry on Keravan seurakunnan aloitteesta vuonna 1973 perustettu yhdistys, jonka perusajatuksena on parantaa keravalaiden päihteidenkäyttäjien ja mielenterveyskuntoutujien asumisolosuhteita sekä ehkäistä päihteidenkäytön aiheuttamia ongelmia perheissä. Raha-automaattiyhdistyksen tukema Suojakotiyhdistys antaa tukea ja apua elämänhallintaan sekä aikuisille että nuorille. Aikuispalvelut tarjoavat Keravalla päivätoimintaa ja tuettua asumista. Nuorisopalvelut tarjoavat alaikäisille avoimena hoitoa Keravan ja Järvenpään Nuorten päihdepysäkeillä. Suojakotiyhdistyksen arvoina ovat laadukkaat palvelut, toimiva yhteistyö sekä ihmisarvon kunnioitus. Keravalla Suojakotiyhdistyksen tuottamat palvelut on suunniteltu niin, että ne täydentävät ja tukevat kunnallista päihdehuoltoa. Suojakotiyhdistyksen toiminta toteutetaan pitkälti Keravan kaupungin kanssa sovittavan yhteistyön puitteissa, joka kattaa myös ostopalvelusopimuksena tuotettuja palveluita. (Keravan Suojakotiyhdistys n.d.)

Suojakotiyhdistys sai ensimmäiset toiminnalliset tilansa Keravan kaupungilta Kurkelan alueelta vuonna 1975. Sinne perustettu *Mäkimaan hoitokoti* oli ensisijaisesti tarkoitettu huoltolasta tulleille asunnottomille keravalaisille miehille, joiden raittiusjakso oli kestä-

nyt vähintään viikon. Päihteetön hoitokoti suljettiin vuoden 1990 lopussa. Vuonna 1983 Keravan Suojakotiyhdistyksen hoidettavaksi tuli Keravan sosiaali- ja terveyslautakunnan PAV -välivuokrausasuntojen valvonta. Savion Vuorelassa kahdeksanpaikkainen tukikoti aloitti toimintansa vuonna 1990. Tukikoti laajeni joulukuussa 1999 ja helmikuussa 2004, jolloin Vuorelaan avattiin kymmenpaikkainen ikääntyneiden päihdeongelmaisten palvelutalo sekä kymmenpaikkainen päihteettömyyttä tukeva asuntola. *Kisapolun päivätoimintakeskus* aloitti toimintansa elokuussa 1988. Tämän päihdeongelmallisille suunnatun toiminnan keskuksen lisäksi ryhdyttiin palvelemaan myös työttömiä vuonna 1995, jolloin Suojakotiyhdistys hankki kiinteistön Tuusulantieltä. Tässä kiinteistössä palvelee nykyisin päivätoimintakeskus Paussi. Erilaisten projektien myötä Suojakotiyhdistyksen toiminta laajeni palvelemaan myös päihdeongelmaisia nuoria, minkä pohjalta syntyi Keski-Uudenmaan *Päihdepysäkki*, jonka toimipisteet sijaitsevat Keravalla ja Järvenpäässä. (Lampio 2003.)

Ennaltaehkäisevä toiminta päihde- ja mielenterveysongelmaisten parissa ja kohderyhmän laajeneminen myös perheisiin, lapsiin ja nuoriin ja heille tarjottuihin avo- ja laitospalveluihin, on laajentanut yhdistyksen toimintaa vuodesta 1991. Vuoden 2003 lopusta asiakkaan kotipaikkakuntana on voinut olla muukin kuin Kerava, ja Suojakotiyhdistyksellä on ollut myös mahdollisuus järjestää päihde- ja mielenterveysongelmallisille tuettua asumista. (Lampio 2003.)

Toiminta ja palvelut ovat ensisijaisesti suunnattu päihteiden ongelmakäyttäjille, mielenterveysongelmallisille, asunnottomille, yksinäisille ja työttömille. Suojakotiyhdistys tarjoaa asumispalveluja neljässä yksikössä. *Vuorela I* -asuntolassa toiminnan perusajatukseksi on tarjota lyhytaikaista tuettua asuntola-asumista kriisitilanteessa, johon on ajautettu päihteiden ongelmallisen käytön seurauksena. *Vuorela II* toiminnan perusajatukseksi on tarjota ikääntyville alkoholisoituneiden henkilöiden elämänlaadulle siedettävät puitteet. *Vuorela III* päihteettömässä talossa toiminnan perusajatukseksi on tukea täysin päihteetöntä elämäntapaa. Maaliskuussa 2010 avattiin *Vuorela IV*, jonka asunnot on tarkoitettu päihde- ja mielenterveyskuntoutujille, jotka tarvitsevat päihteetöntä tuettua asumista ennen itsenäiseen asumiseen siirtymistä. Elokuussa 2009 käynnistyi myös *ASTU* (Asumisen tukea uuteen alkuun) -hanke. Palvelulla pyritään tarjoamaan tukea vaikeasti asutettaville keravalaisille. Palvelu tarjoaa tukea ja apua asumisen arkeen sekä päihteiden käytön hallintaan kymmenelle Keravan kaupungin sosiaali- tai terveys-

toimen kanssa yhdessä valitulle asiakkaalle. Asiakkaat asuvat ympäri Keravaa heille järjestetyissä asunnoissa. (Keravan Suojakotiyhdistys n.d.)

Asumispalveluiden asumisyksiköissä on yhteensä 38 asuntoa, joista kahdeksan on asuntolapaikkoja, yksi asunto on kaksio ja loput yksiöitä. Kaikkiaan asukkaita voi kerralla olla korkeintaan 39. Tuetun asumisen tarkoituksena on tarjota kunkin asukkaan erityistarpeet huomioivaa ammattitaitoisen henkilöstön toteuttamaa tukea ja apua arkielämän hallintaan, sekä suunnitelmallista ja tavoitteellista asumista kohti itsenäistä asumista. Tarkoituksena on myös ehkäistä laitoshoidon tarvetta. Asunnon lisäksi kuskakin asumisyksikössä on yhteisessä käytössä kokoontumistila, sauna ja vaatteiden huoltotila määrättyinä aikoina. Tuetun asumisen keinoina Vuorelassa toimivat ohjaus, yhteisöllisyys, asumisen säännöt ja rinnalla kulkeminen. Jokaisella Suojakotiyhdistyksen asumispalveluiden yksiköllä on kuitenkin oma toimintamallinsa kohderyhmästä johtuen. Asumispalveluiden ja päivätoimintakeskuksen toiminnot tukevat yhdessä toisiaan. (Keravan Suojakotiyhdistys n.d.)

3.2 Keravan kaupungin Sauma-hanke

Keravan Sauma-hanke on osa Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisohjelmaa *Mielen Avainta*, joka perustuu Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön rahoittaman *Kaste* -ohjelman tavoitteisiin. Hankkeessa on mukana 35 kuntaa ja ne muodostavat 13 osahanketta Uudellamaalla, Kymenlaaksossa ja Etelä-Karjalassa. Hankkeen tavoitteena on parantaa eteläsuomalaisten mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä sekä parantaa niiden ihmisten avunsaantia, joilla on mielenterveys- ja päihdeongelmia. (Mielen avain 2010.)

Kehittämisohjelman toimenpiteet tähtäävät siihen, että hankealueen väestön terveydessä tapahtuu mitattavia myönteisiä muutoksia. Muutoksiin pyritään esimerkiksi luomalla erilaisia moniammatillisia toimintamalleja syrjäytymiskiirteen katkaisuun, sekä hyödyntämällä ammattiryhmien erityisosaamista peruspalveluiden mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoulutuksen sisältöjä suunniteltaessa. Tärkeänä pidetään myös palvelulupausta, eli pahoinvoivan kuntalaisen tai muun havaitun avun tarpeen kohteen on saatava apua kunnan mielenterveys- ja päihdepalveluiden turvaverkosta helposti ja nopeasti, kolmen päivän kuluessa. Tulokset näkyvät kuntalaisen arjessa myönteisinä

muutoksina, avun saanti nopeutuu ja apu saadaan yhden oven takaa, jolloin vältetään pompottelulta luukulta toiselle. Kaste-ohjelman keskeisissä perus- ja erityispalveluiden yhteistyötä kuvaavissa mittareissa nähdään sujuvuudesta, tehokkuudesta ja onnistuneesta työnjaosta kertovia muutoksia. (Mielen avain 2010.)

Keravan kaupungin Sauma-hankkeen tavoitteena on yhdistää mielenterveys- ja päihdepalvelut yhden oven, matalan kynnyksen avohoitoyksiköksi sekä kehittää kotiin vieviä palveluja, päivätoimintaa ja kuntoutusta. Osana Sauma-hanketta on tarkoitus myös luoda päihde- ja mielenterveyspalveluihin toimiva palveluohjausmalli, jolla pyritään turvaamaan asiakkaalle oikeanlainen ja oikea-aikainen palvelu. Keravan kaupunki pyrkii tarjoamaan apua ja palveluja helposti ja nopeasti niin mielenterveysongelmien kuin päihdeongelmien hoitoon. (Sauma-hanke n.d.)

3.3 Palveluohjaus

Palveluohjauksellinen työtapa on käytössä molempien yhteistyökumppaneiden työyhteisöissä. Palveluohjauksella tarkoitetaan asiakaslähtöistä ja asiakkaan etua korostavaa sosiaali- ja terveysalan asiakastyötä. Palveluohjauksella voidaan tarkoittaa myös asiakastyön menetelmää sekä palveluiden yhteensovittamista organisaatioiden tasolla. Olennaista on asiakkaan ja hänen palveluohjaajansa tasa-arvoinen ja luottamuksellinen suhde sekä asiakaslähtöinen työskentelytapa. Yksilökohtaisen palveluohjauksen keskeisin sisältö on neuvonta, koordinointi ja asianajo sekä näihin liittyvät palvelujen tarpeen yksilöllinen arviointi, suunnittelu ja voimavarat. Työmenetelmänä palveluohjaus tarkoittaa asiakkaan tueksi koottavia palveluja sekä palvelujärjestelmän hajanaisuuden haittojen lieventämistä. Palveluohjauksella voidaan ymmärtää asiakkaan tavoitteista liikkeelle lähtevää asiakaslähtöistä toimintaa, jonka tarkoituksena on asiakkaan vahvistaminen ja voimaannuttaminen sekä hänen itsenäisen elämänsä tukeminen. Palveluohjausta voidaan pitää työmuotona, jossa kootaan asiakkaan tarvitsemat tuet ja palvelut saumatomaksi ”yhden luukun palveluksi”. (Suominen – Tuominen 2007: 34–36; Hänninen 2007: 13–18.) Suominen ja Tuominen (2007: 36) mukaan hyvässä palveluohjauksessa ei pyritä asiakkaan muuttamiseen vaan se perustuu rakenteelliseen työhön ja vaikuttamiseen ensisijaisesti asiakkaan ympäristöön.

Asiakkaana voi olla henkilö tai perhe, joka tarvitsee erilaisia palveluita tai tukea itsenäisen elämän vahvistamiseksi. Palveluohjausta voidaan pitää myös prosessina, jonka voi jakaa viiteen vaiheeseen: asiakkaiden valikointi, asiakkaan palvelutarpeen arviointi, asiakkaan palveluiden ja tuen suunnittelu ja järjestäminen, palvelutavoitteiden toteutumisen seuranta ja tarvittava korjaaminen sekä palveluohjauksen päätyminen. Palveluohjauksen tehokas toiminta edellyttää olemassa olevan palveluohjaajan ohessa työkentelytiloja, laajaa sitoutumista, hyvää vuorovaikutusta ulkopuolisten tahojen kanssa, toimivat tietojärjestelmät, kunnossa oleva rahoitus sekä hyvät suhteet palvelujen tuottajiin. Näin ollen on huomioitava, että palveluohjaus ulottuu huomattavasti laajemmalle kuin pelkästään palveluohjaajiin, ja on muistettava että asiakkaan tulisi olla ensisijainen hyödyn saaja. (Palveluohjauksen kehittäminen n.d.; Sofaer – Kreling – Carmel 2000: 19–24.)

Sofaer ym. (2000: 19–25) tutkimuksen mukaan palveluohjauksella on saavutettu erilaisia hyötyjä: asiakkaiden ja perheiden kokemukset palveluista ovat parempia kuin aikaisemmin. Myös asiakkaan toimintakyky, itsenäisyys ja yhteisöllisyys ovat säilyneet tai parantuneet, ja asiakkaiden terveydentila on pysynyt ennallaan tai parantunut, sekä palveluohjaus on pienentänyt asiakkaiden palveluihin käytettävää kokonaissummaa (Marshall – Lockwood – Lewis – Fiander 2004: 12–23; Palveluohjauksen kehittäminen n.d.).

Mielenterveyden keskusliiton liittovaltuusto muistutti syyskuussa 2011 kuntia sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveys- ja päihdeohjelman mukaisista linjauksista. Linjausten mukaan kunnan, joka on palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuussa, tulee koordinoita nykyistä tehokkaammin julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin palvelut toimivaksi palvelukokonaisuudeksi. Liittovaltuuston mukaan palveluohjaukselle aiheutuu suuria haasteita palvelujärjestelmän hajanaisuuden takia. Mielenterveyspotilaiden ja -kuntoutujien tulee saada riittävästi tietoa ja oikea-aikaista henkilökohtaista ohjausta heille parhaiten soveltuvista palveluista ja tukitoimista. Liittovaltuuston mukaan mielenterveysasiakkaalta jäävät monet palvelut saamatta, koska viranomaisten yhteistyö ei ole riittävä. (Mielenterveyspotilaille ja -kuntoutujille enemmän palveluohjausta 2011.)

Palveluohjaaja on sosiaali- ja terveydenhuollon tai muun sosiaaliturvan ammattihenkilö, joka vastaa palveluohjauksesta ja toimii yli hallinnollisten organisaatorajojen. Palve-

luohjaajan tehtävinä on esimerkiksi ratkaista asiakkaan elämäntilanteen ja tarvitsemien palvelujärjestelmien yhteistyöongelmia, arvioida tarve palveluille ja tehdä päätökset palveluista yhdessä asiakkaan kanssa. Palveluohjaaja on mukana tukemassa asiakasta ja hänen läheisiään tilanteiden kehittyessä, sekä tekee ehdotuksia mahdollisista muutoksista. (Palveluohjauksen kehittäminen n.d.)

4 Asiakasryhmä

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjastan mukaan asiakas ja asiakkuus on palveluiden vastaanottaja. Asiakas on joko henkilö, henkilöryhmä tai organisaatio. Palvelun tuottajan näkökulmasta asiakas on myös se henkilö, ryhmä tai organisaatio, joka maksaa palvelun, esimerkiksi kunta, valtio, vakuutusyhtiö tai yksityiset säätiöt. Palveluntuottajan asiakaskunta muodostuu sekä todellisista että potentiaalisista asiakkaista. (Stakes 2006: 12–13.) Opinnäytetyössäni asiakkaana ovat tarkemmin määritellyt henkilöt tai ryhmät. Nämä henkilöt määrittyivät yhteistyökumppaneiden asiakasryhmästä. Keravan Suojakotiyhdistyksen sekä Keravan kaupungin Sauma-hankkeen asiakkaat ovat yleensä mielenterveys- ja/tai päihdeongelmaisia. Asiakkaille tyypillisiä piirteitä voivat olla myös muut riippuvuudet, esimerkiksi peli-, seksi, internetriippuvuus, asunnottomuus, työttömyys, ylivelkaantuminen ja köyhyys sekä erilaiset rikollisuustaustat.

Toimintaterapianimikkeistön (2003: 33) luokitus T120, eli asiakkaan elämäntilanteen selvittäminen, perustelee haastattelulomakkeessa tarvittavia asiakkaan yleisiä tietoja. Yhteistyökumppaneiden tarpeet, toimintaterapianimikkeistö, ICF-luokitus sekä Inhimillisen toiminnan malli antavat pohjan haastattelulomakkeen perustiedoille. Asiakkaan elämäntilanteen selvittämiseen liittyvät asiakkaan yksilölliset tekijät, sekä hänen toimintaympäristönsä ja toimintamahdollisuuksiinsa liittyvät tekijät. Toimintaterapianimikkeistön mukaan elämäntilannetta voidaan selvittää haastattelemalla, kyselemällä tai esimerkiksi asiakkaan itsearviointilla (Toimintaterapianimikkeistö 2003: 33).

Asiakkaan elämään vaikuttavien yksilöllisten tekijöiden selvittäminen (T121) sisältää esimerkiksi asiakkaan elämäntarinan, -tyylin, ja -historian. Haastattelulomakkeessa näitä selvitetään tiedustelemalla tämän hetkistä siviilisäätystä, lasten lukumäärää, työ- ja koulutushistoriaa sekä niiden nykyistä tilannetta, terveydentilaa sekä päihteidenkäyttöä (ks. Liite 1: 1–6). Yksilöllisiin tekijöihin vaikuttavat myös asiakkaan tyytyväisyys, tulevaisuuden odotukset ja haasteet, arvot, mielenkiinnon kohteet, roolit, tavat ja tottumukset. (Toimintaterapianimikkeistö 2003: 33.) Kerron alla asiakasryhmien piirteistä erilaisiin tietoperusteisiin nojaten.

4.1 Mielenterveys ja mielenterveysongelmat

Eri tieteenalat pyrkivät määrittelemään mielenterveyden omasta näkökulmastaan. Määritelmät ovat Lahtisen ja Holmalahden (2006: 23) mukaan pitkälti sopimuksenvaraisia ja kulttuurisidonnaisia. Mielenterveys voidaan mieltää kehitysprosessina, johon liittyy yksilön ja ympäristön vuorovaikutus ja jossa koettu psyykkinen hyvinvointi vaihtelee elämäntilanteen mukaan. Mielenterveyden eli psyykkisen tasapainon tunne on jokaisen yksilön kokemus omasta sisäisestä mielekkyydestä ja itsehallinnan tunteen säilymisestä. Mielenterveyden käsite liittyy läheisesti elämänhallinnan käsitteeseen. Elämänhallinnan tunnetta pidetäänkin psyykkisen hyvinvoinnin edellytyksenä. (Stålström 2006.)

Mielenterveysongelmat voidaan karkeasti jakaa neurooseihin, persoonallisuushäiriöihin ja psykooseihin. Lääketieteellisesti häiriöluokkia on kuitenkin paljon enemmän. Kaikkiin psyykkisiin häiriöihin liittyy myös fyysistä oireilua, ja monien fyysisten sairauksien synty voidaan selittää ensisijaisesti psyykkisillä tekijöillä. Mielenterveysongelmien syntymekanismit ovat erittäin monimutkaiset ja osin tuntemattomat. (Lönngqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen Mauri, – Partonen, Timo (toim.) 2007: 14.) Mielestäni tulevaisuus pitäisi rakentaa terveyden ja voimavarojen varaan, olivatpa häiriöiden syyt perinnöllisiä, kemiallisia, opittuja tai näiden yhdistelmiä, eikä niinkään häiriöiden varaan. Alla kerron lyhyesti neurooseista, persoonallisuushäiriöistä ja psykooseista.

Neurooseista kärsivä ihminen voi tuntea olevansa masentunut, ahdistunut, maaninen tai pelokas. Neurooseiksi luokitellaan esimerkiksi mieliala-, pelko-, ahdistuneisuus-, uni-, syömis- ja hillitsemishäiriöt. Vakavin kansansairautemme mielialahäiriöistä on masennus, mikä aiheuttaa eniten työkyvyttömyyttä, ja muihin ikäryhmiin suhteutettuna lasten ja nuorten masennus on yleistynyt huomattavasti. Erityyppisistä häiriöistä persoonallisuuden kehityksessä kutsutaan persoonallisuushäiriöiksi. Ne vaativat sekä kehittyäkseen että parantuakseen hyvin pitkän ajan. Persoonallisuushäiriöiksi luokitellaan esimerkiksi epävakaa, paranoidinen, epäsosiaalinen ja epävakaa persoonallisuus. Psykooseille tyypillisiä ovat minä -kokemuksen pirstoutuminen sekä todellisuudentajun hämärtyminen, joka ilmenee muun muassa ajattelun ja tunteiden vääristyminä ja harha-aistimuksina. Psykooseiksi luokitellaan esimerkiksi skitsofrenia ja vakava kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Lönngqvist ym. 2007: 15–19.)

4.2 Päihteet ja riippuvuus

Päihteet ovat aineita, jotka nautittuna aiheuttavat mielihyvän tai huumaavan vaikutuksen. Suomessa yleisimpinä päihteinä pidetään alkoholia, tupakkaa, keskushermostoon vaikuttavia lääkeaineita, liotinaineita, kannabista, amfetamiinia ja opiaatteja. Päihteiden käyttö voi aiheuttaa huomattavia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Päihdesairauksiin liittyvinä yhteiskunnallisina tekijöinä pidetään vallitsevia asenteita ja päihteiden saatavuutta. (Inkinen – Partanen – Sutinen 2009: 18–22.)

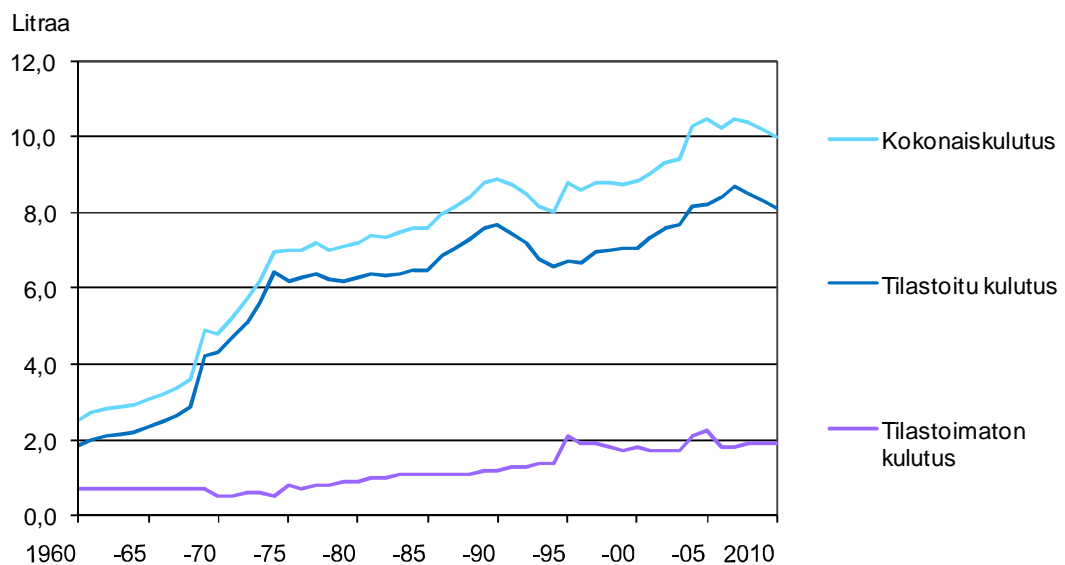
Päihderiippuvuus on pitkäaikainen sairaus, jolle tyypillistä on kyvyttömyys ja hallitsemattomuus aineiden käytön säätelyssä, elimistön kasvava kyky sietää ainetta ja vieroitusoireet, jotka ilmenevät aineiden käytön loputtua. Tunnusomaista päihderiippuvuudelle on myös käytön jatkuvuus terveydellisistä ja sosiaalisista haitoista huolimatta, pakonomainen halu ja voimakas himo käyttää päihteitä, sekä hallitsemattomien päihdekäyttökäyttöjaksojen toistuvuus raittiiden jaksojen jälkeen. Käytöstä alkaa riippuvuusongelmassa muodostua elämän keskipiste, jolloin tärkeitä harrastuksia tai sosiaalisia suhteita lopetetaan aineiden käytön takia. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011 2012: 115–120.)

Päihderiippuvuus nähdään oireyhtymänä. Kun ihminen on käyttänyt haitallisia määriä laillisia tai laittomia psykoaktiivisia päihteitä, syntyy oireyhtymä. Päihderiippuvuus jaetaan kolmeen eri ulottuvuuteen: sosiaaliseen, psyykkiseen ja fyysiseen. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011 2012: 115–120.) Suomessa käytetyn ICD-10 (Stakes 1999) tautiluokituksen mukaan riippuvuusoireyhtymän diagnostisten kriteerien kuvauksessa mainitaan myös aineen käyttämisen kontrollin vaikeus.

4.2.1 Alkoholi

Alkoholi on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (Alkoholijuomien kulutus 2010: 109–114) mukaan nautittavaksi tarkoitettu juoma, jonka alkoholipitoisuus on yli 2,8 tilavuusprosenttia etyylialkoholia. Alkoholijuomien kokonaiskulutus oli Suomessa 10,0 litraa 100-prosenttista alkoholia asukasta kohti vuonna 2010. Tilastoitu kulutus oli 8,1 litraa ja tilastoimaton kulutus 1,9 litraa. Keravalla samana vuonna tilastoidun kulutuksen määrä oli 7,6 litraa / henkilö. Tilastoitu kulutus koostuu sekä alkoholijuomien vähittäismyynnistä että anniskelumyynnistä Suomen rajojen sisäpuolella. Tilastoimattomaan kulutukseen sisältyy matkustajatuonti, salakuljetus, alkoholin laillinen ja laitton kotivalmistus, korvikealkoholi ja suomalaisten ulkomailla kuluttama alkoholi. (Alkoholijuomien kulutus 2010: 109–114.) Taulukossa 1 on esitetty alkoholikulutusta Suomessa vuosina 1960–2010.

Taulukko 1. Alkoholijuomien kulutus Suomessa 1960–2010. (Alkoholijuomien kulutus 2010.)

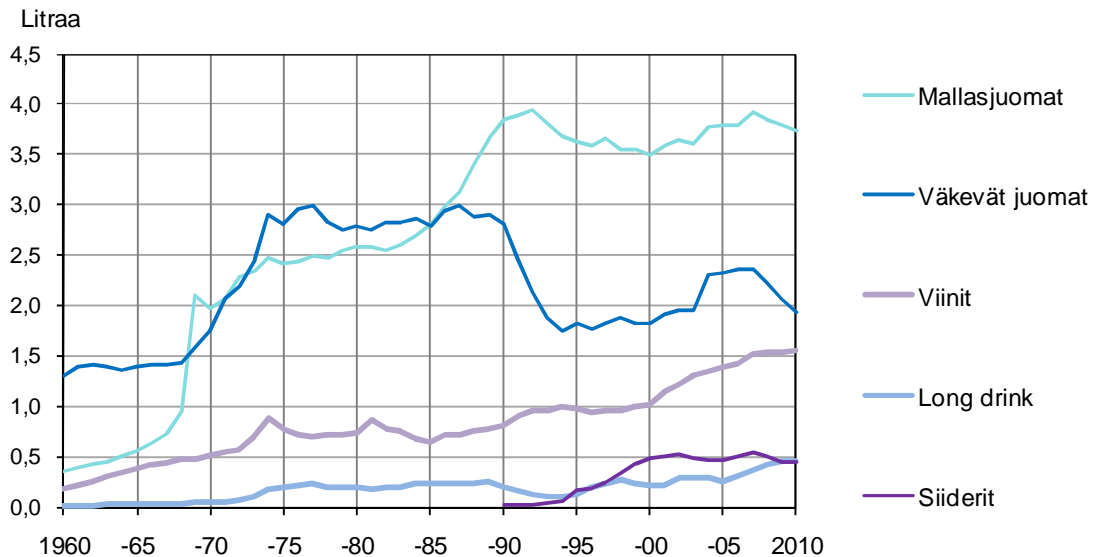


Lähteet: Alkoholijuomien kulutus. SVT. THL; Valvira.

Suomessa mallasjuomien, eli sekä vahvojen että keskivahvojen oluiden, kulutus on suurinta kaikkiiin alkoholijuomiin nähden. Oluiden jälkeen kulutustilastoissa näkyvät väkevät juomat (alkoholipitoisuus yli 22 %) sekä viinit (alkoholipitoisuus enintään 22 %). Long drink -juomia (alkoholipitoisuus enintään 5,5 %) sekä siidereitä (alkoholipitoisuus enintään 8,5%) kulutettiin vuonna 2010 vähiten. (Alkoholijuomien kulutus

2010: 109–114.) Taulukossa 2 alkoholijuomien kulutus on eritelty eri alkoholijuomien perusteella.

Taulukko 2. Eriteltyjen alkoholijuomien kulutus Suomessa 1960–2010. (Alkoholijuomien kulutus 2010.)



Lähteet: Alkoholijuomien kulutus. SVT.THL; Valvira.

Alkoholin mielihyvää tuottavat ominaisuudet antavat nykyäskäityksen mukaan perustan alkoholiriippuvuudelle. Mielihyvän tunteeseen vaikuttavilla välittäjäaineilla on tärkeä osansa alkoholismissa. Nykyään alkoholiriippuvuutta eli alkoholismia pidetään myös perinnöllisenä sairautena. Yleensä puhkeamista edeltää pitkäaikainen terveydellisten ja sosiaalisten rasitteiden olemassaolo. Erilaiset psyykkiset sairaudet ja stressi ovat myös usein alkoholiriippuvuuden taustalla. Tunnusomaista alkoholismissa on pakottava halu juoda, hallitsemattomuuden tunne, ja vieroitusoireiden ilmaantuminen. Ajan myötä humalatilaa tarvitaan myös enemmän alkoholia ja alkoholista tulee elämän keskipiste. Alkoholin hankintaan, käyttöön ja krapulasta selviämiseen kuluu huomattavasti aikaa, ja käytön aiheuttamat haitat itselle ja ympäristölle eivät tunnu merkityksellisiltä. Alkoholismi heikentää toimintakykyä huomattavasti sekä lisää olennaisesti kuoleman riskiä. Myös väkivallan ja itsemurhan vaara lisääntyy. (Poliklinikka 2008; Päihdetilastollinen vuosikirja 2011 2012: 17–20.)

Suomen alkoholipolitiikan perustavoitteeksi vuonna 2003 vahvistettiin alkoholista aiheutuvien haittojen vähentäminen. Tavoitteena oli pyrkiä vähentämään alkoholin lasten ja

perheiden hyvinvoinnille aiheuttamia haittoja ja alkoholin riskikäyttäytymisestä aiheutuvia haittoja, sekä kääntää alkoholin kokonaiskulutus laskuun. Linjauksia tuettiin myöhemmin ehkäisevän päihdetyön tehostamisella, alkoholiverojen korotuksilla sekä kahdella eri alkoholiohjelmalla vuosien 2004–2011 aikana. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2011 2012: 16–17.)

4.2.2 Huumausaineet

Poikolaisen (2009) mukaan aine on huumetta, jos se on mainittu huumausainesäädöksissä ja jos sitä annostellaan omatoimisesti muussa kuin lääkinnällisessä tarkoituksessa. Huumeidenkäytöstä koetaan saavan mielihyvätunnetta ja sen tarkoituksena on saavuttaa piristävä, kiihottava tai rauhoittava vaikutus, tai ehkäistä vieroitusoireiden ilmaantumista (Poikolainen 2009). 1990-luvulla huumausaineiden kokeilu ja käyttö lisääntyivät. 2000-luvun jälkeen kasvuvauhdin pysähtyminen oli havaittavissa ja viime vuosina on päästy vakiintuneeseen tilanteeseen. (Hakkarainen ja Metso 2007: 244–256.) Syyskuussa 2008 voimaan astuneen huumausainelain (Valtioneuvoston asetus huumausaineista 373/2008 § 1) mukaan, huumausaineen tuotanto, valmistus, tuonti, vienti, kuljetus, kauttakuljetus, jakelu, kauppa, käsittely, hallussapito ja käyttö on kielletty. Alla määrittelen haastattelulomakkeeseen esille nostetut huumausaineet lyhyesti.

Kannabistuotteita ovat hasis, hasisöljy ja marihuana. Kannabista nautitaan polttamalla, sekoitettuna elintarvikkeisiin tai höyryttämällä. Kannabiksen vaikuttava aine, tetrahydrokannabinoli, varastoituu rasvakudokseen, josta se vapautuu hyvin hitaasti. Henkilöstä riippuen vaikutus näkyy esimerkiksi puhellaisuutena, iloisuutena, estojen vähenemisenä sekä voimakkaana nälän tunteena. Fyysisiä vaikutuksia ovat pulssin kiihtyminen ja silmien verestäminen. (A-klinikkasäätiö n.d.)

Amfetamiini ja sen johdannaiset, metamfetamiini ja deksamfetamiini vaikuttavat keskushermostoon kiihottavasti. Sitä käytetään yleensä nuuskaamalla, polttamalla, suonsisäisesti sekä suun kautta tabletteina tai kapseleina. (A-klinikkasäätiö n.d.)

Subutex, joka kuuluu buprenorfiineihin, on yleisimmin käytetty opiaatti suomalaisten huumeidenkäyttäjien piirissä. Se on alun perin kehitetty auttamaan esimerkiksi vieroit-

tus- ja korvaushoidossa. Päihdekäytössä buprenorfiinia käytetään yleensä suonensisäisesti, nuuskaamalla tai tabletteina, jotka liuotetaan kielen alla. (A-klinikkasäätiö n.d.)

Kokaiini ja crack vaikuttavat keskushermostoa kiihottavasti. Käyttö tapahtuu yleensä nuuskaamalla, suonensisäisesti tai suun kautta esimerkiksi alkoholiin sekoitettuna. Kokaiinia, ja varsinkin yksinkertaisen kemiallisen prosessin tuloksena saatua crackia, käytetään myös polttamalla. (A-klinikkasäätiö n.d.)

Ekstaasi on keskushermostoa aktivoiva synteettinen aine, jonka kemiallinen nimi on MDMA. Ekstaasi voidaan luokitella myös hallusinogeeniseksi amfetamiiniksi. Yleensä ekstaasi nautitaan suun kautta tabletteina tai kapseleina. (A-klinikkasäätiö n.d.)

Heroiini, joka kuuluu opiaatteihin, vaikuttaa lamaannuttavasti keskushermostoon. Muita opiaatteja ovat esimerkiksi morfiini sekä kodeiini. Heroiinia käytetään yleisimmin suun kautta, suonensisäisesti tai polttamalla. Ainetta käytetään myös kapseleina, tabletteina, liuksina ja peräpuikkoina. Opiaattien, kuten kaikkien päihdyttävien aineiden vaikutukset käyttäjälleen riippuvat siitä, millaisessa mielentilassa ja seurassa ainetta käytetään. Päihteen vaikutusta muokkaa myös se, käytetäänkö ainetta yhdessä muiden päihteen kanssa ja onko käyttäjä ensikertalainen vai kokenut. (A-klinikkasäätiö n.d.) Kehittämässäni haastattelulomakkeessa puhutaan heroiinista opiaattien sijaan, sen tunnettavuuden ja puhekielisyyden vuoksi.

Haastattelulomakkeen huumausaineiden käyttöön liittyvässä osiossa voi mainita myös muita käyttämiään huumeita. Näitä voivat olla esimerkiksi hallusinogeeniset yhdisteet, kuten eräät sienet, kasvit ja mausteet, LSD, DMT, psilosybiini, meskaliini ja salvinoriini A. Nämä voivat aiheuttaa aistien vääristymiä sekä varsinaisia aistiharhoja eli hallusinaatiota. Gammahydroksivoihappo ("gamma"), metyleenidioksi-pyrovaleroni (MDPV), BZP ja mCPP ovat niin sanottuja muotihuumeita. Myös teknisten liuottimien haistelu ja "imppaus" kuuluvat tähän kategoriaan. (A-klinikkasäätiö n.d.)

Vuonna 1997 Suomeen perustettiin ensimmäinen huumausaineiden käyttäjien pistosvälineiden vaihtoon tarkoitettu terveysneuvontapiste, ja ylläpito- ja korvaushoidot virallistettiin osaksi päihdepalvelujärjestelmää vuonna 2000. Nykyään terveyskeskuksilla ja

apteekeilla on merkittävä osuus päihdepalveluiden tuottajina sekä puhtaiden ruiskujen ja neulojen välityspisteinä. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010 2011: 2.)

Vuonna 2009 huumehoidon tietojärjestelmän mukaan päihdehoitoon hakeutuneiden ensisijaisena päihdeaineena olivat opiaatit (55%). Opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli hoitoon hakeutuneen ensisijaisena päihteenä 33 prosentilla ja heroini kahdella prosentilla. Amfetamiinin tai muiden stimulanttien käyttö oli hoitoon hakeutumiseen johtanut syy lähes joka kuudennella (16 %). Sekakäyttö on varsin yleistä ja huumehoitoon hakeutuneista henkilöistä 61 prosenttia ilmoittivat ainakin kolme hoitoon hakeutumiseen liittyvää ongelmapäihdettä. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010 2011: 3–5.)

Ikäkeskiarvo huumehoidon tietojärjestelmän mukaan oli 30 vuotta. Asiakkaat olivat yleensä joko syrjäytymisriskin alla tai jo syrjäytyneitä. Heidän koulutustasonsa oli matala ja lähes kaksi kolmasosaa oli työttömiä ja asunnottomia oli 12 prosenttia. Anonyymien tiedonkeruun perusteella terveysneuvontapisteissä asioi yhteensä noin 13 000 asiakasta vuonna 2007. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010 2011: 3–5.)

Huumehoitajaksojen määrä kasvoi lähes seitsemän prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Vuonna 2009 huumesairaus, eli huumausaineisiin tai lääkeaineisiin liittyvä sairaus, oli pää- tai sivudiagnoosina 10 044 hoitotapilla. Valtaosa hoidetuista oli alle 35-vuotiaita. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010 2011: 2-5.)

Terveysten ja hyvinvointilaitoksen tartuntatautirekisterin mukaan C-hepatiitti liittyi useimmiten suonensisäisten huumeiden käyttöön. Tartuntojen määrä on kuitenkin viime vuosina ollut laskussa. Suonensisäisiä huumeita käyttävistä 74 prosenttia oli C-hepatiittipositiivisia vuonna 2009. HIV-epidemia puhkesi huumeiden käyttäjien keskuudessa 1998, mutta tartuntojen määrä on kuitenkin ollut laskussa koko 2000-luvun. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010 2011: 8.)

4.2.3 Lääkeaineet

Lääkeriippuvuudelle muiden riippuvuuksien tapaan ominaista on hoidollisesti tarpeettoman tai tarpeettomaksi muuttuneen lääkkeen jatkuva tai pakonomainen käyttö, riippumatta käytön aiheuttamista sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista. Yleisimmät väärinkäytetyt lääkkeet ovat ahdistuneisuuden ja unettomuuden hoitoon määrätyt lääkkeet, sekä kivun ja yskän hoidossa käytetyt opiaatit ja muut lääkkeet, esimerkiksi buprenorfiini, jota on käytetty lääkineenä kivun lievitykseen sekä vieroitus- ja korvaushoidon lääkineenä. Kehittämässäni haastattelulomakkeessa Subutex mainitaan huumausaineena erikseen, sen yleisyyden vuoksi. Toinen yleisesti väärinkäytetty lääkeaine on dekstrometorfaani, jota käytetään yskänlääkineenä (esimerkiksi Resilar, Redol Comp ja Sir Ephedrin). Väärinkäytettyihin lääkeaineisiin kuuluvat myös fentanyyli, jota käytetään lääkineenä voimakkaan kivun lievityksessä ja anestesiassa, sekä metadoni, voimakas synteettinen opioidi, jota käytetään pääasiassa keskivaikeiden ja vaikeiden kipujen hoidossa, mutta myös opioidikorvaushoidossa. Disulfiraami (Antabus) ja naltreksonia, jotka lienevät Suomessa yleisimmin käytettyjä lääkkeitä alkoholismien hoidossa, kuuluvat myös väärinkäytettyihin lääkeaineisiin. (A-klinikkasäätiö n.d.)

Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyy usein joko fysiologisen tai psykologisen riippuvuuden kehittyminen. Fysiologisessa riippuvuudessa henkilön toleranssi lääkkeen vaikutuksiin on kohonnut, ja/tai hänellä ilmenee lääkkeen käytön lopettamisen jälkeen eriasteisia vieroitusoireita. Nämä vieroitusoireet saavat henkilön usein jatkamaan lääkkeen tarpeentonta tai haitallista käyttöä. Lääkeriippuvuus voi olla luonteeltaan myös psykologista riippuvuutta, jolloin se perustuu esimerkiksi aineen euforiakykyyn. (A-klinikkasäätiö n.d.)

4.3 Muut riippuvuudet

Riippuvuudesta voidaan Milkmanin ja Sunderwirthin (2009: 11) mukaan puhua silloin, kun henkilöllä on pakonomaisesti toistuvaa käyttäytymistä, jota luonnehtivat välittömään tyydytykseen pyrkiminen, toiminnan loppumiseen liittyvä fyysinen ja/tai psykkinen epä mukavuus, yksilön toiminnan tason heikkeneminen sekä kyvyttömyys vaihtoehtoiseen toimintaan. Riippuvuudelle altistavat perinnöllisten tekijöiden ohella sosiaalisen oppimisen kokemukset lapsuudessa ja nuoruudessa, mutta riippuvuus voi syntyä myös

myöhemmällä iällä reaktiona erilaisiin elämänkriiseihin. Riippuvuuden syntyyn ja kehitykseen vaikuttaa yksilöiden ongelmien lisäksi laajempi sosiaalinen todellisuus. Erityisen alttiina voidaan pitää yhteiskunnan traditioiden murtumista, yksinäisyyttä, vieraantumista ja tulevaisuuden perspektiivien supistumista. Nämä erilaiset ympäristö- tai perintökijät eivät itsessään tuota riippuvuutta ilman toistuvaa turvautumista kyseiseen aineeseen tai toimintaan. Eri yksilöillä, eri riippuvuuksissa ja samankin riippuvuuden eri vaiheissa tavoiteltava tila voi olla hyvin erilainen. Se voi vaihdella äärikokemuksien tavoittelusta stressin lievitykseen tai vieroitusoireina ilmenevän häiriintyneen olotilan normalisointiin. (A-klinikkasäätiö n.d).

Kehittämäni haastattelulomakkeen "muut riippuvuudet" -kohtaan sisältyvät esimerkiksi peli-, seksi- ja internet-riippuvuus. Peliriippuvuus on toiminnallinen ongelma, johon liittyy rahan- ja/tai ajankäytöltään liiallinen pelaaminen. Pelaaminen vaikuttaa pelaajaan, hänen läheisiinsä tai muuhun sosiaaliseen ympäristöön kielteisesti, ja nämä kielteiset vaikutukset liittyvät usein talouteen, suoriutumiseen opinnoissa tai työelämässä sekä fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Riippuvuutta aiheuttaa itse toiminta, eli pelaaminen ja sen nostattamat tunteet. Peliriippuvuus kuuluu toiminnallisiin riippuvuuksiin ja se luokitellaan psykiatriassa käyttäytymis- ja hillitsemishäiriöihin. (A-klinikkasäätiö n.d.)

Maailman Terveysjärjestössä (World Health Organization 2006: 1–2) seksuaalinen aktiivisuus mielletään nykyisin seksuaalista terveyttä ja yleistä hyvinvointia edistäväksi asiaksi. Seksuaalisuus, sen toteuttamisen mahdollisuus ja halu vaihtelevat yksilöllisesti. Haitalliset seksuaaliset addiktiot ovat pakkomielteisiä, seksuaalisuuteen liittyviä tekoja ja ajatuksia. Kontulan (2005) mukaan seuraavia käyttäytymismuotoja voidaan pitää seksuaaliriippuvuuteen viittaavina:

- ✚ pakonomainen itsetyydytys, joka saattaa toistua monia kertoja päivässä
- ✚ pakonomainen eroottisten ja pornografisten lehtien, videoiden ja internet-materiaalin runsas hankkiminen ja niiden jatkuva käyttäminen seksuaalisen kiihotuksen lähteenä
- ✚ sähköisten seksipalvelujen runsas, hallitsematon käyttö oman kiihottumisen lähteenä
- ✚ jatkuva seksipartnereiden vaihtaminen ja uusien etsiminen pakonomaisesti
- ✚ usein toistuva seksi prostituoidun kanssa

- ✚ toistuva anonyymi-seksi
- ✚ seksin harrastaminen oudossa paikassa kuten julkisessa käymälässä tai pysäköintialueella
- ✚ vaarallisen seksin harrastaminen: esimerkiksi naimisissa oleva henkilö pitää jatkuvasti useita rinnakkaisuhteita ja kiihottuu kiinnijäämisen mahdollisuudesta
- ✚ jatkuva seksibaareissa, -ravintoloissa ja -klubeilla tai seksihieronnassa käynti
- ✚ pakonomainen seksuaalinen tirkistely kiihottumistarkoituksessa
- ✚ toistuva itsensäpaljastaminen kiihottumistarkoituksessa
- ✚ tuntemattomien tai tuttujen ihmisten luvaton koskettelu kiihottumistarkoituksessa, jossa koskettaminen yritetään saada näyttämään vahingolta
- ✚ toistuva seksuaalinen väkivalta yhdyntään pakottamisen tai raiskaamisen muodossa

Internet-riippuvuudella tarkoitetaan hallitsematonta ja pakonomaista internetin käyttöä, joka aiheuttaa haittoja myös muilla elämänalueilla. Riippuvuus voi syntyä monenlaisiin asioihin internetissä: verkossa solmittuihin ihmissuhteisiin, verkkopelaamiseen, tiedonhakuun tai online-seksiin. Keskusteluriippuvuus sekä pakonomainen sähköpostin tarkastelu ovat nykyään tyypillisimpiä internetiriippuvuuden muotoja. (A-klinikkasäätiö n.d.) Myös sosiaalisen median aiheuttama riippuvuus tulisi huomioida (kirj. huom.).

4.4 Asunnottomuus

Asunnottomuutta tarkastellaan nykyisessä yhteiskunnassamme rakenteellisena asunto-ongelmana, kun taas 1970- ja 1980-luvuilla se määriteltiin ihmisten henkilökohtaisten piirteiden pohjalta esimerkiksi epäsosiaalisen elämän, päihteiden käytön, yksilön ominaisuuksien tai terveydentilan kautta. Useimmiten yhtenä yhdistävänä tekijänä asunnottomilla on köyhyys, mutta syyt asunnottomuuteen saattavat olla varsin moninaiset: esimerkiksi perhesuhteiden muutokset, työttömyys tai ylivelkaantuminen. (Asunnottomuus ja syrjäytyminen 2007: 39; Kärkkäinen 2005: 293.) Asunnottomiksi henkilöiksi määritellään ulkona, tilapäissuojissa tai yömajoissa asunnon puutteen vuoksi oleskelevat, hoitokodeissa tai erilaisissa laitoksissa asuvat, vapautuvat vangit joilla ei ole asuntoa, ja tilapäisesti tuttavien ja sukulaisten luona majoilevat (Ikonen – Tiitinen 2006: 4–5).

Viiden viime vuoden aikana asunnottomien määrä on hieman noussut. Vuonna 2006 asunnottomia oli Sosiaali- ja terveysalan tilastollisen vuosikirja (2010) mukaan koko maassa 7399 henkilöä, kun taas vuonna 2010 henkilöitä oli 7877. Keravalla asunnottomien määrä on vaihdellut näiden viiden vuoden aikana. Vuonna 2006 asunnottomia oli 26, kaksi vuotta myöhemmin 55 ja vuonna 2010 asunnottomia keravalaisia oli 26. (Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2010.)

4.5 Työttömyys

Syrjäytyminen on sekä päihde- että mielenterveysongelmille altistava tekijä. Syrjäytymisen kehä voi alkaa jo lapsuudesta tai nuoruudesta, jos perheessä tai koulunkäynnissä on ollut ongelmia. Työttömyys vaikuttaa yksilön ja perheen tulotasoon, elämänhallintaan ja henkiseen hyvinvointiin. Työttömyys vaikuttaa negatiivisesti elämänhallinnan kokemukseen ja itsetuntoon. Työttömyydellä on sekä välittömiä että pitkäaikaisia vaikutuksia mielenterveyteen. (Sauri 2009).

Työttömyys on kasvanut koko maassa vuodesta 2006 vuoteen 2010 0,5 prosenttiyksikköä. Vuonna 2010 koko maan työttömyysprosentti työvoimasta oli 10,2. Keravalla työttömyysprosentti on noussut vuoden 2006 4,9 prosenttiyksiköstä vuoden 2010 7,2 prosenttiyksikköön, eli kasvu on ollut 2,3 prosenttiyksikköä. Pitkäaikaistyöttömyys on laskenut viiden vuoden aikana koko maassa 0,4 prosenttiyksikköä, mutta Keravalla pitkäaikaistyöttömät ovat lisääntyneet vuosien 2006 ja 2010 välillä 0,3 prosenttiyksikköä. (Suomen virallinen tilasto 2011a.) Luvut on esitetty selkeyden vuoksi taulukossa 3.

Taulukko 3. Työttömyyden kehitys 2006–2010.

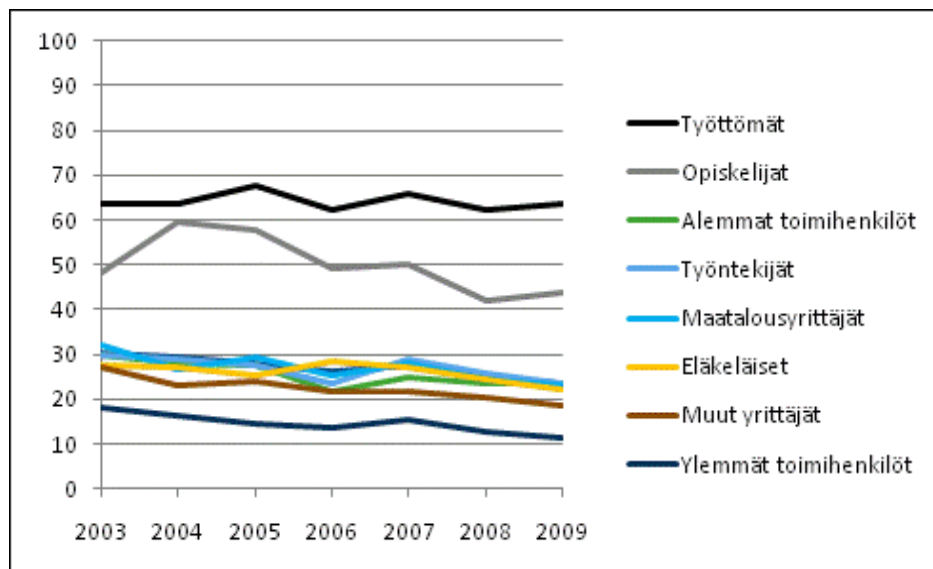
		2006	2007	2008	2009	2010
Työttömät, % työvoimasta	koko maa	9,7	8,4	8,0	10,3	10,2
	Kerava	4,9	4,4	4,1	6,4	7,2
Pitkäaikaistyöttömät, % työvoimasta	koko maa	2,5	2,0	1,7	1,6	2,1
	Kerava	1,0	1,1	0,8	0,7	1,3

4.6 Ylivelkaantuminen ja köyhyys

Toimeentulovaikeuksissa oleviksi kotitalouksiksi määritellään ne, joilla on ollut vaikea kattaa tavanomaisia menoja. Tilastokeskuksen mukaan toimeentulovaikeuksia oli noin 600 000 kotitaloudella eli 24 prosentilla kotitalouksista vuonna 2009. Suurempia toimeentulovaikeuksia oli 190 000 kotitaloudella eli seitsemällä prosentilla kotitalouksista. Keskimääräisesti väestön vuosittaiset käytettävä tulot olivat n. 26 000 euroa, kun toimeentulovaikeuksissa olevien kotitalouksien käytettävissä olevat tulot olivat alle 19 000 euroa vuodessa. (Suomen virallinen tilasto 2011a.)

Keskimääräistä yleisemmin toimeentulovaikeuksia esiintyy pienituloisilla, tuloistaan suuria asumismenoja maksavilla kotitalouksilla, työttömien, opiskelijoiden, yksinhuoltajien ja alle 65-vuotiaiden yksinelävien kotitalouksilla. Työttömistä kotitalouksista 63,5 prosentilla oli toimeentulovaikeuksia vuonna 2009. (Suomen virallinen tilasto 2011a.) Taulukossa 4 on esitetty aloittain toimeentulovaikeudesta kärsivät vuosien 2003-2009 välillä.

Taulukko 4. Toimeentulovaikeudet eri alojen kesken. (Suomen virallinen tilasto 2011a.)



4.7 Rikostausta

Rikoksena pidetään tekoa tai laiminlyöntiä, josta säädetään rangaistus lainsäädännössä. Suomen lakia sovelletaan Suomessa ja joissakin ulkomailla tehdyissä rikoksissa. Rikoksentorjuntaneuvoston mukaan rikokset edellyttävät rikosentekijän ja otollisen kohteen kohtaamista riittävän valvonnan ulottumattomissa. Nykyisen elintason tarjoama kulutushyödykkeiden määrän nouseminen merkitsee, että anastettavaa omaisuutta on enemmän tarjolla. Myös liikkuvuus, liikenteen kasvaminen ja valvonnan vähentyminen vaikuttavat rikollisuuteen ja sen yleisyyteen nyky-yhteiskunnassa. Rikollisuus on yhteydessä syrjäytymiseen ja vaikutussuhde on molemminpuolinen: syrjäytyminen edistää rikollisuutta ja rikollisuus tai rikolliseksi leimautuminen aiheuttaa syrjäytymistä. Suomessa on runsaasti vakavia väkivaltarikoksia verrattuna esimerkiksi muihin Pohjoismaihin. Tämä yhdistetään usein humalahakuiseen alkoholikulttuuriimme. Tulevaisuuden uhkakuvia ovat esimerkiksi rikollisuuden kasvava organisoituminen ja kansainvälistyminen. (Blomster – Muiluvaori – Linderborg – Salo – Tyni 2011: 3–9)

Tilastokeskuksen mukaan selvitettyihin rikoksiin syylliseksi epäiltyjä henkilöitä oli Kera-valla vuonna 2010 1725. Tämä oli 83 enemmän kuin vuonna 2009. Näistä vuoden 2010 tilastoista 1431 oli miehiä ja 324 naisia, ja yli 18-vuotiaita oli 1659. Koko maassa luku oli 302 053 vuonna 2010. Näihin tilastokeskuksen tilastoihin kuuluvat omaisuusrikokset, henkeen ja terveyteen kohdistuneet rikokset, seksuaalirikokset, rikokset oikeudenkäyttöä, viranomaisia ja yleistä järjestystä vastaan ja liikenne rikokset. (Suomen virallinen tilasto 2011b.) Rikollisuudessa on huomattavia alueellisia eroja. Yleensä rikollisuus on runsaampaa suurissa kaupungeissa. Tämä johtuu sekä kaupunkien lukuisammista rikostilaisuuksista että kaupungistumisen mukana vähentyvästä sosiaalisesta kontrollista. (Blomster ym 2011: 4.)

5 Haastattelulomakkeen viitekehykset

Kehittämistyöni viitekehyyksiksi ja taustateorioiksi valikoitui yhteistyössä yhteistyökumppaneiden sekä ohjaajan kanssa ICF - Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokitus (Stakes 2004). Moniammatillisen käyttäjäryhmän sekä yhtenäisen kielen ja tieteellisen perustan takia ICF-luokitus sopii viitekehyyksenä haastattelulomakkeen laatimiseen. ICF:n tarkat määritelmät toimintakyvyn osa-alueista yhtenäistävät työskentelyä eri ammattiryhmien kesken.

Toimintaterapian osalta kehittämistyössäni käytin Inhimillisen toiminnan mallia (Kielhofner 2008) ja Toimintaterapianimikkeistöä (2003). Inhimillisen toiminnan mallissa henkilön subjektiivisen näkökulman esilletuominen, sekä ympäristön tärkeys toimintakykyä arvioitaessa antoivat haastattelulomakkeelle toimintaterapeuttista näkökulmaa, mikä osaltaan täydensi ICF:n määritelmäpohjaista lähestymistapaa. Toimintaterapianimikkeistöä on hyödynnetty lähinnä haastattelulomakkeen osa-alueiden kuvaamiseen ja järjestyksen luomiseen.

5.1 ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health 2004) on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitusmenetelmä, jolla voidaan kuvata toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa kansainvälisesti sovitun kielen ja yhtenäisen viitekehyyksen avulla. Tavoitteena luokituksella on tarjota tieteellinen perusta henkilön terveydentilan arvioimiselle. Tavoitteena on myös parantaa eri käyttäjäryhmien välistä viestintää, sekä mahdollistaa tietojen vertailu kansainvälisesti eri terveydenhuollon erikoisalojen, palveluiden ja ajankohtien välillä. ICF-luokitus tarjoaa myös dokumentointivälineen terveydenhuollon kirjausmenetelmiä varten. (Stakes 2004: 3–21.)

ICF kuvaa toimintakykyä ja sen rajoitteita kaksiosaisesti. Ensimmäisessä, eli *toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden* osassa, luokitus käsittelee ruumiin ja kehon toimintoihin, sekä ruumiin rakenteisiin liittyviä tekijöitä. Siinä käsitellään myös suorituksiin ja osallistumisiin liittyviä tekijöitä, jotka tarkastelevat toimintakykyä eri elämänalueilla yksilön ja yhteiskunnan näkökulmasta. Toinen osa, eli *kontekstuaalisten tekijöiden* osa, koostuu

ympäristöön ja yksilöihin liittyvistä tekijöistä. Yksilötekijöiden laajan kulttuurisen ja sosiaalisen vaihtelun vuoksi niitä ei kuitenkaan luokitella ICF-luokituksessa. Ympäristötekijät vaikuttavat kaikkiin toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden aihealueisiin. Näillä osa-alueilla voidaan kuvata sekä toimintarajoitteita että toimintakykyä, eli toiminnallisen terveydentilan ja terveyteen liittyvän tilan neutraaleja piirteitä. Luokitus kiinnittää huomiota paitsi fyysisiin ominaisuuksiin myös henkilöiden väliseen vuorovaikutukseen ja ihmissuhteisiin. (Stakes 2004: 7–8.)

ICF-luokituksesta on olemassa sekä suppea että laaja laitos. Kuvauskohteet ovat molemmissa laitoksissa sisäkkäisiä siten, että laajat kokonaisuudet sisältävät yksityiskohtaisempia kokonaisuuksia. Osa-alueet, eli Ruumiin ja kehon toiminnot, Ruumiin rakenteet, Suoritukset ja osallistuminen ja Ympäristötekijät sisältävät pääluokkia (*yksiportainen luokitus*), joiden alle on yksityiskohtaisemmin kuvattu osa-alueeseen liittyviä eri toimintoja ja asioita *kaksi- ja neliportaisen luokituksen* mukaisesti. Eri luokat on erotettu toisistaan koodein. (Stakes 2004: 21) Esimerkiksi "Suoritukset ja osallistuminen" -osa-alueen alla on yksiportaisen luokituksen mukainen pääluokka 6: *Kotielämä (d610-d699)*, jonka alla on kaksiportaisen luokituksen mukainen *Tavaroiden ja palveluiden hankkiminen (d620)*, jonka alla on neliportaisen luokituksen mukaisesti esimerkiksi *Ostosten tekeminen (d6200)* (Stakes 2004: 151–152).

5.1.1 Haastattelulomakkeen osiot ICF-luokitusten mukaan

Olen koonnut taulukoiksi (ks. liite 2) kaikki kehittelemässäni haastattelulomakkeessa esiintyvät osiot niihin liittyvien ICF-luokitusten mukaisesti. Lomakkeen osiot ovat määryntyneet yhteistyökumppaneideni asiakasryhmien mukaan, eli sillä perusteella, mitä asiakkaiden elämänhallintaan kuuluvia asioita haastattelulomakkeella on haluttu selvittää.

Esitän taulukoiden avulla jäsennetysti, mitkä ICF-luokituksen aihealueet kuuluvat kyseisiin haastattelulomakkeen osioihin, sekä mitä ICF-luokituksen mukaisia koodeja kussakin osiossa käytetään. Olen koonnut taulukoihin tarkat erittelyt eri osioiden aiheisiin liittyvistä ICF-luokituksen osa- ja aihealueista. Alla olevassa erittelyssä on lueteltu taulukoiden otsikot, sekä ne ICF-luokituksen osa-alueet, jotka liittyvät kyseiseen otsikkoon.

- ✚ Mielenterveys (Liite 2, Taulukko 9–11)
Ruumiin ja kehon toiminnot / Suoritukset ja osallistuminen / Ympäristötekijät
- ✚ Riippuvuudet (Liite 2, Taulukko 12–14)
Ruumiin ja kehon toiminnot / Suoritukset ja osallistuminen / Ympäristötekijät
- ✚ Alkoholi (Liite 2, Taulukko 15)
Suoritukset ja osallistuminen / Ympäristötekijät
- ✚ Huumeet (Liite 2, Taulukko 16)
Ympäristötekijät
- ✚ Lääkkeet (Liite 2, Taulukko 17)
Ympäristötekijät
- ✚ Peliriippuvuus (Liite 2, Taulukko 18)
Ympäristötekijät
- ✚ Seksiriippuvuus (Liite 2, Taulukko 19)
Ruumiin ja kehon toiminnot / Suoritukset ja osallistuminen / Ympäristötekijät
- ✚ Internetriippuvuus (Liite 2, Taulukko 20)
Ympäristötekijät
- ✚ Asunnottomuus (Liite 2, Taulukko 21)
Suoritukset ja osallistuminen / Ympäristötekijät
- ✚ Työttömyys, ylivelkaantuminen ja köyhyys (Liite 2, Taulukko 22)
Suoritukset ja osallistuminen / Ympäristötekijät
- ✚ Rikollisuus (Liite 2, Taulukko 23)
Ympäristötekijät
- ✚ Itsestä huolehtiminen (Liite 2, Taulukko 24)
Suoritukset ja osallistuminen / Ympäristötekijät
- ✚ Asioiminen ja kotielämä (Liite 2, Taulukko 25)
Suoritukset ja osallistuminen / Ympäristötekijät
- ✚ Vapaa-aika (Liite 2, Taulukko 26)
Suoritukset ja osallistuminen / Ympäristötekijät
- ✚ Lepo (Liite 2, Taulukko 27)
Ruumiin ja kehon toiminnot / Suoritukset ja osallistuminen / Ympäristötekijät

Alla esittelen kahden taulukon (Taulukko 5 ja Taulukko 6) avulla liitteenä (liite 2) olevien taulukoiden peruseriaatteen. Jokaisesta taulukosta löytyy nimettyjen osioiden ja

osa-alueiden lisäksi kolme luokitusjärjestelmää, *yksiportainen luokitus*, *kaksiportainen luokitus* ja *neliportainen luokitus*.

Jos haastattelulomakkeen osioita on luokiteltu vain yksiportaisen luokituksen mukaisesti, se tarkoittaa että kyseiseen osioon liittyvät kaikki muutkin pääluokan "alla olevat" aihealueet kaksi ja neliportaisesta luokituksesta. Taulukossa 5 on esimerkkinä osa *Asunnottomuus ICF-luokituksen mukaan* -taulukosta. Taulukosta näkyy, että olen luokitellut asunnottomuuteen *Kotielämän* (d610-d699) yksiportaisen luokituksen mukaan. Näin ollen asunnottomuus-osioon kuuluvat kaikki *Kotielämän* myös kaksi- ja neliportaisen luokituksen mukaiset aihealueet (d610-d699), mutta niitä ei ole erikseen taulukoon sen laajuudesta johtuen lueteltu.

Taulukko 5. Esimerkki taulukosta: Asunnottomuus ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Asunnottomuus		Suoritukset ja osallistuminen Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Yleisluonteiset tehtävät ja vaatteet (d210-d299) ❖ Kommunikointi (d310-d399) ❖ Itsestä huolehtiminen (d510-d599) ❖ Kotielämä (d610-d699) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen (d650) 		

Jos osioita on luokiteltu taulukossa yksiportaisen luokituksen ohella myös kaksi- ja neliportaisen luokituksen mukaan, se tarkoittaa, että yksiportaisen luokituksen aihealueesta liitetään *vain mainitut* kaksi- ja neliportaisen luokituksen mukaiset aihealueet. Taulukosta 6 näkyy, että luokittelen esimerkiksi ympäristötekijöistä mielenterveyteen yksiportaisen luokituksen mukaan *Tuotteet ja teknologiat* (e110-e199). Tuotteista ja teknologioista mielenterveyteen liitetään kaksiportaisesta luokituksesta vain *Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen* (e110) ja *Varallisuus* (e165). Varallisuus -aihealueesta liitetään kaikki neliportaisen luokitusjärjestelmän alaiset aihe-

alueet, joten niitä ei ole erikseen taulukkoon eritelty. Sitä vastoin Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen -aihealueesta liitetään mielenterveyteen neliportaisesta luokituksesta ainoastaan *Lääkkeet (e1101)*, minkä vuoksi se on mainittu taulukossa erikseen. Alla on esimerkkinä osa *Mielenterveys ICF-luokituksen mukaan* -taulukosta.

Taulukko 6. Esimerkki taulukosta: Mielenterveys ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Mielenterveys		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
❖ Tuotteet ja teknologiat (e110-e199)	<ul style="list-style-type: none"> • Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen (e110) • Varallisuus (e165) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lääkkeet (e1101) 	

Taulukoihin koostamani ICF-luokituksen aihealueet ja niiden määritelmät toimivat teoriapohjana haastattelulomakkeen eri osioille ja haastattelulomakkeessa esitetyille kysymyksille. Aihealueiden määritelmien ja luokitusjärjestelmän avulla pystyn perustelemaan, mitkä ICF-luokituksen aihealueet kuhunkin lomakkeen osioon liittyvät, ja mikä merkitys näillä aihealueilla ja haastattelulomakkeen eri osioilla on selvitetäessä asiakkaan toimintakykyä ja toimintarajoitteita.

5.2 Inhimillisen toiminnan malli

Tarkasteltaessa ihmisen hyvinvointia, inhimillisen toiminnan mallin perusolettamus on, että keskeisenä voimana hallitsee toiminnallinen suoriutuminen. Se mahdollistaa teoreettisen tarkastelun liittyen ihmisen toiminnalliseen käyttäytymiseen ja toimintakyvyn häiriöihin. Koska subjektiivinen näkemys omasta toimintakyvystä vaikuttaa henkilön todelliseen toimintakykyyn, malli korostaakin sen tärkeyttä toimintakykyä arvioitaessa. (Kielhofner 2008: 68–69.)

Inhimillisen toiminnan mallissa toiminnan tasoja tekemiseen liittyen ovat toiminnallinen osallistuminen, toiminnallinen suoriutuminen, sekä toiminnalliset taidot. Toiminnallinen osallistuminen tarkoittaa henkilön sitoutumista työhön, leikkiin tai päivittäiseen elämään. Näihin liitetään hyvinvoinnin kannalta välttämättömät ja toivottavat sosiokulttuuriset kontekstit, joihin peilataan henkilön osallistumista ja omaa kokemusta osallistumisesta. Toiminnallisella suoriutumisella tarkoitetaan henkilön suoriutumista erilaisista tehtävistä. Tähän vaikuttavat tottumus ja roolit. Toiminnallisen suoriutumisen mahdollistavat toiminnalliset taidot. Ne jaetaan kolmeen ryhmään: motoriset taidot (esimerkiksi kehon hallinta ja tavaroiden liikuttaminen), prosessuaalitaidot (esimerkiksi looginen päättely, oikeiden työkalujen löytäminen ja ongelmanratkaisukyky), viestintä ja vuorovaikutustaidot. (Kielhofner 2008:101–103.)

Myös ympäristön vaikutus henkilön toimintakykyyn huomioidaan Inhimillisen toiminnan mallissa. Mallin mukaan ympäristö voidaan jakaa erilaisiin fyysisiin ja sosiaalisiin ympäristöihin, joissa henkilön toimintaan vaikuttavat ympäristön muun olemuksen lisäksi myös siinä vallitseva kulttuuri. Toimintaympäristöt, eli ne lukuisat ympäristöt, joissa elämämme aikana joudumme toimimaan, sisältävät sekä toimintaa rajoittavia että sitä mahdollistavia elementtejä. Toimintakulttuuri, joka sisältyy ympäristöön, asettaa myös vaatimuksia. Jokaiselle on yksilöllistä, miten ympäristönsä kokee. Siihen vaikuttavat muun muassa henkilön omat arvot, mielenkiinnonkohteet, roolit ja tottumukset. Henkilö tarvitsee sopivasti haasteita, jotta pystyisi suoriutumaan tietyssä ympäristössä. Liian helpoksi tehty ympäristö saattaa tylsistyttää, ja liian vaativa ympäristö taas vastaavasti saattaa aiheuttaa toivottomuuden ja ahdistuksen tunteita. (Kielhofner 2008: 86–88.)

5.3 Toimintaterapianimikkeistö

Toimintaterapianimikkeistö 2003 kuuluu Suomen kuntaliiton palvelunimikkeistöihin, joita on laadittu useille sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiville erityis- ja kuntoutustyöntekijäryhmille. Nimikkeistö auttaa toimintaterapeutteja seuraamaan, arvioimaan, vertailemaan, suunnittelemaan ja kehittämään omaa työtään entistä jäsentyneemmin ja luotettavammin. Se myös kertoo muille ammattiryhmille ja yhteistyökumppaneille toimintaterapian tavoitteista ja työn sisällöstä. Toimintaterapianimikkeistö on väline työn kehittämiseen: se luokittelee asioita ja ryhmittelee ja kokoaa yhteen käytännön työhön sisältyvät palvelut ja toiminnot. (Toimintaterapianimikkeistö 2003: 3-11.)

6 Elämänhallinta ja arkielämän toiminnot

Elämänhallinta ja arkielämän toiminnot voidaan sulavasti liittää toisiinsa. Jos haluaa hallita omaa elämäänsä, on myös suoriuduttava arkielämän toiminnoista itselleen mahdollisella tavalla. Haastattelulomakkeen osioon ”arikielämän toiminnot” on liitetty itsestä huolehtiminen, asioiminen ja kotielämä, vapaa-aika ja lepo. Nämä kohdat määrittyivät yhteistyökumppaneiden tarpeesta, inhimillisen toiminnan mallin avulla, ICF-luokitusta sekä toimintaterapianimikkeistöä hyödyntäen.

Jo aiemmin avaamani inhimillisen toiminnan mallin käsite ”toiminnallinen osallistuminen”, jonka mahdollistavat henkilön motoriset, prosessuaaliset sekä viestintä- ja vuorovaikutustaidot, sekä henkilöön liittyvä tahto, tottumus ja suorituskky voidaan olennaisesti liittää kaikkiin lomakkeessa esitettyihin arjen toimintoihin. Arjen toimintoihin osallistuminen ja niistä suoriutuminen on henkilökohtainen prosessi, jossa myös ympäristötekijöillä on vaikutusta. Myös aiemmin mainitsemani toiminnallinen identiteetti, toiminnallinen pätevyys ja toiminnallinen mukautuminen ovat osa prosessia, jonka avulla ihminen suoriutuu ja osallistuu arjen toimintoihin. Tämä kokonaiskuva ja -käsite ihmisestä ja toimintoihin osallistumisesta luo perustan henkilön tekemille valinnoille menneisyydessä ja tulevaisuudessa. (Kielhofner 2008: 101–103.)

6.1 Elämänhallinta

Elämänhallinnan käsite muodostuu sosiaalipsykologisen näkökulman mukaan muun muassa hallinnan ja pystyvyyden tunteesta. Näillä tarkoitetaan luottamusta siihen, että omilla mahdollisuuksillaan ja toiminnoillaan vaikuttaa omaan elämäänsä. Elämänhallinnan käsite sisältää jo itsessään mahdottoman oletuksen siitä, että ihminen voisi hallita elämäänsä. (Järvikoski – Härkäpää 2005: 128–129.) Elämänhallinnalla tarkoitetaan myös ihmisen kykyä kohdata vaikeita tilanteita, kykyä selviytyä vastoinkäymisistä sekä ehkäistä niihin liittyviä ahdistavia ja vaikeita kokemuksia (Erkkilä 2001). Elämänhallinnan käsite on lähellä selviytymisen käsitettä, mutta sitä laajempi. Selviytymisellä tarkoitetaan muun muassa pärjäämistä, suoriutumista, läpäisemistä, kestämistä ja onnistumista. Selviytyminen nähdään jatkuvasti muuttuvana kognitiivisena ja toiminnallisena yrityksenä hallita, sietää tai vähentää ulkoisia tai sisäisiä vaatimuksia ja niiden välisiä ristiriitoja. (Hasselkus 2002: 60–64.)

Erkkilän (2001) mukaan elämänhallinta voidaan jaotella myös ulkoiseen ja sisäiseen elämänhallintaan. Keskeistä ulkoiselle elämänhallinnalle on henkisesti ja aineellisesti turvautun aseman tavoittelemisen ja niihin liittyvät kulttuuriset arvostukset. Ulkoiseen elämänhallintaan vaikuttaa myös esimerkiksi koulutus, ammatti ja sukupuoli. Sisäinen elämänhallinta voidaan käsittää kyvyllä sisällyttää elämään sen vaikeatkin puolet. Se on eräänlaista aktiivista sopeutumista tai koetun turvattomuuden hallintaa. (Erkkilä 2001.)

Aaron Antonovskyn koherenssin käsite on lähellä elämänhallinnan käsitettä. Koherenssilla Antonovsky tarkoittaa dynaamista ja kohtalaisen pysyvää tunnetta siitä, että ihminen pystyy hallitsemaan käytössään olevien voimavarojen avulla elämään tulevia sisäisiä ja ulkoisia ärsyksiä. Nämä ärsykkeet ovat ennustettavia, jäsentyneitä ja selitettäviä, eli ne ovat ymmärrettäviä. Antonovsky korostaa elämänhallinnan suoraa vaikutusta terveyteen ja hyvinvointiin. Hänen mielestään koherenssin ollessa vahva ihmisellä on paremmin kykyä käsitellä esimerkiksi stressitekijöitä. Riippuen siitä, miten voimakas yksilön tunne omasta elämänhallinnasta on, stressitekijöillä voi olla terveyttä heikentäviä, neutraaleja tai edistäviä vaikutuksia. (Erkkilä 2001.)

Toimintaterapiassa tähdätään tilanteeseen, jota voidaan nimetä elämänhallinnaksi asiakkaan näkökulmasta, vaikkei toimintaterapiassa itsessään puhuta elämänhallintakäsitteestä. Toimintaterapian ihmiskäsityksessä ajatellaan, että omaan elämään voi vaikuttaa valintojen ja toiminnan kautta. (Joutsivuo 2005: 228.) Toimintaterapian yhtenä tavoitteena onkin, että asiakas pystyy toimimaan itselleen merkityksellisellä ja tarkoituksenmukaisella tavalla omassa ympäristössään, voimavarojaan hyväksikäyttäen (Euramo 2006: 11).

Inhimillisen toiminnan mallin kautta voidaan nähdä, että henkilön tahdolla, tottumuksilla ja suorituskyyvyillä, toimintaan ja tekemiseen liittyvillä tasoilla sekä ympäristöllä on suuri vaikutus jokapäiväiseen elämään, näin ollen myös haastateltavan eli asiakkaan menneisyyteen, nykyisyyteen sekä tulevaisuuden haaveisiin. Toiminnallinen identiteetti on henkilön oma käsitys siitä kuka hän on ja millaiseksi toimijaksi hän haluaisi tulla. Tämä kumpuaa henkilön toiminnallisen osallistumisen historiasta. Toiminnalliseen identiteettiin kuuluu Kielhofnerin (2008: 101–102) mukaan käsitys omasta kyykykyydestä ja toiminnan tehokkuudesta, toiminnot jotka henkilö kokee kiinnostavina ja tyydyttävänä,

käsitys itsestä roolien ja ihmissuhteiden määrittelyn avulla, käsitys siitä mitä pitää tärkeänä ja minkä kokee velvollisuudekseen tehdä, käsitys tutuista elämän rutiineista, sekä havainnot omasta ympäristöstään ja siitä mihin se tukee ja mitä odottaa. Inhimillisen toiminnan mallissa esitettävä ”Toiminnallinen pätevyys” tarkoittaa identiteetin saattamista käytäntöön. Toiminnallinen mukautuminen on toimintaympäristössä tapahtuvaa identiteetin rakentumista ja toiminnallisen pätevyyden saavuttamista. Nämä kaikki kappaleessa mainitut osa-alueet liittyvät vahvasti henkilön elämään, suoriutumiseen ja osallistumiseen. Osa-alueet muokkaavat sitä kuka henkilö on ollut, on nyt, ja minkälainen hän on tulevaisuudessa. (Forsyth - Parkinson 2008: 7-11.)

6.2 Itsestä huolehtiminen

Jaksamisen avainkäsitteinä voidaan pitää vastuunottamista ja valintojen tekemistä. Omista rajoista huolehtiminen ja rajallisuuden ymmärtäminen liittyy omaan hyvinvointiin ja jaksamiseen. Toimintaterapiassa itsestä huolehtimisesta puhuttaessa siihen liitetään esimerkiksi henkilön pukeutuminen, eli asianmukaisuus ja siisteys, hygienia ja peseytyminen, sekä eri kehon osien hoitaminen, eli esimerkiksi hampaiden pesu ja kynsien leikkaus. (Toimintaterapianimikkeistö 2003: 34.)

Tahto, joka Kielhofnerin ja Inhimillisen toiminnan mallin mukaan viittaa toiminnan motivaatioon, on prosessi, johon liittyvät henkilön toiminnalliset kokemukset, tulkinta, ennakointi ja valinta. Nämä tarkoittavat niitä ajatuksia ja tunteita, jotka ovat yhteydessä henkilön kykyihin, tehokkuuteen, nautintoon ja tyytyväisyyteen, sekä henkilölle merkityksellisiin ja tärkeisiin asioihin. Tahdon osa-alueista henkilökohtainen vaikuttaminen, eli uskominen omaan tehokkuuteen, sekä arvot, eli pitääkö toimintoa tekemisen arvoisena, liittyvät olennaisesti henkilön itsestä huolehtimiseen. Tottumus, eli ne tavat jotka toistuvat jokapäiväisessä elämässä, sekä roolit mahdollistavat sen, että ihminen käyttäytyy automaattisesti ympäristön piirteiden ja tilanteiden mukaisesti. Tuttuun arkielämän kulkuun kuuluu suurin osa toiminnallisesta käyttäytymisestä. Ihmisen suorituskyky, eli fyysiset, psyykkiset ja kognitiiviset kyvyt, mahdollistavat arjen ja itsestä huolehtimisen toiminnasta suoriutumiseen. Ympäristö, joka mahdollistaa ja estää sekä rajoittaa osallistumista ja suoriutumista, on olennainen tekijä henkilön arkielämän ja itsestä huolehtimisesta selviytymiseen. Nämä onkin otettava huomioon haastattelua tehdessä. (Forsyth - Parkinson 2008: 7–11; Kielhofner 2008: 66–68, 101–103.)

Haastattelulomakkeen itsestä huolehtimisen eri osioihin saadaan perusta ja järjestys ICF-luokituksen kautta. Itsestä huolehtimisen osa- ja aihealueet on luokiteltu taulukkoon 24 yksityiskohtaisesti ja selkeästi ICF-luokituksen mukaan. Taulukko löytyy liitteenä 2. Taulukkoon 7 olen koonnut kehittämäni haastattelulomakkeen itsestä huolehtimisen osiot ja niihin liittyvät ICF-luokitukset. Tämän taulukon osiot (peseydyn, pesen käteni ym.) joita tutkin ICF-luokituksen mukaan, on esitetty samoilla nimillä kuin ne haastattelulomakkeessa ovat esitetty.

Taulukko 7. Itsestä huolehtiminen ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

peseydyn	peseytyminen (d510) kehon osien peseminen (d5100) koko kehon peseminen (d5101) kuivaaminen (d5102)
pesen käteni	peseytyminen (d510) kehon osien peseminen (d5100)
pesen hiukseni	peseytyminen (d510) kehon osien peseminen (d5100) koko kehon peseminen (d5101) kuivaaminen (d5102)
käyn suihkussa	peseytyminen (d510) kehon osien peseminen (d5100) koko kehon peseminen (d5101) kuivaaminen (d5102)
meikkaan	kehon osien hoitaminen (d520) ihon hoitaminen (d5200)
pesen hampaani	kehon osien hoitaminen (d520) hampaiden hoitaminen (d5201)
harjaan hiukseni	kehon osien hoitaminen (d520) hiusten/parran hoitaminen (d5202)
ajan partani	kehon osien hoitaminen (d520) hiusten/parran hoitaminen (d5202)
leikkaan kynteni	kehon osien hoitaminen (d520) sormenkynsien hoitaminen (d5203) varpaankynsien hoitaminen (d5204)
vaihdan vaatteeni asianmukaisesti	pukeutuminen (d540) vaatteiden pukeminen (d5400) vaatteiden riisuminen (d5401) jalkineiden pukeminen (d5402) jalkineiden riisuminen (d5403) asianmukaisen vaatetuksen valitseminen (d5404)

6.3 Asioiminen ja kotielämä

Asioimiseen ja kotielämään liitetään toimintaterapiassa yleensä asioimisen suunnittelua ja toteutusta sekä kotielämässä selviytymistä. Asioimiseen liittyy toimintaterapianimikkeistön mukaan esimerkiksi ostosten tekemistä, raha-asioista huolehtimista sekä virastoissa asioimista. Aterioiden valmistaminen, vaatehuolto, siivous, tiskaaminen, kotitalouskoneiden käyttäminen sekä tavaroista ja eläimistä huolehtiminen liitetään yleensä kotielämään liittyviin toimintoihin. (Toimintaterapianimikkeistö 2003: 34.)

Myös asioimiseen ja kotielämään liittyy inhimillisen toiminnan mallin mukaiset osa-alueet. Henkilön tahto, tottumus, suorituskyky ja taidot yhdessä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön kanssa antavat pohjan toimintaan osallistumiselle ja suoriutumiselle. Asioimisessa ja kotielämässä tarvitaan inhimillisen toiminnan mallin esittämää toiminnallista identiteettiä ja toiminnallista pätevyyttä, jotta toiminnallinen mukautuminen myös kotielämän ja asioimisen eri osa-alueilla olisi mahdollista. (Forsyth - Parkinson 2008: 7–11; Kielhofner 2008: 101-105.)

Asioiminen ja kotielämän eri osa-alueet on haastattelulomakkeessa järjestelty ICF-luokituksen mukaisesti. Haastattelulomakkeen osa-alueiden ICF-luokitukset olen koonnut taulukkoon 8. Yksityiskohtaisempi, ICF-luokituksen osa- ja aihealueiden mukainen taulukko (taulukko 25) löytyy liitteestä 2.

Taulukko 8. Asioiminen ja kotielämä ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

asioiminen	tavaroiden ja palveluiden hankkiminen (d620) ostosten tekeminen (d6200) päivittäisten perustarvikkeiden ja tarveaineiden kerääminen (d6201) taloudelliset perustoimet (d860) vaativat taloudelliset toimet (d865) kommunikointituotteet ja -teknologiat (e125) kommunikoinnin yleistuotteet ja teknologiat (e1250)
kaupassa käynti	tavaroiden ja palveluiden hankkiminen (d620) ostosten tekeminen (d6200) päivittäisten perustarvikkeiden ja tarveaineiden kerääminen (d6201) aterioiden valmistaminen (d630) taloudelliset perustoimet (d860) vaativat taloudelliset toimet (d865)
ruoan laitto	aterioiden valmistaminen (d630) yksinkertaisten aterioiden valmistaminen (d6300) monimutkaisten aterioiden valmistaminen (d6301)
pyykinpesu	kotitaloustöiden tekeminen (d640) vaatteiden ja asusteiden peseminen ja kuivaaminen (d6400) kotitalouskoneiden käyttäminen (d6403)
lakanoiden vaihto	kotitaloustöiden tekeminen (d640) vaatteiden ja asusteiden peseminen ja kuivaaminen (d6400) asunnon siivoaminen (d6402)
tiskaaminen	kotitaloustöiden tekeminen (d640) keittoalueiden ja keittiötarvikkeiden puhdistaminen (d6401) kotitalouskoneiden käyttäminen (d6403)
siivous	kotitaloustöiden tekeminen (d640) vaatteiden ja asusteiden peseminen ja kuivaaminen (d6400) keittoalueiden ja keittiötarvikkeiden puhdistaminen (d6401) asunnon siivoaminen (d6402) kotitalouskoneiden käyttäminen (d6403) jätteiden hävittäminen (d6405) sisä- ja ulkokasvien hoitaminen (d6505) wc:ssä käyminen (d530)
roskien vienti	kotitaloustöiden tekeminen (d640) jätteiden hävittäminen (d6405) wc:ssä käyminen (d530)
kotieläimet	kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen (d650) eläinten hoitaminen (d6506) Kotieläimet (e350)
rahan käyttö	taloudelliset perustoimet (d860) vaativat taloudelliset toimet (d865) varallisuus (e165) rahallinen varallisuus (e1650)

6.4 Vapaa-aika

Vapaa-aika käsitteenä ja ilmiönä kiinnittyy vahvasti modernin palkkatyöyhteiskunnan syntyyn ja kehittymiseen. Vapaa-ajan tulisi virkistää ja palauttaa työstä, mutta myös tuottaa korkeatasoisia ja vastuullisia kansalaisia. Vapaa-aika kuuluu elämän järjestyksen ja hyvän elämän määrittelyyn. Suomen kielen perussanakirjan määritelmän mukaan vapaa-aika on työn, opiskelun tai muun vastaavan ulkopuolinen, rentoutumiseen ja virkistäytymiseen käytettävissä oleva aika. (Suomen kielen perussanakirja 1994: 485; Suomen virallinen tilasto 2002.)

Vapaa-ajasta puhuttaessa toimintaterapianimikkeistön (2003: 55) mukaan kyse on toiminnoista, joiden on tarkoituksena lisätä elämänhalua ja tyytyväisyyttä. Kun toimintoihin yhdistetään henkilön oma toiminnallinen identiteetti, eli omasta historiasta kumpuava käsitys siitä kuka hän on ja millaiseksi toimijaksi hän haluaisi tulla, sekä toiminnot, jotka henkilö kokee kiinnostavina ja tyydyttävinä, tulee vapaa-ajasta mielekästä ja henkilölle itselleen sopivaa (Kielhofner 2008: 69, 103–104).

6.5 Lepo

Uni ja lepo ovat tärkeitä oppimisille, ongelmien ratkaisuille ja aivojen kehittymiselle. Lepo ja uni auttavat keskittymään, ajattelemaan selvemmin ja suoriutumaan päivittäisistä toimista paremmin. Lepäämisellä on vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin: unen puute heikentää elimistön vastustuskykyä ja altistaa sairauksille. Riittävä uni myös vähentää onnettomuusriskiä. Nukkumalla riittävästi ihminen pitää itsestään huolta. Unenpuute ja unettomuus voivat aiheuttaa esimerkiksi alakuloisuutta, ärtyneisyyttä, päänsärkyä ja keskittymisvaikeuksia. Pitkäaikaisen unettomuuden seuraukset voivat olla huomattavasti vakavampia. Syitä valvomiseen voi olla vapaa-ajanvietto ystävien kanssa, television katselu tai tietokoneen käyttö. Myös kahvi, tee, kola- ja energijuomat, alkoholi tai tupakka voi valvottaa, samoin stressi ja huono sisäilma. Unirytmii häiriintyy helpommin unen puutteesta kuin liiallisesta nukkumisesta. (Hyypä – Kronholm 2002: 24–27.)

7 Pohdinta

Prosessin loppupuolella pohtiessani vastausta tutkimuskysymykseeni, koen että haastattelulomakkeen sisällön tulisi olla sellainen, että yhdellä lomakkeella yhteistyökumppanit saisivat kaiken oleellisen ja tarvitsemansa tiedon asiakkaan elämäntilanteesta ja elämäntilanteesta. Sisällön pitää olla johdonmukainen, ymmärrettävä ja selkeä. Teoriapohjan pitää tukea ja täydentää sisältöä, jolloin kehittämäni haastattelulomake olisi luotettava ja käyttökelpoinen. Vastaako haastattelulomakkeeni näitä tarpeita? Toivon että vastaa. Koen kuitenkin, että prosessi jäi vielä kesken, ja lomakkeessa on parannettavaa ulkoasullisesti ja sisällöllisesti. Pohdin, ovatko kysymykset selkeitä, onko niihin helppo vastata, tuntuvatko jotkut kysymykset ja niiden asetelut asiakkaista tarpeellisilta, ja mitä työntekijät ajattelevat käyttökokeilun jälkeen.

Yhteistyö yhteistyökumppaneiden kanssa oli vaivatonta ja mahtavaa. Opinnäytetyön matkan onnistumiseen vaikuttivat merkittävästi heidän luottamuksensa minuun ja innokkuus kehittämistyötä kohtaan. He tukivat ja auttoivat koko opinnäytetyön prosessin ajan. Vaikeinta tässä kehittämistyössäni on loppujen lopuksi ollut se, että prosessi lopui osaltani ennen käyttökokeilun tulosten saamista ja lomakkeen muokkausta lopulliseen muotoonsa. Luottamus opiskelijakollegaani kohtaan on kuitenkin suuri, ja uskon että hän saa yhdessä yhteistyökumppaneiden ja ohjaajan kanssa luotua ja muokattua lomakkeesta parhaimman mahdollisen, käyttökelpoisuutta ja ulkoasua ajatellen.

Koen, että myös yhteistyökumppaneille kehittämistyön jakamisesta on paljon hyötyä. Nyt paneutuminen opiskelijakollegani puolelta käyttökokeiluun ja sen tuomiin muutoksiin ovat aivan eri tasoa, kuin mitä me olisimme parityönä pystyneet tarjoamaan. Haastattelulomakkeen pilottijaksoa on pidennetty, ja näin saadaan kaikki mahdollinen hyöty irti myös siitä. Jos prosessi olisi mennyt alkuperäisen suunnitelman mukaan, kokeilun tulokset ja niistä tehdyt muutokset olisivat jääneet erittäin laihoiksi.

Halusin ajatella kehittämistyöni lopussa prosessia koko matkalta, ja mietin mitä olisin prosessin aikana ja itse haastattelulomaketta laatiessa tehnyt toisin. Prosessi oli pitkä, ja täynnä ylä- ja alamäkiä, mutta niistä selviydyttiin. Helpottava tekijä itse prosessin kannalta olisi ollut se, että tarpeelliset viitekehykset olisivat valikoituneet aikaisemmin, ja koko haastattelulomake olisi kehitetty teoriapohjaan nojaten. Nyt lähdin kehittämään haastattelulomaketta vain yhteistyökumppaneiden tarpeisiin ja toiveisiin nojaten, ja

liitin teorian kehittämistyöhöni vasta laaditun lomakkeen jälkeen. Koen, että haastattelulomakkeen kehittämistä olisi helpottanut teoriatiedon olemassa oleminen ja siihen peilaaminen heti kehittämisvaiheessa. Se olisi nopeuttanut ja helpottanut kyseisen lomakkeen laatimista, sekä antanut jo kehittämisvaiheessa luotettavuutta työlleni. Koko prosessin ajan keskeisin ajatukseni oli, että kehittämistyöni on yhteistyökumppaneitani varten, ja sen pitää palvella heidän tarpeitaan, jotta haastattelulomakkeesta tulisi käytökelpoinen eikä työ olisi turhaa. Viitekehyksiin nojaaminen alusta asti olisi kuitenkin antanut minulle itselleni luottamusta ja turvaa työn eri vaiheilla.

ICF – Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus on ollut minulle koko koulutuksen ajan punainen vaate. Sen hankaluus näkyy ainakin opiskelijan näkökulmasta sen sekavuutena ja vaikeutena: on hankala ymmärtää, mitä se tarjoaa ja mihin sitä voi käyttää. Pitkän aikaa mietin, miten voisin käyttää luokitusta niin että se perustelee lomakkeen käyttötarkoitusta ja antaa luotettavuutta ja johdonmukaisuutta lomakkeen laatimisen pohjaksi. Ohjaajani avustuksella ymmärsin, että vaikka ICF on kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusjärjestelmä, niin siihen liittyy myös toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden määrittely. Määritelmien ja luokittelun yhdistäminen, ja ymmärrys siitä että luokitus tarjoaa myös tieteellistä perustaa henkilön terveydentilasta, auttoivat minua ymmärtämään sen käyttötarkoituksen: ICF-luokituksen avulla voidaan todella kuvata yhtenäisen kielen ja yhtenäisen viitekehyksen avulla toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa.

Ajan myötä ICF-luokitus alkoi jo tuntua tutummalta, ja koenkin näin lopussa, että sain siitä paljon teoriapohjaa työlleni. Toivon myös, että löytämäni kohdat ja osa-alueet ja tekemäni taulukot voisivat auttaa myös muita henkilöitä, jotka tarvitsevat tietoa esimerkiksi mielenterveydestä ja riippuvuuksista ICF-luokituksen kautta. Toivon myös, että keräämäni osa-alueet ja koodit voisivat mahdollisesti helpottaa joitakin opiskelijoita ja ammattihenkilöitä ICF-luokitusta käyttäessä. Toivoisin myös, että koulutuksessamme perehdyttäisiin tarkemmin tähän viitekehykseen ja sen tarjoamiin mahdollisiin vastauksiin. Jos luokituksen käyttö laajenee, ja sitä on mahdollista käyttää kansainvälisen vertailun välineenä, tulisi se huomioida toimintaterapeuttien opetussuunnitelmaa laatiessa.

Tämän aiheen ja viitekehyksen parissa riittää mielestäni opinnäytetyöaiheita jatkossakin. ICF-luokitukseen pohjaavia toimintaterapeuttien tekemiä opinnäytetöitä on vain vähän tarjolla. Luokituksen tarjoama yhtenäinen kieli eri ammattihenkilöiden välillä antaisi aihetta monenlaisiin opinnäytetöihin. Jos koulutusalat antaisivat myöden, olisi tämän avulla helppo yhdistää eri alojen opiskelijoita ja tehdä yhteisiä opinnäytetöitä koulutusalaan katsomatta.

Kiitos kaikille opinnäytetyössäni mukana olleille!

*Tänään
Luin uutiset ja tiskasin
Ajoin parran, kynnet leikkasin
Valkean kauluspaidan silitin*

*Olen valmis
Kuljen nyt läpi ihmisvillinän
Kaikki tapahtuu kuin hidastettuna
ja korvissani kuulen laulun enkelten*

*Ja silloin ei,
Ei sanota elämälle ei
Annetaan sen virrata
Lävitsemme niin kuin vesi
Imatrankoskessa kuohuva
Ei vielä luovuta*

Imatrankoski (Pariisin Kevät 2010)

Lähteet

A-klinikkasäätiö n.d. Päihdelinkki. Tietoiskut. Verkkodokumentti.
<<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut>>. Luettu 11.1.2012.

Alkoholijuomien kulutus 2010 Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Asunnottomuus ja syrjäytyminen 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Päihdeasiat ja sosiaalinen turvallisuus. Verkkodokumentti.
<<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/paihde/asunnot/index.htm>>.
Luettu 18.1.2012.

Blomster, Peter – Muiluvuori, Marja-Liisa – Linderborg, Henrik – Salo, Irja – Tyni, Sasu 2011. Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2010. Helsinki: Rikosseuraamuslaitos.

Erkkilä, Saija 2001. Elämänhallinta. Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto. Verkkodokumentti. Päivitetty 21.7.2001.
<http://osha.europa.eu/fop/finland/fi/good_practice/stress/elaman_hallinta.stm>.
Luettu 23.12.2011.

Euramo, Laura 2006. "Ei tää muistisairaus tuu heti huomenna". Omaisten kokemuksia Alzheimer-keskusliiton järjestämästä kuntoutuskurssista. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala. Toimintaterapian koulutusohjelma.

Forsyth, Kirsty - Parkinson, Sue 2008. MOHOST- Inhimillisen toiminnan mallin seulonta-arviointi. Käsikirja. Helsinki: Psykologien kustannus Oy.

Hakkarainen, Pekka – Metso, Leena 2003. Huumeiden käytön uusi sukupolvi. Yhteiskuntapolitiikka 68 (3), 244–256.

Hasselkus, Betty Risteen 2002. The meaning of everyday occupation. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin.

Holmalahti, Salla – Lahti, Merja 2005. Mielenterveyskuntoutujan arjessa selviytymistä tukevat tekijät – kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma.

Hyypä, Markku – Kronholm, Erkki 2002. Kansalaisyhteisön sosiaalinen pääoma heijastuu vireyteen. Suomenlääkärilehti 57 (41). 24–27.

Hänninen, Kaija 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakes raportteja 20/2007. Helsinki: Stakes.

Ikonen, Marja-Leena – Tiitinen, Virpi 2007. Asunnottomat 2006. Valtion asuntorahastoeselvityksiä 6. Helsinki: Ympäristöministeriö.

Inkinen, Maria – Partanen, Airi – Sutinen, Tiina 2009. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2005. Kuntoutuksen perusteet. 1-2. painos. Helsinki: WSOY

Keravan suojakotiyhdistys n.d. Keravan suojakotiyhdistys ry. Verkkodokumentti. <www.suojakoti.fi>. Luettu 30.6.2011–1.1.2012.

Kielhofner, Gary 2008: Model Of Human Occupation. 4. edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kontula, Osmo 2005. Seksiriippuvuus. A-klinikkasäätiö. Päihdelinkki. Verkkodokumentti. Päivitetty 19.10.2009. <<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/416-seksiriippuvuus>>. Luettu 4.1.2012.

Laine, Katja n.d. Asumisen toimintojen arviointilomakeisto ASTA™. Asumispalvelusäätiö ASPA. Verkkodokumentti. <<http://www.aspa.fi/asta>>. Luettu 18.8.2011.

Lampio, Anna-Liisa 2003.Historia. Keravan Suojakotiyhdistys ry. Verkkodokumentti. <http://www.suojakoti.fi/?page_id=32>. Luettu 1.12.2011.

Launiainen, Helena - Pettinen, Marjut – Savola, Jari – Valve, Mari 2011. Kerava. Suullinen tiedonanto. 5.10.2011.

Lönngqvist, Jouko – Heikkinen, Martti – Henriksson, Markus – Marttunen Mauri, – Partonen, Timo (toim.) 2007. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Marshall, Max – Lockwood, Austin – Lewis, Shôn – Fiander, Matthew 2004. Essential elements of an early intervention service for psychosis: the opinions of expert clinicians. BMC Psychiatry 17 (4).

Mielen avain 2010: Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke. Verkkodokumentti. <<http://www.mielenavain.fi/>>. Luettu 30.6.2011

Mielenterveyspotilaille ja -kuntoutujille enemmän palveluohjausta 2011. Mieleterveyden keskusliitto. Mielenterveyden keskusliiton tiedotteet. Verkkodokumentti. <<http://www.mtkl.fi/tiedotteet/?x946407=1164081>>. Luettu 22.12.2011.

Milkman, Harvey B. – Sunderwirth, Stanley G. 2009. Craving for Ecstasy and Natural Highs: A Positive Approach to Mood Alteration. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc

Ojasalo, Katri. – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaa. 1. painos. Helsinki: WSOYpro

Paavo-projekti 2003–2006: Paavo – itsearviointilomake. Verkkodokumentti. <<http://www.paavo.fi/>>. Luettu 30.7.2011

Palveluohjauksen kehittäminen n.d. Sosiaaliportti. Verkkodokumentti. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/palveluohjaus/mita_on_palveluohjaus>. Luettu 21.12.2011.

Pariisiin Kevät 2010. Imatrankoski. Teoksessa Astronautti. Helsinki: Sony Music Entertainment Finland Oy.

Pettinen, Marjut – Savola, Jari – Valve, Mari 2011a. Kerava. Suullinen tiedonanto. 3.3.2011.

Pettinen, Marjut – Savola, Jari – Valve, Mari 2011b. Kerava. Suullinen tiedonanto. 6.6.2011.

Pettinen, Marjut – Savola, Jari – Valve, Mari 2011c. Kerava. Suullinen tiedonanto. 15.8.2011.

Pettinen, Marjut – Savola, Jari – Valve, Mari 2011d. Kerava. Suullinen tiedonanto. 19.12.2011.

Placebo 1996. Hang on to Your IQ. Opus: Placebo. London: Hut Records.

Poikolainen, Kari 2009. Sairauksien ehkäisy. Huumeriippuvuus ja huumeiden haitallinen käyttö. Verkkodokumentti.

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/http://www.ktl.fi/%5C%5Cwww.health.fi/tk.koti?p_artikkeli=seh00019&p_haku=sedaatio>. Luettu 30.1.2012.

Poliklinikka 2008. Alkoholismi. Verkkodokumentti. Päivitetty 25.2.2008.

<<http://www.poliklinikka.fi/?page=6620670&id=0579894>>. Luettu 3.1.2012.

Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010 2011. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Päihdetilastollinen vuosikirja 2011 2012. Alkoholi ja huumeet. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.) 2005. Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino, Tampere.

Salo-Chydenius, Sisko 2003: Selvästi eteenpäin – päivittäisten toimien ja päihteiden käytön itsearviointi. Kuntoutus 2/2003. 26–35.

Sauma-hanke n.d. Keravan kaupunki. Verkkodokumentti.

<<http://www.kerava.fi/saumahanke.asp>>. Luettu 21.12.2011.

Sauri, Pekka 2009. Mielenterveys hallitusohjelman ytimeen. Mielenterveyden keskusliitto. Verkkodokumentti. Päivitetty 2.3.2011.

<<http://www.mtkl.fi/tiedotteet/?x946407=994429>>. Luettu 22.12.2011.

Sofaer, Shoshanna - Kreling, Barbara - Carmel, Martha 2000. Coordination of Care for Persons with Disabilities Enrolled in Medicaid Managed Care: A Conceptual Framework to Guide the Development of Measures. U.S. Department of Health and Human Services. New York: Baruch College School of Public Affairs.

Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2010. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Stakes 1999. Tautiluokitus ICD-10. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Stakes.

Stakes 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 4. World Health Organization.

Stakes 2006. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Stakes.

Stålström, Olli 2006. Mielenterveyskuntoutujan selviytyminen arjessa. Mielenterveysyhdistys Helmi ry. Verkkodokumentti. <http://www.mielenterveyshelmi.fi/?netti-helmi_55>. Luettu 2.1.2012.

Suomen kielen perussanakirja 1994. Kolmas osa: S-Ö. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Suomen virallinen tilasto 2002. Vapaa-aikatutkimus. Helsinki: Tilastokeskus. Verkkodokumentti. Päivitetty 26.1.2005. <http://www.stat.fi/til/vpa/2002/vpa_2002_2005-01-26_tie_001.html>. Luettu 29.11.2011.

Suomen virallinen tilasto 2011a. Tulonjakotilasto. Subjektiiivinen toimeentulo 2009, 1. Toimeentulovaikeuksissa olevien kotitalouksien tulotaso ja -rakenne . Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <http://www.stat.fi/til/tjt/2009/01/tjt_2009_01_2010-12-29_kat_001_fi.html>. Luettu 8.12.2011.

Suomen virallinen tilasto 2011b. Rikollisuus. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=050_polrik_tau_105_fi&ti=Selvitettyihin+rikoksiin+syyliseksi+ep%4illyt+henkil%F6t+i%E4n+mukaan+kunnittain+2006%2D2010&path=../Database/StatFin/oik/polrik/&lang=3&multilang=fi>. Luettu 8.12.2011.

Suominen, Sauli – Tuominen, Merja 2007. Palveluohjaus. Portti itsenäiseen elämään. Helsinki: Profami oy.

Toimintaterapianimikkeistö 2003. (toim.) Tupu Holma. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.

Valtioneuvoston asetus huumausaineista 373/2008. Annettu Helsingissä 25.5.2008.

World Health Organization 2006. Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. Sexual health document series. World health organization.

Taulukot ICF-luokituksen mukaan

Taulukko 9. Mielen terveys – Ruumiin ja kehon toiminnot ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Mielen terveys		Ruumiin ja kehon toiminnot	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
❖ Mielen toiminnot (b110-b189)	<ul style="list-style-type: none"> • Tietoisuustoiminnot (b110) • Älykkyystoiminnot (b117) • Temperamentti ja persoonallisuustoiminnot (b126) • Henkinen energia ja viettitoiminnot (b130) • Unitoiminnot (b134) • Tarkkaavaisuustoiminnot (b140) • Muistitoiminnot (b144) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ulospäinsuuntautuneisuus (b1260) ○ Miellyttävyyden taso (b1261) ○ Tunnollisuus (b1262) ○ Henkinen vakaus (b1263) ○ Myönteisyys (b1265) ○ Itseluottamus (b1266) ○ Henkinen energian taso (b1300) ○ Motivaatio (b1301) ○ Ruokahalu (b1302) ○ Mielijohteiden hallinta (b1304) ○ Unen määrä (b1340) ○ Nukahtaminen (b1341) ○ Unitilan ylläpitäminen (b1342) ○ Unitilan laatu (b1343) ○ Unisyklitoiminnot (b1344) 	

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aistitoiminnot ja kipu (b210-b289) ❖ Ääni- ja puhetoiminnot (b310-b399) ❖ Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot (b410-b469) 	<ul style="list-style-type: none"> • psykomotoriset toiminnot (b147) • Tunne-elämän toiminnot (b152) • Havaintotoiminnot (b156) • Ajattelutoiminnot (b160) • Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot (b164) • Itsen ja ajan kokemisen toiminnot (b180) • Kipuaistimus (b280) • Puheen sujuvuus- ja rytmitoiminnot (b330) • Sydän ja verenkierto- sekä hengitysjärjestelmä toimintoihin liittyvät aistimukset (b460) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tunteiden tarkoituksenmukaisuus (b1520) ○ Tunteiden säätely (b1521) ○ Tunteiden vaihtelu (b1522) ○ Ajattelun nopeus (b1600) ○ Ajattelun muoto (b1601) ○ Ajattelun sisältö (b1602) ○ Ajattelun hallinta (b1603) ○ Järjestely ja suunnittelu (b1641) ○ Ajan hallinta (b1642) ○ Oivalluskyky (b1644) ○ Arvostelukyky (b1645) ○ Itsen kokeminen (b1800) ○ Kehonkuva (b1801)
--	---	---

<ul style="list-style-type: none">❖ Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot (b510-b559) ❖ Virtsa- ja sukuelinsekä suvunjatkamisjärjestelmän toiminnot (b610-b679) ❖ Tuki- ja liikuntaelimestön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot (b710-b799)	<ul style="list-style-type: none">• Painonhallintatoiminnot (b530)• ruoansulatusjärjestelmään liittyvät aistimukset (b535) • seksuaalitoiminnot (b640) • Lihaksiin ja liiketoimintoihin liittyvät aistimukset (b780)	
---	--	--

Taulukko 10. Mielensterveys – Suoritukset ja osallistuminen ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Mielensterveys		Suoritukset ja osallistuminen	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Oppiminen ja tiedon soveltaminen (d110-d179) ❖ Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (d210-d299) 	<ul style="list-style-type: none"> • Katseleminen (d110) • Kuunteleminen (d115) • Ajatteleminen (d163) • Lukeminen (d166) • Ongelman ratkaiseminen (d175) • Päätöksen tekeminen (d177) • Yksittäisen tehtävän tekeminen (d210) • Useiden tehtävien tekeminen (d220) • Päivittäin toistuvien tehtävien tekeminen (d230) • Stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen (d240) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien hallitseminen (d2301) ○ Päivittäin toistuvien tehtävien ja toimien suorittaminen loppuun (d2302) ○ Oman toimintatason hallitseminen (d2303) 	

❖ Kommunikointi (d310-d369)	<ul style="list-style-type: none">• Puhuttujen viestien ymmärtäminen (d310)• Ei-kielallisten viestien ymmärtäminen (d315)• Puhuminen (d330)• Ei-kielallisten viestien tuottaminen (d335)• Keskustelu (d350)• Asiakeskustelu (d355)	
❖ Liikkuminen (d410-d499)	<ul style="list-style-type: none">• Kulkuneuvojen käyttäminen (d470)• Ajaminen (d475)	
❖ Itsestä huolehtiminen (d510-d599)	<ul style="list-style-type: none">• Peseytyminen (d510)• Kehon osien hoitaminen (d520)• WC:ssä käyminen (d530)• Pukeutuminen (d540)• Ruokaileminen (d550)• Juominen (d560)• Omasta terveydestä huolehtiminen (d570)	
❖ Kotielämä (d610-d669)	<ul style="list-style-type: none">• Tavaroiden ja palveluiden hankkiminen (d620)• Aterioiden valmistaminen (d630)• Kotitaloustöiden tekeminen (d640)• Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen (d650)• Muiden henkilöiden avustaminen (d660)	

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d710-d779) 	<ul style="list-style-type: none"> • Henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus (d710) • Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus (d720) • Yhteydenpito vieraisiin henkilöihin (d730) • Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet (d750) • Perhesuhteet (d760) • Intiimit ihmissuhteet (d770) 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Keskeiset elämänaalueet (d810-d879) 	<ul style="list-style-type: none"> • Korkea-asteen koulutus (d830) • työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen (d845) • Vastikkeellinen työ (d850) • Taloudelliset perustoimet (d860) • Vaativat taloudelliset toimet (d865) • Taloudellinen omavastuu (d870) 	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (d910-d999) 	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteisöllinen elämä (d910) • Virkistäytyminen ja vapaa-aika (d920) • Uskonto ja hengellisyys (d930) • Poliittinen elämä ja kansalaisuus (d950) 	

Taulukko 11. Mielenterveys ICF-luokituksen ympäristötekijät osa-alueen mukaan. (Stakes 2004.)

Mielenterveys		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tuotteet ja teknologiat (e110-e199) ❖ Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset (e210-e299) ❖ Tuki ja keskinäiset suhteet (e310-e399) ❖ Asenteet (e410-e499) 	<ul style="list-style-type: none"> • Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen (e110) • Varallisuus (e165) • Ilmasto (e225) • Valo (e240) • Aikaan liittyvät muutokset (e245) • Ääni (e250) • Lähiperhe (e310) • Ystävät (e320) • Tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit, ja yhteisön jäsenet (e325) • Esimiesasemassa olevat henkilöt (e330) • Kotipalvelutyöntekijät ja henkilökohtaiset avustajat (e340) • Terveystieteiden ammattihenkilöt (e355) • Muut ammattihenkilöt (e360) • Lähiperheen jäsenten asenteet (e410) • Laajennetun perheen jäsenten asenteet (e415) 	<ul style="list-style-type: none"> o Lääkkeet (e1101) 	

<p>❖ Palvelut, hallinto ja politiikat (e510-e599)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Ystävien asenteet (e420)• Tuttavien, ikätovereiden, työtovereiden, naapureiden ja yhteisön jäsenten asenteet (e425)• Esimiesasemassa olevien henkilöiden asenteet (e430)• Kotipalvelutyöntekijöiden ja henkilökohtaisten avustajien asenteet (e440)• Terveystieteiden ammattihenkilöiden asenteet (e450)• Muiden ammattihenkilöiden asenteet (e455)• Yhteisön asenteet (e460)• Sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat (e465)	
---	--	--

Taulukko 12. Riippuvuudet ICF-luokituksen Ruumiin ja kehon toiminnot osa-alueen mukaan. (Stakes 2004.)

HUOM! Taulukoissa 15–20 on eritelty vielä erikseen kuhunkin riippuvuuteen liittyviä ICF-luokituksen aihe-alueita.

Riippuvuudet		Ruumiin ja kehon toiminnot	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mielentoiminnot (b110-b189) ❖ Aistitoiminnot ja kipu (b210-b289) ❖ Ääni- ja puhetoiminnot (b310-b399) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tietoisuustoiminnot (b110) • Älykkyystoiminnot (b117) • Temperamentti ja persoonallisuustoiminnot (b126) • Henkinen energia ja viettitoiminnot (b130) • Unitoinnot (b134) • Tarkkaavaisuustoiminnot (b140) • Muistitoiminnot (b144) • psykomotoriset toiminnot (b147) • Tunne-elämän toiminnot (b152) • Havaintotoiminnot (b156) • Ajattelutoiminnot (b160) • Korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot (b164) • Itsen ja ajan kokemisen toiminnot (b180) • Puheen sujuvuus- ja rytmitoiminnot (b330) 		

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sydän ja verenkierto-, veri-, immuuni- ja hengitysjärjestelmän toiminnot (b410-b469) ❖ Ruoansulatus-, aineenvaihdunta- ja umpieritysjärjestelmän toiminnot (b510-b559) ❖ Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjakamisjärjestelmän toiminnot (b610-b679) ❖ Tuki- ja liikuntaelimestön ja liikkeisiin liittyvät toiminnot (b710-b729) ❖ Ihon ja ihoon liittyvien rakenteiden toiminnot (b810-b869) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sydän ja verenkierto- sekä hengitysjärjestelmä toimintoihin liittyvät aistimukset (b460) • Painonhallintatoiminnot (b530) • ruoansulatusjärjestelmään liittyvät aistimukset (b535) • Seksuaalitoiminnot (b640) • Sukuelin- ja suvunjakamistoimintoihin liittyvät aistimukset (b670) • Tahattomat liiketoiminnot (b765) • Lihaksiin ja liiketoimintoihin liittyvät aistimukset (b780) • Ihoaistimukset (b840) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sukupuolilyhdyntään liittyvä hankaluus (b6700) ○ Sukuelin- ja suvunjakamistoimintoihin liittyvät aistimukset, muu määritelty (b6708) ○ Sukuelin- ja suvunjakamistoimintoihin liittyvät aistimukset, määrittelemätön (b6709)
--	---	---

Taulukko 13. Riippuvuudet ICF-luokituksen Suoritukset ja osallistuminen osa-alueen mukaan. (Stakes 2004.)

Riippuvuudet		Suoritukset ja osallistuminen	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
❖ Oppiminen ja tiedon soveltaminen (d110-d179)	<ul style="list-style-type: none"> • Katseleminen (d110) • Kuunteleminen (d115) • Ajatteleminen (d163) • Lukeminen (d166) • Ongelman ratkaiseminen (d175) • Päätöksen tekeminen (d177) 		
❖ Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (d210-d299)	<ul style="list-style-type: none"> • Yksittäisen tehtävän tekeminen (d210) • Useiden tehtävien tekeminen (d220) • Päivittäin toistuvien tehtävien tekeminen (d230) • Stressin ja muiden psyykkisten vaateiden käsitteleminen (d240) 		
❖ Kommunikointi (d310-d369)	<ul style="list-style-type: none"> • Puhuttujen viestien ymmärtäminen (d310) • Ei-kielellisten viestien ymmärtäminen (d315) • Puhuminen (d330) • Ei-kielellisten viestien tuottaminen (d335) • Keskustelu (d350) • Asiakeskustelu (d355) 		

❖ Liikkuminen (d410-d499)	<ul style="list-style-type: none"> • Kulkuneuvojen käyttäminen (d470) • Ajaminen (d475) 	
❖ Itsestä huolehtiminen (d510-d599)	<ul style="list-style-type: none"> • Peseytyminen (d510) • Kehon osien hoitaminen (d520) • WC:ssä käyminen (d530) • Pukeutuminen (d540) • Ruokaileminen (d550) • Juominen (d560) • Omasta terveydestä huolehtiminen (d570) 	
❖ Kotielämä (d610-d669)	<ul style="list-style-type: none"> • Tavaroiden ja palveluiden hankkiminen (d620) • Aterioiden valmistaminen (d630) • Kotitaloustöiden tekeminen (d640) • Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen (d650) • Muiden henkilöiden avustaminen (d660) 	
❖ Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet (d710-d779)	<ul style="list-style-type: none"> • Henkilöiden välinen perustava vuorovaikutus (d710) • Henkilöiden välinen monimuotoinen vuorovaikutus (d720) • Yhteydenpito vieraisiin henkilöihin (d730) 	

<p>❖ Keskeiset elämäalueet (d810-d879)</p> <p>❖ yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (d910-d999)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Vapaamuotoiset sosiaaliset ihmissuhteet (d750)• Perhesuhteet (d760)• Intiimit ihmissuhteet (d770) • Korkea-asteen koulutus (d830)• työnhaku, työpaikan säilyttäminen ja työn päättäminen (d845)• Vastikkeellinen työ (d850)• Taloudelliset perustoimet (d860)• Vaativat taloudelliset toimet (d865)• Taloudellinen omavastuu (d870) • Yhteisöllinen elämä (d910)• Virkistäytyminen ja vapaa-aika (d920)• Uskonto ja hengellisyys (d930)• Poliittinen elämä ja kansalaisuus (d950)	
--	---	--

Taulukko 14. Riippuvuudet ICF-luokituksen ympäristötekijät osa-alueen mukaan. (Stakes 2004.)

Riippuvuudet		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tuotteet ja teknologiat (e110-e199) ❖ Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset (e210-e299) ❖ Tuki ja keskenäiset suhteet (e310-e399) ❖ Asenteet (e410-e499) 	<ul style="list-style-type: none"> • Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen (e110) • Varallisuus (e165) • Kasvillisuus ja eläimistö (e220) • Ilmasto (e225) • Valo (e240) • Aikaan liittyvät muutokset (e245) • Ääni (e250) • Lähiperhe (e310) • Ystävät (e320) • Tuttavat, ikätoverit, työtoverit, naapurit, ja yhteisön jäsenet (e325) • Esimiesasemassa olevat henkilöt (e330) • Tuntemattomat henkilöt (e345) • Kotipalvelutyöntekijät ja henkilökohtaiset avustajat (e340) • Terveystieteiden ammattihenkilöt (e355) • Muut ammattihenkilöt (e360) • Lähiperheen jäsenten asenteet (e410) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ kasvit (e2200) 	

<p>❖ Palvelut, hallinto ja politiikat (e510-e599)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Laajennetun perheen jäsenten asenteet (e415) • Ystävien asenteet (e420) • Tuttavien, ikätovereiden, työtovereiden, naapureiden ja yhteisön jäsenten asenteet (e425) • Esimiesasemassa olevien henkilöiden asenteet (e430) • Tuntemattomien henkilöiden asenteet (e445) • Kotipalvelutyöntekijöiden ja henkilökohtaisten avustajien asenteet (e440) • Terveystieteiden ammattihenkilöiden asenteet (e450) • Muiden ammattihenkilöiden asenteet (e455) • Yhteisön asenteet (e460) • Sosiaaliset normit, käytännöt ja ideologiat (e465) 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Asuminen – palvelut, hallinto ja politiikka (e525) • Sosiaaliturva - etuudet, hallinto ja politiikka (e570) • Yleinen sosiaalinen tuki - palvelut, hallinto ja politiikka (e575) • Terveystieteiden - palvelut, hallinto ja politiikka (e580) • Työ ja työllistäminen (e590) 	

Taulukko 15. Alkoholit ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Alkoholi		Suoritukset ja osallistuminen	
		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Itsestä huolehtiminen (d510-d599) ❖ Tuotteet ja teknologiat (e110-e199) ❖ Palvelut, hallinto ja politiikat (e510-e599) 	<ul style="list-style-type: none"> • Juominen (d560) • Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen (e110) • Kulutustavaroiden tuotanto – palvelut, hallinto ja politiikka (e510) 		

Taulukko 16. Huumeet ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Huumeet		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tuotteet ja teknologiat (e110-e199) ❖ Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset (e210-e299) 	<ul style="list-style-type: none"> • Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen (e110) • Kasvillisuus ja eläimistö (e220) • Ilmasto (e225) • Ihmisten aikaansaamat ilmiöt (e235) • Valo (e240) • Ilman laatu (e260) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elintarvikkeet (e1100) ○ Lääkkeet (e1101) ○ Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen, muu määriteltä (e1108) ○ Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen, määrittelemätön (e1109) ○ Kasvit (e2200) 	

Taulukko 17. Lääkkeet ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Lääkkeet		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
❖ Tuotteet ja teknologiat (e110-e199)	• Syötävät ja juotavat tuotteet ja aineet henkilökohtaiseen kulutukseen (e110)	○ Lääkkeet (e1101)	

Taulukko 18. Peliriippuvuus ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Peliriippuvuus		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
❖ Tuotteet ja teknologiat (e110-e199)	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikointituotteet ja -teknologiat (e125) • Opetustuotteet ja -teknologiat (e130) • Työssä käytettävät tuotteet ja teknologiat (e135) • Kulttuuri-, virkistys- ja urheilutoiminnan tuotteet ja teknologiat (e140) • Varallisuus (e165) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikoinnin yleistuotteet ja teknologiat (e1250) ○ Opetuksen yleistuotteet ja teknologiat (e1300) ○ Työssä käytettävät yleistuotteet ja teknologiat (e1350) ○ Kulttuuri-, virkistys- ja urheilutoiminnan yleistuotteet ja teknologiat (e1400) 	

Taulukko 19. Seksiriippuvuus ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Seksiriippuvuus		Ruumiin ja kehon toiminnot Suoritukset ja osallistuminen Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Virtsa- ja sukuelin- sekä suvunjakamisjärjestelmän toiminnot (b610-b699) ❖ Tuotteet ja teknologiat (e110-e199) 	<ul style="list-style-type: none"> • Seksuaalitoiminnot (b640) • Lisäntymistoiminnot (b660) • Sukuelin- ja suvunjakamistoimintoihin liittyvät aistimukset (b670) • Varallisuus (e165) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sukupuoliyhdyntään liittyvä hankaluus (b6700) ○ Sukuelin- ja suvunjakamistoimintoihin liittyvät aistimukset, muu määritelty (b6708) ○ Sukuelin- ja suvunjakamistoimintoihin liittyvät aistimukset, määrittelemätön (b6709) 	

Taulukko 20. Internet-riippuvuus ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Internet-riippuvuus		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
❖ Tuotteet ja teknologiat (e110-e199)	❖ Kommunikointituotteet ja –teknologiat (e125) <ul style="list-style-type: none"> • Opetustuotteet ja –teknologiat (e130) • Työssä käytettävät tuotteet ja teknologiat (e135) • Kulttuuri-, virkistys- ja urheilutoiminnan tuotteet ja teknologiat (e140) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikoinnin yleistuotteet ja teknologiat (e1250) ○ Opetuksen yleistuotteet ja teknologiat (e1300) ○ Työssä käytettävät yleistuotteet ja teknologiat (e1350) ○ Kulttuuri-, virkistys- ja urheilutoiminnan yleistuotteet ja teknologiat (e1400) 	

Taulukko 21. Asunnottomuus ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Asunnottomuus		Suoritukset ja osallistuminen	
		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (d210-d299) ❖ Kommunikointi (d310-d399) ❖ Itsestä huolehtiminen (d510-d599) ❖ Kotielämä (d610-d699) ❖ Keskeiset elämäalueet (d810-899) ❖ Tuotteet ja teknologiat (e110-e199) ❖ Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset (e210-e299) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen (d650) • Työ ja työllistyminen (d840-d859) • Taloudellinen elämä (d860-d879) • Julkisten rakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat (e150) • Yksityisrakennusten arkkitehtuuri- ja rakennussuunnittelun sekä rakentamisen tuotteet ja teknologiat (e155) • Varallisuus (e165) • Väestö (e215) 		

<ul style="list-style-type: none">❖ Tuki ja keskinäiset suhteet (e310-e399) ❖ Asenteet (e410-e499) ❖ Palvelut hallinto ja politiikat (e510-e599)	<ul style="list-style-type: none">• Kulutustavaroiden tuotanto – palvelut, hallinto ja politiikka (e510)• Arkkitehtuuri ja rakentaminen – palvelut, hallinto ja politiikka (e515)• Ympäristön kaavoitus – palvelut, hallinto ja politiikka (e520)• Asuminen – palvelut, hallinto ja politiikka (e525)• Talous – palvelut, hallinto ja politiikka (e565)• Sosiaaliturva – etuudet, hallinto ja politiikka (e570)• Yleinen sosiaalinen tuki - palvelut, hallinto ja politiikka (e575)• Terveys (e580)• Työ ja työllistäminen – palvelut, hallinto ja politiikka (e590)	
--	--	--

Taulukko 22. Työttömyys, ylivelkaantuminen ja köyhyys ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Työttömyys, ylivelkaantuminen ja köyhyys		Suoritukset ja osallistuminen	
		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet (d210-d299) ❖ Kommunikointi (d310-d369) ❖ Itsestä huolehtiminen (d510-d599) ❖ Keskeiset elämänalueet (d810-899) ❖ Tuotteet ja teknologiat (e110-199) ❖ Tuki ja keskinäiset suhteet (e310-e399) ❖ Asenteet (e410-e499) ❖ Palvelut hallinto ja politiikat (e510-e599) 	<ul style="list-style-type: none"> • Varallisuus (e165) 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Talous – palvelut, hallinto ja politiikka (e565) • Sosiaaliturva – etuudet, hallinto ja politiikka (e570) • Yleinen sosiaalinen tuki - palvelut, hallinto ja politiikka (e575) • Terveys (e580) • Työ ja työllistäminen – palvelut, hallinto ja politiikka (e590) 		

Taulukko 23. Rikollisuus ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Rikollisuus		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
❖ Palvelut hallinto ja politiikat (e510-e599)	<ul style="list-style-type: none"> • Väestönsuojelu - palvelut, hallinto ja politiikka (e545) • Oikeustoimi - palvelut, hallinto ja politiikka (e550) • Poliittinen päätäntä - palvelut, hallinto ja politiikka (e595) 		

Taulukko 24. Itsestä huolehtiminen ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Itsestä huolehtiminen		Suoritukset ja osallistuminen	
		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
❖ Itsestä huolehtiminen (d510-d599)	<ul style="list-style-type: none"> • peseytyminen (d510) • kehon osien hoitaminen(d520) • pukeutuminen (d540) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ kehon osien peseminen (d5100) ○ koko kehon peseminen (d5101) ○ kuivaaminen (d5102) ○ ihon hoitaminen (d5200) ○ hampaiden hoitaminen (d5201) ○ hiusten/parran hoitaminen (d5202) ○ sormenkynsien hoitaminen (d5203) ○ varpaankynsien hoitaminen (d5204) ○ vaatteiden pukeminen (d5400) ○ vaatteiden riisuminen (d5401) ○ jalkineiden pukeminen (d5402) ○ jalkineiden riisuminen (d5403) ○ asianmukaisen vaatetuksen valitseminen (d5404) 	

Taulukko 25. Asioiminen ja kotielämä ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Asioiminen ja kotielämä		Suoritukset ja osallistuminen	
		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Itsestä huolehtiminen (d510-d599) ❖ Kotielämä (d610-699) 	<ul style="list-style-type: none"> • wc:ssä käyminen (d530) • tavaroiden ja palveluiden hankkiminen (d620) • aterioiden valmistaminen (d630) • kotitaloustöiden tekeminen (d640) • kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen (d650) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ostosten tekeminen (d6200) ○ päivittäisten perustarvikkeiden ja tarveaineiden kerääminen (d6201) ○ yksinkertaisten aterioiden valmistaminen (d6300) ○ monimutkaisten aterioiden valmistaminen (d6301) ○ vaatteiden ja asusteiden peseminen ja kuivaaminen (d6400) ○ keittoalueiden ja keittiötarvikkeiden puhdistaminen (d6401) ○ asunnon siivoaminen (d6402) ○ kotitalouskoneiden käyttäminen (d6403) ○ jätteiden hävittäminen (d6405) ○ sisä- ja ulkokasvien hoitaminen (d6505) ○ eläinten hoitaminen (d6506) 	

<ul style="list-style-type: none">❖ Keskeiset elämänaalueet (d810-d899) ❖ Tuotteet ja teknologiat (e110-199) ❖ Tuki ja keskinäiset suhteet (e310-e399)	<ul style="list-style-type: none">• taloudelliset perustoimet (d860)• vaativat taloudelliset toimet (d865) • kommunikointituotteet ja -teknologiat (e125)• varallisuus (e165) • Kotieläimet(e350)	<ul style="list-style-type: none">○ kommunikoinnin yleistuotteet ja teknologiat (e1250)
--	---	---

Taulukko 26. Vapaa-aika ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Vapaa-aika		Suoritukset ja osallistuminen	
		Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>	<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mielentoiminnot (b110-199) ❖ Itsestä huolehtiminen (d510-599) ❖ Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä (d910-d999) ❖ Tuotteet ja teknologia (e110-e199) ❖ Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset (e210-e299) 	<ul style="list-style-type: none"> • Henkinen energia ja viettitoiminnot (b130) • Omasta terveydestä huolehtiminen (d570) • Yhteisöllinen elämä (d910) • Virkistäytyminen ja vapaa-aika (d920) • Uskonto ja hengellisyys (d930) • Ihmisoikeudet (d940) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ruokavaliosta ja fyysisestä kunnosta huolehtiminen (d5701) ○ Oman terveyden ylläpitäminen (d5702) ○ Peli ja leikki (d9200) ○ Urheilu (d9201) ○ Taiteet ja kulttuuri (d9202) ○ Taide- ja käsityöt (d9203) ○ Harrastukset (d9204) ○ Sosiaalinen kanssakäyminen (d9205) 	

<ul style="list-style-type: none">❖ Tuki ja keskinäiset suhteet (e310-e399) ❖ Asenteet (e410-e499) ❖ Palvelut hallinto ja politiikat (e510-e599)		
--	--	--

Taulukko 27. Lepo ICF-luokituksen mukaan. (Stakes 2004.)

Lepo		Ruumiin ja kehon toiminnot Suoritukset ja osallistuminen Ympäristötekijät	
<i>Yksiportainen luokitus</i>		<i>Kaksiportainen luokitus</i>	<i>Neliportainen luokitus</i>
❖ Mielentoiminnot (b110-b139)		• Unitoiminnot (b134)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Unen määrä (b1340) ○ Nukahtaminen (b1341) ○ Unitilan ylläpitäminen (b1342) ○ Unitilan laatu (b1343) ○ Unisyklitoiminnot (b1344) ○ Unitoiminnot muu määrittely (b1348)
❖ Itsestä huolehtiminen (d510-599)		• Omasta terveydestä huolehtiminen (d570)	
❖ Luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset (e210-e299)		• Aikaan liittyvät muutokset (e245)	○ Päivän/yönkierto (e2450)