

# SOSIAALISEN KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMINEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN PALVELUASUMISESSA

Perheintervention mahdollisuudet osana kuntoutusta

Virpi Järvinen

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2014

Sosiaalialan koulutusohjelma  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Järvinen, Virpi	Julkaisun laji	Päivämäärä
	Opinnäytetyö	7.11.2014
	Sivumäärä	Julkaisun kieli
	74	Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty
Työn nimi SOSIAALINEN KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMINEN MIELENTERVEYSKUNTOUTUJIIEN PALVELUASUMISESSA, Perheintervention mahdollisuudet osana kuntoutusta		
Koulutusohjelma Sosiaalialan koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Tapaninen, Eero; Ketola, Tuija		
Toimeksiantaja(t) JST oy, Jyväskylän Seudun Tukikodit Oy/ Niittykodin palveluasumisen yksikkö		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön aiheena on sosiaalisen kuntoutuksen kehittäminen mielenterveyskuntoutujien tuetussa palveluasumisessa. Opinnäytetyö toteutettiin Niittykodin tehostetun asumis- palveluyksikön kanssa. Tutkimuksessa tutkin mielenterveyskuntoutujien kokemuksia sekä asukastyytyväisyyttä Niittykodin tehostetun palveluasumisen yksikössä sekä pohdin analyysin pohjalta uutta sosiaalista kuntoutusta tukevaa toimintamenetelmää mielenterveyskuntoutujien Niittykodin palveluasumisen yksikköön. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoidulla kymmenen kohdan asiakastyytyväisyyskyselyllä, joka koostui sekä kvalitatiivisista että kvantitatiivisista osioista. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Niittykodin asumisyksikön asukkaat. Kyselyyn vastasi 12 asukasta. Aineiston analysoinnissa käytin luokittelua.</p> <p>Tutkimus oli osa palveluasumisen palveluntilaajan laadunvalvonnan seuranta, jonka laadullisista osioista nousi analysoinnin yhteydessä esiin asukkaiden tarpeet ja halu yhteistyöhön omaisten kanssa sekä tarve kuntoutuksen tavoitteellisuuden ja osallisuuden kehittämiseen. Omaisten ja läheisten tieto, ymmärrys ja hyväksyminen kuntoutujan sairaudesta ovat merkittäviä tekijöitä kuntoutujan voimaantumisprosessissa.</p> <p>Sosiaalisen kuntoutuksen kehittäminen on ajankohtainen sosiaalihuoltolain uudistuksen myötä. Sen tuominen mielenterveyskuntoutujien palveluasumisen työmuodoksi tukee perinteisempää kuntoutusmallia ja mahdollistaa asiakaslähtöisemmän, osallisuutta vahvistavan palveluohjausmallin. Perheintervention malli Niittykodilla integroituisi kuntoutussuunnitelmaan kuntoutujan voimavaroja etsiessä, toimien tiedollisena perustana kaikille osapuolille ja myöhemmin hoitopalaverin osiona, jota vasten kuntoutuksen etenemistä voisi verrata.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Palveluohjaus, mielenterveyskuntoutus, sosiaalinen kuntoutus, osallisuus, perheinterventio		
Muut tiedot		



Author(s)	Type of publication	Date
Järvinen, Virpi	Bachelor's thesis	7.11.2014
	Pages	Language
	74	Finnish
		Permission for web publication
Title of publication THE DELVELOPEMENT OF SOCIAL REHABILITATION IN THE SHELTERED HOUSING SERVICES OF MENTAL HEALTH REHABILITEES Possibilities of family intervention as a part of rehabilitation		
Degree Programme		
Social services		
Tutor(s)		
Tapaninen Eero; Ketola, Tuija		
Assigned by		
JST oy, Jyväskylän Seudun Tukikodit Oy/ Niittykoti Sheltered Housing Unit		
Abstract		
<p>The thesis dealt with developing social rehabilitation in a sheltered housing unit for mental health rehabilitees. The thesis was implemented in co-operation with the Niittykoti intensified sheltered housing unit. The thesis focused on the experiences and satisfaction of the rehabilitees living in the Niittykoti unit. Moreover, based on the results of the study, the purpose was to develop for the unit a new model of operation which would support social rehabilitation.</p> <p>The study was carried out by using a half-structured ten-part client satisfaction survey which included both qualitative and quantitative parts. The target group of the study was Niittykoti unit's inhabitants. 12 inhabitants answered to the survey. The data was analyzed by using type-casting. The study was a part of the quality assurance of sheltered housing services carried out by the service buyer. The analysis of the qualitative parts raised the inhabitants' need of co-operation with their families as well as a need to develop target orientation and encouragement to participation in rehabilitation. The family members' knowledge, understanding and acceptance of the rehabilitees' illness are significant factors in their empowerment process.</p> <p>Developing social rehabilitation is a current issue because of the reform of the Social Welfare Law. Making it a method of mental health rehabilitation supports the traditional rehabilitation models and facilitates a more client-centered service guidance model that would also encourage participation. The model of family intervention in Niittykoti would integrate it to the rehabilitation plan when identifying the rehabilitees' personal resources. Moreover, it would also give a cognitive base for all parties as well as be later used as a part of the care meetings and, thus, facilitate the evaluation of the progress of rehabilitation.</p>		
Keywords,		
Social guidance, mental health rehabilitation, social rehabilitation, complicity, family intervention		
Miscellaneous		

## SISÄLTÖ

1	Asiakkaiden tarpeista ja osallisuuden vahvistamisesta opinnäytetyön aiheeksi .....	3
2	Opinnäytetyön toteutus.....	6
2.1	Tutkimusmenetelmänä lomakekysely.....	8
2.2	Tutkimuksen eettisyys ja tietojen käsittely .....	10
3	Asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset lähtökohtana .....	11
3.1	Asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset.....	14
3.2	Kehittämistehtävät .....	17
4	Sosiaalinen kuntoutus.....	21
4.1	Sosiaalisen kuntoutuksen tarve .....	22
4.2	Osallisuuden ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen .....	23
5	Palveluohjaus mielenterveystyössä.....	26
5.1	Mielenterveyden häiriöiden erityisongelmat .....	28
5.2	Mielenterveyskuntoutuja yhteiskunnassa .....	30
5.3	Kuntoutuja asiakkaana palveluohjauksessa .....	32
5.4	Palveluohjauksen vaikutukset yksilötasolla.....	33
6	Omaiset ja mielenterveyskuntoutuja.....	35
6.1	Omaisten sopeutumisprosessi .....	36
6.2	Omaiset palveluohjauksessa .....	39
6.2.1	Työntekijän rooli ja asenteet palveluohjauksessa .....	40
6.2.2	Psykososiaalisen toimintakyvyn tukeminen palveluohjauksessa.....	42
6.2.3	Recovery- ajattelu palveluohjauksessa.....	44
7	Opastava perhetyö .....	46
7.1	Dialoginen kohtaaminen asiakastyössä .....	48
7.2	Työntekijänä dialogissa .....	49
7.3	Perheinterventio ja läheisneuvonpito .....	52
7.3.1	Perheen tunneilmapiiri ja suunnittelu- osallisuus.....	53
7.3.2	Tiedollinen tuki ja tieto - osallisuus.....	54

7.3.3	Perheen vuorovaikutus ja toiminta - osallisuus.....	58
7.3.4	Voimaantumisen arviointi - osallisuus .....	59
8	Perheinterventio ja palveluohjaus Niittykodilla.....	61
9	Pohdinta.....	62
	Lähteet.....	65
	Liitteet .....	70
	Liite 1: Saatekirje asukastyytyväisyyskyselyyn .....	70
	Liite 2: Asiakastyytyväisyyskyselylomake .....	71

## Taulukko

Taulukko 1. Niittykodin asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset .....	13
---	----

## Kuviot

Kuvio 1. Sopeutumisprosessin eri vaiheet.....	38
Kuvio 2. Kuntoutujan toipumisprosessi .....	45

# 1 Asiakkaiden tarpeista ja osallisuuden vahvistamisesta opinnäytetyön aiheeksi

Mielenterveyskuntoutajat ovat olleet minulla ammatillisen kiinnostuksen kohteena koko aikuisiän opiskelun ajan antamassa suuntaa myös sosionomiopintoihini ja lopulta opinnäytetyöhöni. Olen pohtinut, olenko tehnyt työtä mielenhäiriöiden vai mielenterveyden kanssa ja tullut lopputulokseen, että mielenhäiriöistä riippumatta roolini on työskennellä mielen terveen kapasiteetin kanssa. Mikä on minun kulttuurisidonnainen normini mielenterveydestä? Toivio & Nordling (2013, 61) toteavat, että mielenterveyden käsite on suhteellinen ja yhteiskunnan käyttäytymisnormien määrittelyn mukaan normatiivinen. Käyttäytymisnormit määrittelevät millainen käyttäytyminen on tuomitavaa tai sosiaalisesti hyväksyttävää. Myös laki osaltaan määrittelee, miten mielenterveyteen ja mielisairauteen otetaan kantaa. Koska mielenterveys on suhteellinen käsite, usein ihminen joutuu itse määrittelemään mielenterveytensä tilan, koska tutkimuksissa ei ole kuvattu käsitettä täydellinen mielenterveys tai sen puuttuminen (Toivio & Nordling 2013, 61).

Aaltio (2013, 61) määrittelee mielenterveyden ja sen riittävyyden, joilla on yhteys ihmisen autonomiaan. Ihmisen ei voida katsoa olevan autonominen, mieleltään tai emotionaalisesti terve, jos hänen kaikki kuusi mielenterveyden kognitiivista ja emotionaalista kapasiteetin ehtoa eivät täyty. Näitä tekijöitä on riittävä älyllinen kapasiteetti muodostaa tavoitteita ja käsityksiä, luottamus ja halu toimia yhteisössä ja sen ajatuksen vieminen vuorovaikutukseen, vastuu omista tekemisistä, omien toimien rajoitteellisuuden sekä vastuun ymmärtäminen. Mikä on mielenterveyskuntoutujan oma kokemus ja se tuki, jolla edelliset kapasiteetin ehdot mahdollistuvat?

Oma opinnäytetyöni alkoi ajatuksesta, kuinka voisin sosionomina kehittää mielenterveyskuntoutusta sosiaalisen kuntoutuksen ja palveluohjauksellisen työotteen avulla kokonaisvaltaisemmaksi, yhteistyölähtöiseksi malliksi joka tukee mielenterveyskuntoutujien palveluasumisen kuntoutusta. Olen nähnyt perhetyön tuen tarpeen ja kohdannut työntekijänä palvelujen pirstaleisuutta ja turhautumista, kun kuntoutumisen tavoitteet ja käsitys niistä ovat eri toimijoilla erilaiset. Opinnäytetyöhön sain aiheen toukokuussa 2014 Niittykodin mielenterveyskuntoutujien tehostetun palveluasumisen vastaavalta ohjaajalta Päivi Heikkilältä, joka toi esiin ajatuksen perheen ja omaisten aktiivisemmän roolin mukaan ottamisen ja hyödyntämisen kuntoutumisessa.

Opinnäytetyön ajatus on tuoda mielenterveyskuntoutujan ääni ja omaisten rooli kuntoutuksessa esiin palveluohjauksellisen mallin avulla, jossa linkittyy psykososiaalinen tuki ja psykoedukaatio sekä pohtia, kuinka sen saisi linkittymään vahvemmin osana perinteistä avohuollollista mielenterveyskuntoutusmallia. Mallissa kuntoutujan kyvyttömyyden ja diagnoosin sijaan keskitytään siihen, kuinka hän voisi toteuttaa kaikki mahdollisuutensa. Opinnäytetyötäni ohjasi Beresfordin ja Salon (2008, 27, 41) ajatus siitä, että kuntoutujan osallisuus ohitetaan tutkimuksissa, koska heidän kykyään ymmärtää ja tulkita omaa elämää pidetään virheellisenä tai kyseenalaisena.

Niittykodin tilauksesta tutkimuksen tietolähteenä olivat palveluasumisen mielenterveyskuntoutujat ja analysoituani tekemäni asiakastytyväisyyskyselyn tulokset, otin esiin sen, mitkä seikat heidän mielestään kaipaavat palveluohjaamisessa ja kuntoutuksessa parannusta. Tutkimuksesta nousi esiin tarve omaisille annettavaan tukeen ja heidän mukaan ottamisensa kuntoutusprosessiin sekä oman kuntoutussuunnitelman selkeyttäminen. Perheinterventiossa kyse ei ole terapiamuodosta, vaan sosionomin ammattiosaamisen keinoin ja perheinterventio koulutuksen saaneen henkilön antamasta vapaaehtoisesta psykososiaalisesta, osallistavasta tuesta, joka kulkee rinnakkain hoi-

dollisemman kuntoutuksen kanssa. Ajatukseni oli myös yhdistää termeiltään erillisenä pidettyjä työmuotoja yhdeksi sosiaalista kuntoutusta tukevaksi ja vahvistavaksi menetelmäksi. Kuntoutujan ja omaisten osallisuus ja sen rakentuminen sekä lisääntynyt kuntoutujan autonomisuus olivat teemoina laajoja ja eritasoisia, mutta työn selkeyden vuoksi pilkoin niitä osiin ja pohdin niiden käytännön toteuttamista. Työni viitekehystenä ovat osallisuuden tukeminen, asiakaslähtöisyys sekä sosiaalisen tuen antaminen.

Omaisten ja läheisten osallisuuden edistäminen ja tarvittavan tuen arviointi on huomioitu myös uuden sosiaalihuoltolain (HE 164/2014) esityksessä. Toiminnan kohteena olisi yksilö ja hänen perheensä, sosiaalisen toimintakyvyn, turvallisuuden ja osallisuuden edistäminen sekä näitä tukevat palvelut nykyisen palvelukulttuurin sijaan. Sosiaalisen kuntoutuksen tarve on sikäli myös ajankohtainen, koska aiemmin sosiaalisella kuntoutuksella ei ole ollut tarkkaraajaista lakisääteistä määrittelyä kuin muilla kuntoutuksen osa-alueilla on ollut. Hallituksen esitys uudeksi sosiaalihuoltolaiksi sisältää sosiaalisen kuntoutuksen selkeyttämisen ja vahvistamisen kohdan muiden kuntoutusmuotojen rinnalla. Lähtökohtana ovat perhe ja yksilö omine tarpeineen:

*Uudella sosiaalihuoltolain tavoitteena on tukea ja edistää ihmisten osallisuutta, omatoimisuutta ja mahdollisuutta vaikuttaa yhteiskunnassa ja omassa palveluprosessissaan sekä tarkastella palvelukokonaisuuden muodostumista asiakkaan tarpeista käsin. Sosiaalihuoltoa tulisi vahvistaa ihmisten elämänkaaren eri vaiheissa heidän omissa arkiympäristöissään (HE 169/2014).*



## 2 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyöni on tehty yhteistyössä Niittykodin aikuispsykiatrian mielen-terveyskuntoutujien kanssa, jotka tuottavat ainutlaatuista, tapauskohtaista aineistoa. Lehtovirta & Peltola (2012, 293) toteaa Kettusen ym. (2009) tavoin, että psykososiaalinen toimintakyky on välttämätön elämänhallinnan mahdollistaja. Psykososiaalinen toimintakyky linkittyy aina toisiin toimintakyvyn alueisiin, jolloin korostuu selviytyminen arjen eri tilanteissa, kyky olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa sekä sosiaalisissa suhteissa, elämän arkipäiväisten ongelmien ja haasteiden ratkaiseminen sekä kyky toimia omassa elin- ja toimintaympäristössä. Diagnoosista huolimatta ihmisen toimintakyky tulee nähdä kokonaisvaltaisesti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kokonaisuutena (Lehtovirta & Peltola 2012, 293).

JST Oy: n palveluasumisen laatu varmistetaan ulkoisella auditoijalla. Qualitor Oy:n sosiaali- ja terveystalouden laatuohjelman laatusertifikaatti on myönnetty Jyväskylän Seudun Tukikodeille 18.4.2013. Laatuohjelma tarkoittaa yrityksen tai muun organisaation toimintaa koskevia standardeja, joiden avulla organisaatio suunnittelee omaa toimintaansa ja prosessejaan, jolloin laatuohjelma selkeyttää niin operatiivista toimintaa ja päivittäisiä prosesseja kuin johtamisjärjestelmiä (Labguality 2014).

Suoritin SHQS laatuohjelmää, henkilökunnan osaamista täydentävää ja KSSHP palvelun tilaajaa palvelevan asiakastyytyväisyyskyselyn, joka on osa laadunvarmistusta. Hirsjärven ym.(2007, 130) mukaan asiakastyytyväisyyskyselyssä kerätään tietoa standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä, joka tässä tapauksessa olivat Niittykodin asukkaat. Kyseessä oli 21 asukaspaikan 20 mielen-terveyskuntoutujaa, jotka asuvat tehostetussa Niittykodin palveluasumisessa. Kyselyyn vastasi 12 asukasta, kaikkiaan 20 asukkaasta. Vastajista

puolet oli ikäryhmässä 50 – 70, ikäluokassa 30 – 49 – vuotta ja 18 – 29- vuotta kummastakin vastasi kolme. Sukupuoleltaan vastaajista 10 oli naisia ja miehiä kaksi. Osaltaan toteuttamistapa antoi heille valinnanvaraa itsenäiseen täyttämiseen ja toisaalta mahdollisuuden tukeen. Kysely oli tehty lyhyeksi ja selkeäksi. Aukkaat olivat tavoitettavissa ja vapaaehtoisuudesta kyselyyn informoitiin henkilökohtaisesti ja yhteisökokouksessa, jossa avasin kyselyn teemoja. Kuten Hirsjärvi ym.(2007, 190) toteaa, lomakekyselyn haasteena saattaa olla se, mitä vastaajat tietävät aihealueesta sekä heidän motivaationsa vastata kysymyksiin. 8 asukasta, joista suurin osa miehiä, jätti vastaamatta asiakastytyväisyyskyselyyn. Teemat tai itse kyselyyn osallistuminen saatettiin kokea vieraina tai asukkailla ei ollut motivaatiota osallistua. Oma vointi saatettiin kokea huonoksi, jolloin kyselyyn ei jaksettu vastata. Kysely koski vain Niittykodin yksikköä, jolloin anonymiteetin menettämistä saatettiin pelätä vaikka korostin kyselyn luottamuksellisuutta useammassa yhteydessä.

Niittykoti toteuttaa mielenterveyslain (1116/1990) 1 §, 4 § ja 5 § mukaista vapaaehtoista ja yhteisöllistä mielenterveyskuntoutusta. Mielenterveyslaki (1116/1990) määrittelee yleiset säädökset mielenterveyspalveluiden järjestämisestä, mielenterveystyöstä, sen ohjauksesta ja valvonnasta. STM (2007) luokittelee palvelukokonaisuuden kolmeen eri ryhmään kuntoutujan tarvitseman tuen tarpeen ja asumismuodon perusteella. Näitä ryhmiä ovat tuettu asuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Niittykoti on tehostetun palveluasumisen yksikkö, joka sisältää kuntoutujan arjen tukemista, kuntoutussuunnitelman ja ympärivuorokautista ohjausta. Asiakastytyväisyyskyselyn tuloksia tullaan hyödyntämään sosiaalisen kuntoutuksen suunnittelussa ja kehittämisessä Niittykodilla.

## 2.1 Tutkimusmenetelmänä lomakekysely

Asiakastyytyväisyyskyselyn toteutin Jyväskylän Seudun Tukikodit Oy:n tehostetun kuntoutuksen Niittykodin yksikössä ajalla 12.5.2014- 1.6.2014. Tutkimusmenetelmän metodiksi valitsin kymmenkohtaisen strukturoidun lomakekyselyn, koska tarkoituksena oli saada tietoa mielenterveyskuntoutujien palveluasumisen asiakastyytyväisyydestä valmiiksi mietittyjen teemojen kautta. Tarkoituksena ei ollut pelkästään varmistaa tyytyväisyyttä Niittykodin tarjoamista palveluista, vaan lisäksi kartoittaa kokemuksia asukkaiden osallisuudesta. Lähtökohtani tähän opinnäytetyöhön ja tutkimukseen oli Beresfordin & Salon (2008, 27) mukaisesti ajatus, että mielenterveyskuntoutujia ei pidä syrjäyttää vähemmän luotettavana ja uskottavana tiedonlähteenä. Tällöin mahdollistuu se, että heidän tuottamansa tietoon luotetaan ja heidän identiteettiään kunnioitetaan. Pidin tärkeänä, kuten Beresford & Salo (2008, 27) toteavat, että kehitysehdotusten tulee tulla kuntoutujilta, eikä ensin palveluntuottajalta. Analysoituani asiakastyytyväisyyskyselyn, aloitin kesäkuussa 2014 tulosten mukaan esiin nousseisiin teemoihin teorian yhdistämisen ja aktiivisen ajatustyön sosiaalisen kuntoutuksen kehittämiseksi Niittykodilla.

Pyrin kyselyn kautta saamaan tietoa Hirsjärven ym.(2007, 192) mukaan kuntoutujien tiedoista, arvoista, mielipiteistä ja käsityksistä. Teemat olivat STM (2007) mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskevan kehittämissuosituksen mukainen, palveluntilaajan KSSH:n sekä laatusertifikaatti SHQS mukaisten vaatimusten ja suositusten mukaan tehtyjä. Näitä teemoja olivat palvelujen suunnitelmallisuus, asumispalvelun kuntouttavat palvelut, laadukas asuminen, henkilöstön määrä ja osaaminen sekä palvelujen arvioinnin ja valvonnan kehittäminen. Kyselyä ohjasi myös mielenterveyslain (1116/1990) 5 §, joka korostaa sosiaalisen kuntoutuksen järjestämistä palveluasumisessa.

Kysymysten oikeellisuus ja tarkoituksenmukaisuus tarkistettiin Niittykodin vastaavan ohjaajan Päivi Heikkilän kanssa yhdessä.

Hirsjärven ym.(2007, 180) mukaan kuntoutujien kokemuksia ja ajatuksia voi kartoittaa kyselylomakkeilla. Saadun aineiston avulla pyrin ottamaan esille ne seikat, jotka heidän mielestään kaipaavat kehittämistä. Hirsjärven ym.(2007, 130) mukaan tämän otannan voi myös tulkita osaltaan tapaustutkimukseksi, koska otanta on vain yhdestä Jyväskylän Seudun tukikodit Oy:n yksiköstä, joka poikkeaa ympärivuorokautisella palveluntuottajana muista. Kyse on myös kontrolloidusta kyselystä, jota Hirsjärven ym.(2007, 191 – 192) kuvaa Uusitalon (1995) termillä informoitu kysely. Informoidussa kyselyssä jaoin itse lomakkeet henkilökohtaisesti osalle vastaajista, kerroin kyselyn ja tutkimuksen tarkoituksen Niittykodin yksikön yhteisökokouksessa jossa kohdejoukko oli itse tavoitettavissa.

Halusin antaa kuntoutujille mahdollisuuden tehdä kyselyn joko itsenäisesti tai minun läsnä ollessani. Kysely toteutettiin siten, että kuntoutujat kirjoittivat itse avoimet vastauksensa. Kyselyn täytti vastaajista puolet itsenäisesti ja lopuissa olin mukana. Hirsjärven ym. (2007, 207) mukaan kyselyssä voidaan käyttää yhtenä menetelmänä havainnointia, kun halutaan saada selville kokonaisvaltaisemmin asiakkaiden uskomuksia, tunteita ja ajattelua. Kohdallani voidaan puhua Hirsjärven ym. (2007,209, 211- 212) mukaan osallistuvan havainnoinnin alalajista, ei kuitenkaan havainnoinnin menetelmän kriteereitä täyttävästä menetelmästä. Kyselyn suoritin asukkaiden omassa huoneistossa kahden kesken, kuitenkin ulkopuolisena henkilönä. Omasin asukkaisiin hyvät, asialliset, välit mutta korostin olevani kuitenkin kyselyä tehdessäni ulkopuolinen, objektiivinen taho. Minun oli myös tärkeää pitää omat tulkintani ja havaintoni erillään toisistaan. Koin, että läsnä ollessani sain tarkennettua kyselyn teemoja, joka osaltaan helpotti vastaamaan avoimiin kysymyksiin ja sitä kautta rikastutti kyselystä saatua tietoa.

Valli (2001, 100) toteaa, että tutkimuksen perustan onnistuminen on pitkälti kiinni oikeista kysymyksistä. Täydensin asteikkokysymyksiä avoimilla kysymyksillä, koska halusin lähestyä tutkimusta sekä määrällisesti että laadullisesti. Avoimissa kysymyksissä mahdollistuu Hirsjärven ym. (2007, 196) mukaan mainitsema mahdollisuus, jossa haastateltava saa sanoa omin sanoin mitä hänellä todella on mielessä. Silloin mahdollistuu aineistossa se, mikä on keskeistä ja tärkeää. Analyysin pohjalta opinnäytetyön teemoiksi nousivat omaisten saama tuki ja kuntoutussuunnitelman tehokkaampi käyttö kuntoutuksen välineenä. Laadullisen analyysin tueksi olen hakenut tietoa teoriasta, tutkimuksista, hankkeista sekä havainnoimalla läsnä ollessani asukkaiden reflektointia. Koska kysymykset sisälsivät sekä määrällisen että laadullisen osion, päätin pitää kysymysten määrän hallittavana ja päädyimme vastaavan ohjaajan kanssa kymmeneen kysymykseen. Hallittu määrä kysymyksiä antaa mielestäni helpomman mahdollisuuden tehdä kysely omien voimavarojen mukaan. Vastaajan tulee ajatella samalla tavalla kuin tutkija, muutoin vaarana on tulosten vääristyminen. Lähestyin tutkimustani eri tavalla kuin Valli (2001, 100) kuvaa; tutkimusongelmani täsmentyi vasta tehtyäni asiakastytyväisyyskyselyn. Mukana kyselyssä on Vallin (2001, 100 – 101) kuvaama kontrollikysymys kohdissa 5 ja 7 sekä 5 ja 9 (Liite 2) saatu tuki ja kuntoutussuunnitelman osallisuus. Käytin samaa teemaa sisältäviä kysymyksiä saadakseni niihin liittyvän yhtäpitävyyden, kuitenkin niin, että kysymykset eivät olleet identtisiä vaan toisiaan tukevia.

## 2.2 Tutkimuksen eettisyys ja tietojen käsittely

Beresford & Salo (2008, 24) määrittelevät kolme eri tieteellistä arvoa tiedon hankinnassa. Näitä ovat objektiivisuus, puolueettomuus ja etäisyys. Kohdaltani puolueettomuus täyttyy osittain, koska asiakastytyväisyyskyselyllä oli

nimenomaan tarkoitus edistää tietyn ihmisryhmän, mielenterveyskuntoutuji-  
en asemaa. Objektiiivisena olen pysynyt tarkastelemalla tutkimusta maltillisesti  
sekä ilman omien tunteiden vaikutusta. Etäisyyttä tutkimukseen olen tutki-  
muksen eri vaiheissa ottanut opiskelijan roolissa ja toisaalta läheisyyttä kun-  
toutujiin olen saanut ohjaajan työssäni. En koe kuitenkaan olleeni liian lähellä  
tutkittavaa ilmiötä eikä minulla ollut heihin sellaista suhdetta, joka olisi vai-  
kuttanut tietojen antamisen vapaaehtoisuuteen. Koko opinnäytetyön ajan py-  
rin olemaan tarpeeksi etäällä ja erilläni tutkimuskohteistani.

Olen tehnyt saatekirjeen muodossa (Liite 1) vapaaehtoisille palveluasumisen  
asukkaille tiedoksi tutkimuksen tavoitteen, tiedon aineiston säilyttämisestä  
sekä anonyymiteetin tietojen julkistaessa. Asiakkaat eivät esiinny kyselyssä  
nimillä eivätkä heidän tarkka ikänsä eikä diagnoosinsa tule niistä ilmi. Tutki-  
muksen lupamenettelyn lisäksi olen tehnyt kaikille eri tutkimukseen liittyville  
toimijoille läpinäkyväksi tutkimuksen kulun ja kyselystä saadun materiaalin  
analysoinnin, säilyttämisen ja hävittämisen. Hirsjärvi ym. (2007, 217) mukaan  
aineistoa järjesteltäessä koodaamalla saan kartoitettua asiakaskyselystä esiin  
nousevat, tutkimusaiheeseen liittyvät seikat. Asiakastyytyväisyyskyselyssä  
niitä olivat tyytyväisyyttä tai tyytymättömyyttä aiheuttavat seikat, niiden tar-  
kempi analysointi, sekä aiheiden tulkinta.

### 3 Asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset lähtökohtana

Puolet asiakastyytyväisyyskyselyyn osallistuneista halusi kyselyn täyttämisen  
ajaksi minut mukaan. Sain tarkentaa ja selventää kysymyksiä, jolloin mahdol-  
lisuus väärinkäsityksiin väheni. Validius on kuvauksen ja siihen liitettyjen  
tulkintojen ja selitysten yhteensopivuutta, jolloin tutkijan rooli korostuu. Tut-  
kijan tulisi selittää tarkasti ja totuudenmukaisesti tutkimuksen ja aineiston

toteuttamisen kaikki vaiheet ja aineiston luokittelujen syntyminen sekä perusteet (Hirsjärvi ym. 2007, 227).

Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 187- 189) mukaan rakennevalidiutta mitataan sillä, koskettaako tutkimus sitä, mitä sen on oletettu koskevan ja onko siinä käytetty sellaisia käsitteitä, jotka heijastavat tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksessa on paljolti kyse myös tulkinnoista. Reliaabelius koskee enemmänkin tutkijan omaa toimintaa, kuten sitä onko koko aineisto huomioitu. On tärkeää, että tulokset heijastavat tutkittavien ajatusmaailmaa mahdollisimman pitkälle. Ajatusmaailmaa kartoitin avointen kysymysten avulla.

Analyysissä peilaan vastauksia niihin teemoihin, jotka alun perin olivat ohjaamassa kysymysten asettelua. Näitä olivat palvelujen suunnitelmallisuus, asumispalvelun kuntouttavat palvelut, laadukas asuminen, henkilöstön määrä ja ammattitaito sekä palvelujen arvioinnin ja valvonnan kehittäminen. Kysymysten 2, 3, 7 ja 10 (Liite 2) kohdalla puutteeksi osoittautui vastausvaihtoehtojen rajallisuus, koska niistä puuttuivat vastausvaihtoehdot joskus tai useimmiten. Toisaalta sain avoimen kysymysten kautta arvokasta tutkimustietoa enemmän. Helposti myös koetaan, että henkilökuntaa ei haluaisi loukata, vaikka oltaisiin oltu jo pidemmän aikaa tyytymättömiä. Tilanne saattaa johtaa omien tavoitteiden ja tavoitteellisuuden unohtamiseen ja sairauskeskeisen ajattelutapaan, joka vaikuttaa kuntoutumiseen pysäyttävästi.

Analyysivaiheessa Hirsjärven ym. (2007, 216) mukaan saadaan selville, minäkalaisia vastauksia saadaan ongelmiin. Luotin siihen, että luokittelemalla asukkaiden asiakastytyväisyyslomakkeen vastaukset tutkimusongelma nousee esiin kuntoutujien itse määrittämänä. Toisaalta hain myös vahvistusta siihen, mikä kehittäisi avohuollollisen mielenterveyskuntoutuksen yhteistyömuotoja. Kysely sisälsi kymmenen kvantitatiivista ja kahdeksan kvalitatiivista, avointa ja täydentävää kysymystä joista yksi oli täysin avoin kysymys. Ky-

symysten teemat liittyivät palveluasumisen arkeen ja palveluasumisen tarjoamaan sosiaaliseen kuntoutukseen. Taulukon teemat on ryhmitelty tyytyväisyystulosten mukaan.

Taulukko 2. Niittykodin asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset

KYSELYN TEEMA	Vastaus Kyllä	Vastaus Joskus/vaihtelee	Vastaus Ei	Vastaajia n = 12
Ruokailu	7	4	1	12
Yhteistyö omaisten kanssa	7	2	1	10/12

Viihtyvyys	8	2	2	12
Turvallisuus	8	4	-	12
Henkilökunnan ammattitaito	8	-	2	10/12
Osallisuus kuntoutussuunnitelmassa	8	-	1	9/12
Ryhmätoiminta Niittykodilla	8	-	2	10/12

Tuki arjessa	10	2	-	12
Ohjaajien tuki kuntoutuksessa	10	-	2	12
Henkilökunnan riittävyys	10	2	-	12



### 3.1 Asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset

Kysymyksissä haettiin asukkaiden kokemusta (Liite 2) samastaan arjen avusta, ohjaajien tuesta sekä heidän ammattitaidoistaan ja määrällisestä riittävydestä. Lisäksi kysymyksillä kartoitettiin kuntoutujien kokemusta omasta kuntoutustarpeestaan ja siitä, kuinka he kokevat tarvitsevansa tukea palveluasumisessa. Kysymyksen avulla hahmottui myös kuntoutujien ymmärrys siitä, mitä kuntoutuksen tavoitteita ohjaajien tulisi heidän mielestään tukea. Tyytyväisimpiä asukkaat olivat koettuun tukeen arjessa, ohjaajilta saatuun tukeen kuntoutuksessa sekä henkilökunnan riittävyteen. Tärkeänä koettiin ohjaajan mukanaolo talon ulkopuolisessa asioinnissa sekä keskustelut, pohdinnat, kannustus, huolenpito ja ohjaajilta saatu positiivinen palaute. Avoimista vastauksista nousi esiin myös oman itsenäisyyden korostaminen ja dialogisuuden tärkeys.

Kysymyksessä asuinympäristön viihtyvyydestä kartoitin kuntoutujia ympäröivää palveluasumisen yhteisiä tiloja ja omaa huonetta. Viihtyisät tilat, oma yksityisyys, oman huoneen tärkeys sekä sen tuoma turvallisuus ja kotoisuus olivat kuntoutujille tärkeitä tekijöitä. Tyytyväisyys asumisen viihtyvyyteen saattaa vaihdella kuntoutujan voinnin mukaan. Sairastuneelle turvallisuuden tunnetta luovat Ryynäsen (2000, 55) mukaan usko ja luottamus toisiin, palvelujärjestelmiin, hyvään hoitoon ja huolenpitoon sekä omiin mahdollisuuksiin selviytyä. Ryynänen (2000, 54) toteaa, että terveysongelmat itsessään aiheuttavat pelkoa ja epävarmuutta. Hyvinvointitekijät ovat kytköksissään toisiinsa ja jokaisella on oma turvallisuuden määritelmänsä ja kokemuksensa. Kysymys koetusta turvallisuuden tunteesta kartoitti myös niitä tekijöitä, jotka asukkaat kokevat turvallisuutta ylläpitäväksi. Niittykodilla yötyöntekijä, ympärivuorokautinen päivystys ja lukitut ovet koettiin turvallisuutta ylläpitäviksi tekijöiksi. Turvallisuuden tunne muodostuu tai ei muodostu myös sosiaalisessa vuo-

rovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Turvattomuus tai turvallisuus saattaa riippua kuntoutujan tunteesta kuinka hän kokee omat kyvyt suhteessa ulkoisiin odotuksiin. Kokemus selviytymisestä sekä toivosta on jokaiselle rakennettu käytettävissä olevista sekä kuntoutujan omista voimavaroista.

Koukkari (2010, 121) näkee yhteyden kuntoutujan hallinnan tunteen ja sosiaalisen avun hakemisen välillä. Jos kuntoutuja kokee sisäistä hallinnan puutetta, hän saattaa olla riippuvainen omaisistaan tai ammattihenkilökunnasta, jolloin kuntoutuja on passiivisessa roolissa.

Kuhasen ym. (2010, 101) mukaan mielenterveysongelmista kuntoutuminen on pitkäkestoinen, vuosiakin kestävä prosessi, jonka aikana asiakkaan tuen tarve saattaa vaihdella. Kuntoutujan intressit ovat erilaisia. Voidaan puhua kuntoutujan oman elämän kasvuprosessista. Kuntoutumisen tulee lähteä asiakkaasta itsestään, mutta ammattilaisen avulla hän voi peilata omaa kasvua, kehityskykyään ja voimaantumista. Asiakastyytyväisyyskyselyn avulla (Liite 2) haettiin kuntoutujien kokemusta henkilökunnan ammattitaidosta heidän kuntoutussuunnitelmien tavoitteiden kautta siten, että henkilökunnan ammattitaito on yksilöllistä kuntoutusta tukevaa. Kysymys oli aseteltu siten, että sen nähtiin tukevan kysymyksen 6 ja 9 (Liite 2) kuntoutussuunnitelmaan koskevaa kysymystä. Kysymyksessä haettiin samalla kuntoutujien tietoisuutta omista kuntoutustavoitteistaan. Vastausten mukaan 8 Niittykodin kahdestatoista vastaajasta oli tyytyväisiä henkilökunnan ammattitaitoon. Tyytyväisyyttä herätti kuntoutujan näkökulman ymmärtäminen, lääkityksen arviointi sekä luottamus siitä, että asukkaan asioista ei puhuta muille.

Kuntoutuksen ytimenä toimii Koukkarin (2011, 220) mukaan kuntoutussuunnitelma. Sen tavoitteet tulisi syntyä kuntoutujan ja ammattihenkilöstön dialogisesta yhteistyöstä. Suunnitelma merkitsee jatkuvuutta jonka tulisi toteutua koko kuntoutuksen ajan. Kuntoutussuunnitelman määrittelee laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) 7 §. Kuntoutuksen vai-

heita ovat kuntoutustarpeiden ja asiakkaan voimavarojen kartoitus, henkilökohtaisen kuntoutussuunnitelman laadinta, sen toteutus ja arviointi. Vaiheiden tulisi olla limittyä toisiinsa kokonaisuutena, joka auttaa asiakasta kuntoutumisprosessissa. Härkäpään & Järvikosken (1995, 179) mukaan yhdessä laadittu kuntoutussuunnitelma luo perustan kuntoutujan omalle motivaatiolle, sitouttaa toimintaan, valmistelelee kuntoutujan osallisuutta omassa kuntoutusprosessissa sekä antaa turvallisuuden tunnetta. Lisäksi se toimii jatkosuunnitelmien, tarkennusten, viranomaisten yhteistyön pohjana.

Niittykodin asukkaista 8 kahdestatoista olivat tyytyväisiä omasta vaikutuksesta kuntoutussuunnitelmaansa. Vastauksista positiivisena nähtiin yhteistyö, ymmärrys, vapaaehtoisuus, oma rooli ja sen vaikutuksen tärkeys kuntoutussuunnitelmaa tehdessä. Kuhasen ym. (2010,104), Koukkarin (2011, 220- 221) sekä Toivio & Nordling (2013, 301) mukaan kuntoutuminen on tuloksellisempaa silloin kun kuntoutujalla on itse mahdollisuus ja oikeus olla mukana suunnitelmassa ja tekemässä päätöksiä oman elämässä suhteen, jolloin vuorovaikutuspainotteinen sisältö mahdollistuu. Mielen terveyskuntoutujan kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa ja sitä arvioitaessa tulee arvioida, että keskeisiä mielenkiinnon kohteita ovat kykyjen ja taitojen kehittyminen, ympäristön tarjoamien mahdollisuuksien hallinta ja niiden käyttö, mielekäs toiminta sekä toivon viriäminen. Tavoitteiden tulee olla riittävän pieniä ja konkreettisia, jotta ne on helpompi arvioida.

Ryhmätoiminta on osa Niittykodilla toteutettavaa sosiaalista kuntoutusta ja kyselyn perusteella kannustavalla kuntoutusympäristöllä voidaan todeta olevan tärkeä merkitys kuntoutumisella ja jokaisen ryhmäytymisen tarve on erilainen. Poppoo toimintapaja on JST oy:n omaa yhteistä ryhmätoimintaa toisen kuntoutusyksikön tiloissa. Vilen ym. (2005, 203 – 204) toteavat, että samankaltaisuuden kokeminen, sosiaalinen taito ja tuki ovat parhaimmillaan elämähallintaa tukevia. Kysymyksellä haettiin kuntoutujien kokemuksia järjestetyn

toiminnan riittävydestä ja sopivuudesta kuntoutujille. 8 kahdestatoista vastaajasta oli tyytyväisiä tarjottuun ryhmätoimintaa, mutta vastausten kirjosta erottui jokaisen omat yksilölliset tarpeet ja mieltymykset. Yhdessä vastauksessa tuli esiin se, että halu osallistua ryhmätoimintaa olisi, mutta vastaaja ei pysty osallistumaan siihen sosiaalisen tilanteen tuoman ahdistuksen vuoksi.

### 3.2 Kehittämistehtävät

Vastauksista nousi esiin omien kuntoutuksen tavoitteiden tietämättömyys, kuntoutujan voinnin vaikutus suunnitelmaa tehdessä sekä epätietoisuus, onko vaikuttanut itse kuntoutussuunnitelman tekoon. Havainnointini ja vastausten perusteella omasta kuntoutuksesta ja ohjaajien roolista kuntoutuksessa oli useammalla vaikea hahmottaa, tehdyt tavoitteet eivät olleet heille selkeitä tai tavoitteenasettelu ei ole tullut kuntoutujilta itseltään. Sen toimivuutta tulee tarkastella sosiaalisen kuntoutuksen kontekstissa enemmän. Kuntoutussuunnitelmaan tulee panostaa ja tuoda sosiaalinen toimintalähtöisyys ja kuntoutujien osallisuus siihen jo alusta tiiviimmin mukaan muun lääkinnällisen kuntoutuksen rinnalle. Olennaista on, miten kuntoutujat kokevat arkipäivänsä rakentuvan, tekevätkö he tulevaisuuden suunnitelmia ja onko heillä toiveita, johon he haluaisivat ohjaajien tukea. Koukkari (2011, 220 - 221) toteaa tutkimuksessaan, että kuntoutus ja kuntoutuminen eivät kulkeneet rinnakkain, vaan olivat toisistaan irrallisia projekteja. Saattaa olla, että omat Niittykodin kuntoutuksen tavoitteet eivät ole arjessa selkeästi mukana, tai kuntoutustavoitteet eivät ole olleet realistia, kuntoutujan itse asettamia tai arkeen vietyjä.

Kuhanen ym.(2010, 106) toteaa, että kuntoutussuunnitelmien kertaaminen on tärkeää, koska mielenterveyskuntoutujien on vaikea muistaa ja hahmottaa ajanjaksoja ja siten siihen tehtyjä kuntoutussuunnitelmia. Kognitiiviset puut-

teet saatavat myös tehdä sen, että asiakkaan on vaikeaa keskittyä ja muistaa tavoitteita. Kuntoutujalta saattaa myös puuttua rohkeutta kertoa omista asioistaan ja toiveistaan oman kuntoutuksensa suhteen. Kuntoutussuunnitelma itsessään on saattanut jäädä ohuesti käytettäväksi dokumentiksi tai sitä päivitetään harvoin. Toivion & Nordlingin (2013, 325) mukaan kuntoutussuunnitelmaa tehdessä laatijalla tulisi olla realistinen käsitys kuntoutujan resursseista ja mahdollisuuksista, jolloin tavoitteiden asettelu sekä tavoitetaso pysyvät realistisena. Kuntouttavissa vuorovaikutustilanteissa tulisi mahdollistua niiden toiminnallisuus ja verbaalinen kanssakäyminen. Tämä vastausten perusteella on mahdollista toteuttaa Niittykodin arjen tukemisen ja ohjaamisen kautta, koska 10 kahdestatoista kuntoutujasta oli tyytyväisiä ohjaajilta saamaansa tukeen. Yhteisöllinen asuminen ei välttämättä ole kaikille kuntouttavien, turvallisin asuinympäristö. Yksi kuntoutuja koki, että haluaisi pois muiden kuntoutujien parista, koska häntä ajoittain ahdistaa psykoosioireiset asukkaat. Myös ajoittainen melu, oman voinnin vaihtelu ja yhteisten tilojen ahtaus koettiin viihtyvyyttä ja turvallisuutta alentavina tekijöinä.

Koukkari (2011, 221) ja Toivio & Nordling (2013, 325) toteavat, että sillä ammattihenkilöstöllä, joka toteuttaa kuntoutusta tulisi olla sisäistä herkkyyttä ja intuitiota, jotta kuntoutujan tavoitteenasettelu ja toteutuminen olisi realistinen sekä kuntoutujan arvopohjan mukainen. Kuntoutujan omat vaikutusmahdollisuudet tunnistetaan herkemmin ja tunnustetaan ne itsestään selvinä. Sillä, mitä kuntoutussuunnitelman mukaan harjoitellaan ja mihin siinä kiinnitetään huomioita, ei välttämättä ole asiakkaan oman näkemyksen mukaan merkityksellistä hänen oman kuntoutumisensa kannalta. On tärkeää, että kuntoutujan omat, jopa epärealistisetkin tavoitteet hyväksytään ja niistä tehdään realistisia välitavoitteita. Omien kuntoutustarpeiden hahmottaminen ja ammattihenkilöstön rooli siinä tukevana tekijänä edesauttaisi sosiaalista, osallistavaa kuntoutusta. Avoin dialogisuus ja kannustaminen omatoimisuuteen tukisivat kuntoutumista ja vahvistaisi kuntoutujan oma-arvontuntoa.

Tyytymättömyyttä koettiin liiallisista ryhmätoiminnan vaihtoehtoista. Vastauksista nousi esiin tarve yksilötoimintaan ja toisaalta yhdessä tehtäviin retkiin. Eniten tyytymättömyyttä herätti ruoan laatu ja määrä sekä omaisten huomiointi kuntoutuksessa. Näissä 7 vastaajaa kahdestatoista oli tyytyväisiä. Ruokailu ja sen säännöllisyys on osa kuntoutujan arkea ja struktuuria ja toimii yhteisöllisen asumisen sosiaalisena hetkenä, jolloin suurin osa kuntoutujista kokoontuu yhteen. Jokainen kokee yhteisölliset ruokahetket omalla tavallaan ja se saattaa heijastua itse vastauksen lopputulokseen. Kehittämiskohteiksi nousi asioiden puhuminen syvemmin, silloin kun puhumisen tarve on. Yhdessä vastauksessa asukas oli tyytymätön ja totesi, että henkilökunta ei osaa auttaa kaikessa mitä kuntoutuja tarvitsee. Siitä ei kuitenkaan käy ilmi, millaista apua kuntoutuja olisi kaivannut ohjaajilta. Näissä taustalla saattaa olla pettymys saatuun tukeen tai oman näkökulman läpivientiin yhteistyössä. Kaksi vastaajaa toivoi ohjaajilta enemmän aikaa iltavuorossa jotka saattavat olla kiinni lääkähoidossa tai keittiössä, kun on akuutti puhumisen tarve tai tarve käydä asioilla talon ulkopuolella.

Suurin kehittämistarve ilmenee yhteistyössä omaisten kanssa. Kysymyksessä omaisten huomiointi kuntoutusprosessissa on vastauksissa näkyvissä ristiriitaisuutta ja epäuskoa ammatillisen osaamisen riittämisestä. Vastauksista nousi esiin osin se, että omaisten tukea ei tarvita tai heille ei saa kertoa kuntoutujan asioista. Toisaalta osa vastaajista koki, että tuki ja yhteydenpito omaisiin päin olisi tärkeää. Kuntoutujan oletukset henkilökunnan osaamisesta omaisyhteistyöstä näkyy myös vastauksessa, jossa koetaan Niittykodin resurssien olevan omaisyhteistyöhön puutteelliset. Palveluasumisen kuntoutusta saattaa haitata kuntoutujan ja hänen omaistensa ongelmalliset toiminta- ja suhtautumismallit. Tämän perusteella ajatus tuoda kuntoutujan omaiset, lähimmäiset tai perhe mukaan vahvistuu entisestään. Näen tämän myös ammatillisen kehittymisen haasteena ja mahdollisuutena. Kuntoutuminen pitää sisällään mahdollisuuden vahvistaa sosiaalista ja inhimillistä pääomaa. Koukkari (2011, 222 -

223) näkee tärkeänä, että kuntoutuksen tulisi edistää näiden pääomien kasvua, jolloin se toimii yhteiskunnallisena inhimillisenä investointina ihmiseen. Kuntoutujalähtöinen toimintamalli ei kuitenkaan ole itsestäänselvyys kuntoutuskäytännöissä. Tutkimuksessaan hän on todennut, että kuntoutujat kohtasivat holhoavaa ja autonomiaa loukkaavaa asennoitumista ammattihenkilöstöltä varsinkin silloin, kun olisi ollut tärkeää opetella uusia selviytymisstrategioita ja itsenäistä toimintakykyä.

Ristiriidat tuovat haasteensa oman sairaudenkuvan hyväksymiseen ja heijastuvat negatiivisesti kuntoutumiseen. Perheinterventiossa tulee tarkastella läheisten ja omaisten keinoja, jotka edesauttaa kuntoutujaa hyväksymään oma tilanne sekä auttaa uuden näkökulman ja ratkaisun avartamiselle. Kuntoutuja ei välttämättä koe perhettään oikeaksi tahoksi kuntoutumista tukemaan ristiriitojen takia. Toisaalta perheintervention sopivuutta tulee tarkastella kuntoutujien oman toiveen mukaisesti, koska halu sairauden hyväksymiseen ja eteenpäissuuntautumiseen tulee tulla kuntoutujalta itseltään. Mielenterveyskuntoutujan omaisten mukaan ottaminen kuntoutukseen mahdollistaisi kaikkien elämän alueiden osien hyödyntämistä sekä tukee omaisten selviytymistä kuntoutujan omaisena.

Yksilöllisestä työstä tulisi ottaa askel kohti yhteistyötä, jossa tuetaan kuntoutujan voimanlähteitä. Ajatustani omaisten roolista kuntoutusprosessissa tuki Hyttisen (2003, 99, 86) yhteenveto siitä, että sellainen neuvonta ja ohjaus, joka pyrkii täydentämään eri elämäntilanteissa esiintyviä tiedontarpeita, tukee kuntoutuja omaa asiantuntemusta, osallisuutta ja voimavarojen käyttöä arkipäivässä. Tuntematta ihmistä, kuntoutujaa, kuulematta häntä ja kohtaamatta hänen maailmaansa ei kuntoutumisen elementit voi tukea toisiaan täydentävästi. Sosiaalisen kuntoutuksen vahvistaminen tulisi olla työskentelyn peruselementti eikä kuntoutujan omaa asiantuntijuutta voi korostaa liikaa, varsinkin sairaudessa joka ilmenee jokaisella eri tavalla. Näiden loppupäätelmien

pohjalta sosiaalista kuntoutusta muiden kuntoutusmuotojen rinnalla tulee vahvistaa.

## 4 Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalisen pääomalla kuvataan ihmisten tai ryhmien välisiä sosiaalisia verkostoja ja niissä syntynyttä luottamusta sekä vastavuoroisuutta. Sosiaalisten suhteiden vaikutusta on Järvikosken ym.(2011, 143) mukaan tutkittu paljon, kuten Nymanin & Stengårdin (2004) omaisten hyvinvointi- tutkimuksessa. Niissä on todettu heikon ja riittämättömän sosiaalisen tuen ja pienten verkostojen olevan yhteydessä masennukseen.

Kuntoutus terminä on Toivion & Nordlingin (2013, 300) mukaan suunnitelmallista, monialaista toimintaa, jota myös kuvataan kasvu- ja oppimisprosessina, joka etenee erilaisten toisiaan seuraavien vaiheiden, toimenpiteiden ja palvelujen avulla muutokseen ja tämänhetkistä parempaan tilaan. Vilkkumaan (2004, 28) mukaan sosiaalinen kuntoutus on ikään kuin kattokäsitys muille kuntoutuslajeille, joita ovat lääkinnällinen, ammatillinen ja kasvatuksellinen kuntoutus. Kolmea eri sosiaalisen kuntoutuksen sosiaalista tasoa voidaan tarkastella toisten ihmisten havaintojen ja vaikutuksen kautta sekä konkreettisen läsnäolon ja yhdessä tekemisen tasolta.

Lausunnossaan sosiaalihuollon uudistustyön työryhmän muistiosta ja sosiaalihuoltolakiuudistuksesta Notkola & Tuusa (2012) toteavat, että sosiaalisen kuntoutuksen tulisi olla ylätavoitteena kuntoutuksen eri osa-alueissa, koska tavoitteena on sosiaalinen osallisuus ja kuntoutujan itsenäisempi selviytyminen arjessa. Sosiaalisessa kuntoutuksessa korostuu kuntoutujan ja hänen elinympäristönsä välinen vuorovaikutus ja sen tukeminen. Laajemmassa



merkityksessä sosiaalinen kuntoutus voidaan nähdä niinä toimenpiteinä, jotka tukevat hänen sosiaalista verkostoaan, asumistaan, opiskeluaan, työssä käyntiä ja vapaa- aikaansa.

## 4.1 Sosiaalisen kuntoutuksen tarve

Mielenterveyskuntoutujilla on suuri riski syrjäytyä useamman syyn takia. Syrjäytymistä voi tarkastella useammista, toisiaan täydentävistä näkökulmista. Lähtökohtaisesti sitä voidaan tarkastella yksilölle kasautuneilla hyvinvoinnin ongelmina. Toisiaan täydentäviä näkökulmia syrjäytymiseen on myös yhteiskunnan ja yksilön yhdistävien siteiden heikkous. (Raunio 2006, 19). Syrjäytymistä voi lisäksi olla valinnanmahdollisuuksien vähyys, kadonnut elämänote, huono-osaisuus ja vieraantumista arjen elämään liittyvistä asioista. Skitsofreniaa sairastavat voivat vetäytyä itse sosiaalisista kontakteista, mutta vetäytyminen saattaa johtua myös muiden ihmisten osoittamasta torjunnasta. Toivio & Nordling mukaan (2013, 303) tyypillisimmillään vetäytyminen näkyy kuntoutujan pieninä sosiaalisina verkostoina, lyhytaikaisina suhteina, sosiaalisesti merkittävien suhteiden, kuten sukulaisten ja tuttavien puutteena tai vastavuoroisten tunteiden vaihtona. Sosiaalisissa suhteissa on myös usein salattuja suhdejärjestelmiä, jotka sulkevat kuntoutujan suljettuun sosiaaliseen systeemiin.

Järvikoski (2013) määrittelee sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena olevan kuntoutujan toimintakyvyn palauttamista tai ohjaamista sellaiselle tasolle, että hän selviytyy arkipäivän toiminnoista, vuorovaikutussuhteista ja toimintaympäristönsä rooleista. Kuntoutuminen psyykkisistä sairauksista voidaan nähdä Koskisuun (2003, 27- 31) mukaan muutoksena pois sairauskeskeisestä ajattelusta ja sen tuomasta elämän merkityksettömyydestä ja luovuttamisesta.

Parempi, alkava ymmärrys nähdä oma elämä ainutlaatuisena sairaudesta huolimatta luo kuntoutujalle toivon mahdollisuuden, helpottaa aktiivista selviytymiskeinojen opettelua ja auttaa myönteisen minäkuvan luomisessa. Kuntoutuksessa voidaan nähdä mahdollisuus muuttua ulkopuolisesta osalliseksi. Koettu yksinäisyys liittyy usein ulkopuolisuuden tunteeseen ja toisaalta myös omaiset saattavat olla hämmentyneitä ja pelkkien omien ennakkokäsitysten varassa. Yhteys toisiin, tukeviin ja kannustaviin ihmisiin, läheisiin, omaisiin, ammattihenkilöstöön tai ystäviin on sosiaalisessa kuntoutumisessa tärkeää.

Wahlbeck (2012) toteaa Mielenterveysseuran kommentissa että mielenterveyskuntoutujien kohdalla sosiaalisen kuntoutuksen tarve korostuu mielenterveysongelmaan liittyvien oireiden ja stigman takia. Lisäksi Wahlbeck (2012) toteaa sosiaalisen kuntoutuksen olevan riittämätöntä, sattumavaraista ja koordinoimatonta. Myös Niittykodin vastaavan ohjaajan Heikkilän (2014) mukaan yhteistyö omaisten kanssa olisi tärkeää, koska osa vanhemmista saattaa tukea kuntoutujan oireita eikä tervettä, toimintakykyistä puolta. Joskus tämä vaikeuttaa yhteistyötä hoitotahon ja omaisten välillä. Viimekädessä se, joka tilanteesta kärsii, on kuntoutuja itse. Koukkari (2011, 121) toteaa, että selviytymisen esteenä on ollut puutteet omien voimavarojen tunnistamisessa, sosiaalisen leimautumisen pelko sekä opitun avuttomuuden vaara.

## 4.2 Osallisuuden ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen

Øvretveit (1995, 234) vahvistaa ajatuksen kuntoutujan osallisuuden tukemisesta ja aktiivisesta mukanaolosta omassa kuntoutumisessaan. Myös Koukkari (2012, 121) toteaa, että kuntoutujat kokevat sosiaalisen tuen, kuten perheenjäsenten, ystävien ja vertaistuen, kuntoutumista edistäväksi tekijäksi. Toivio & Nordling (2013, 302 – 303) korostaa sosiaalisen tuen roolia psykososiaalisessa

kuntoutuksessa, koska tuella on suuri merkitys syrjäytymisen ehkäisyssä ja yhteiskuntaan palauttamisessa.

Kärkkäisen (2009, 13 - 82) toimittamassa teoksessa mielenterveystyön kokemusasiantuntijat ja vertaiset kertovat niitä tekijöitä, jotka he itse ovat kokeneet voimaannuttavina ja kuntoutusta edistävinä. Tällaisia tekijöitä olivat halu hälventää tietämättömyyttä ja pelkoa sairaudesta sekä lähipiirin luottamus siitä, että kuntoutuja paranee. Useampi kokemusasiantuntija oli maininnut oman sairauden, heikkouksien ja voimavarojen rehellisen hyväksymisen ja avoimen myöntämisen kuntoutusta edistäviksi tekijöiksi. Kokemusasiantuntijat ja vertaiset arvioivat myös pitkäjänteisyyden oman itsen ja ammattihenkilöstön puolelta, itsensä rakastaminen ja hyväksyminen sekä tukiverkon olevan merkittäviä tekijöitä kuntoutumisessa. Tärkeänä nähtiin myös asioiden jakamisen ja keskustelun tärkeys, vakaumuksen ja yhteisön tuoma tuki, puhuminen, vertaistuki sekä kyky arvioida omia voimavaroja. Keskiössä nähtiin myös oman terveen puolen näkemistä ja se, että ei koe syyllisyyttä sairaudesta. Näiden tekijöiden voidaan käsittää olevan osaltaan stigman ja syrjäytymisen vastaisia, kuntoutujaa voimaannuttavia toimia, jotka edesauttavat kuntoutusta. Jotkut kirjoittajista halusivat muistuttaa, että ei vaadi itseltään liikoja vaikka kuntoutus vaatiikin päättäväisyyttä.

Voimaantumisen kannalta asukkaan toimintaympäristön olosuhteet, kuten valinnanvapauden ja turvalliseksi koettu ilmapiiri, ovat merkityksellisiä. Voimaantuminen saattaa siten olla todennäköisempää jossain toisessa ympäristössä. Mielenterveyskuntoutujat ovat korostaneet sitä, että heille voimaantuminen on merkinnyt kuulluksi ja hyväksytyksi tulemistä ihmisenä ja yksilönä enemmän kuin olla lääketieteellisen intervention kohteena (Toivio & Nordling 2013, 326).

Skitsofreniaa sairastava nainen toteaa omasta sairaudenkuvastaan: (Lehtinen 2013)

*Oikeasti: välillä minusta tuntuu, että tiedän omasta sairaudestani ja persoonallisuuden vaikeuksista paljon paljon enemmän kuin lääkärikoulutuksen saaneet. Se on vähän pelottavaakin, kun pitäisi itse tietää, mitä tarvitsee ja mikä milloinkin auttaa.*

Vilen ym. (2005, 124 -125) toteavat, että ajattelussa on lähtökohtana asiakaslähtöisesti kuntoutujan maailmankuva, todellisuus, täysvaltaisuus sekä toimijuus. Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen näkökulma ovat tärkeimpiä elementtejä ja tapoja, jotta kohtaamisessa voidaan nähdä, miten kuntoutuja ja hänen omaisensa katsovat maailmaa ja kuinka he ovat vuorovaikutuksessa muiden kanssa.

Mielenterveyskuntoutumiseen liittyy tiiviisti psykososiaalinen tuki ja kuntoutus. Käypä hoito- suositusten (2013) mukaan sosiaalista toimintakykyä tukee kuntoutujan tarpeen mukaan räätälöity psykososiaalinen tuki, joka korostuu pitkäaikaishoidossa hoitoon sitoutumisen, sosiaalisten suhteiden ja kuntoutujien integroimisessa yhteiskuntaan. Psykososiaalinen tuki edistää toimintakykyä ja alentaa psykoosiriskiä ja psykoottista oireilua. Psykososiaalisesta kuntoutuksesta voidaan puhua sosiaalityön ammatillisen työorientaation, ennaltaehkäisevän toiminnan ja hoidon, arjen toimintojen tukemisen kontekstissa. Romakkaniemi & Väyrynen (2011, 135) toteaa sen olevan kokonaisvaltaista toimintaa jossa korostuu sosiaalisen ympäristön merkitys ihmisen ongelmien syntyemisessä. Toiminnan tavoitteena voidaan pitää muutokset ihmisen sosiaalisessa tilanteessa ja vuorovaikutuksessa. Psykososiaalinen työntekijä on enemmän toimenpiteiden toteuttaja ja valitsija, koska perheintervention mallissa tuetaan kuntoutujaa ja hänen omaisiaan löytävän ja vievän ideoitaan kuntoutuksen tukemiseen. Mielenterveys – ja päihdeasiakkaiden psykososiaalisessa kuntoutuksessa ja palveluohjauksessa työn pitäisi sisältää kolme eri

pilaria, joille työ tulisi rakentua. Näitä ovat asiakas itse, hänen lähiympäristönsä sekä ammatillinen työ, joka kattaa sekä mielenterveys- että päihdeosaamisen. Mielenterveystyössä tulisi olla henkilökohtaisempi tukemisen muoto. Auttamissuhteen tulisi olla intensiivinen ja välittävä, jolloin asiakas saisi mahdollisuuden korjaaviin kokemuksiin. Näiden kokemusten avulla asiakas hänen luottamuksensa omiin toimintakykyihin ja – mahdollisuuksiin vahvistuvat (Lehtovirta & Peltola 2012, 299–300).

## 5 Palveluohjaus mielenterveystyössä

Lahti & Pienimäki (2004, 148) toteaa, että palveluohjaaja voi olla sosiaali-terveydenhuollon ammattihenkilö tai siihen muutoin soveltuva henkilö, jolla on kuntoutujan etua korostava toimintatapa. Palveluohjauksessa kuntoutujan ja palveluohjaajan tavoitteena on etsiä ratkaisuja kuntoutujan elämänhallinnan ongelmiin kartoittamalla kokonaistilanne, lisätä arjen toiminta- ja osallistumismahdollisuuksia ja aktivoida kuntoutujan tukiverkkoja. Tässä työssä ajatellen palveluohjausta työtapana, joka on vastuullista, pitkäjänteistä, omaiset huomioivaa sekä kuntoutujan etua korostavaa työtä. Palveluohjaaja-malli mahdollistaa tarpeenmukaisen ja tavoitteellisen hoitopalaverin sekä vahvistaa samalla verkostotyömallia ja kuntoutujan kiinnittymistä tavoitteelliseen kuntoutumiseen. Hyttisen (2003, 99) mukaan mielenterveysongelmiin liittyviä kielteisiä asenteita ylläpitää ongelmien erityisyyden ja tarvittavan asiantuntijuuden korostaminen, kun pääpaino tulisi olla enemmän normaalilähtöisessä neuvonnassa. Kuntoutus toimii selviytymiskeinona, joka voidaan Koukkarin (2010, 121 - 122) mukaan jakaa ongelmaratkaisuun tähtääviin keinoihin, joissa arvioidaan tilanne uudelleen ja haetaan sosiaalista tukea tunteiden säätelyyn tähtäävään, tilannetta tasapainottaviin tunteiden käsittelyyn.

Tarve omaisten aktiivisemmän roolin osuudesta mielenterveyskuntoutujien kuntoutuksessa heräsi asiakastyytyväisyyskyselyn, tutkimusten, teorian ja yhteisen ajatustyön myötä Niittykodin vastaavan ohjaajan Päivi Heikkilän kanssa. Vaikka mielenhäiriöt eivät automaattisesti tarkoita sitä, että kuntoutuja on lopun elämäänsä muiden autettavissa, sairaus saattaa vaatia silti lähimmäsiltä ja omaisilta enemmän ponnistuksia ja huomiota kun esimerkiksi somaattinen sairaus. Lisäksi omaiset ja lähimmäiset kohtaavat useampia eri käytäntöjä palvelujärjestelmistä ja yrittävät samalla ylläpitää tietoa niistä. Øvretveitin (1995, 55) mukaan puhutaan tiimitasolla hoitoon tai hoivaan liittyvästä reaktiomenetelmästä, joka tyydyttäisi tarvetta.

Räsänen (2006, 103, 187) sekä Toivio & Nording (2013, 326) ovat tuoneet esiin Corriganin (1997) tavoin niitä intervention tekijöitä, jotka tukevat voimaantumista. Asumispalvelun kuntoutusyksikössä näitä sosiaalista kuntoutumista tukevia seikkoja ovat turvallinen paikka päätöksenteolle, valintojen ja päätöksenteon tukeminen ja selkeyttäminen sekä tuki itsenäiseen elämään. Øvretveit (1995, 240) mukaan antamalla kuntoutujille mahdollisuuden tehdä päätöksiä ja vastuuta sekä niissä auttamisessa ja palkitsemisessa saattavat kuntoutujat kokevansa saaneensa apua ja terapiaa. Perheintervention voidaan katsoa yhdistävän menetelmänä lyhytterapiaa, ratkaisukeskeisyyttä ja psykososiaalista tukea. Sundmanin (1992) mukaan ratkaisukeskeisyydellä haetaan esille ajankohtainen ja tärkein tekijä ja psykososiaalisessa työssä ymmärretään puolestaan kuntoutujan elämäntilanteen kokonaisuus.

Øvretveitin (1995, 235 - 237) mukaan luomalla uusia vaihtoehtoja, tässä tapauksessa kuntoutujien ja heidän omaistensa ja läheistensä kanssa, saamme myös työntekijöinä uusia ajatuksia ja työskentelytapoja omaan ammatilliseen osaamiseemme. Palveluasumisessa perheintervention malli voi olla osana hoitopalavereja ja kuntoutusta, jossa omaiset ja kuntoutujat saisivat mahdollisuuden uuteen kiinnitysprosessiin, uuteen näkökulmaan ja herättelyyn, joka

tukisi kuntoutumista matkan varrella tai kuntoutuksen kriisikohdissa. Kuntoutujan ja hänen omaistensa läsnäolo mahdollistaa vuoropuhelun, ammattikäytännön uudistamisen sekä muutoksen valtasuhteissa, koska ammattilasten valta- asema on näkynyt hoidossa ammattilaisten päätöksenteoissa ja toimenpiteissä. Perhe- interventio on kuntoutusta edistävä ratkaisukeskeinen menetelmä ja lähestymistapa, jossa pyritään pois ongelmakeskeisestä puheesta asiakaslähtöisempään kuntoutujan tilanteen kartoittamiseen ja sitä kautta ammatillisen näkökulman laajentamiseen. Perheinterventio integroituu kuntoutussuunnitelmaan ja jämäköittää työskentelyä.

Lyhytterapia- termillä ja ratkaisukeskeisyydellä on yhteneväisyyksiä perheintervention menetelmään. Simon ja Berg (n.d. 1 - 2) ovat olleet kehittelemässä lyhytterapian muotoa mielenterveyskuntoutujille. He toteavat, että muutos kuntoutujien omassa ajattelussa, siitä mitä sairaus on, tietoisuuteen miten olla sairauden kanssa, on parantunut ratkaisukeskeisen työskentelyn myötä. Ratkaisukeskeisessä lyhytterapiassa ei nähdä kuntoutujan sairautta vaan mitä he tekevät, että sairaus ei rajoittaisi heitä. Lyhytterapia toimii nimensä mukaisesti prosessin motivaattorina, jossa ei ole tiettyä määrää tapaamiskertoja.

## 5.1 Mielenterveyden häiriöiden erityisongelmat

Mielenterveyskuntoutujalla tarkoitan tässä opinnäytetyössäni täysi- ikäistä henkilöä, joka diagnosoidun mielenterveyden häiriön vuoksi tarvitsee asu- mispalvelua sekä kuntouttavia palveluja. Otan esille psykoosisairauksista skitsofrenian, koska palveluasumisen asukkaista suurin osa kärsii eriasteisista psykoosisairauksista tai skitsofreniasta. Vaikka lähtökohta opinnäytetyössäni on voimavara- ja ratkaisukeskeisyys, koen tärkeäksi sen, että työntekijänä tie-

tää millaisen sairauden kanssa olemme tekemisissä. On myös muistettava, että diagnoosi ei määrittele ihmistä ja jokaisen kuntoutumistarve on erilainen.

Yleisin psykoosityyppi on skitsofrenia. Yleensä skitsofrenia puhkeaa nuorella iällä. Skitsofrenia on vaikea-asteinen mielisairaus, jonka oireita ovat ajatushäiriöt, voimakkaat tunnehäiriöt, omaan maailmaan vajoaminen, kommunikaatiovaikeudet ja kontaktikyvyn puute. Skitsofrenia oireita ovat aistiharhat, jotka imenevät ääni, -näkö, -tunto, -maku ja hajuharhoina. Skitsofrenian oire on harhaluulot, jotka ovat sairastuneelle kuvitelmia asioista jotka eivät ole totta. Usein harhat ovat pelottavia, uhkaavia ja ne aiheuttavat vääristyneitä sekä olemattomia tuntemuksia. Tyypillistä on, että sairastunut kuvittelee olevansa jonkin esineen tai ihmisen tarkkailun kohteena ja hän kokee saavansa näiltä viestejä. Vainoharhaisuus näkyy voimakkaina tunteina siitä, että sairastunut on tarkkailun ja juonittelun kohteena. (Lehtovirta & Peltola 2012, 241–242).

Berg ja Johansson (2003, 43) toteavat skitsofrenian vaikuttavan laajasti ihmisen elämäntapaan, koska se katkaisee tai häiritsee ihmisen elämänvaiheita. Skitsofrenia saattaa myös aiheuttaa vakavana ja pitkäaikaisena sairautena masentuneisuutta ja alakuloisuutta, jolloin riski itsemurhaan kasvaa. Tutkimukset ovat osoittaneet, että 40 – 70 % toipuu tai ovat lieväoireisia ja 60 % on tyydyttävä sosiaalinen toimintakyky. Yleensä 40 – 55 ikävuoden jälkeen skitsofrenian oireet lievittyvät jolloin elämänlaatu paranee, koska harhat saattavat vähentyä. Toivio & Nordling (2013, 273) sekä Lehtovirta & Peltola (2012, 296) toteaa, että psyykinen sairaus vaikuttaa negatiivisesti toimintakykyyn ja ihmisen tapaan reagoida uusiin haasteellisiin tilanteisiin. Turvallisen sekä tarkoituksenmukaisen paikan löytäminen yhteisössä saattaa olla vaikeaa, lisäksi heillä saattaa olla vaikeuksia mukautua ympäristön sosiaalisen rytmiin sekä toimia yhteisössä tarkoituksenomaisesti. On tärkeää muistaa, että jokainen reagoi eri tavalla. Lisäksi sairauden kulkuun vaikuttavat kuntoutujan motivaatio, ym-



päristön tuki ja asenteet, sekä perheen tuki. Usein skitsofreniasta sairautena maalataan synkkää kuvaa. Simon & Berg (n.d, 9) lainaa Shazerin mukaan ajatusta, jossa skitsofrenia nähdään parantumattomana sairautena, jossa vain remissio, eli vakaa vaihe on mahdollista ja siksi psykoosin vaara on aina läsnä. Ratkaisukeskeisessä ajattelussa nähdään ihminen ja hänen resurssinsa sairauten takaa, autetaan sen kuntoutujaa sen hallintakeinoihin sekä näkemään niitä normaaleja asioita joita hän tekee.

## 5.2 Mielenterveyskuntoutuja yhteiskunnassa

Yksi hyvinvoinnin käsite on sosiaalinen turvallisuus. Yhteiskunnalliset rakenteet saattavat osaltaan määritellä, kuinka kuntoutuja, omaiset sekä yhteiskunta suhtautuu mielenterveyskuntoutujia kohtaan. Mielenterveyden keskusliiton jäsenlehdessä Aalto (2014) käsittelee suomalaisten asennetta mielenterveyskuntoutujia kohtaan mielenterveysbarometrin (2013) avulla. Vaikka asenteissa on huomattavissa parannusta, leimaantumisen kokemukset ovat lisääntyneet. Tämä usein aiheuttaa tarpeettomia ongelmia ja esteitä myös kuntoutumiseen. Mielenterveysbarometrin mukaan 23 % kansalaisista ei halua olla tekemisissä mielenterveysongelmaisten kanssa. Jopa 44 % mielenterveyskuntoutujista kokevat tulevansa leimatuksi sairautensa tähden ja 28 % kokevat, että heidän seuraansa vältellään.

Mäkinen ym. (2011, 132) mukaan sosiaalialan asiakastyö perustuu siihen, että jokaisella on mahdollisuus etsiä ja löytää ratkaisuja ongelmiinsa. Kun kuntoutuja osallistetaan omaan elämäänsä ja elinolosuhteensa suunnitteluun ja autetaan häntä saavuttamaan omat tavoitteensa, puhutaan voimaantumista. Kuntoutuja voi voimaantua prosesseilla, joiden avulla hän voi joko itse tai yhdessä lisätä elämänlaatuaan. Koskisuun (2003, 42- 43) mukaan kuntoutujat ovat kokeneet oivalluksen, että kun elää tätä päivää ja oppii ottamaan vastaan apua kun kokee sitä tarvitsevansa, käsitys omasta itsestä suhteessa ympäröivään maailmaan muuttuu vähitellen. Oman toimintakyvyn palautuminen, itsestään huolehtiminen sekä vähitellen kuntoutumisen edetessä kyky huolehtia lähiympäristöstä alkoivat palautua. Aktiivisuus ja aloitteellisuus nähdään merkitykselliseksi kun ajatellaan muutakin kuin sairautta tai sen oireita.

Toimintaympäristö ja yhteiskunnalliset tekijät ovat osaltaan vaikuttamassa kuntoutujan mahdollisuuteen voimaantua. Räsänen (2006, 103, 187) toteaa, että haasteena voimaantumismelle on nähty mahdollistava, luottamuksellinen toimintaympäristö. Tähän toimintaympäristöön ovat vaikuttamassa tiedonhankintamahdollisuus, yhteiskunnan palvelujen saatavuus sekä ihmisten välinen luottamus yhteiskuntaan ja toisiinsa. Kuntoutujat saattavat kokea suurta painetta yhteiskunnan taholta yhteiskunnalliseen normaalisuuteen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2013) huomauttaa, mikäli syrjäytyminen on sosiaalisen kuntoutuksen käynnistämisen peruste, on huomioitava, että ei puhuta vain yksilön ongelmasta vaan syynä voi olla koko yhteiskunnan käytännöt, rakenteet ja toimintatavat. Kuntoutujien kohdalla on tärkeää, että ongelmista edetään yksilön voimavaroihin ja vahvuuksiin, jolloin palveluohjauksen pääpaino tulee olla arjessa annettussa tuessa ja yhteiskunnallisen osallisuuden mahdollistamisessa.

Yhä kasvava asiakaskunta mielenterveyskuntoutuksessa ovat nuoret moniongelmaiset aikuiset. Korhonen ja Huttunen (2001, 40) toteavat nuorten aikuis-

ten olevan väliinputoajia mielenterveyspalveluissa. Heidän Omat voimat käyttöön yhteisvoimin - projektinsa loppuraportissa nuorten kuntoutujien todetaan tarvitsevan sellaista nivelvaiheen palvelua, joka vahvistaisi itsetuntoa ja sosiaalisia taitoja. Keinona tarvitaan henkilökohtaisempaa tukea ja ohjausta, ennen heidän siirtymistään opiskelemaan tai muiden yhteiskunnan tarjoamien palvelujen pariin. Uudenlaisen henkilökohtaisemman palvelun innovaatio syntyy Øvretveitin (1995, 54, 61) mukaan ajatuksesta arvioida ja tiedottaa yksilön ja yhteisön tarpeet uudella tavalla ihmisten tarpeet ja tahdolla vastata niihin.

### 5.3 Kuntoutuja asiakkaana palveluohjauksessa

Järvikoski (2013) toteaa raportissaan monimuotoinen kuntoutus ja haasteet, että kuntoutus terminä on muutoksessa. Näihin kuntoutuksen laadulliseen laajentumisen haasteisiin kuuluvat sosiaalisten tekijöiden käyttö kuntoutuksessa, asiakkaan osallisuuteen ja olosuhteisiin vaikuttaminen. Palveluohjaajan toimeksiantajana toimii Suomisen (2002, 9) sekä Toivio & Nordling (2013, 326) mukaan aina asiakas, jonka elämysmaailmaan, oikeuksiin, velvollisuuksiin, päämääriin sekä voimavaroihin työ pohjautuu. Toimintakulttuuri saattaa sekä edistää tai estää vuorovaikutusta. Kuntoutuksen vaikuttavuus perustuu struktuuriin, joka muovaa yhteisön toimintakulttuuria. Toimiva yhteistyö palveluohjaajan sekä muiden kuntoutujan verkoston kanssa edesauttaa vuorovaikutusta, jolloin saatu sosiaalinen tuki, palaute ja mallit kehittävät asiakkaan itseymmärrystä, kognitiivisia kykyjä, suoriutumisodotuksia, itseymmärrystä ja sosiaalisia taitoja. Kuntoutuja tulee nähdä ihmisenä ongelmien takana, oman tilanteensa subjektina ja toimijana, joka suunnittelee, hallitsemaan ja pyrkii ymmärtämään omaa elämäänsä ja sen perustaa. Myös Hyttinen (2003, 86) korostaa, että oleellista palveluohjauksessa on kuntoutujan subjektiaseman edistäminen ja arjessa annettu tuki.

Kuinka sitten tuodaan sosiaalinen mukaan kuntoutukseen? Notkola ja Tuusa (2012) toteavat Sosiaali- ja terveysministeriön lausunnossa että uudella asiakaslähtöisemmällä ja tavoitteellisella sosiaalihuoltolailla saattaa olla positiivinen vaikutus myös asiakaspalveluosaamiseen ja työn mielekkyyteen jopa siinä määrin, että henkilökunnan vaihtuvuus ei olisi niin suuri. Moniammatillisesta yhteistyöstä saataisiin koordinoitumpi, tavoitteellisempi hyöty itse asiakaspalvelutyöhön. Heidän mielestään uusi sosiaalihuoltolaki toisi asiakastyön prosessiin kuntoutumista tukevan suunnitelmallisuuden. Yksi palveluohjaajan tehtävistä on varmistaa kuntoutujalle ne palvelut, jotka hänelle kuuluvat ja yhteen sovittaa ne. Notkolan ja Tuusa (2012) toteaa, että uudessa sosiaalihuollon lakiesityksessä määritellään tuen tarpeen arviointi kohdassa 36 §, asiakassuunnitelma kohdassa 37 § ja 40 § vastuutyöntekijä niille asiakkaille, jotka tarvitsevat eri tahojen tukitoimia ja tukea. Aiemmin jo voimassaolevassa laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 1 § todetaan, että kuntoutujaa asemaa tulisi edistää auttamalla häntä saamaan tarvitsemansa kuntoutuspalvelut sekä osallistaa kuntoutuja omaan kuntoutukseen liittyvissä asioiden käsittelyissä.

## 5.4 Palveluohjauksen vaikutukset yksilötasolla

On tärkeää nähdä, missä vaiheessa kuntoutuja itse kokee olevansa menossa. Koskisuus ja Kulola (2005, 149- 150) lainaavat LeRoy Spanioilin tutkimusta psykoosiin sairastuneiden kokemuksia omasta kuntoutumisestaan. Niittykodin kuntoutujien kohdalla voidaan olettaa olevan näistä kahden viimeisimmän kohdalla, koska akuutti sairastumisen vaihe on takana. Näitä kuntoutumista edistäviä seikkoja ovat sairauden ja seurausten kanssa elämään oppiminen ja eläminen ohi ja yli sairauden. Tärkeitä asioita heille ovat olleet oireiden hallinta, vahvistunut minäkuva ja hallinnan tunne liittyen sairauteen, luottavaisuus hyvän elämän mahdollisuuksiin sekä omien tärkeiden asioiden teke-

minen ja parempi yhteys lähimmäisiin. Viimeisimmässä vaiheessa sairauden rooli ja seuraukset jäävät elämässä pienevään rooliin ja kuntoutuja on saavuttanut hyvän yhteyden ympäröiviin ihmisiin, on rakentanut tyydyttävän näköistä elämää, hänellä on halu erilaisiin tehtäviin ja rooleihin ja hän kokee elämän merkityksellisyyden ja tarkoituksellisuuden.

Toinen kuntoutuja kuvaa samankaltaisesti kuntoutumisen vaihteita Koskisuun (2003, 39) kuntoutujille julkaisemassaan työkirjassa kolmen eri vaiheen kautta, joita olivat tilanteen hyväksyminen, eteenpäissuuntautuneisuus ja elämän laadun parantaminen. Ensimmäisessä vaiheessa hän näki tärkeänä oman tilanteen hyväksymisen, toivon ja inspiraation lähteet sekä orastavan halun muutokseen. Seuraavassa vaiheessa edetään kuntoutumisen toiseen vaiheeseen, jossa tärkeitä tekijöitä olivat vastuunotto ja kantaminen oman elämän suhteen, omien asenteiden sekä tahdon vaalimisen tärkeys. Kolmas vaihe oli elämän laadun parantaminen, jossa kuntoutuminen on pyrkimystä voida hyvin ja saavuttaa uutta. Tämä sisältää tasapainoa, rauhallisuutta, kiinnostusta ja kokemusta elämän merkityksellisyydestä, myönteisyyttä sekä oireiden hallintaa ja vähenemistä. Perheintervention luoja Breadsleen mukaan sairauden kanssa eläminen helpottuu, kun kuntoutuja tekee eron omien käsitysten ja vääristyneiden tulkintojen välille, jolloin kuntoutukseen osallistuvat saadaan osalliseksi yhteisen ongelman ratkaisuun.

Kuntoutujien kuvauksissa on nähtävissä prosessinomaisuus. Voimaantumisen lähtee aina ihmisestä itsestään oikeiden mahdollistavien toimenpiteiden myötä. Hyttinen (2003, 88) määrittelee voimaantumisen refleksiiviverbiksi, johon liitetään käsitteet itseohjautuvuus sekä itsemääräämisoikeus. Ihmisen voimaantumista voidaan tarkastella useammasta eri tasosta, mutta otan tässä esiin voimaantumisen yhteiskunnan intervention ja identiteetin rakentumisen yhteiskunnan tarjoaman mahdollisuuden pohjalta. Siinä voimaantuminen on prosessinomaista toimintaa, jossa toimintaympäristön olosuhteet, ilmapiiri,

asenne, luottamus, arvostus, valinnanvapaus ja turvallisuus muuttavat sisäistä sekä ulkoista hallintaa jossa kuntoutuja elää. Palveluohjauksellisella työotteella voi edesauttaa kuntoutumista tarjoamalla kokonaisvaltainen suunnitelma ja tukitoimi kuntoutujalle, jotta nämä vaiheet toteutuisivat. Kuntoutuksen tehokkuus näkyy siinä, kuinka paljon kuntoutuja tarvitsee ulkopuolista ohjausta tai kontrollia.

## 6 Omaisets ja mielensterveyskuntoutuja

Omaisets psyykkinen sairastuminen on perheelle aina kriisi. Tyypillisimpiä reaktioita ovat ahdistus, itsesyytökset ja muidets syyttely, pelko, häpeä, suru ja jopa aggressiivisuus (Toivio & Nordling 2013, 306 – 307). Nymanin & Stengårdin (2004, 18) mukaan tutkimusten ovat osoittaneet että noin 60 % suomalaisista omaisista kokee psyykkistä kuormittuneisuutta läheisen sairastuttua psyykkisesti. Aalto (2014) toteaa, että Mielenterveysbarometrin (2013) mukaan omaisista 59 % arvioi omaisensa joutuneensa leimatuksi psyykkisen sairautensa tähden.

Nyman & Stengård (2004, 33 – 34, 38) toteaa tutkimuksessaan, että riippumatta siitä, millainen asumismuoto, toimintakyky tai terveydentila sairastuneella omaisella on, huoli omaisets tilanteesta ja tulevaisuudesta ja toimeentulosta on jatkuvasti läsnä. Omaisets ja sairastuneets vuorovaikutuksen jännittyneisyys ja kielteinen ilmapiiri koettiin ongelmalliseksi. Yhtenä tekijänä vuorovaikutuksen jännittyneisyyteen on sairastuneets vaarallinen ja itsetuhoinen käytös itseä ja muita kohtaan. Yksi ajankohtainen ongelman onkin palveluasumisessa juuri päihteitä käyttävies nuorten mielensterveyskuntoutujies kasvava määrä.

Käsittelemättömät, kielteiset tunteet vaikuttavat vuorovaikutukseen. Tämä saattaa johtaa siihen, että omaista kuntouttava taho kokee yhteistyön hanka-

laksi ja omaisen kuntoutumista suunnitellaan ilman perheen läsnäoloa, jolloin omaiset kokevat syrjäytyvänsä omaistensa hoidosta. Osaltaan omaisten pettymykset niissä odotuksissa, joita heillä on ollut ammattilaisten toimintaa kohtaan sekä kuntoutujan omat tyydyttämättömät hoidon ja kuntoutuksen tarpeet ovat aiheuttaneet Nymanin & Stengårdin (2004, 92) mukaan tyytymättömyyttä. Tiedon saanti sairaudesta on myös koettu puutteelliseksi (Toivio & Nordling 2013, 306 – 307).

Omaisten kuntoutuksen mukaan ottaminen on tärkeää useammankin syyn takia. Omaisten kokonaistilanteeseen vaikuttaa Nymanin & Stengårdin (2004, 16) mukaan sairauden tuomat rajoitukset, sairastuneen tilanne sekä kuntoutuspalvelujen kokonaisuus. Saatu tuki ilmentää sosiaalista pääomaa. Omaisten kuormittuneisuuden on todettu vähentyvän silloin, kun heillä on käytössään useampia selviytymiskeinoja ja sosiaalista tukea tarjoava verkosto, ammattilaisen tuki ja saatu tieto sairaudesta (Nyman & Stengård 2004, 16).

## 6.1 Omaisten sopeutumisprosessi

Steinglass & Shuler (2014) vertaa omaisen psyykkistä sairastumista menetykseen. Menetystä ja surua voidaan sairastumisen myötä kokea usealla elämän eri saralla, kuten tulevaisuudessa olevien unelmien menettämisenä, taloudellisinä huolina tai oman uuden hoivaroolin sisäistämisenä. Myös Toivio & Nordling (2013, 296) toteavat sairastuminen olevan omaiselle kriisi, jossa yhtenä tekijänä omaisen sairastuttua psyykkisesti on menetys tai sen uhka. Sopeutumisprosessissa on havaittavissa yhteneväisyyksiä kriisin kulkuun. Kriisi etenee psyykkisen toimintavaiheen kautta reaktiovaiheeseen josta se etenee korjaamisvaiheesta viimeiseen, uudelleen suuntautumisasiheeseen. Yhteneväistä sopeutumisprosessiin traumatyössä on se, että jokaisen vaiheen

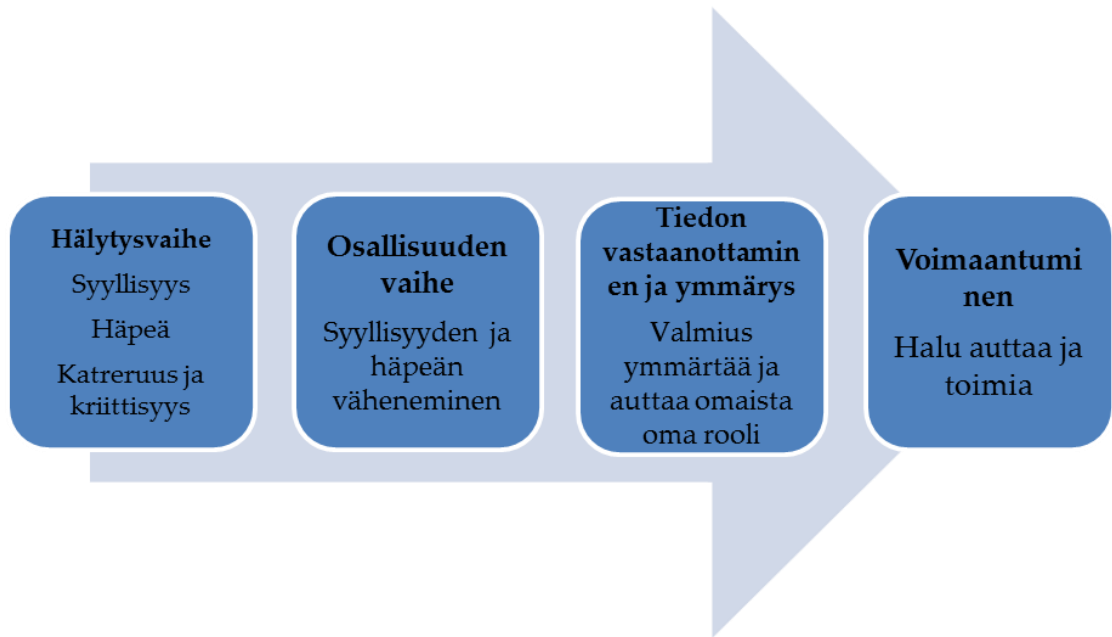
tulee olla käsitelty, ennekuin ihminen pääsee etenemään seuraavaan vaiheeseen. Jokainen etenee vaiheet omaa tahtiinsa ja reaktiot saattavat vaihdella. Pahimmillaan trauma jää käsittelemättä ja aiheuttaa psyykkisen toimintakyvyn alenemista, katkeruutta tai eristäytymistä. Sopeutumattomuusreaktioita voi olla myös tosiasian kieltäminen ja hyväksyminen.

Steinglass & Shuler (2014) toteaa McFarlanen (2004) tavoin perhe- interventiosta, että omaiset voivat joko helpottaa tai hankaloittaa kuntoutusta täyttämällä sairastuneen toiminnan vajauksia. He saattavat toimia sairauden akuutissa psykoosivaiheessa tukemalla sairastunutta liikaa tai väärällä tavalla, jolloin heidän omat vaatimuksensa ja oletuksensa paranemisesta saattavat olla kohtuuttomia. Romakkaniemen & Väyrösen (2011, 139) toteavat Pohjolan (2002) mukaan, että asiakassuhde rakentuu sellaiseksi, miten kuntoutuja kokee tulevansa nähdyksi ja kuulluksi apua hakiessaan. Häpeän, arkojen ja sensitiivisten asioiden kohtaaminen kuntoutuksessa on tärkeää kiinnittää huomiota varsinkin mielenterveyskuntoutujien ja heidän omaistensa kanssa.

Kuntoutujan kokonaisvaltainen auttaminen ja sopeutumisprosessin onnistuminen tulisi edetä järjestyksessä, koska hälytysvaiheessa ei voi suoraan voimaantua. Onnistuessaan prosessissa omaiset oppivat suhtautumaan kuntoutajaan oikealla tavalla. Tasapainon löytyminen omien vaatimusten, ylikontrollonin, kiirehtimisen ja kuntoutujan voimavarojen välillä helpottuu. Kuntoutujan pyrkimys itsenäisyyteen hänen omaa vastuuta tukemalla sekä selkeän päivärytmin tärkeys selkeytyy sopeutumisprosessissa. Toivio & Nordling (2013, 307 – 308) ovat määritelleet neljä eri sopeutumisprosessin vaihetta.



Kuvio 3. Sopeutumisprosessin eri vaiheet (Toivio &amp; Nordling 2013, 307- 308)



Hälytysvaiheessa vallitsee kielteisten tunteiden kaaos. Tämä vaihe saattaa pidentyä, jos perhe ei ole valmis käsittelemään tunteitaan tai siihen ei ole annettu mahdollisuutta. Osallisuuden vaiheessa omien tunteiden jakaminen ja vertaistuki auttaa omaista purkamaan tunnelukkoja auki, jolloin syällisyys ja häpeä alkavat vähetä. Tiedon vastaanottamis- ja ymmärtämisvaiheessa omaiset ovat valmiita realistisesti ymmärtämään, mistä sairaudessa on kysymys ja mikä heidän oma osansa kuntoutuksessa on. Myös Nyman & Stengård (2004, 60) nostavat esiin tutkimuksestaan tiedonsaannin tärkeyden liittyen sairastuneen omaisen sairauteen ja hoitoon. Voimaantumisvaiheessa omaisella on halua ja motivaatiota toimia kuntoutuksen suuntaisesti (Toivio & Nordling (2013, 307 – 308).

Koskisuus (2003, 45) kuvaa myös kuntoutumisen vaihteita LeRoy Spaniolin mukaan neljän eri vaiheen kautta. Prosessi etenee yhtenevästi kriisin ja sopeutumisprosessin vaiheen mukaisesti. Kuntoutumisen vaihteita on sairauden ja sen oireiden saartamana eläminen, toisena sen seurauksien kanssa kamppaileminen, kolmanneksi seurauksien kanssa eläminen ja viimeiseksi sairauden ja sen aiheuttamien rajoitusten ylittäminen.

## 6.2 Omaiset palveluohjauksessa

Keski- Suomen sairaanhoitopiirin Omat voimat käyttöön yhteisvoimin – projektin tavoitteena oli täydentää yhteistyössä hoitavan tahon kanssa mielenterveyskuntoutujien ja heidän omaistensa kykyä selviytyä sairauden kanssa avohoidossa ja antaa ohjausta, yksilöllistä tukea, neuvontaa ja opetusta. Projektin loppuraportissa Korhonen & Huttunen (2001, 2) näkivät koko perheen näkökulman huomioimisen tärkeäksi psykiatrisessa kuntoutuksessa. Hankkeessaan Suominen (2014) huomasi, että omaiset kokivat yhteistyön hoitopaikkojen kanssa puutteelliseksi, koska kokemukset ja tieto kuntoutujan tilanteesta ei ollut menneet heille. Kehitystoimenpiteenä hankkeessa nähtiin, että asiakkaan tutkiminen diagnoosien kautta pitäisi korvata asiakkaaseen ja hänen elämäntilanteeseen tutustumisella. Diagnoosi ei kerro millainen tuki kuntoutujaa autattaisi, vaan jokaisen tilanne on erilainen.

Suominen (2014) toteaa hankkeensa pohjalta, että yksilötyön tueksi tarvitaan perhe- ja verkostolähtöistä työtä. Hankkeessa huomattiin, että työ asiakkaan kanssa ei voi onnistua ottamatta omaista mukaan, koska ongelmat elävät asiakkaan ihmissuhteissa. Myös Koskisuus & Kulola (2005, 151) sekä Suominen (2014) näkee perheen ja läheisten ottamisen mukaan tärkeänä, kun halutaan kartoittaa kuntoutujan kokonaisvaltaista tilannetta. Vastoin ennakkoodotuksia, omaiset olivat valmiimpia osallistumaan työskentelyyn. Perhe on kulkenut kuntoutujan elämässä mukana ennen sairastumista. Heidän avullaan voidaan kartoittaa, kuinka perhe ja omaiset tukevat kuntoutumista ja miten kuntoutuja näkee omat muutostarpeensa suhteessa omaan perheeseensä tai omaisiinsa. Työskentelyssä on tärkeää muistaa, että vaikka kuntoutuja muuttuu, perhe tai omaiset eivät muutu samaan tahtiin. He voivat myös muuttua, kehittyä ja kasvaa yksilöinä kuntoutujan rinnalla.

## 6.2.1 Työntekijän rooli ja asenteet palveluohjauksessa

Suominen (2002, 17- 18) on määritellyt palveluohjaajan kaksi eri työtä osaa.

Asiakastyössä rakennetaan luottamus kuntoutujaan sekä määritellään hänen tarpeensa ja tarvittava tuki. Palveluohjaaja myös varmistaa kuntoutujaa palvelevan suunnitelman ja varmista siihen kuuluvan toteutuksen. Toiseksi palveluohjaaja rakentaa, etsii uusia ratkaisuja toimien rajapinnoilla, toimii yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa sekä varmistaa suunnitelman kokonaisvaltaisuuden. Suominen (2014) kokoaa tuloksia hankkeestaan, jotka tukevat ajatusta yksilötyön riittämättömyydestä. Hän toteaa, että yhtäaikainen työskentely perheen kanssa yhdistettynä palveluohjaukseen, jossa tutustutaan kuntoutujan elämään ja siihen parantaviin keinoihin tukee positiivisesti kuntoutujan keinoja toimia arjessa. Näiden työmuotojen tulee toimia jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään tiedonsaannin ja vuorovaikutuksen takia.

Vuokila - Oikkonen & Läksy (2010, 245) toteavat Kiviniemen (2007) tavoin, että konstrukttiivinen lähestymistavan omaksunut työntekijä ymmärtää, että ihmiseen vaikuttavat aiemmin eletyt tilanteet ja ne ovat vaikuttamassa myös uusiin kokemuksiin. Konstrukttiivisessa lähestymistavassa ihmissuhteet, kulttuuri, ja fyysinen ympäristö muovaavat vasta-vuoroisesti ihmisen suhtautumistapoja. Mielenterveys rakentuukin yksilöllisten kokemusten ja jatkuvan ympäristön kanssa käytävän vuorovaikutuksen ja dialogin tuloksena.

Työntekijöiden ammattitaito korostuu, koska näkemys, paneutuminen ja vastuu kuntoutujan kokonaisvoinnista, mahdollisuuksista ja voimavaroista edesauttaa kuntoutumista. Mielenterveyden edistämisessä korostuu prosessinomaisuus. Yksilötasolla mielenterveystyössä pyritään vahvistamaan yksilön voimavaroja, vahvistaa arjessa selviytymisen taitoja sekä tukemaan tervettä psykososiaalista kehitystä. Yhteisötasolla korostuvat sosiaalisten verkostojen säilyttämisen, vahvistamisen ja synnyttämisen sekä osallisuuden kokemus-

ten mahdollistaminen esimerkiksi lähiympäristössä, koulussa ja asuinalueella. Yhteiskunnallisella tasolla mielenterveyden edistäminen näkyy lainsäädännön, ihmisoikeuksien, hyvinvoinnin – ja terveystieteellisten ohjelmien – ja strategioiden toteutumisen kautta (Toivio & Nordling 2013, 338).

Nymanin & Stengårdin (2004, 56 – 57) mukaan työntekijän kyvyistä empatia, taito kohdata kuntoutuja ja omainen, kuuntelu, kiireettömyys ja kiinnostus kuntoutujan ja hänen läheistensä ongelmista olivat niitä tekijöitä, jotka kasvativat tyytyväisyyttä mielenterveysalan ammattilaisiin. Nämä mielenterveys-työhön liittyvät eettiset periaatteet ovat yhteneväiset sosionomin sosiaaliohjauksessa tarvittavia ominaisuuksien kanssa. Sosiaaliohjauksen keinoin voisi myös vastata Nymanin & Stengårdin (2004, 58 - 59) esiin ostamaan tutkimustulokseen ammattiauttajan toivotuista valmiuksista. Omaiset olivat toivoneet erilaisia joustavia ja yksilöllisiä hoito- ja kuntoutusvaihtoehtoja myös itselleen pohdittavaksi. Tämä kertoo tarpeesta kannatella omaista mukana kuntoutujan elämässä, asumismuodosta riippumatta.

Romakkaniemi & Väyrynen (2011, 138–139) toteaa, että luottamuksellinen yhteistyösuhteen rakentuminen kuntoutujan ja ammattilaisen välille on auttamistyön perusta. Lähtökohtana on välittävä, intensiivinen työote. Vuokila - Oikkosen & Läksyn (2010, 244–245) ja Romakkaniemen & Väyrysen (2011, 139) mukaan vuorovaikutussuhteessa konkretisoituu työntekijän asenteet ja arvot. Työntekijän on tärkeää tunnistaa oma lähestymistapansa työhön, koska muuten tiedostamattomat vaikutusmallit saattavat vaikuttaa omaan ajatteluun ja näkökulma hoitoon jäädä kapeaksi. Käsitukseen mielenterveydestä vaikuttavat myös yhteiskunnan ja kulttuurin omaksumat arvot ja normit.

Räsänen (2006, 187) lainaa Hyypän (1977) ajatusta holistisesta lähestymistavasta. Sillä on yhtymäkohtia perheinterventiossa tarvittaviin voimaannuttaviin elementteihin. Holistinen lähestymistapa tutkii vuorovaikutuksen toimi-

vuotta pyrkien kokonaisuuteen. Holistinen lähestymistapa on ainutkertaista monipuolistava toimintaa, jossa voi muuttaa vuorovaikutuksen tasapainoa, verrata ja soveltaa mallia sekä oletuksia todellisuuteen. Mäkinen ym. (2011, 53) Pupita- Mattilan (2007) tavoin määrittelee, että refleksiivisyys osana sosionomin työssä näkyy arvioivana ja tietoisena toiminnan kehittämisenä muiden toimijoiden kanssa. Työntekijän tulee tarkkailla omia auttajan motiiveja ja asenteita, kuinka perhe-interventio palvelee ja ketä. Auttamisen pakko on jätettävä pois ja perhe-intervention hyöty arvioitava kuntoutuja ja hänen omaisensa hyödyn kautta. Tavoitteena on myös toimiva ja aktiivinen kuntoutus, joka palvelee myös auttajia ja kehittää ammatillista osaamista.

## 6.2.2 Psykososiaalisen toimintakyvyn tukeminen palveluohjauksessa

Opinnäytetyössäni haluan nähdä psykososiaalisen kuntoutuksen yhtenä palveluohjauksen työotteena, joka on integroitu palveluohjauksen menetelmään. Ajatukseni on viedä psykososiaalinen työorientaatio kuntoutukseen. Voidaan puhua jaetusta toimijuudesta, joka on psykososiaalisen työn edellytys, koska psykososiaalinen osaaminen määritellään Järvikosken ym.(2013, 149) mukaan toimijuuksien vahvistamisessa eri elämänalueilla sekä suhteissa yhteisöön, yhteiskuntaan ja omaan itseän. Lehtovirran & Peltolan (2012, 296). mukaan psykososiaalinen kuntoutus perustuu asiakkaan kokonaisvaltaiseen elämäntilanteen huomioimiseen, jolloin tavoitteena tulee olla fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vahvistaminen ja tavoitteellinen lisääminen. Sosiaalisella ympäristöllä on usein keskeinen merkitys ongelmien syntyemisessä. Työntekijän tulee selvittää asiakkaan sosiaaliset kontaktit ja auttaa niiden ylläpidossa ja uusien luomisessa.

Lehtola & Peltola (2012, 289) tukee ajatusta että psykososiaalinen kuntoutus tukee kykyä toimia arjessa, ratkoa arjen ongelmatilanteita, ylläpitää ja solmia ihmissuhteita ja toimia yhteiskunnassa. Psykososiaalisen toimintakyvyn vastakohtana on syrjäytyminen. Romakkaniemi & Väyrynen (2011, 137) jaottelee Granfeltin (1993) mukaan psykososiaalisen työn kolmeen eri tasoon; intrapsyykkiseen, interpsyykkiseen ja rakenteelliseen tasoon. Intrapsyykkinen tarkoittaa ihmisen minuuden vahvistamista, interpsyykkinen lähiverkostoa, joka pyritään aktivoimaan osaksi kuntoutumisprosessia. Perheinterventiossa voidaan puhua interpsyykkisen lähiverkoston tukemisesta. Rakenteellinen tasolla tavoitteena on tukea kuntoutujaa toimijuutta yhteiskunnassa. Psykososiaalisen kuntoutuksen tavoitteena on muutos kuntoutujan toimijuudessa ja mahdollisuus toimia eri yhteisöllisillä ja yhteiskunnallisilla areenoilla. Tässä näen yhtäläisyyttä Bronfenbrennerin ekologiseen teoriaan, jossa ihminen nähdään aktiivisena toimijana jolla on vaikutus häntä ympäröivään todellisuuteen. Ihminen ja ympäristö ovat riippuvaisia toisistaan.

Pedersen (2002, 57) toteaa, että psyykkisellä terveydellä ja sosiaalisella ympäristöllä on selvä yhteys. Tätä stressi- haavoittuvuusmallissa on sellaisia tekijöitä, joiden on todettu olevan vaikutus psyykkisten sairauksien kehittymiseen. Ympäristö, -henkilökohtaisilla ja sairauteen liittyvillä tekijöillä voidaan joko vahvistaa tai heikentää kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujilla haavoittavia ympäristötekijöitä ovat harvat läheiset suhteet, sairauden tuoma stigma tai leimaantumisen pelko, ympäristöstä koettu painostus ja taloudelliset ongelmat. Suojaavia tekijöitä ovat suojaava sosiaalinen verkosto ja merkityksellinen tekeminen.

Koskisu (2003, 49) toteaa, että suurin syy kuntoutumisen edistymiselle on koettu olevan pitkäaikaiset ristiriidat sosiaalisissa suhteissa, eristäytyneisyyden, yksinäisyyden sekä sen, että kuntoutuja ei koe saavansa riittävästi tukea. Pedersen (2002, 67) kuvaa haavoittuvuutta lisääviä tekijöitä henkilökohtaisissa

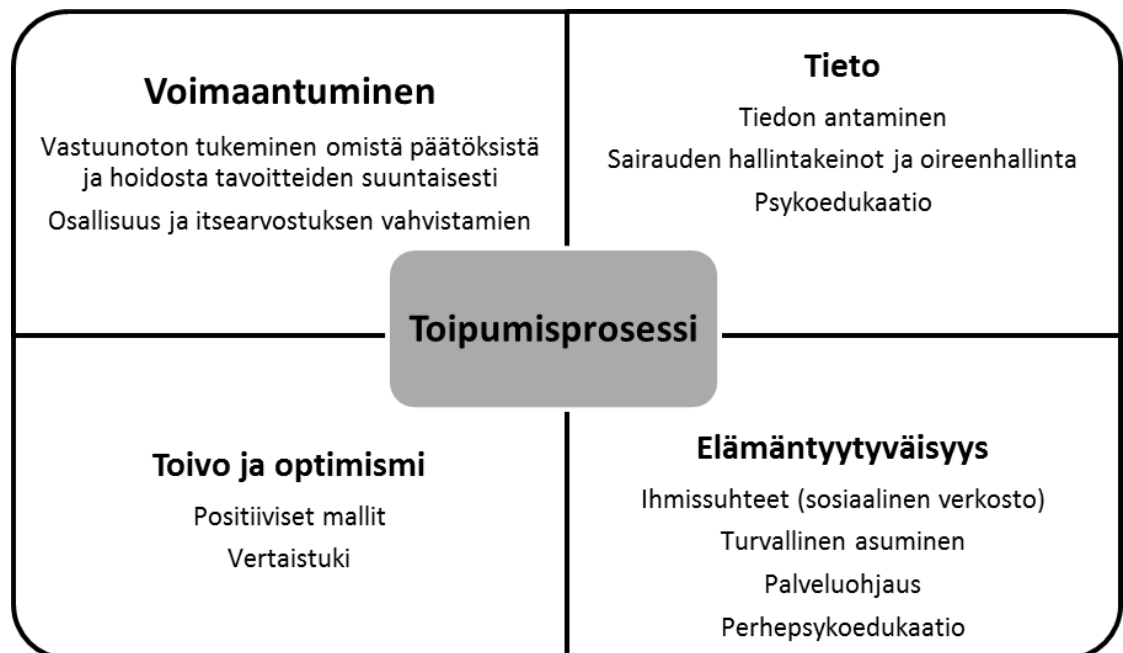
tekijöissä samoin termein kuin psykoosisairaus saattaa aiheuttaa sairastuneelle. Tällaisia samankaltaisia psykologisia tekijöitä ovat sosiaalinen vetäytyvyys, heikko itsetunto, heikko sitoutuminen toisiin sekä ajatushäiriöt. Psykososiaalista kuntoutuksen tavoitteita on Toivion & Nordlingin (2013, 300) ja Ojasen (1992) mukaan fyysisen toimintakyvyn edistäminen, haitallisten tottumusten ja tapojen vähentäminen, toiminnan viriäminen tai lisääntyminen, myönteisen minäkäsityksen ja realistisen asenteiden omaksuminen ja elämisen mielekkyyden sekä laadun parantuminen. Selviytymistä edistäviä tekijöitä puolestaan on kyky luoda suhteita, tunne omasta merkityksellisyydestä sekä oman psyykkisen tilan ymmärrys ja tieto. Näihin toimenpiteenä on mainittu esimerkiksi sosiaalisten taitojen harjoittelu.

### 6.2.3 Recovery- ajattelu palveluohjauksessa

Mielenterveyskuntoutuminen on suurella osalla koko loppuelämän projekti. Järvikoski ym. (2011, 141) toteaa Granfeltin (1998) tavoin, että kuntoutujalla voi olla vähäiset kiinnepohdat itseensä, ympäristöönsä ja läheisiinsä. Onnistuneessa perheinterventiossa ei tartuta sairauden tuomiin puutteisiin. Huomioimalla kuntoutujan toiveet ja lähtökohdat sekä luomalla turvallinen, kannatteleva ilmapiiri, mahdollistetaan kuntoutujalle hänen heikkoutensa ja kykenemättömyytensä salliva tila. Kuntoutuja saa aikaa kuunnella itseään ja mahdollisuuksiaan. Tämä kiinnipitävä ympäristö edesauttaa kuntoutujaa etenemään pikkuhiljaa ja vaiheittain. Teoria ottaa huomioon myös omaisten roolin kuntoutumisessa. Samankaltainen lähestymistapa on havaittavissa Toivion & Nordlingin (2013) recovery – mallissa, jonka avulla työntekijä voi luoda kuntoutujalle mahdollisuuden määritellä uudelleen itseään ja tilannettaan yksilöllisemmin ja toiveikkaammin.

Recovery- käsite tarkoittaa sitä, että yksilö pystyy elämään omasta mielestään tyydyttävää ja mielekästä elämää sairaudesta huolimatta. Hän kokee, että voi vaikuttaa ja hallita elämäänsä. Tämä ainutlaatuinen kokemusmaailma muokkaa kuntoutumisprosessia henkilökohtaiseksi. Recovery- ajattelussa sairauskeskeisen ajattelun vastakohtana toimii ajatus, että nähdään yksilöllisen kasvun mahdollisuudet. Recovery – ajattelu ei kuitenkaan tarkoita parantumista, vaan oireiden ei oleteta loppuvan kokonaan. Ajatusmalli palvelee skitsofreniaa sairastuvien kuntoutusprosessia, koska kyse on sairaudesta, josta ei varsinaisesti parane, vaan oireiden helpottuessa ja sosiaalisen verkoston laajetessa sairastuneen elämänlaatu paranee. Recoveryssä käytetään menetelminä ratkaisukeskeistä ja voimavarakeskeisiä ajattelumalleja (Toivio & Nordling 2013, 329 – 330). Toipumisprosessi on kuvattu Toivio & Nordlingin (2013, 332) mukaan neljän eri elementin avulla.

Kuvio 4. Kuntoutujan toipumisprosessi (Toivio & Nordling 2013, 332).





Kuntoutujan osallisuuden tärkeys näkyy myös Koskisuun ja Kulolan (2005, 148) näkemyksessä, jossa kuntoutumista voidaan tarkastella ihmisen roolin muuttumisen kautta, jolloin tapahtuu muutos sairaasta, hoitoa vastaanottavasta potilaasta aktiiviseksi omaa elämää eläväksi kuntoutujaksi. Kuntoutumisprosessiin kuuluu vähittäinen luopuminen täysin potilaana olosta. Koskisuu (2003, 51) toteaa, että kuntoutujat ovat toivoneet tietoa sairaudesta, sen hallintakeinoista sekä kuntoutuksen eri mahdollisuuksista. Aluksi on tiedettävä mistä kuntoudutaan, mitä voi itse tehdä ja mitä vaihtoehtoja on tarjolla.

## 7 Opastava perhetyö

Nyman & Stengård (2004, 45) toteavat tutkimuksessaan, että omaiset ovat kokeneet itsensä tyytyväisemmäksi tehdessään asioita läheisensä mieleisellä tavalla. Tunne, että on huolehtinut omaisesta, sekä tietoisuus siitä että sairastunut omainen tarvitsee häntä, on koettu hyvänä. Käypä Hoito (2013) toteaa että vahvin näyttö koulutuksellisen terapian, eli opastavan perhetyön toimivuudesta on silloin, kun heidän lisäksi terapiaa ovat saaneet myös omaiset. Joillakin kuntoutujilla saattaa olla riski sairastua uudelleen palatessaan yhteiskuntaan ja kotioloihinsa. Kuntoutuksen tulisi luoda kuntoutujalle sellaiset palveluasumisen ulko-puoliset olosuhteet, jossa on ihmissuhteita ja turvallinen sosiaalinen ympäristö. Nämä olosuhteet voi turvata ja suojata kuntoutujaa pärjäämään sairaalan ulkopuolisessa elämässä mahdollisimman pitkään tai kokonaan (Toivio & Nordling 2013, 309).

Nyman & Stengård (2004, 16) toteavat, että perhe voi pyrkiä salaamaan omaisensa sairauden leimautumisen pelossa. Tämä aiheuttaa sen, että negatiivinen tunneilmasto jää käsittelemättä ja ne kohdistetaan sairastuneeseen ja häntä hoitaviin hoitotahoihin. Psykoedukatiivisen, eli opastavan perhetyön tavoit-

teen tämän työn osalta näen olevan Toivio & Nordling (2013, 309) mukaan perheen välisten kontaktien ja vuorovaikutussuhteiden sekä sosiaalisten verkostojen laajentaminen kuntoutujan ja hänen omaistensa kanssa. Niittykodin vastaavan ohjaajan Päivi Heikkilän käyttämä menetelmä päihdetyössä oli yhdysvaltalaisen professorin William Beardsleen kehittämä perheinterventiomalli. Alun perin tässä psykoedukatiivisessa mallissa oli tarkoituksena ehkäistä lasten psyykkisiä häiriöiden kehittymistä kun toinen vanhemmista on sairastunut vakavaan masennukseen. Beardsleen ajatus oli, että ymmärrys sairaudesta helpottaisi lapsen tilannetta. Perheinterventiomallin toteutuksessa ei tarvitse terapiapätevyyttä ja se on muuta hoitoa tukevaa ja rinnalla kulkevaa. Beardsleen perhe-interventiota opinnäytetyössään tutkineet Kananen & Pajala (2012) toteavat, että perhe-interventioon osallistuneiden asiakkaiden syyllisyyden ja häpeän tunteet olivat vähentyneet ja toiveikkuus lisääntyi. Myös perheen rooliin ja vuorovaikutuksen koettiin parantuneen.

Perheinterventiomalli perustuu pitkälti ratkaisukeskeiseen työskentelyotteeseen, jossa vahvistetaan ja tuetaan perhettä ja omaisia yhteistyöhön kuntoutujan ja hänen hoitotahonsa kanssa. Kuntoutumisen yksi tärkeimmistä elementeistä on voimavarakeskeisyys. Koskisu (2003, 80) toteaa kuntoutumisen muutosten näkyvän suhteessa muihin ihmisiin. On tärkeää, että omaisille annetaan vaihtoehtoja, jotka he itse hyväksyvät. Jos omaiset tuntevat tarvitsevänsä neuvoa ja apua, he saavat mahdollisuuden joko hyväksyä tai valita itse ratkaisuvaihtoehtoja. Berg & Johanssonin (2003, 20) sekä Toivio & Nordlingin (2013, 308) mukaan ajan tasalla pitäminen ja yhdessä onnistumisen ilo on tärkeää jakaa. Omaisille tulee välittää viesti, että he ovat tärkeimpiä toimijoita siten, että heiltä ennemmin kysytään neuvoa kun heitä neuvottaisiin.

## 7.1 Dialoginen kohtaaminen asiakastyössä

Sosiaalialan asiakastyön osaamisen ydin on vuorovaikutusosaaminen. Dialogisuus tarkoittaa Mäkisen ym.(2011, 138) mukaan kahden subjektin välistä tasavertaista, avointa ja luottamuksellista kommunikointia. Perhe- interventi- on edellytyksenä ovat nämä edellä mainitut piirteet. Lisäksi aktiivinen kuuntelu, empaattisuus, vastavuoroisuus ja molemminpuolinen ymmärrys luovat hyvät edellytykset onnistuneelle dialogille. Kuntoutujan ja omaisen kokemuksen kuuleminen ja heidän maailmansa ymmärtäminen, mutta myös pulmaan tarttuminen edesauttavat omaisten ja perheen välisessä dialogissa. Mönkkönen (2007, 99 - 100) toteaa, että erilaisten merkitysten ja terminologian, tässä tapauksessa sairauden kuvan avaaminen mahdollistuu dialogisessa näkökulmassa.

Arnkil ja Seikkula (2004, 200 - 201) toteavat, että avoimessa dialogissa tavoitteena on ymmärtää käsiteltäviä asioita uudella tavalla. Avoin dialogi mahdollistaa uuden yhteisen kielen rakentamisen niille tunnepitoisille kokemuksille, jotka johtuvat sairauden tuoman oireiden mukaisesta käyttäytymisestä.

Omaisten jakaessa näitä tunnekokemuksia ja tilanteita ne jäsenyvät tarinoiksi, jolloin omien tunteiden käsittely mahdollistuu ja helpottuu sekä ovat enemmän hallittavissa. Niittykodin kuntoutujat eivät ole akuutissa sairastumisen vaiheessa, vaan heille heidän dialogissaan on tärkeää kuntoutujan todellisuuden hyväksyminen ja harhat yhtenä äänenä muiden joukossa. Psykkisesti sitkeissä oireissa kuntoutuja saattaa käsitellä todellisia, tapahtuneita asioita harhojensa kautta. Taustalla saattaa olla käsittelemättömiä traumoja ja niistä johtuvia pelkotiloja. Perhe – interventiossa opetetaan, että nostamalla odotuksia asteittain omaisten oma kuormitus helpottuu ja kuntoutuja saa oikea- aikaisen tuen.

Mielenterveyskuntoutujan stigma näkyy myös ammattilaisten asenteissa. Vuoden 2013 mielenterveysbarometrissa todettiin, että 65 % mielenterveysalan ammattilaisista kokee mielenterveyskuntoutujien leimaantuvat terveydellisten syiden takia. 41 % oli ammattilaisista sitä mieltä, että tästä syystä mielenterveyskuntoutujien seuraa kartetaan. Tarve uudelle työmenetelmien määrittelylle on olemassa myös ammatillisen näkökulman kautta. Arnkil ja Seikkula (2004, 199) olivat rakentamassa Keroputaan sairaalaan vuonna 1994 perhekeskeistä psykiatrista hoitomenetelmää ajatuksenaan ottaa sairastuneen perhe mukaan keskusteluun avoimeen kokoukseen. He huomasivat, että omaiset toimivat aktiivisesti hoitoprosessin muodostumisessa eivätkä olleet oletetussa intervention vastaanottajan roolissa. Arnkil ja Seikkula (2004, 200) kertovat joutuneensa itse työntekijöinä ammatillisen muutoksen eteen.

## 7.2 Työntekijänä dialogissa

Arnkil ja Seikkula (2004, 203, 206) toteavat omaisten kokemusten hoidosta olevan usein kielteisiä. Yksin jo psyykkisen sairauden kroonistuminen saattaa tuntua heistä hoidon epäonnistumiselta tai he ovat kokeneet, että eivät tule kuulluiksi eikä heitä oteta mukaan hoitoon. Hoidettavat, kuntoutumista koskevat ilmiöt, vaikeat vuorovaikutusprosessit sekä tunneprosessit ovat interventiossa suotavia. Työskentelyn täytyy olla täten pitkäjännitteistä, se vaatii tunnekokemusten vastaanottamista ja purkamista. Avointen dialogien tuoma ymmärrys luovat liitännäiskohtia kokonaisuudessa, jolloin koko kuntoutusprosessi jäsentyy selkeämmin kaikille osapuolille. Mönkkösen (2007, 87- 89, 92) mukaan dialogisuuden yksi elementti on vastavuoroisuus. Asiakassuhteessa se on molemminpuolista ymmärryksen rakentamista, jota ohjaavat, luovat ja johon vaikuttavat kaikki dialogiin osallistuvat. Parhaimmillaan avoimessa kommunikaatiossa sekä kuntoutuja että omaiset voivat oppia, tarkistaa,

muuttaa mielipiteitään tai asenteitaan. Dialogisessa kommunikaatiossa osapuolek luovat itseään sekä määrittävät suhdettaan muihin.

Mönkkönen (2007, 46 – 47) puhuu suhdetiedosta, joka on sidottu vuoronvai-  
kutuksen osa-puoliin. Tässä yhteydessä voidaan myös puhua tieto- osallisuus-  
den mahdollistamisesta, joka edellyttää kuntoutujalle tärkeiden osapuolten  
kohtaamista, vuorovaikutustaitoa, kuuntelemista, kysymistä sekä yksilön hy-  
väksymistä. Suhdetietoa voi hyödyntää omaisten asiantuntijuudella joka saat-  
taa auttaa jalostamaan kuntoutujan tilannetta uudelleen. Tällöin mahdollistuu  
työntekijälle tilaisuus muodostaa uusi käsitys kuntoutujasta, jolloin tätä tietoa  
voidaan jalostaa yhdessä kuntoutuksen suuntaisesti. Mönkkönen (2007, 80 –  
81) muistuttaa, että työntekijä saa tuoda esiin omia mielipiteitään ja ajatuksi-  
aan vaarantamatta kuntoutujan omaehtoisuutta ja oman näkökulman esiintu-  
lemista. Hänellä on kuitenkin vastuu asiakasdialogin kulusta.

Sosionomi voi Mäkisen ym. (2011, 149) mukaan vaikuttaa tunnesuhteisiin  
avoimen ilmapiirin luomiseksi, lisätä turvallisuudentunnetta, tutkia rooleja  
ryhmän kanssa ja vaikuttaa niihin. Hän voi auttaa ongelmien ratkaisussa ja  
huolehtii asioiden organisoinnista. Perhe-interventiossa on kyse tunneilmapii-  
riin vaikuttamisessa, jolloin annetaan kuntoutumiselle suotuisimmat olosuh-  
teet, merkitys ja muutos. Voidaan puhua jaetusta toimijuudesta ja luottamuk-  
sellisesta yhteistyöstä sekä kuten Mönkkönen (2007, 92 - 94) toteaa, uuden  
alueen löytymisestä osapuolten välillä. On tärkeää kiinnittää huomiota siihen,  
kuinka puhumme kuntoutujalle hänestä itsestään ja hänen omaisistaan, kuin-  
ka tartumme kuntoutujan kertomaan tarinaan ja täydennämme sitä. Kuntou-  
tujalle tulee vältyä tunne, että hän omien tarinoidensa avulla muovailee ja  
määrittelee suhteitaan ja sitä kautta kiinnittyy ympäristöönsä.

Avoin dialogi on Arnkil & Seikkulan (2004, 206) mukaan tiivis psykiatrinen  
hoitokäytäntö, jonka toteuttaa riittävän kauan siihen sitoutunut tiimi. Enna-

kointidialogi puolestaan toimii kertaluontoisena ulkopuolisen vetäjän interventiona kriisitilanteissa, jossa työskennellään yksilöiden ehdoilla ammatillisesti koordinoimattomassa tilanteessa. Ennakointidialogissa annetaan tilaa moniäänisyydelle strukturoidusti kullekin vuorollaan. Berg & Johansson (2003, 19 – 21) toteaa, että ohjaajan tulee osata toimia monessa eri asemassa, olla realistinen, avoin ja luottavainen mielenterveyskuntoutujan muutosten suhteen ja tietoinen omasta roolistaan interventiossa. Työskentely vaatii ohjaajalta avoimuutta ja luottamusta eri selitysmalleille. Psykoedukaation tavoite on luoda kuntoutujalle ja omaisille sosiaalinen verkosto.

Vilen ym.(2002, 125) toteavat että työntekijän rooli on edesauttaa kuntoutujaa tavoitteen asettamisessa, myönteisen näkökulman etsimisessä sekä toiveikkuuden luomisessa. Asiakasohjautuvuus on ratkaisu- ja voimavarakeskeisessä työskentelyssä avainasemassa, jotta asiakas saa määrätä oman etenemisrytminsä sekä sen, kenen ja keiden kanssa hän kokee luottamukselliseksi ja hyväksi pohtia kuntoutumisessa olevia haasteita ja pulmakohtia. Työntekijän rooli on mahdollistaa kuntoutujalle voimaantuminen hänen näkemyksensä, ehdotustensa ja oman toimijuutensa kautta.

### 7.3 Perheinterventio ja läheisneuvonpito

Toivio & Nordling (2013, 326) toteaa, että perheinterventio tarkoittaa hyvinvointia edistävää työmenetelmää, jossa vahvistetaan perheen sisäisiä selviytymiskeinoja. Se ennaltaehkäisee häiriöiden syntyä perheessä ja lisää tietoa siitä, mistä sairaudesta on kyse ja kuinka se vaikuttaa perheen elämään. Perheinterventio edistää kuntoutumista ja antaa tukea vanhemmuuteen. Perheintervention lisäksi haluan nostaa esille lisäksi läheisneuvonpidon, koska näillä menetelmillä on yhtäläisyyksiä. Salmenkangas (2008, 86) toteaa, että läheisneuvonpito perustuu ajatukselle jossa lähipiirillä on tavallisesi kykyä ja halua auttaa ongelmien ratkaisussa. Voidaan puhua osallisuudesta ja ratkaisukeskeisyydestä. Salmenkangas (2008, 86) kuitenkin toteaa, että läheisillä ei ole välttämättä tietoa tai kokonaiskuvaa kaikista. Läheisneuvonpidon lähtökohdat sisältävät perheinterventiota koskevia ja sitä tukevia elementtejä, joita Salmenkangas (2008, 88- 89) Heinon (2000) mukaan ovat asiakaslähtöisyys, kunnioitus, avoimuus, yksityisyys, osallisuus, luottamus voimavaroihin sekä selkeys toimijoiden rooleista ja tehtävistä. Läheisneuvonpidon voidaan katsoa sopivan sellaisiin tilanteisiin, joissa uskotaan ongelman ratkaisemiseen löytyvän ratkaisuja ja tukea lähiyhteisöltä. Menetelmä on moniammatillinen ja resurssikeskeinen. Kaikilla on oikeus sanoa mielipiteensä ja olla osallinen ongelmien etsimisen ja ratkaisemisen kautta.

Kuiperssin ym. (1998, 3- 4) mukaan perheintervention, jonka yhteydessä voidaan puhua koulutuksellisesta eli psykoedukatiivisesta perhetyöstä, tavoitteena on saada ja jakaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Vaikka sairaus on muuttanut läheistä, hänen tapaansa hahmottaa elämää ja asioita, se ei ole muuttanut häntä kokonaan. Koulutuksellisessa perhetyössä ei ole tarkoitus kritisoida perhettä ja omaisia, vaan skitsofrenia nähdään aivojen biologisena sairautena, jota saattaa esiintyä kaikenlaisissa perheissä. Tämä Kuiperssin

ym.(1998, 3- 4) mukaan poikkeaa psykoanalyttisista teorioista, joissa skitsofrenia johtuisi lapsen ja vanhempien häiriintyneistä suhteista. Tämä malli ei ole myöskään systeeminen, jossa yhden perheenjäsenen sairastumisen nähdään olevan merkki siitä, että todellisuudessa sairaus on koko perheessä. Koulutuksellisessa perhetyössä korostetaan sitä, että vaikka perhe ei voi vaikuttaa sairauden syntyyn, se voi vaikuttaa sen kulkuun.

Toivio & Nording (2013, 326) toteaa kuten Corriganin (1997), että kuntoutujien voimaantuminen mahdollistuu parhaiten kun yksilö kokee tuleensa kohdatuksi ja hyväksytyksi enemmän ihmisenä kuin lääketieteellisenä intervention kohteena. Kuntoutujan suhde omaan itseen muuttuu suhteessa ympäröivään maailmaan vähitellen. Psykososiaalisen interventioihin liittyviä tekijöitä, jotka tukevat kuntoutujan voimaantumista ovat interventiot jotka edistävät itsekontrollia, auttavat itsenäiseen elämään, selkeyttävät valintoja, tarjoavat resursseja ja sosiaalista tukea. Sosiaalista maailmaa on helpompi ymmärtää, kun se kuvataan kuntoutujalle ja omaisille konkreettisesti ja käyttäytymiseen liittyvin käsittein.

### 7.3.1 Perheen tunneilmapiiri ja suunnittelu- osallisuus

Toroska (2012) toteaa suunnittelu- osallisuuden olevan työskentelyn perusedellytys. Se tarkoittaa kuntoutujan ja perheen tuettua osallisuutta, kuntoutujan asiantuntijaroolin korostamista sekä hyväksymistä. Yksi tärkeimmistä hoitoon vaikuttavista tekijöistä varsinkin psykoosista kuntoutuvalle on läheisten keskuudessa vallitseva tunneilmapiiri ja vuorovaikutussuhteet. Romakkaniemi & Väyrynen (2011, 143) toteavat, että irtautuminen perheen ristiriitaisista ja kahlitsevista vuorovaikutussuhteista saattaa osaltaan helpottaa kuntoutumista vapauttamalla energiaa omasta itsestä huolehtimiseen. Berg & Johansson (2003, 19) toteaa, että ristiriidat, stressi, muutokset ja riitatilanteet on



todettu olevan riskitekijöitä psykoosin uusiutumiselle. Perheissä on saattanut vaikuttaa negatiivinen ilmapiiri, joka on Toivion & Nordlingin (2013, 309) mukaan kuntoutujan selviytymiseen vaikututtavampaa kuin lääkitys. Tiedon antaminen sairaudesta, vuorovaikutuksen lisääminen ja tukeminen, ongelmaratkaisutaidon parantaminen, kriisi-interventiot sekä omaisten ja kuntoutujan sosiaalisen verkoston laajentaminen ovat niitä elementtejä, joita vahvistamalla mahdollistuu kokonaisvaltainen kuntoutuminen ja omaisten huomioiminen kuntoutusprosessissa.

Vilenin ym.(2005, 151 - 152) mukaan perheen kanssa voidaan pohtia kuntoutuksen tavoitteita ja tarpeellisuutta sekä kuinka ja miten ne toteutetaan käytännössä. Perhe nähdään voimavarana ja perheintervention tavoitteeksi voidaan nostaa aktiivisen osallisuuden kautta koko perheen valtaistuminen, prosessi, jossa yksilön ja ryhmien mahdollisuudet vaikuttaa omaan elämäntilanteeseen vahvistuvat ja yksilöt kokevat voimaantumista. Kun kuntoutuja hahmottaa itsensä ja voimansa suhteessa muihin, varsinkin mielenterveyspalvelujen polveilevassa palveluviidakossa, hän kokee olevansa oma valtaistunut asiantuntijansa. Kehittynyt ongelmaratkaisukyky vähentää stressiä, jolla on kuntoutujaan ja hänen omaisiinsa positiivisia vaikutuksia. Usein kuntoutujalla saattaa olla epärealistisia kuvitelmia tulevaisuutensa suhteen. Esimerkiksi tavoitteenasettelut, kuten julkisuuden henkilönä oleminen tai epärealistiset ajatukset omista taidoista, voidaan ratkaisukeskeisesti ajatella olevan tavoitteita olla hyväksytty, suosittu, arvostettu ja taloudellisesti hyvin pärjäävä.

### 7.3.2 Tiedollinen tuki ja tieto - osallisuus

Tieto-osallisuus on Toroskan (2012) mukaan tiedon kulkua, kuntoutujan ja hänen perheensä kohtaamista, vuorovaikutustaitoa sekä hyväksymistä. Näiden perusedellytyksenä on onnistunut dialogi. Mielenterveys- ja päihdeon-

gelmien oireiden vaikutus vaikuttavat arjessa selviytymiseen ja hyvinvointiin. Ihmisen elämäntilanteella, lähiympäristöllään ja hänen persoonallisuudellaan on merkitystä hänen selviytymiseensä. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden ongelmat toimintakyvyssä voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään, joita ovat toiminnalliset, tunteisiin ja kognitiivisiin toimintoihin. Skitsofrenia aiheuttaa sosiaalista vetäytymistä, koska ihmiset eivät kiinnosta ja sairastunut haluaa olla enemmän yksin. Lisäksi skitsofrenia aiheuttaa huonoa keskittymiskykyä, joka näkyy lukemisen, keskustelun seuraamisen sekä uuden oppimisen vaikeutena. Puhe ja ajatukset saattavat köyhtyä, koska asioiden ajatteleva tuntuu vaikealta ja virkkeen sanominen loppuun ei onnistu (Lehtovirta & Peltonen 2012, 241 – 242, 295).

Tutkimuksessaan Nyman & Stengård (2004, 93) yhteenvetona totesivat suosituksissaan, että yksilöllistä hoitoa, kuntoutusta ja tuettua asumista tulee kehittää siten, että ne antavat enemmän mahdollisuuksia yksilöllisiin kuntoutusratkaisuihin. Riittävä tieto ja tuki sekä omaisten jaksamisen huomioiminen ovat avainasemassa. On myös huomioitava, kuten Härkäpää ja Järvikoski (1995, 157) toteavat, että sairauskäsitys koostuu yhteisön ja yhteiskunnan vallitsevista käsityksistä, omakohtaisista tiedoista ja tuntemuksista sekä kuntoutujan käsityksestä oman sairautensa toistuvuudesta ja kroonisuudesta. Tulokset omasta sairaudesta ja sen tuomien rajoitusten kokemuksista vaikuttavat siihen, kuinka sairauden tuomat rajoitukset koetaan, millaisen merkityksen sairaus kuntoutujalle muodostaa ja millaisen selviytymisstrategian kuntoutuja muodostaa.

Skitsofreniaan kuuluu elämää hallitsevat ja vaikeuttavat ääni harhat. Jenner (2001, 115) korostaa, että ääniä kuulevien omaisille olisi tärkeää jakaa sairautta koskevaa tietoa, ymmärtämystä, varmuutta, ongelmaan kohdistuvia neuvoja ja stressitilanteista selviytymistä. Romme (2001, 137 - 138) toteaa, että ne ääniä kuulevat kuntoutujat jotka ovat oppineet elämään kokemustensa kanssa, ovat

maininneet tärkeimmiksi tekijöiksi ystävän, kumppanin tai perheen taholta kuulusitulemisen ja hyväksymisen. Merkittävää on ihmissuhteiden laatu, ei niinkään määrä. Lähiympäristön ja yhteiskunnan antamat oikeanlaiset edellytykset auttavat kuntoutujaa kehittämään omaa valtaansa ja identiteettiänsä sekä hyväksymään kuntoutujaa itsensä ihmiseksi, joka kuulee ääniä.

Toivion ja Nordlingin (2013, 309) mukaan omaiselle ja kuntoutujalle tulee kertoa ja käydä läpi, mitä sairaus on, sen vaikutuksista, syistä ja miten sitä hoidetaan. Lääkehoito tulee ottaa esille kuntoutusta mahdollistavana ja sairauden oireita ehkäisevänä elementtinä. Käymällä läpi yhdessä oireiden varhaista tunnistamista ja kuinka ensimerkkien ilmaantuessa voidaan toimia, kuntoutujan voinnin huonontuminen ja tunnistetaan oireet jatkossa nopeammin. Omaisilta voi kysyä, mikä heidän mielestään on aiheuttanut psykoosiin sairastumisen. Osoittamalla, että psykoosiin sairastuminen ei ole minkään yksittäisen henkilön tai tapahtuman aiheuttama, vaan kuka tahansa voi sairastua elämänsä aikana, helpotetaan omaisten syyllisyydentunnetta. Tässä yhteydessä on hyvä ottaa puheeksi mahdollinen leimaantumisen pelko ja korostaa sitä, että sairastuminen psyykkisesti ei merkitse jatkossa joutumista syrjityksi, huonosti kohdelluksi tai ympäristön hylkäämäksi.

Koivisto (2012,126) kuvaa psykoosiin sairastuneiden kokemuksia yhdistävän hallitsematon minuus, joka näkyy itsen hallinnan menetyksen ja muuttumisen tunteena. Tunne ilmeni vaikeuksina suhteessa muihin ja omaan itseen. Toivion & Nodlingin (2013, 60) mukaan joihinkin mielisairauksiin liittyy sairauden tunteen puuttuminen, jolloin todellisuus hämärtyy ja sairastunut ei pidä itseään psyykkisesti sairaana. Hyttinen (2003, 96) toteaa, että sairastunut saa vuorovaikutuksessa mahdollisuuden tiedostaa suhteensa omaan sairauteensa, jolloin hän pystyy uudistamaan, vaikuttamaan ja tarvittaessa muuttamaan näkökulmaansa yhteiskunnallisena toimijana. Käydyn dialogin tulee olla tällöin olla laajempaa ja kohdentua kuntoutujan ympäristöön ja yhteiskuntaan.

Liittämällä yhdessä opittu todellisiin arkielämän tilanteisiin, kuntoutuja saa mahdollisuuden määritellä uudelleen mahdollisuuksiaan ja rooliaan toimijana.

Kuipers ym. (1998, 155 -156) mukaan omaiselle voi välittää tietoa siitä, että sairaudella on vaikutuksia sairastuneen koko maailmankuvaan ja todellisuuteen. Omaisten tieto- osallisuutta voi vahvistaa korostamalla, että heidän roolinsa on tärkeä sairastuneen kuntoutumisessa, mutta sairastuneen persoonallisuus ja stressiherkkyys vaikuttavat siihen myös. Sairastunut saattaa reagoida riitoihin, muutoksiin ja ympärillä tapahtuviin asioihin voimakkaasti. Omainen voi tukea sairastunutta kertomalla muutoksista etukäteen ja tehdä yhden muutoksen kerrallaan. Sairastuneen kannattaa antaa myös päättää itse asioistaan.

Omainen saattaa olla huolissaan lähimmäisensä eristäytymisestä ja vetäytymisestä. Sairastunut saattaa ymmärtää sairastuneensa psyykkisesti, jolloin hän vetäytyy omaan huoneeseensa, kieltäytyy syömästä perheen kanssa tai palaa nopeasti takaisin huoneeseensa. Tämä saattaa johtua siitä, että muiden seuranta tuntuu epämiellyttävältä. Heidän mielialansa saattaa vaihdella yliaktiivisuuden ja ilon kautta masentuneisuuteen tai epätoivoisuuteen, toisaalta he saattavat vakuuttaa omaisilleen myös, että kaikki on hyvin. Sairastunut saattaa nukkua pitkään tai kieltäytyy nousemasta ylös, jolloin hänen unirytmensä muuttuu. Hän voi kärsiä energian puutteesta tai hänen on vaikeaa keksiä tekemistä, joka voi johtaa siihen, että hän ei tee kotitöitä tai pidä huolta hygieniastaan. (Kuipers ym. 1998, 152 – 155).

### 7.3.3 Perheen vuorovaikutus ja toiminta - osallisuus

Toiminta- osallisuudella on Torsokan (2012) mukaan vahva sosiaalinen näkökulma. Osallisuudella muiden kanssa omassa tutussa ympäristössä kuntoutuja voi kokea tulevansa kokonaiseksi omissa suhteissaan. Mönkkönen (2007, 86- 87) määrittelee vuorovaikutuksen asiakassuhteessa pyrkimykseksi rakentaa yhteistä ymmärrystä sekä taitoa ohjata vuorovaikutuksen kulkua sitä kohti. Tilanteessa tulee edetä sekä työntekijän että asiakkaiden ehdoilla. Skitsofreniaan sairastuneiden perheillä saattaa olla kokemus siitä, että he ovat tehneet jotain väärin, he eivät osaa ilmaista tunteitaan tai he ovat epäonnistuneet kasvatuksessa. Omaisten kokemukset ja asenne näkyi Mielenterveysbarometrin (2013) mukaan tutkimuksessa, jonka mukaan omaisista 52 % uskoi, että mielenterveyskuntoutuja on joutunut leimatuksi sairautensa vuoksi. Toivio & Nordling (2013, 303) määrittelee, että stigma on syrjäytymisen sukulaiskäsite, jossa jokin ei-toivottu tai hävetty ominaisuus estää henkilöä saamasta täyttä sosiaalista hyväksyntää ja saa henkilön salaamaan näitä ominaisuuksia. Tämä saattaa aiheuttaa sen, että henkilö alkaa vältellä sosiaalisia tilanteita pelätessään leimaantumista ja selviytyäkseen paremmin psyykkisten ongelmiansa kanssa. Leimattu saattaa sisäistää käyttäytyvänsä psyykkisesti sairaan tavoin, jolloin hän alkaa entistä selvemmin toimia oletetun poikkeavan roolinsa mukaisesti. Myös omaiset pyrkivät usein salaamaan läheisen psyykkisen sairauden. Kuntoutujan elämänlaatuun ja paranemiseen vaikuttaa suuresti se, kuinka hän kohtaa stigmaan liittyviä ilmiöitä elämässään.

Toroskan (2012) kuvaama päätös- osallisuus koskee ohjaajan roolin vallan ja vastuun uudelleen rakentumista tuetun päätöksenteon kautta. Päätös – osallisuuden liittyä luottamus kuntoutujan ja perheen kykyyn kohdata palveluntuottajan tarjoama päätösvalta palvelun tuottamisessa. Ohjaaja toimii toivon ja positiivisuuden ylläpitäjänä ja korostaa, että sairastunut on asiantuntija omassa sairaudessaan. Kysymällä omaisilta, kuinka he ovat kokeneet psyykk-

kisen sairauden ja sen vaikutukset heidän elämäänsä, välitetään perheelle toivoa siitä, että psykoosin kanssa voi tulla toimeen toimimalla asianmukaisesti. Ohjaaja opettaa perheenjäseniä kuuntelemaan, katsomaan toisiaan ja ilmaistamaan tunteitaan, koska juuri näissä on havaittu olevan puutteita. Vuorovaikutus perustuu oletuksiin muiden odotuksista ja toiveista ja odotukset kuntoutumisen suhteen saattavat olla epärealistisia tai liian vaativia. (Toivio & Nordling 2013, 310).

Hänninen (2009, 20) määrittelee Ridgwayn tutkimuksen pohjalta kuntoutumisen eri teemoja. Näitä olivat toivon herääminen, ongelman hyväksyminen, vastuunotto omasta elämästä, aktiivisuus etsiä selviytymiskeinoja, luopuminen syrjään vetäytyneisyydestä sekä aktiivinen osallistuminen. Toivio & Nordling (2013, 310) näkevät tärkeänä myös ongelmaratkaisutaitojen opettamisen, jossa pyritään parantamaan kuntoutujan selviytymistä jokapäiväisten ongelmien parissa ja stressaavissa elämäntilanteissa. Ongelmaratkaisutaitoja opetetaan kysymällä perheen ja omaisten omia keinoja toimia ongelmatilanteissa. Omaisten huoli helpottuu, kun kuntoutuja pärjää paremmin itsenäisesti tai kotioloissa.

#### 7.3.4 Voimaantumisen arviointi - osallisuus

Torskan (2012) mukaan arviointi- osallisuudessa varmistetaan kuntoutujan ja perheen palautteen kulku takaisin palveluntuottajalle. Organisaation kyky oppia palautteesta on tärkeää. Järvikoski & Härkäpää (2001, 111, 114) toteavat, että voimavaraorienteisesta palveluohjauksen mallista ja vaihtoehtoisten mallien kehittämisestä on saatu positiivisia tuloksia. Kuitenkaan yhtä vastausta kuntoutuksen vaikuttavuuteen ei voida antaa, koska kuntoutuksen arviointi on monen eri palan yhdistelyä joka lähtee yksilön tarpeesta ja tavoitteista käsin. Tavoitteet ja toteutus ovat sidoksissa aikaan ja yhteiskunnan mahdollisuuksiin ja vasta tutkimuksella prosessin vaikuttavuudesta ja toimintaympä-

ristöstä saadaan kokonaisvaltainen kuva kuntoutuksen kehittamisestä sekä sen keinoista.

Yhtenä perheintervention tai läheisneuvonpidon arvioinninmittaria palveluohjauksessa voi käyttää Hyvärin ja Salon (2009, 235 -236) Brandon & Brandonilta (2001) lainaamaa tiedon saatavuuden lisääntymistä sekä eri toimintavaihtoehtojen kokeilua toteutukseen arviointiin asti. Tiedon saatavuus kuntoutujille ja omaisille on perheintervention tai läheisneuvonpidon lisääntyneen määräysvallan ja valinnan mahdollisuuksien oleellinen osa. Kartoittamalla tietävätkö osalliset tapahtumat, menettelytavat, päätöksenteon, oikeudet ja valinnanmahdollisuudet sekä niiden saatavuuden, voidaan mitata menetelmän tuloksia. Tärkeä mittari on itse kuntoutujan kuuleminen kysymällä, ovatko he kokeneet tulleeensa neuvotuksi aidosti, kuunnellaanko heitä ja ovatko he tietoisia siitä, mitä todella on tapahtumassa. Kartoittamalla edelliset tiedot, ohjataan palvelun käyttäjiä saavuttamaan haluamansa, heitä tuetaan tekemään oikeita päätöksiä ja autetaan saavuttamaan todellisia kuntoutuksen päämääriä.

Yhtenä tavoitteena perheinterventiossa on perheenjäsenten välisten siteiden lujittaminen. Koska varsinaista mittaria tähän ei ole olemassa, kuntoutumisen onnistuminen näkyy kuntoutujan voimaantumisenä ja itsenäisyytenä suhteessa asumispalvelun tukeen sekä oireiden vähenemisenä tai hallittavuutena. Koskisu (2003, 43) toteaa, että kuntoutujat ovat kuvanneet kuntoutumisen edenneen, kun halu ja kyky huolehtia itsestä ja ympäristöstä on alkanut palautua. Tämä on näkynyt kuntoutujien riippuvuuden vähenemisenä suhteessa toisiin, kuten hoitohenkilökuntaan ja omaisiin. Vaikka yhteyden pitämistä ei koettu helppona ja niissä ilmeni ongelmia, kuntoutujat olivat kokeneet yhteyden ylläpitämisen elämän mielekkyyttä lisäävänä.

## 8 Perheinterventio ja palveluohjaus Niittykodilla

Perheintervention malli Niittykodilla integroituisi kuntoutussuunnitelmaan kuntoutujan voimavaroja etsiessä, tiedollisena perustana kaikille osapuolille ja myöhemmin hoitopalaverin osiona, jota vasten kuntoutuksen etenemistä voisi verrata. Kuntoutujan kokonaisvaltainen kohtaaminen ei mahdollistu jos hänen omaisiaan tai perhettään ei kuulla, koska tavoitteena on kuntoutujan parempi elämänhallinta ja lopulta itsenäisempi asuminen. Pahimmillaan tämän huomioitta jättäminen aiheuttaa kuntoutujan siirtelyn palveluasumisyksiköstä toiseen, koska yksikkö kokee olevansa keinoton ongelmien ja asukkaan sitoutumattomuuden edessä. Huolimatta kuntoutujan asumismuodosta, perhe ja omaiset ovat hänen rinnallaan, toimivat kuntoutujan tärkeimpänä linkkinä palveluasumisen ulkopuoliseen elämään.

Palveluohjausta tulee ohjata asiakaskeskeisyys, kuntoutujan autonomian kunnioitus ja hyvä yhteistyösuhde perheen tai omaisten kanssa. Palveluohjaajan työssä tulisi toimia kuntoutujan sosiaalisen verkostojen rajapinnoilla. Mielenterveysongelmat reagoivat helposti stressitekijöihin, mikä näkyy kuntoutujien voinnin muutoksina. Mielenterveyskuntoutujan tilanteissa tapahtuneiden muutoksiin reagoiminen mahdollistaisi oikea-aikaisen perhetyön palvelun josta kuntoutuja ja hänen omaisensa hyötyisivät. Tiedonanto sairaudesta tulee mielestäni varmistaa jo hyvissä ajoin, jotta kuntoutujalle sekä omaisille voidaan kartoittaa tarvittavat tukitoimet. Mikäli omaiset eivät ole pystyneet käsittelemään tai eivät ymmärrä omaisensa sairauden kuvaa, työskentelyssä ei voi olla samaa suuntaa palvelun tuottajan ja kuntoutujan kanssa. Myöskään palveluasumisen työntekijät eivät välttämättä tiedä kuntoutujan voinnista talon ulkopuolella. Omaisille on olemassa omat vertaisryhmänsä, mutta kuntoutujan sairaudenkuva ja yksilölliset vaikutukset siihen tulee olla sisäistettyinä ja hyväksyttynä ennen vertaistoimintaa, jotta omaiset eivät kuormitu mui-



den omaisten tarinoista liikaa. Omaisten kohdalla palveluohjaajan olisi tärkeää varmistaa omaisten osallisuus ja toteuttaminen jatkossa.

Palveluohjaajan liian ohjaileva rooli saattaa jättää kuntoutujan ja hänen omaistensa äänen kuulumattomiin. Aiemmin mainittu kuntoutussuunnitelma tulisi toteuttaa niin, että kuntoutujalta varmistetaan häntä koskevien hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden tarpeet, tavoitteet ja merkitykset. Erittäin tärkeä osuus olisi varmistaa, että kuntoutuja itse kokee tavoitteet itseään tukevaksi ymmärrettäväksi kokonaisuudeksi ja sitä kautta sitoutuu niihin. Jotta asiakaskeskeisyys toteutuisi, palveluohjaajan tulee keskittyä siihen, mitä kuntoutuja itse ilmaisee ongelmakseen ja auttaa niiden käytännön ratkaisemisessa. Perheintervention malli saattaisi toimia myös kriisivaiheen suunnittelussa, mutta kriisi ei kuitenkaan saisi olla palvelua ohjaava tekijä, vaan ratkaisukeskeisyys.

## 9 Pohdinta

Tein mielessäni opinnäytetyötä sosiaalisesta kuntoutuksesta ja sen kehittämisestä en vain kirjoittaessani tätä, vaan matkan varrella ajatuksissani ja työssäni mielenterveyskuntoutujien parissa. Kuntoutuja saattaa pohtia, mitä minulla oli ennen sairastumista ja mitä minulle jäi sen jälkeen – vastausten kontrasti saattaa olla suuri ja menetyksen tunne vallitseva. Kuntoutuja astuu uuteen vaiheeseen ja asumismuotoon elämässä. Autettavana olevan rooliin kasvaminen ja minäkuvan uudelleen luominen kuntoutujana tulisi olla kannustavaa ja uudelleen määrittelevää – ei eristävää ja sairauskeskeistä. Mietin, mitä on aikoinaan tarkoitettu lauseella, jossa ajatellaan mielenterveyskuntoutujien olevan avohoidossa heitteillä, ja toisaalta, kuinka moni pitkäikäinen somaattinen sairaus on yhtä huonosti tuettua ja hoidettua kun mielensairaudet. Kuntoutujilla on erilaisia unelmia ja tavoitteita siitä, miten heidän elämänsä tulisi edetä,

mutta sairastuminen psyykkisesti katkaisee jonkun tietyn elämänkaaren kohdan ja tehtävän. Ihminen taantuu, menettää kosketuksensa todellisuuteen ja ahdistuu. Pahimmillaan sairastuminen psyykkisesti katkaisee välit niihin, jotka ovat olleet elämässä mukana ennen sairastumista – omaisiin, jotka jäävät kantamaan surua, syyllisyyttä, vihaa tai häpeää.

Asiakastyytyväisyyskyselyä analysoidessani mietin, voinko saada tästä asiakastyytyväisyyskyselystä irti sen verran, että niistä nousee esiin kuntoutujien omia mielipiteitä. Kyseenalaistamista menetelmästä oli myös hyvän tieteellisen kirjoittamisen teoksissa, kuten Beresford & Salolla. Kyseenalaistaminen oli turhaa ja parasta antia työssä oli pohdinnat, koska itse prosessointityö johdatti minut oleellisen äärelle. Vastaukset ”en tiedä” ja ”en kerro” antoivat lisää aihetta miettiä: miksi hän ei tiedä, osaa sanoa tai ei halua kertoa. Yhtään turhaa vastausta ei ollut. Hyväksyin analysoidessani menetelmän kelvollisuuden, vaikka se alussa kyseenalaistinkin.

Itse menetelmänä perheintervention hyödyt kuntoutujalle tulee punnita ja sen etu tulee olla viimekädessä kuntoutuja etu. Perheintervention tai vastaavan menetelmän läheisneuvonpidon kohdalla tulee harkita, onko perhe ja omaiset automaattisesti voimavaraistava taho tukemaan aikuista, itsenäistä tai itsenäistyvää kuntoutujaa prosessissaan vai kokeeko kuntoutuja enemmän lähimmäisekseen ystävän, tuttavän tai muun omaisen? Itse tiedon antamisen sairaudesta on ensisijaisen tärkeää, koska mielestäni pitää tietää mistä puhutaan, kun puhutaan psykoosisairauksista. Mielestäni sairauden mystifiointi itsessään on jo yksi aihe, johon tulisi puuttua yhteiskunnallisesti.

Olen aina kunnioittanut mielenterveyskuntoutujien asemaa ja oikeuksia. Opinnäytetyötä tehdessäni huomasin itsessäni muutoksia tavassa, kuinka kohdata keskustelussa ja asenteissa kuntoutujien sairauden tuomia rajoitteita. Sairaudesta saa ja pitää puhua, mutta sairauden ei saa antaa määritellä ihmi-

sen älykkyyttä eikä toimia suorana mittarina ihmisen toimintakykyyn. Jätin tietoisesti vielä enemmän tilaa kuntoutujan ajatuksille ja pyrkimyksille. Muutoksen aikana huomasin erilaisia suhtautumistapoja työntekijöiden välillä. Uskon, että medikaalinen hoitomalli elää edelleen joidenkin työntekijöiden työtavoissa. En vähättele lääkityksen merkitystä, mutta en usko sen olevan ainut ratkaisu kuntoutumisen onnistumiseen, vaan olen siirtynyt havainnoimaan tietoisesti niitä tekijöitä, jotka aiheuttavat stressiä ja sitä kautta vaikuttavat kuntoutujan vointiin. Kukaan ei tiedä omia stressitekijöitään niin hyvin kuin jokainen itse, joten tutustumalla kuntoutujaan ja hänen stressitekijöihinsä työhön saataisiin ennaltaehkäisevä työote.

## Lähteet

Aaltio, E. 2013. Hyvinvoinnin uusi järjestys. Helsinki: Hakapaino.

Aalto, I. 2014. Suomalaisten asenteissa mielenterveyskuntoutujia kohtaan liikkahdus hyväksyvämpään suuntaan. *Revanssi*, 1, 8.

Arnkil, T.E. & Seikkula, J. 2004. Kuntoutusta, ymmärrystä, dialogia sosiaalisissa verkostoissa. Teoksessa *Kuntoutus kanssamme*. Toim. Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. Saarijärvi: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Beresford, P., & Salo, M. 2008. Kokemuksen muodonmuutos. Kohti palvelujen käyttäjien omaa tutkimustoimintaa. Pori: Kehitys Oy.

Berg, L. & Johansson, M. 2003. Psykoedukaation työkirja. Psykkisesti sairastuneen ja hänen perheensä/ tukiryhmänsä kanssa toteutettava ohjaus. 1. painos. Lievestuore: ER- paino Oy.

Hallitus. 2014. Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaalihuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Viitattu 2.10.2014.

<http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=HE+164/2014&base=erhe&palvelin=www.eduskunta.fi>

Heikkilä, P. 2014. Niittykodin vastaava ohjaaja. Haastattelu 1.6.2014.

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hänninen, V. 2009. Omaelämäkerta elämän omaksi tekemisenä. Teoksessa *Elämäntarinoista kokemustutkimukseen*. Toim. Hyväri, S.& Salo, M. 2009. Pori: Kehitys Oy.

Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 1995. Kuntoutusmotivaatio, suunnitelma ja prosessinohjaus. Teoksessa *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. Toim. Suikkanen, A., Härkäpää, K., Järvikoski, A., Kallanranta, T., Piirainen, K., Repo, M. & Wikström, J. Juva: WSOY.

Härkäpää, K. & Järvikoski, A. 1995. Psykkinen sopeutuminen, selviytyminen ja hallinta. Teoksessa *Kuntoutuksen ulottuvuudet*. Toim. Suikkanen, A., Här-

- käpää, K., Järvikoski, A., Kallanranta, T., Piirainen, K., Repo, M. & Wikström. J. Juva: WSOY.
- Hyttinen, L. 2003. Palveluohjauksen vaikuttavuutta määrittämässä. Teoksessa Sosiaalityö ja vaikuttaminen. Toim. Satka, M., Pohjola, A. & Rajavaara, M. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Hyväri, S. & Salo, M. 2009. Elämäntarinoista kokemustutkimukseen. Pori: Kehitys Oy.
- Jenner, A. 2001. Ahdistuksen hallintatekniikat. Teoksessa Moniääniset – näkökulmia ääniä kuulemiseen. Toim. Romme, M. & Escher, S. Vantaa: Printway Oy.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2001. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi: Kohti yhdistäviä ratkaisuja. Teoksessa Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Toim. Järvikoski, A., Härkäpää, K. & Nouko - Juvonen, S. Helsinki: Yliopistopaino.
- Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. Viitattu 20.7.2014.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=9882185&name=DLE-E-28516.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882185&name=DLE-E-28516.pdf)
- Kananen, A., & Pajala, V. 2012. Beardsleen perheintervention mielenterveys-työssä - asiakkaiden kokemuksia. Opinnäytetyö. Mertropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.8.2014.  
<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/50748/Beardslee.pdf?sequence>
- Korhonen, A-L. & Huttunen, A. 2001. Omat voimat käyttöön – yhteisvoimin. Kuntoutusneuvontaa mielenterveyskuntoutujille ja heidän läheisilleen. Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän ja Omaisen mielenterveysseuran tukena Keski- Suomi ry julkaisuja 92/2001.
- Koskisuu, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Koskisuu, J. & Kulola, T. 2005. Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Koivisto, K. 2012. Koettu hallitsematon minuus- kokemus psykoosista ja autetuksi tulemisesta psykiatrisen sairaanhoidon aikana. Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Kokemuksen Tutkimus III. Teoria, käytäntö, tutkija.

Toim. Kiviniemi, L., Koivisto, K., Merilehto, M., Sandelin, P. & Suorsa, T. Tampere: Juvenes print

Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Tampere: Juvenes Print.

Koukkari, M. 2011. Kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Teoksessa Kuntoutus muutoksessa. Toim. Järvikoski, A., Lindh, J. & Suikkanen, A. Tampere: Juvenes Print.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T & Schubert, C. 2010. Mielen-terveysshoitotyö. Helsinki: WSOYpro. Oy.

Kuipers, L., Leff, J. & Lam, D. 1998. Koulutuksellinen perhetyö. Käytännön opas. Helsinki: ER- paino.

Kärkkäinen, A. 2009. En valinnut tätä sairautta. Kokemustietoa mielenterveyden häiriöistä. Kokemus tiedoksi projekti. Tampere: Tampereen Color-offset Oy.

Käypä Hoito. 2013. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen psykiatrisyhdistyksen asettama työryhmä. Skitsofrenia. Mitä uutta päivityksessä?. Viitattu 13.6.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus>

Labguality. SHQS -laatuohjelma. 2014. Viitattu 10.5.2014. <http://www.qualification.fi/palvelut/shqs-laatuohjelma/>

Lahti, J. & Pienmäki, A. 2004. Päihdekuntoutus rakentuu sosiaaliselle perustalle. Teoksessa Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Toim. Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. Saarijärvi: Gummerrus kirjapaino.

L 14. 12. 1990/ 1116. Mielenterveyslaki. Säädös valtion säädöstiedostopankki Finlexin sivustolla. Viitattu 2.10.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Lehtinen, K. 2013. Skitsofreniasta. Viitattu 26.8.2014. <http://www.sopimusvuori.fi/images/MATERIAALIPANKKI/Skitsofreniasta>

Lehtovirta, M. & Peltola, L. 2012. Ihminen mielessä. Psykologian perusteet lähihoitajalle. Porvoo: Bookwell Oy.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy

Mäkinen, P., Raatikainen, E., Rahikka, A., & Saarnio, T. 2011. 1 – 2 painos. Ammattina sosionomi. Helsinki:WsoyPro. Toivio, T.& Nordling, E. 2013. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Notkola, V. & Tuusa, M. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön lausunto sosiaalihuollon uudistustyön työryhmän muistiosta ja sosiaalihuoltolakiluonnoksesta. Viitattu 20.8.2014.  
[http://www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutussaatio/lausunnot\\_ ja\\_kannanotot/](http://www.kuntoutussaatio.fi/kuntoutussaatio/lausunnot_ ja_kannanotot/)

Nyman, M. & Stengård, E. 2004. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Saarijärvi: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Pedersen, O. 2002. Strategian valinta stressi- haavoittuvuusmallia apuna käytäen. Teoksessa Henkilökohtainen palveluohjaus. Case management mielen-terveystyössä. Toim. Suominen, S. Kokemäki: Satakunnan painotuote.

Raunio, K. 2006. Syrjäytyminen. Sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia. Vaa-jakoski: Gummerrus.

Romakkaniemi, M., & Väyrynen, S. 2011. Päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kokemuksia psykososiaalisesta kuntouksesta. Teoksessa Kuntoutus muu-toksessa. Toim. Järvikoski, A., Lindhl, J. & Suikkanen, A. Tampere: 2011.

Romme, M. 2001. Kuntoutus. Teoksessa Moniääniset – näkökulmia äänien kuulemiseen. Toim. Romme, M. & Escher, S. Vantaa:Printway Oy.

Ryynänen, U. 2000. Terveys ja turvallisuus. Teoksessa Inhimillinen turvalli-suus. Toim. Niemelä, P. & Laihkainen A-R. Tampere:Vastapaino.

Räsänen, J. 2006. Voimaantumisen mahdollistaminen ja ratkaisut. Yhteiskun-nan, yhteisön ja yksilön valtaistaminen. Järvenpää: Nupa Express.

Salmenkangas, M. 2008. Sovittelu ongelmien ja konfliktien ratkaisussa. Teok-sessa Oivaltava kohtaaminen. Menetelmiä ihmissuhdetyöhön. Toim. Reijjo-nen, M. & Strandén – Mahlamäki. T. Helsinki:WSOYpro.

Simon, J.K. & Berg, I - K. n.d. Solution – focused brief therapy with long- term problems. Viitattu 8.9.2014. <http://www.0to10.net/sflong.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveys-kuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Viitattu 26.8.2014.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3728.pdf&title=Asumista\\_ ja\\_kuntoutusta\\_ fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3728.pdf&title=Asumista_ ja_kuntoutusta_ fi.pdf)

Steinglass, P. & Schuler, T. 2014. The family with mental illness. Teoksessa Bereavement care for families. Toim. Kissane, D. & Partners, F. Viitattu 25.6.2014. [http://www.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=qAqTAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA51&dq=family+intervention+in+mental+illness&ots=LWeBA\\_Pv6K&sig=IA2t\\_HGVgqtgQOJ2KHtzGjkuU&redir\\_esc=y#v=onepage&q=family%20intervention%20in%20](http://www.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=qAqTAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA51&dq=family+intervention+in+mental+illness&ots=LWeBA_Pv6K&sig=IA2t_HGVgqtgQOJ2KHtzGjkuU&redir_esc=y#v=onepage&q=family%20intervention%20in%20)

Sundman, P. n.d. Sosiaalityön menetelmät. Ratkaisukeskeisyys. Viitattu 8.9.2014. <http://www.helsinki.fi/sosiaalityo/tietoa/sosweb/sivut/ratkaisu.htm>

Suominen, S. 2002. Henkilökohtainen palveluohjaus. Case management mielenterveystyössä. Kokemäki: Satakunnan Painotuote Oy.

Suominen, S. 2014. Vapaa sana: Yksilötyö ei riitä. Noste 1, 60 – 61.

Toroska, H. 2012. Sosiaalialan sillanrakentaja. Viitattu 1.10.2014. [www.pshp.fi/download.aspx?ID=27550&GUID=%7BB23FC118](http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=27550&GUID=%7BB23FC118)

Valli, R. 2001. Kyselylomaketutkimus. Lomakkeen laadinta ja kysymysten tekeminen. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Toim. Aaltola, J. & Valli, R. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Vilen, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2005. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. 1.-2.painos. Helsinki: WSOY.

Vilkkumaa, I. 2004. Kolme tapaa nähdä sosiaalinen kuntoutuksessa. Teoksessa Kuntoutus kanssamme. Toim. Karjalainen, V., & Vilkkumaa, I. Saarijärvi: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Vuokila-Oikkonen, P., & Läksy, M. 2010. Mielenterveystyön osaaminen ja syrjäytymisen ehkäisy perusterveydenhuollossa. Teoksessa Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Toim. Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila –Oikkonen P. Latvia: Tammi.

Wahlberg, K. 2012. Sosiaalinen kuntoutus mielenterveystyössä ja kommentteja edellisiin puheenvuoroihin. Suomen Mielenterveysseura. Viitattu 13.6. 2014. [http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/esitelmat/2012\\_kuntoutusakatemia\\_wahlback](http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/esitelmat/2012_kuntoutusakatemia_wahlback)

Øvretveit, J. 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Helsinki: Hakapaino.



## Liitteet

### Liite 1: Saatekirje asukastyytyväisyyskyselyyn

Hyvä Niittykodin asukas

Mielipiteesi on tärkeä ja arvokas kehittäessämme Niittykodin palveluasumisen asiakastyytyväisyyttä ja laatua. Tarvitsemme teidän mielipidettänne jotta vastauksien perusteella voimme kehittää asumispalvelun laatua jatkossa. Kysymyksiä on kymmenen ja ne liittyvät kiinteästi kuntouttavaan asumispalveluun.

Toivomme, että vastaisit kysymyksiin mahdollisimman rehellisesti ja todenmukaisesti, jotta saisimme mahdollisimman realistisen kuvan palvelumme laadusta. Vastauksista ei käy ilmi yksittäisen vastaajan henkilöllisyys eikä kyselyn tuloksista yksittäisen henkilön kommentit. Kyselyt säilytetään kirjekuoressa lukitussa paikassa ja ne hävitetään käsittelyn jälkeen.

Tämä kysely toimii myös opinnäytetyöni tärkeänä asiantuntijuus osiona. Opinnäytetyö liittyy JAMK sosionomitutkintooni ja siinä vastauksenne käsitellään edellä mainitulla tavalla luottamuksellisesti. Ohjaajana toimivat lehtorit Eero Tapaninen ja Tuija Ketola, ja opinnäytetyön teemana on mielenterveyskuntoutujien palveluasumisen asukastyytyväisyys. Jos sinulla ilmenee jotain kysyttävää, ota yhteyttä minuun tai Niittykodin henkilökuntaan.

Kiitos sinulle etukäteen arvokkaasta panoksestasi palvelun kehittämisessä.

Virpi Järvinen

[virpi.jarvinen@student.jamk.fi](mailto:virpi.jarvinen@student.jamk.fi)

## Liite 2: Asiakastyytyväisyyskyselylomake

Jyväskylän Seudun Tukikodit Oy/Niittykodin yksikkö

VASTAAJA

- a) Mies
- b) Nainen

IKÄRYHMÄ

- a) 18–29 vuotta
- b) 30–49 vuotta
- c) 50–70 vuotta

1. MITÄ MIELTÄ OLET ASUINYMPÄRISTÖSI VIIHTYVYYDESTÄ?  
(YHTEISET TILAT, OMA ASUNTO)

- a) Erittäin viihtyisä
- b) Viihtyisä
- c) Ei ole viihtyisä

Kerrotko, miksi koet näin.

## 2. KOETKO OLOSI NIITTYKODILLA TURVALLISEKSI?

- a) Kyllä
- b) Ei

Kerrotko, miksi koet näin.

## 3. OLETKO TYYTYVÄINEN RUOKAILUUN (RUOAN LAATU, MÄÄRÄ)?

- a) Kyllä
- b) Joskus
- c) En

Kerrotko, miksi koet näin.

## 4. KOETKO SAAVASI TARPEEKSI TUKEA ARJEN TOIMINTOIHIIN (KAUPASSA KÄYNTI, SIIVOUS, VIRASTOKÄYNNIT?)

- a) Kyllä
- b) Joskus
- c) En

## 5. KOETKO SAAMASI OHJAAJIEN TUEN OLEVAN KUNTOUTUMISTASI TUKEVAA?

- a) Kyllä
- b) Joskus

c) En

Kerrotko, miksi koet näin.

6. KOETKO, ETTÄ NIITTYKODILLA ON HENKILÖKUNTAA TARPEEKSI VASTAAMAAN OMAA KUNTOUTUSTARVETTASI?

a) Kyllä

b) Useimmiten

c) Ei

Kerrotko, miksi koet näin.

7. KOETKO, ETTÄ HENKILÖKUNNAN AMMATTITAITO ON RIITTÄVÄ VASTAAMAAN KUNTOUTUSTARPEITASI?

a) Kyllä

b) Ei

Kerrotko, miksi koet näin.

8. KOETKO OHJAAJIEN YHTEISTYÖN OMAISTESI KANSSA RIITTÄVÄKSI JA SINULLE SOPIVAKSI?

a) Kyllä

b) Joskus

c) En

Kerrotko, miksi koet näin.

9. KOETKO, ETTÄ VOIT VAIKUTTA A OMAN KUNTOUTUSSUUNNITELMASI SUUNNITTELUUN JA TOTEUTTAMISEEN?

Kerrotko, miksi koet näin.

10. ONKO NIITTYKODIN JÄRJESTÄMÄ OHJATTU TOIMINTA MIELESTÄSI RIITTÄVÄÄ JA SINULLE SOPIVAA?

- a) Kyllä
- b) Ei

Kerrotko, miksi koet näin.

KIITOS VASTAUKSISTANNE. VASTAUKSET KÄSITELLÄÄN NIMETTÖMÄNÄ JA LUOTTAMUKSELLISESTI, EIKÄ NIISTÄ EROTU YHDEN VASTAAJAN VASTAUKSET.